

**FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5
AÑOS AL CONTROL DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**LEIDY JOHANNA CANCINO SALAMANDO
SILVANA VANESSA CASTRILLON VILLEGAS**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
TULUA – VALLE**

2019

**FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5
AÑOS AL CONTROL DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**LEIDY JOHANA CANCINO SALAMANDO
SILVANA VANESSA CASTRILLON VILLEGAS**

**Directora de investigación
ENFERMERA
MG. MARÍA EUGENIA VÉLEZ ARIAS**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
TULUA – VALLE**

2019

TABLA DE CONTENIDO

1. LISTA DE TABLAS	5
1.1. TABLA 1.	5
1.2. TABLA 2.	5
1.3. TABLA 3.	5
1.4. TABLA 4.	5
2. LISTA DE ANEXOS	6
2.1. ANEXO 1	6
2.2. ANEXO 2	6
2.3. ANEXO 3	6
INTRODUCCION	7
1. TITULO	9
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	10
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. OBJETIVOS	16
4.1. OBJETIVO GENERAL	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5. MARCO REFERENCIAL	17
5.1. MARCO CONCEPTUAL	17
6. MARCO DE ANTECEDENTES	19
7. MARCO TEÓRICO	22
8. MARCO LEGAL	25
8.2. ESTRATEGIA AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).	27
8.3. Rutas integrales de atención en salud (RIAS)	28
9. METODOLOGÍA	30
9.1. TIPO DE ESTUDIO	30
9.2. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO	30
9.2.1. Mapa	31
10. POBLACION Y MUESTRA	32

10.1.	POBLACION	32
10.2.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
10.3.	CRITERIOS DE EXCLUSION	32
10.4.	MUESTREO Y MUESTRA	32
10.4.1.	Muestreo	32
10.5.	IDENTIFICACION DE VARIABLES	33
10.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE	33
10.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE	33
10.5.3.	MÉTODO	33
10.5.3.1.	Instrumento	33
10.5.3.2.	Revisión del Instrumento	33
10.5.4.	TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
10.5.4.1.	Fuente de obtención de datos	34
10.5.4.2.	Pasos para la Recolección de los datos	34
10.6.	PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	35
10.6.1.	Procesamiento de la información	35
10.6.2.	Análisis de los datos	35
10.6.3.	Presentación de los Resultados	35
11.	CONSIDERACIONES ETICAS	36
13.	RESULTADOS	41
17.	BIBLIOGRAFÍA	51
	ANEXOS	55

1. LISTA DE TABLAS

- 1.1. TABLA 1. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**
- 1.2. TABLA 2. FACTORES FAMILIARES**
- 1.3. TABLA 3. FACTORES ECONOMICOS**
- 1.4. TABLA 4. FACTORES INSTITUCIONALES**

2. LISTA DE ANEXOS

- 2.1. ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**
- 2.2. ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- 2.3. ANEXO 3: INSTRUMENTO**

INTRODUCCION

Los niños son la base fundamental de la sociedad ellos, cursan unas etapas importantes para su desarrollo, desde que nacen requieren de un entorno y cuidados, aprenden a darle función a sus órganos por sí mismos, van creciendo con habilidades motrices, un desarrollo acompañado de sus propios comportamientos, adquieren responsabilidades y actitudes propias, crecen y sus cambios físicos son notorios, aprenden a tener autonomía y sus sentimientos cambian, el niño evoluciona cada día, aprenden valores y conocimientos acompañados de fortalezas y debilidades.

Por tal motivo este trabajo de investigación tuvo como objetivo, identificar los factores de inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 5 años del Hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía Valle del Cauca, cuyo fin fue priorizar e identificar los datos recolectados y la causa principal de la inasistencia, pudiéndose lograr un enfoque prioritario hacia la promoción de los controles de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en los niños y niñas inscritos al programa.

Para empezar, la investigación se realizó con el fin de potenciar los factores protectores que contribuyen a una mejora en el estado de salud de los niños menores de 5 años, para así garantizar una mejor calidad de vida, pudiéndose intervenir de manera oportuna con el fin de detectar alteraciones que comprometan el bienestar físico y mental del mismo.

Por otra parte, el presente trabajo se ejecutó en el primer periodo que comprende los meses de febrero a junio del año 2019, poniendo en práctica las habilidades y conocimientos aprendidos durante la carrera de enfermería brindando un buen cuidado e información a las personas que lo requerían.

Al escoger el tema se tuvo presente que el control de crecimiento y desarrollo es de vital importancia puesto que en él se detectan a tiempo enfermedades prevalentes de la infancia, limitaciones presentes en el niño, violencia familiar o sexual y alteraciones en su desarrollo o en algunos casos extremos hasta la muerte; el usuario debe conocer que toda entidad de salud tiene el deber de brindar el servicio y tratamiento oportuno ya que en estas citas se valorara en el niño aspectos psicológicos, cognitivos, estado nutricional, crecimiento adecuado, escalas abreviadas del desarrollo, medidas antropométricas y como el niño se desenvuelve en la sociedad.

Con respecto a lo anterior, este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, donde se resaltó información y datos recolectados identificando los factores que influyen en la inasistencia de las citas, teniendo en cuenta los periodos de inicio de la investigación y finalización de la recolección de información.

La disposición del personal de salud y familiares fue muy importante para realizar el proyecto de grado, ya que brindaron las bases de datos e información útil para conocer los inasistentes al control y así y lograr este resultado como insumo útil para brindar recomendaciones que ayuden a mejorar el servicio y la atención en el control de detección temprana y alteraciones en la primera infancia residentes del municipio de Andalucía.

1. TITULO

FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS AL CONTROL DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Fue de gran importancia realizar este estudio ya que mediante el mismo logramos conocer los diversos factores que influían en el no cumplimiento del control de los niños y niñas; al conocer las causas, se entregara este trabajo al hospital San Vicente Ferrer de Andalucía, para que se tomen las medidas preventivas para poner en marcha diversas acciones y así estos capten a esa población y realicen promoción y prevención en salud, fortaleciendo el desarrollo y crecimiento de niños y niñas; es importante resaltar investigaciones anteriores que se realizaron a nivel mundial, nacional y local donde pudimos obtener puntos de referencia.

Una investigación importante a nivel mundial realizada en Perú resalto la captación de las madres adolescentes, cuyo objetivo fue: Caracterizar, analizar y comprender la percepción de madres adolescentes sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años. (1)

Los sujetos fueron seis, seleccionados según criterios de inclusión, determinados por saturación; la guía de entrevista semiestructurada fue el instrumento de recolección de datos y para su análisis se utilizó el análisis de contenido. Se tuvo en cuenta los criterios bioéticos de Sgreccia y los de rigor científico según Delgado. Arribando a las categorías: El control CRED como monitorización del crecimiento y evaluación del desarrollo; Como la administración de vacuna y Como la consejería integral; Concluyendo que las madres adolescentes tienen una percepción parcial sobre el control CRED, ya que no son conscientes de todas las actividades que esta abarca, siendo imprescindible que la enfermera brinde un cuidado integral según lo estipulado en la normatividad vigente, impregnado de calidez y empatía (1)

A nivel nacional existen más de cinco mil millones de niños en la edad de la infancia, es por esto por lo que el gobierno colombiano ha tomado el tema de crecimiento y desarrollo como algo vital e ineludible del plan de salud. Se encuentran algunos estudios realizados sobre el tema donde cabe resaltar; como un estudio que se llevó

a cabo en un corregimiento de Medellín, donde se observaron los participantes y se complementó con entrevistas grupales y talleres, entre noviembre del 2000 y agosto del 2001. En total, se llevaron a cabo 19 sesiones. Las entrevistas y los talleres fueron grabados y posteriormente transcritos a un procesador de palabras. Se llevó a cabo un análisis de tipo descriptivo con apoyo del programa Atlas.ti, que facilitó los procesos de codificación y categorización. Esta descripción, caracterizada como densa, 9 permitió el rescate de la cultura como trama de significados que da sentido a los fenómenos observados. Los procedimientos investigativos se ajustaron a los principios éticos formulados en la Declaración de Helsinki, la Asociación Médica Mundial y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Hubo consentimiento informal verbal de cada uno de los participantes y se les aseguró la confidencialidad de la información suministrada. (1)

El municipio de Andalucía está ubicado en la república de Colombia, departamento del valle del cauca, margen derecho del rio cauca a una distancia de 112 km de la ciudad de Cali y a 12 km de Tuluá, entre las coordenadas IGAC 630.000 N a 960.000 N y 1.035.000E a 1.135.000E; su área física es de 316 km² conformada por una zona rural montañosa y una zona rural plana donde está incluido su perímetro urbano. De acuerdo con el censo de 2005 la mayoría de su población está centrada en el área urbana y la principal actividad económica es la agricultura. (1)

Para satisfacer la demanda en Salud de la población, el Municipio cuenta con el Hospital San Vicente Ferrer, institución de primer nivel, el cual es centro de referencia para el municipio porque ofrece múltiples atenciones, las cuales son: atención de medicina general, dispensación de medicamentos ambulatorios y ejecución de todos los programas de Protección Específica y Detección Temprana, según lo dispuesto en la Resolución 412 de 2000, donde se reglamenta la atención individual y colectiva a niños, jóvenes, mujeres en edad fértil, adultos, entre otros a través de programas de Promoción de salud y Prevención de la enfermedad.

El hospital también cuenta con la atención basado en el modelo MIAS y RIAS el cual garantiza las condiciones necesarias para atención integral en salud en la familia y la comunidad, las cuales nos da unas rutas específicas en la atención de la primera infancia para la promoción y el mantenimiento de la salud. (2)

Uno de los grandes desafíos de la salud a nivel mundial es la atención integral de la primera infancia, cuyas acciones han logrado disminuir las causas de morbilidad y mortalidad evitables. En el municipio de Andalucía, para el periodo de 2011 se atendieron en el programa de alteración de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años la cantidad de 2.633 niños. (1)

Lo anterior reafirma la importancia de implementar estrategias locales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población infantil ya que la tasa demuestra que es una tasa alta de menores y es por esto que el programa de crecimiento y desarrollo se convierte en una prioridad de salud pública que pretende atender integralmente al niño menor de 10 años y vigilar continuamente los cambios somáticos y funcionales que se presentan en el ser humano desde el momento de la concepción.

A pesar de la importancia de la estrategia, el programa de Crecimiento y desarrollo presenta un gran porcentaje de inasistencia donde fue de vital importancia identificar si los factores como el nivel de educación, la falta de recursos económicos, la dificultad para acceder a los servicios de salud, la falta de calidez en la atención, el desconocimiento del programa y/o el poco convencimiento de las madres o cuidadores sobre la importancia del control periódico del niño, incidiendo estos directamente en la no asistencia al programa de crecimiento y desarrollo.

Finalmente, con esta investigación se analizan los factores asociados a la inasistencia de niños y niñas de 0 a 5 años al control de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del Hospital de San Vicente Ferrer; cuyo fin fue formular estrategias que impacten en el cumplimiento de los controles programados, por tanto, nos surgió la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a la inasistencia de niños y niñas de 0 a 5 años al control de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle del Cauca en el año 2019?

3. JUSTIFICACIÓN

El Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle, se ve afectado por el alto porcentaje de inasistencia al mismo, lo más preocupante es la forma en la que se ven implicados los niños de este municipio. Es de vital importancia tener en cuenta los problemas relacionados en cuanto a la transformación evolucionaría durante su ciclo de vida, vigilancia y acompañamiento de este, así como la detección temprana y atención oportuna de alteraciones.

Para que este proceso se diera adecuadamente, se requerían de métodos y medidas necesarias que permitieran la ejecución de actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de la salud del niño.

Los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas han establecido un compromiso mundial para mejorar la calidad de vida, consignado en los denominados objetivos del milenio garantizar a los niños un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo es una de las estrategias para lograr dicho objetivo. (3)

Con esta investigación lo que se pretendió fue identificar las causas de inasistencia a el control de crecimiento y desarrollo, permitiendo detectar las diferentes alteraciones del niño menor de 5 años, ejecutando actividades de promoción y prevención, las cuales contribuyen a disminuir la tasa de mortalidad infantil.

La incidencia de discapacidad definitiva en niños es del 8%, siendo el déficit sensorial, físico y cognitivo los más frecuentes. El 12.5% de los discapacitados son menores de 5 años y sus principales causas son perinatales, congénitas o infecciosas (4). Para el desarrollo integral del niño es importante la detección precoz de alteraciones sensoriales, entre ellas la hipoacusia infantil en la que el 80% de los casos, se presentan en el momento del nacimiento, poniendo de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz. (5)

Así mismo es importante recalcar que la salud de los niños es un compromiso del personal de salud en general, por esto se estableció el motivo de la inasistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo, por medio de este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal cuantitativo, observando las historias clínicas de los niños que ingresan al programa.

A su vez, como aporte a la sociedad se puede decir que es un programa completo y enriquecedor, el cual se apoya en teorías que ayudan a mantener un equilibrio en el curso de vida y el crecimiento del menor, ya que estos fueron los únicos beneficiados con los resultados de este.

Para enfermería es importante el programa de Crecimiento y Desarrollo porque de esta manera se pueden reducir las complicaciones como la desnutrición, los trastornos de tipo motriz, las hospitalizaciones por deshidratación, enfermedades respiratorias, entre otras; siendo este el motivo por el cual se considera de gran importancia estudiar la población ausente del programa, para analizar la relación entre los factores socioculturales, la morbi-mortalidad de la población infantil y la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en el hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía Valle.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la inasistencia de niños y niñas de 0 a 5 años al control de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle del Cauca en el año 2019.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores socio demográficos de la población no asistente al programa de crecimiento y desarrollo.
- Identificar los factores familiares, económicos e institucionales presentados en el programa de crecimiento y desarrollo en el hospital san Vicente Ferrer del municipio de Andalucía Valle.
- Analizar los factores de inasistencia a los controles de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el Hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía Valle.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO CONCEPTUAL

- 5.1.1. Inasistencia:** No asistencia de una persona a un lugar o a un acto adonde debía ir o donde era esperado. (6)
- 5.1.2. Crecimiento:** para este trabajo abordaremos el concepto del ministerio de salud de la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años: “Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño.” (7)
- 5.1.3. Desarrollo:** se aborda el concepto del ministerio de salud de la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. “El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social.” (7)
- 5.1.4. Crecimiento y desarrollo:** concepto abordado del ministerio de salud de la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. “Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática.” (7)

- 5.1.5. Familia:** para el trabajo se abordó el siguiente concepto de la definición de familia según la OMS, (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD): “La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea. La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de Los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo.” (8)
- 5.1.6. Factores sociales:** se abordó el siguiente concepto de los determinantes sociales de la salud, según la organización mundial de la salud. “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.” (9)
- 5.1.7. Factores Demográficos:** Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio. Esto se hace para cada miembro de la población. (10)
- 5.1.8. Demanda inducida:** Para el trabajo se abordó el siguiente concepto de la demanda inducida es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. (11)
- 5.1.9. Morbilidad sentida:** Definición dada por el individuo a partir de la percepción de síntomas y molestias. (12)

6. MARCO DE ANTECEDENTES

Para los antecedentes, a nivel internacional es importante mencionar un artículo realizado en Perú en el año 2017 titulado, inasistencia de madres de niños menores de un año al programa de crecimiento y desarrollo, cuyos autores son Jack Roberto Silva Fhon, Jacinta Norma Huapaya Magallanes, Judith Beatriz Mendoza Villanueva y María Mercedes Chaparro Lituma de la escuela académico profesional de enfermería – universidad privada Norbert Wiener y su objetivo fue; Identificar los factores que influyen a la inasistencia de las madres de niños menores de un año al control de crecimiento y desarrollo en un centro de salud. La metodología utilizada fue estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 117 madres de niños/as menores de un año realizado entre los meses de julio y noviembre de 2012. Para la recolección de los datos fue utilizado el instrumento de perfil demográfico y factores de inasistencia al programa dividido en los dominios: accesibilidad al centro de salud y al programa de crecimiento y desarrollo (CRED), trato y atención del personal e información. Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias. (13)

Como resultados se obtuvieron que la inasistencia se debió a falta de tiempo, el horario de atención fue deficiente a regular y el tiempo de espera superaba una hora. En el dominio Trato y atención del personal las madres indicaron que era bueno a muy bueno para el personal administrativo, técnico y profesional enfermero. En el dominio Información se verificó que la enfermera realiza una educación continua.

En conclusión, existen factores externos e institucionales que hacen que la madre no tenga una adecuada adhesión al programa de crecimiento y desarrollo, siendo importante la creación de estrategias para revertir ese cuadro. (13)

Por otro lado a nivel nacional se encontró un artículo del año 2012 titulado, factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo, realizada por Carolina Mariaca Henao y Dedsy Yajaira Berbesi Fernández estudiante y docente de la universidad CES de Medellín cuyo objetivo fue; identificar la percepción y las características sociales y demográficas de las madres o acudientes frente al programa de crecimiento y desarrollo en una institución de salud con el fin de plantear acciones de mejoramiento y de adherencia al programa. La metodología utilizada fue un estudio transversal, seleccionando una muestra a conveniencia de 50 niños que asistían periódicamente al programa y 50 niños inasistentes el último año al programa. Se realizó un análisis bivariado con el fin de explorar posibles asociaciones comparando los niños que asistían al programa con los que no asistían, según variables demográficas y sociales de los acudientes, con un nivel de significación estadística del 5%.

Por lo tanto, los resultados de este estudio fueron que el promedio de los padres o acudientes que llevaban a los hijos al programa fue de 31,7 años, mientras que los que no asistieron el promedio fue de 40,9 años; Se observaron diferencias estadísticamente en el parentesco del cuidador y el nivel socioeconómico entre los cuidadores asistentes e inasistentes; además las madres con edades más avanzadas y que tienen más de un hijo, son los cuidadores que menos asisten al programa. (14)

En conclusión, los niños asistentes al programa son llevados periódicamente por madres jóvenes, amas de casa, de estratos medios, interesadas en pautas de crianza y prácticas de cuidado para mejorar los hábitos de vida saludables de sus hijos. A diferencia de las madres que no llevan sus hijos, por contar el apoyo de otros cuidadores para sus hijos, tener otros niños mayores de 10 años, y considerar que tienen los conocimientos suficientes para la crianza de sus hijos. (14)

Así como también se encontró otra investigación del año 2010 titulada, motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de ese hospital San Vicente de Paúl Caldas-Antioquia, realizada por Victoria Eugenia Estrada Vélez, Viviana Sanmartín Laverde y Ana María Barragán Díaz estudiantes de la Universidad Ces de Medellín y su objetivo fue; identificar las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paul Caldas-Antioquia. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo y retrospectivo para concluir las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo, realizado mediante el programa Epilinfo 6 y un muestreo aleatorio donde se seleccionaron 73 niños asistentes e inasistentes al programa de crecimiento y desarrollo a los cuales se le aplico la encuesta a la persona encargada del cuidado del niño.

Para finalizar, los resultados fueron que, entre las causas principales de inasistencia al programa, la primera es el olvido de la cita programada, seguida por falta de un adulto que acompañe al menor, comportamientos similares reflejan el hecho de vivir lejos y la falta de dinero. Finalmente, el cambio en la afiliación al sistema de seguridad social en salud. (15)

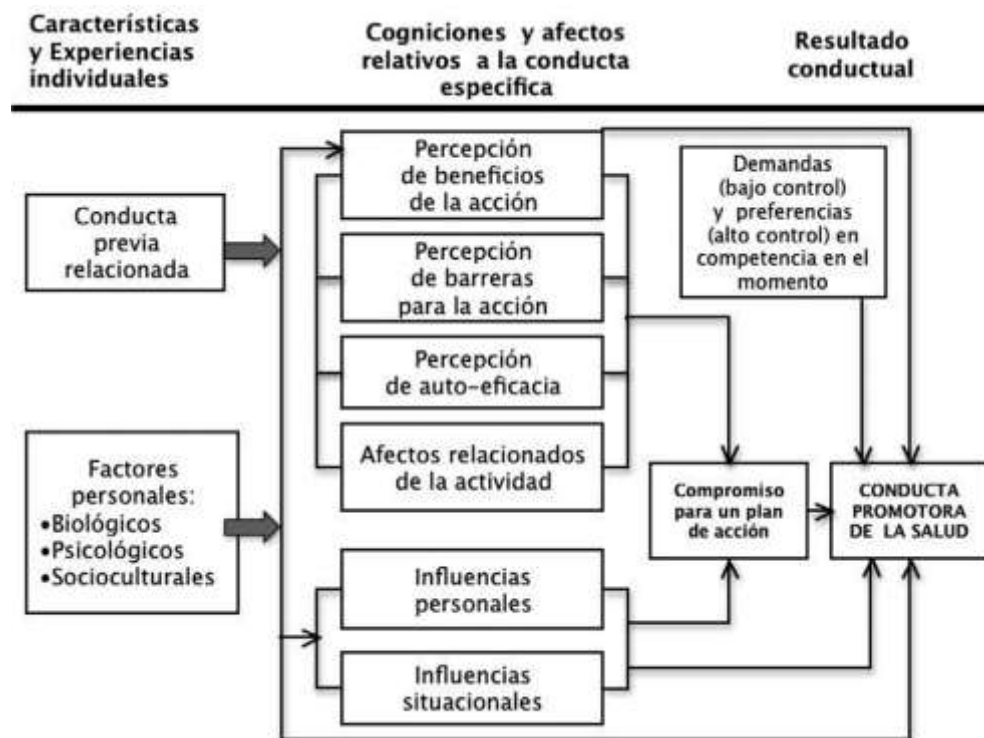
Con este proyecto de investigación lo que se pretendía era realizar un aporte con los resultados, para así brindar datos a nivel del Valle del Cauca.

7. MARCO TEÓRICO

Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender

El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Este modelo expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. (16)

Es por esto por lo que esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. (17)



Tomado de: Figura 1. Modelo promoción en salud Nola Pender.1996

Este modelo de la teórica Nola J Pender muestra que hay unas conductas previas adquiridas por el individuo que influyen en la participación del cuidado de su salud y que existen factores externos como lo son: las creencias, el afecto, el nivel socioeconómico y la promulgación de las conductas de promoción; La familia y/o cuidadores son una fuente importante de influencia interpersonal que pueden hacer que aumente o disminuya el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud. Los predomios situacionales en el entorno externo pueden hacer que adopten o no el compromiso o la participación en esta conducta. Cuanto mayor sea el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

El desarrollo de la investigación nos permitió diagnosticar y recomendar estrategias para que las madre y o cuidadores de los niños y niñas de 0 a 5 años lleven a estos a su respectivo control de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, sabiendo ya el porqué de la inasistencia se debe iniciar la promoción y

prevención hacia esta población teniendo en cuenta creencias valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de un ser.

8. MARCO LEGAL

La corte constitucional en la sentencia T-356-05 (Derecho a la salud y a la seguridad social de los niños fundamental y prevalente), ha emitido numerosas sentencias relacionadas directamente con la atención integral a la población infantil, Procedencia de la ley de tutela, la cual hace referencia a: “El carácter fundamental y prevalente de los derechos a la salud y a la seguridad social de los niños se encuentre reconocido tanto en la Constitución Política como en el derecho internacional, el cual ha sido aplicado en forma reiterada y permanente por la Corte Constitucional” (18). Según el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, son derechos fundamentales de los niños, entre otros, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social. Este artículo también señala que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (19)

El código 1098 de 2006 de infancia y adolescencia de la República de Colombia en su Artículo número 27 dice en forma textual “Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. Ningún Hospital, Clínica, Centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.” (20)

8.1. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años dice que:

La identificación e inscripción temprana de los niños y las niñas, consulta de primera vez por medicina general(89.0.2.01), elaboración de la historia clínica, consulta de control por enfermera (consulta de control o seguimiento de programa por enfermería 89.0.3.05), valoración del desarrollo, valoración del crecimiento, anamnesis, examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales, información y educación; son actividades, procedimientos e intervenciones que

conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutorias, disponer del talento humano como médicos y enfermeras debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo; con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso. (21)

En promedio 1 de cada 10 niños presentan bajo peso al nacer, 1 de cada 5 mujeres adolescentes ya son madres, 1.8 meses de lactancia materna son proporcionados al menor de los 6 meses sugeridos, 1 de cada 5 niños no tiene completo su esquema de vacunación, 3 de cada 4 niños están en condición de vulnerabilidad y no recibe atención integral, 13.2% presentan desnutrición crónica.

Por lo tanto, la estrategia **de CERO A SIEMPRE de Desarrollo Integral a la Primera Infancia** fue creada por el Gobierno Nacional, ya que reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin de prestar una verdadera Atención Integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad. La familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los 5 años. Esta estrategia coordinará todas las instituciones, tanto públicas como privadas, para lograr

garantizar, a largo plazo, una atención integral a 2'875.000 niños y niñas del Sisben 1, 2 y 3. (22)

8.2. ESTRATEGIA AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

La estrategia AIEPI se constituye en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez enfocada a la atención en el estado de salud de los menores de 5 años, y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, se reducen las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y el personal de salud. Además, incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de 5 años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable. (23)

AIEPI combina actividades que habitualmente se realizan en forma fragmentada. Sus objetivos son:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la causada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, y sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinal, meningitis, tuberculosis, malaria, y sus complicaciones.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad.
- Fortalecer aspectos de promoción y prevención en la rutina de la atención de los servicios de salud y en la comunidad.
- Por otra parte, AIEPI reconoce que el trabajo que se ha venido desarrollando en los servicios de salud tiene un impacto limitado, si no se considera que la madre y la familia tienen un papel vital en la recuperación, el mantenimiento

y protección de la salud del niño en el hogar, para reducir la mortalidad y morbilidad de la niñez. (23)

8.3. Rutas integrales de atención en salud (RIAS)

Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. (24) Las RIAS, incorporan en su desarrollo estos conceptos:

1. Curso de vida.
2. Ciclo vital.
3. Determinantes proximales de la salud.
4. Atención integral en salud
5. Autocuidado de la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 276 del 4 de febrero de 2019, modifica la Resolución 3280 de 2018, ampliando el plazo máximo a tres años (contados desde 1° de enero de 2020), para la implementación progresiva de intervenciones en salud, en cumplimiento de lo descrito en las Rutas Integrales y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal: (25)

- Atención en salud por pediatría, en niños de primera infancia.
- Atención en salud por medicina general o familiar, a población entre 24-44 años.
- atención en salud bucal, en todos los momentos de la vida.
- Fortificación casera con micronutrientes en polvo.

- Desparasitación intestinal.
- Suplementación con hierro.
- Tamizaje con ADN PVH.
- Tamizaje para cáncer de colon.
- Atención en salud para la promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida.
- Atención básica de orientación familiar.
- Educación para la salud dirigida a la familia.
- Atención preconcepcional.
- Atención para la promoción de la alimentación y nutrición en el embarazo.
- Tamizaje auditivo del recién nacido, sin riesgo de hipoacusia.

Cabe aclarar que el trabajo se realizó durante la temporada de la resolución de la 412 ya que están en transición en la implementación en la institución donde se realizó la investigación en MIAS y RIAS.

9. METODOLOGÍA

9.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Es un estudio cuantitativo porque es el paradigma donde estábamos ubicados, resaltando a lo que es posible medir, descriptivo porque identifica la inasistencia del control de alteraciones del crecimiento y desarrollo, de corte transversal por qué se va a medir en un tiempo. (26)

El presente estudio nos permitió evidenciar los factores propios de la inasistencia al control de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en la primera infancia de acuerdo a la base proporcionada por la institución y posteriormente aplicamos un instrumento a los padres o cuidadores de los niños de 0 a 5 años, conociendo los factores asociados a la inasistencia del hospital SAN VICENTE FERRER DE ANDALUCÍA VALLE.

9.2. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

El municipio de Andalucía a nivel local se encuentra ubicado en la parte centro del departamento del Valle del Cauca su ubicación limita por el Norte con Bugalagrande, por el oriente y por el sur con Tuluá; por el Occidente con Río frío y Trujillo. Al occidente hace parte del Valle del río Cauca y al Oriente a la región montañosa correspondiente a la Vertiente occidental de la Cordillera Central de Los Andes, presentando alturas superiores a los 2.000 mts. s.n.m. Se encuentran los siguientes pisos térmicos: cálido 95 km.2, medio 67 km2. y frío 6 kms.2. (27)

El HOSPITAL SAN VICENTE FERRER DE ANDALUCÍA VALLE, está ubicado en la Carrera 4 No. 13-31, cuenta con unos servicios de urgencias, consulta externa,

hospitalización, extensión domiciliaria, consulta con especialistas, farmacia, odontología, laboratorio clínico y psicología. (28)

A nivel nacional Andalucía valle del cauca está ubicado en el occidente colombiano, limita por el sur con Tuluá, por el norte con Bugalagrande, por el oriente con la cordillera central y por el occidente con el río Cauca, cuenta con 17838 Habitantes, 14619 en la zona urbana y 3.219 en la zona rural, su temperatura media es de 23 grados centígrados y su altitud de 995 mts SNM, se encuentra a 110 kilómetros de la capital valle caucana (Cali) y a 12 K de Tuluá. (29)

9.2.1. Mapa



(30)

10. POBLACION Y MUESTRA

10.1. POBLACION

Niños menores de 0 a 5 años inscritos al programa de crecimiento y desarrollo del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle.

10.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas menores de 0 a 5 años inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo del hospital San Vicente Ferrer.
- Niños y niñas que se encuentren en la base de datos de inasistentes.
- Niños y niñas que vivan en el municipio de Andalucía por más de un año.

10.3. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños mayores de 5 años y niños que no estén inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo del hospital San Vicente Ferrer.
- Niños y niñas que no vivan en el municipio de Andalucía.
- Niños y niñas cuyos padres y/o cuidadores principales no deseen participar en el proceso de investigación.

10.4. MUESTREO Y MUESTRA

10.4.1. Muestreo

Para este estudio, se empleó un método no probabilístico para lograr encuestar a los niños que según la base de datos eran inasistentes, logrando encuestar 80 niños y niñas menores de 5 años. (31)

10.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES

10.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Inasistencia al control de crecimiento y desarrollo.

10.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores demográficos
- Factores familiares
- Factores institucionales
- Factores socioeconómicos

Ver cuadro de operacionalización de variables en anexos.

10.5.3. MÉTODO

10.5.3.1. Instrumento

Para recoger la información se aplicará una encuesta estructurada y preliminarmente examinada por expertos, este instrumento se les aplicara a los acudientes de los niños y niñas de 0 a 5 años que están inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, para así determinar los factores por los cuales no asisten a los controles en el Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía; el instrumento cuenta con 5 ítems estratégicos, el primero corresponde a los datos de identificación del menor, el segundo la composición familiar, el tercero datos personales del responsable del menor, el cuarto estado socioeconómico familiar y por último la percepción del servicio del control de crecimiento y desarrollo los cuales tenían en total un estimado de 26 preguntas.

10.5.3.2. Revisión del Instrumento

El instrumento de valoración fue revisado por expertos, donde posterior a esto se realizó una prueba determinando su eficacia en el proceso de recolección de datos permitiéndonos realizar un adecuado estudio de las variables a investigar; correspondiendo con los objetivos planeados durante el proceso investigativo.

10.5.4. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

10.5.4.1. Fuente de obtención de datos

- **Fuente Primaria:** Los acudientes de los niños y niñas inscritos al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía.
- **Fuente Secundaria:** Base de datos del hospital San Vicente Ferrer de Andalucía.

10.5.4.2. Pasos para la Recolección de los datos

- a) Como primera medida, se solicitó al personal que labora en el hospital, el acceso a la base de datos lográndose conocer el número total de los niños y niñas inscritos al Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- b) Una vez revisada y corregida la encuesta, se ejecutó la prueba en una Institución de Salud con las mismas características de la población objeto de estudio.
- c) Se dio a conocer el consentimiento informado y los objetivos de la investigación a los acudientes de los niños y niñas.
- d) Se aplicó la encuesta.
- e) Se obtuvieron los resultados de la encuesta aplicada a los participantes del estudio.

10.6. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

10.6.1. Procesamiento de la información

Los datos obtenidos a través de la encuesta fueron tabulados en una plantilla de cálculo de Microsoft Excel 2010 y posteriormente la información registrada se procesó elaborando cuadros con ayuda del mismo programa.

10.6.2. Análisis de los datos

La implementación del análisis bivariado permitió la identificación de la influencia y relación existente de la variable independiente con respecto a la variable dependiente, por medio de la variable SPSS.

10.6.3. Presentación de los Resultados

La presentación de los resultados se efectuó a través de Tablas y Cuadros.

11. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 y la investigación a realizar se tiene en cuenta el Artículo 10 que habla sobre el grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación, de la misma manera el artículo 11 se enfatiza en la clasificación del riesgo donde se considera; Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, a su vez el cumplimiento de los aspectos mencionados en el artículo 6 que habla sobre La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: (24)

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de ética en Investigación de la institución.

Por otra parte, el artículo 5 dice respectivamente en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, se deberá prevalecer la seguridad y expresar claramente los riesgos mínimos, los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución. (24)

Así mismo se contara con un consentimiento informado del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones, la recolección de datos se llevara a cabo cuando se obtenga autorización del representante legal de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en investigación de la institución, donde se tiene en cuenta el artículo 15 que habla del consentimiento informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. (24)

a. La justificación y los objetivos de la investigación.

b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.

c. Las molestias o los riesgos esperados.

- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Además, el artículo 8 de la misma resolución en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

En la presente investigación se respetarán los principios éticos de beneficencia, privacidad, confidencialidad, respeto por la dignidad humana, la autonomía, para no crear alteración del bienestar entre los participantes. Para dicho fin toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente.

Para esto solo tendrán acceso a esta información los estudiantes que realizan el estudio y la directora de trabajo de grado. (24)

12.LIMITACIONES

- Poca disposición por parte de los padres de los niños a la hora de realizar las encuestas.
- Inconvenientes a la hora de realizar las visitas en los hogares de los niños por direcciones erróneas en la base de datos del hospital, al igual que al llamado telefónico.
- Desconfianza por parte de los padres a la hora de brindar la información.

13.RESULTADOS

13.1. Tabla 1. Descripción sociodemográfica.

Variable	Opciones de respuesta	N	%
Sexo niño(a)	Masculino	35	44
	Femenino	45	56
Edad de niños(a)	0-2	36	45
	3-4	33	41
	5	11	14
Etnia	Indígena	1	1
	Afrodescendiente	24	30
	Otros	55	69
Lugar de procedencia	Urbana	70	88
	Rural	10	12

Fuente: Encuesta

Se puede evidenciar que en la anterior tabla muestra que la mayoría de los niños y niñas que participaron en la investigación son del sexo femenino predominando así este género con un porcentaje de 56, y en menor proporción el sexo masculino con un 44%. En el rango de edad de los niños y niñas nos muestra que entre 0 y 2 años hay un mayor porcentaje con un 45, seguido entre los 3 y 4 años con un 41%. Por último, en la etnia la población que está en mayor porcentaje es la de otras etnias con un 69 y afrodescendientes con un 30%, y que el lugar de procedencia respondieron que es en la zona urbana donde la mayoría viven con un 88%.

13.2. Tabla 2. Factores familiares.

Variable	Opciones de respuesta	N	%
Tipo de familia	Familia nuclear	51	64
	Familia extensa	21	26
	Familia monoparental	7	9
	Familia adoptiva	1	1
Responsable del menor	Abuelos	9	11
	Padres	37	46
	Madre	30	37
	Padre	4	5
Estado civil del responsable del menor	Soltero	5	6
	Unión libre	25	31
	Viudo(a)	5	6
	Casado(a)	38	48
	Separado(a)	2	3
	Divorciado(a)	5	6
Nivel educativo del responsable del menor	Primaria	12	15
	Secundaria	35	44
	Tecnico	24	30
	Profesional	8	10
	Otro	1	1

Fuente: Encuesta

En la anterior tabla se observa que referente a el tipo de familia, la adoptiva con 1% es la que menor porcentaje obtuvo, y que por lo contrario la nuclear es la que más prevalece con un 64%, siendo los responsables del menor sus padres con un 46% y su madre con un 37%, en cuanto al estado civil del responsable del menor se puede ver que en su mayoría son casados con 48% o que viven en unión libre con

un 31% respectivamente, en su nivel educativo se evidencia que la mayoría hicieron hasta la secundaria con un 44% y que estudiaron un tecnico con un 30%.

13.3. Tabla 3. Factores económicos.

Variable	Opciones de respuesta	n	%
Ocupación del responsable del menor	Empleado	25	31
	Desempleado	16	20
	Independiente	14	18
	Oficios del hogar	16	20
	Estudiante	5	6
	Otro	4	5
Estrato	1	48	60
	2	28	35
	3	4	5
Ingresos	<1 SMMV	16	20
	Entre 1-2 SMMV	61	76
	>2 SMMV	3	4

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla se muestra que la ocupación de mayor relevancia es empleada con un 31%, seguido de los desempleados con el 20% al igual que los oficios del hogar con el mismo porcentaje. En el estrato socio económico en donde más se encuentran los habitantes es el 1 con el 60%, seguido del estrato 2 con un 35%. Por otro lado, los ingresos familiares de los padres que participaron en la investigación oscilan entre 1 y 2 SMMV con el 76%, seguido de un 20% con las personas que ganan <1SMMV.

13.4. Tabla 4. Factores institucionales.

Variable	Opciones de respuesta	n	%
Numero de inasistencias	1 Vez	37	46
	2 veces	28	35
	3 veces	11	14
	4 veces	4	5
Atención por enfermería	Excelente	13	16
	Bueno	30	37
	Regular	35	44
	Malo	2	2
Atención por medicina	Excelente	12	15
	Bueno	49	61
	Regular	17	21
	Malo	2	2
Motivos de inasistencia	Se olvidó de la cita	25	31
	No le dieron permiso en el trabajo	4	5
	Estaba enferma(o)	13	16
	No tenía quien lo llevara	3	4
	No consiguió transporte	9	11
	No tenía dinero	4	5
	No le pareció importante	2	3

	No se siente bien atendido	2	3
	Otros motivos	18	22

Fuente: Encuesta

En las variables institucionales que influyen en el número de inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de los niños la que más prevalece es haber faltado 1 vez con el 46%, seguido de haber faltado 2 veces con el 35% y 3 veces con el 14%. Por otro lado, la atención brindada por enfermería la calificaron como regular con un 44% y un 37% como bueno; La atención por medicina fue buena en un 61% y regular en un 21%.

Para finalizar, uno de los factores que contribuyeron a la inasistencia de las citas radica en el motivo de inasistencia con un 31% de olvido de a cita, otros motivos con un 22%, se encontraba enfermo el cuidador con un 16% y no consiguió transporte con un 11%.

14. DISCUSION

Con respecto a los resultados de acuerdo a la distribución por genero encontramos que el sexo femenino con un 56%, procedentes en su mayoría de la zona urbana con un 88%, entre los 0 a 2 años con un 45% seguidos de 3 a 4 años con un 41%, son los que más inasisten a los controles de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, estos resultados no se encontraron en otras investigaciones datos con que comparar.

Por otra parte, en los factores familiares se evidencio que el 48% de los cuidadores eran casados; se encontró similitud con el estudio de Estrada 2010 con un 52% (15), a diferencia de Silva 2017 (13) donde solamente el 29% eran casados. Por otro lado, los cuidadores solteros correspondieron a un 3% a diferencia de los estudios de Silva 2013 (13) y Estrada 2010 (15) con 70 y 37% respectivamente.

En cuanto al nivel educativo del cuidador del menor un 44% tenían educación secundaria; a diferencia de López Tirado 2014 (33) con un 34%, Mariaca Henao 2012 (14) 56%, Silva 2017 (13) con 62% y Estrada 2010 (15) con un 53%. El nivel educativo con menor porcentaje fue el profesional con un 10% en similitud con la investigación de Mariaca Henao (14), a diferencia de López tirado (33) 2014 en un 21%.

Factores socio económico el estrato que más prevalece es el 1 con un 60% a diferencia de los estudios de Mariaca Henao (14) 2012 con un 8% y Estrada (15) 2010 con 48.5%; no se puede descartar que el estrato 2 también es un ítem importante ya que se ve representado con el 35% de la población de Andalucía, en comparación con los datos de Mariaca Henao (14) 2012 representa el 41% a diferencia de Estrada (15) 2010 con un 48.5%.

Por otra parte, la ocupación del cuidador con mayor porcentaje es la de empleados con un 31%, en comparación con Mariaca Henao (14) 2012 se ve un porcentaje del 36%, a diferencia de López tirado (33) 2014 que representa un 23%. La segunda

ocupación con igualdad de porcentaje, es la de los desempleados y oficios del hogar con un 20%, a diferencia de López Tirado (33) 2014 y Mariaca Henao (14) 2012 con un 51% y 42% respectivamente; finalmente se cuenta con un 18% en personas que trabajan independientemente a diferencia de los resultados de López Tirado (33) 2014 y Mariaca Henao (14)2012 con 26% y 14% según el orden cronológico.

El tipo de seguridad social que prevalece es el subsidiado con un 65% a diferencia de los resultados de Estrada (15)2010 79% y Silva (13)2017 con un 73% y en segundo lugar el contributivo con un 34%.

Sobre los factores institucionales que contribuyen en la atención de la salud se encontró que la atención brindada por enfermería es regular con un 44% a diferencia de los resultados de López Tirado (33)2014 con un 61% y Silva (13)2017 con un 20%.

Se puede concluir que el factor que más prevalece a la inasistencia a las citas de crecimiento y desarrollo es el olvido de la cita con un 31% al igual que el estudio de Estrada (15)2010, a diferencia de Mariaca Henao (14) 2012 con el 14%. Otros motivos con un 22% a diferencia de Mariaca Henao (14) 2012 con 34% y Silva (13) 2017 con 30%, sin embargo, es también relevante resaltar que los cuidadores no asisten a la cita de los niños porque se encuentran enfermos y estos arrojan el 16% de la población.

Por otro lado, revisando los resultados con el modelo de promoción de la salud de la enfermera Nola J Pender, explica los factores que afectan en la persona para promover su salud. Con los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, se puede apreciar la relación existente con las algunas de sus afirmaciones teóricas, las cuales plantean que: las personas ponen en práctica conductas de promoción de la salud de acuerdo a las características de cada individuo y a las experiencias para moldear su conducta.

De acuerdo a lo citado anteriormente, se puede comprobar que el modelo es aplicable a la investigación actual, como se observa en las afirmaciones teóricas de

la enfermera Nola J Pender, las cuales presentan una concordancia con los resultados obtenidos; entre las relaciones existentes se puede contemplar que las diferencias de cada ser humano influyen en las conductas que tomen para fomentar su salud.

Y finalmente según la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud dada por la resolución 276 del 2019 la cual modifica la resolución 3280 de 2018, determina el esquema de las consultas de atención por el profesional de enfermería para niños y niñas de la primera infancia la cual se brinda según la edad en meses de la siguiente manera: 1er consulta de 2-3 meses, 2da consulta de 6-8 meses, 3er consulta de 9-11 meses, 4ta consulta de 18 a 23 meses, 5ta consulta de 30-35 meses, 6ta y última consulta a los 4 años. (24)

Con este esquema de atenciones se puede evidenciar que, con solo una inasistencia al control altera la concentración de citas estipuladas por la resolución por lo cual no se puede tener un adecuado seguimiento del menor.

15. CONCLUSION

Después de conocer los resultados de los factores asociados a la inasistencia de niños y niñas de 0 a 5 años al control de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle del Cauca en el año 2018, se pudo concluir en cuanto a su caracterización sociodemográfica, predominó el sexo femenino y en menor proporción el sexo masculino, la población cuenta con una edad promedio de 0 a 4 años y que otras etnia son las que más predomina, siendo su lugar de procedencia la zona urbana.

Por otro lado, dando respuesta a la pregunta y a los objetivos de la investigación se puede concluir que:

- Los factores socio económicos e institucionales están directamente relacionados con los motivos de inasistencia de los niños y niñas de 0 a 5 años a los controles de crecimiento y desarrollo del hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía.
- El olvido de la cita es la causa principal de inasistencia al control de crecimiento y desarrollo; la cual está relacionada también con otros motivos como no tener con quien dejar a otros menores o por enfermedad de los mismos.
- En cuanto a la satisfacción de los usuarios en la atención por enfermería se puede percibir que la población inasistente no está satisfecha con la forma en que el personal de enfermería realiza los controles siendo un motivo más por el cual no asisten a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Con este estudio se puede evidenciar que la población necesita intervenciones oportunas para la detección temprana de alteraciones del control de crecimiento y desarrollo, por lo tanto, se deben establecer acciones en conjunto desde la formación de los padres y del personal de la salud para realizar acciones que generen bienestar a los niños y niñas del programa y así influir en el adecuado crecimiento de los mismos.

16. RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que la satisfacción del usuario frente a la atención de enfermería fue regular, se recomienda que el hospital implemente acciones de mejora, para así mejorar la calidad en la atención a la hora de realizar los controles de crecimiento y desarrollo a cada uno de los niños inscritos al programa con el fin de detectar alteraciones que afecten la integridad física y mental del menor.
- Educar a los padres de familia sobre la importancia de asistir al control de crecimiento y desarrollo.
- Implementar estrategias como llamadas de recordatorio y hacer un seguimiento a los niños y niñas inasistentes, para así reasignar las citas y que ningún niño(a) se quede sin realizar su control de crecimiento y desarrollo.
- Para futuras investigaciones se recomienda aplicar en el estudio un instrumento validado.

17. BIBLIOGRAFÍA

1. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPIO DE ANDALUCIA. [Online].; 2012-2015. Available from: http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/andalucia%20pd%202012%20-%202015_parte1.pdf.
2. social Mdsyp. Ministerio de salud y proteccion social. [Online].; 2019 [cited 2019 marzo 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>.
3. ONU. Organizacion de las naciones unidas. [Online].; 2015 [cited 2015. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>.
4. Ministerio de proteccion social. Revision de los estudios sobre situacion de discapacidad en colombia. [Online]. [cited 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf>.
5. encolombia. encolombia. [Online]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/menor/epidemiologia/>.
6. dictionaries sol. spanish oxford living dictionaries. [Online]. [cited 2018 noviembre 10. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/inasistencia>.
7. MinSalud. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf>.
8. clemente c. blogger. [Online].; 2009. Available from: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-las-oms.html>.
9. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 agosto. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
10. leyes dd. diccionario de leyes. [Online]. Available from: <https://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>.

- 1 AMBUQ EPS - ESS. AMBUQ. [Online].; 2014. Available from:
1. http://www.ambuq.org.co/?page_id=1305.
- 1 publica Ays. antropologia y salud publica. [Online]. Available from:
2. http://www.aniorte-nic.net/apunt_antropolog_salud_7.htm.
- 1 HMJMVJ SFJ. Inasistencia de madres de niños menores de un año al programa
3. de crecimiento. Health Care Global Health. 2017 Jan.
- 1 BDY MC. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al
4. programa de crecimiento y desarrollo. CES Salud Pública. 2013 enero-junio; 4(1).
- 1 SVBA EV. Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la
5. ESE Hospital San Vicente de Paul Caldas-Antioquia. RediCES. 2010 enero.
- 1 Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos LDMBBLASRMMOM. El modelo de
6. promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión.
SciELO. 2011 diciembre; 8(4).
- 1 G. FC. Arte misa unicauca UNIVERSIDAD DEL CUACA. [Online].; 2005 [cited
7. 2005 febrero. Available from:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
- 1 Sentencia de la Honorable Corte Constitucional de la República de Colombia.
8. Numero T-356 de 2005.. "Derecho a la salud y a la Seguridad Social de los niños y niñas".; 2005.
- 1 Constitución Política de Colombia. Artículo 44; 1991.
9.
- 2 Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006. "infancia y
0. adolescencia"; 2006.
- 2 Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y
1. Desarrollo..
- 2 De Cero a Siempre. De Cero a Siempre. [Online]. Available from:
2. <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Presentacion-estrategia-De-Cero-a-Siempre.pdf>.

- 2 Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Estrategia AIEPI. [Online]. [cited 2018 noviembre 13]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Enfermedad%20respiratoria%20aguda/2017/Estrategia_AIEPI.pdf.
- 2 ministerio de salud y protección social. Ministerio de salud. [Online]. [cited 2018 noviembre 10]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- 2 Actualisalud. [Online]. Available from: <https://actualisalud.com/ruta-atencion-integral-poblacion-materno-perinatal-ampliacion-plazo-para-su-cumplimiento/>.
- 2 HERNÁNDEZ SAMPIERI RFCCBLP. Metodología de la investigación: Concepción o elección del diseño de investigación.. In HERNÁNDEZ SAMPIERI RFCCBLP.. México: interamericana editores, s.a.; 2010. p. 153P.
- 2 Valle del Cauca andalucía. Valle del Cauca andalucía. [Online]. Available from: <http://www.valledelcauca.com/andalucia.php>.
- 2 Ferrer HSV. [Online]. Available from: <http://hospitalsanvicenteferrer.gov.co/servicios.php>.
- 2 Progreso- PAdAVdCGMPSe. [Online]; 2015. Available from: <http://www.andalucia-valle.gov.co/presentacion.shtml>.
- 3 cauca Gdvd. [Online]. [cited 2018 noviembre 13]. Available from: http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones/andalucia_pub.
- 3 CARRASCO J. El método estadístico en la investigación médica. 5° ed. Madrid. Editorial ciencia. [Online]. Available from: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Metodos/Muestreo.pdf>.
- 3 TORRES Mariela PKSF. Tamaño de una muestra para una investigación de mercado. Facultad de Ingeniería. Universidad Rafael Landívar. 2014 Diciembre;(10).
- 3 Milagros LTB. Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de la atención del profesional de enfermería en el Programa de

Crecimiento y Desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima - Perú. 2014. Biblioteca virtual en salud. 2015.

3 Claudia del Carmen Vílchez Pérez FdMM. fundación index. [Online].; 2013 [cited 4. 2013 noviembre 7. Available from: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/465.pdf>.

3 L. FPCLMB. Scielo. [Online].; 2016 [cited 2016 julio-diciembre. Available from: 5. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a04>.

3 ONU. Organización de las Naciones Unidas. [Online].; 2015 [cited 2015. 6. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>.

ANEXOS

FACTORES FAMILIARES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES	METODO DE RECOLECCION
TIPO DE FAMILIA	Es un sistema de relaciones con una vinculación emocional intensa, durable y reciproca donde se establecen roles, reglas y un estilo particular de comunicación; como grupo provee a sus miembros de afecto y protección.	Se utilizará en la investigación para identificar qué tipo de familia tiene la persona en el momento de encuestarla.	Cualitativa nominal	Familia nuclear Familia extensa Familia monoparental Familia singularizada Familia unipersonal Familia simultanea o reconstruida Familia homosexual	Encuesta
ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR	Es la relación en la que se encuentran las personas que viven en sociedad, respecto a los demás miembros de esta misma.	Se determinará el estado civil actual del cuidador y/o padres.	Cualitativa nominal	Casado Soltero Unión libre Unión libre Viudo Separado/ Divorciado	Encuesta
NIVEL ACADEMICO DEL CUIDADOR	Hace referencia a la evolución del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, terciario o universitario.	Se medirá el nivel académico del padre de familia o persona encargada del niño o niña.	Cualitativa nominal	Primaria Secundaria Técnico Universidad	Encuesta

FACTORES SOCIOECONOMICOS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES	METODO DE RECOLECCION
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y localización.	Estrato socioeconómico de los padres en los que se puede clasificar las vivencias y/o los predios denominados así: 1. Bajo-bajo 2. Bajo 3. Medio-bajo 4. Medio 5. Medio-alto 6. Alto	Cualitativa ordinal	1. Bajo-bajo	Encuesta
				2. Bajo	
				3. Medio-bajo	
				4. Medio	
				5. Medio-alto	
				6. Alto	
OCUPACION	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Ocupación o empleo que desempeñan los padres del menor en el último mes.	Cualitativa ordinal	Empleado	Encuesta
				Desempleado	
				Busca trabajo	
				Oficios del hogar	
				Estudia	
Otro, ¿Cuál?					
INGRESOS FAMILIARES	Medida total económico y sociológico combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Nivel de ingresos monetarios de los padres y/o cuidador del menor en el último mes.	Cualitativa nominal	Un salario mínimo	Encuesta
				Medio salario mínimo	
				Más de dos salarios mínimos.	

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES	METODO DE RECOLECCION
	Es la no asistencia de una persona a un lugar o a un	Se tomará el porcentaje de niños y niñas que no asisten a	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 	Encuesta

<p>INASISTENCIA AL CONTROL</p>	<p>acto a donde debía ir o a donde era esperado. En la investigación se tomará inasistencia como la no asistencia a control para la detección temprana de enfermedades en el niño.</p>	<p>los controles de crecimiento y desarrollo del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● < 1 año (1-3m, 4-6m, 7-9m, 10-12m) 4 controles al año, la inasistencia sería para aquellos que falten 2 veces. ● 1 año (1-3m, 4-6m, 7-9m, 10-12m) 3 controles al año, la inasistencia sería para aquellos que falten 1 vez al control. ● 2-4 años (25-30m, 31-36m, 37-48m, 49-60m) 4 controles al año, la inasistencia sería para aquellos que falten 2 veces al control. ● 5 años (61-66m) 1 vez al año, la inasistencia sería para aquellos que falten 1 vez al control. <p>Se medirá la falta al control.</p>			
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CORDIAL SALUDO

La presente es para informarle sobre un estudio de investigación realizado por estudiantes de séptimo y octavo semestre del programa de enfermería, el cual tiene por nombre **“Factores asociados a la inasistencia al control de Detección Temprana De Las Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo en niños y niñas de 0 a 5 años en el Hospital San Vicente Ferrer De Andalucía Valle Del Cauca”**. Con el fin de llevar a la finalización el trabajo de grado de los estudiantes mencionados.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir, si quiere o no participar del mismo. Para ello le solicitamos, leer estas indicaciones atentamente, y nosotras le aclararemos las dudas que puedan surgir.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Los padres y/o cuidadores del niño o niña, deben saber que su participación en este estudio es voluntaria, y que puede decidir no participar, cambiar su decisión y retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que ello altere la relación con el centro de salud y la atención brindada, teniendo en cuenta que es una menor edad al que está representando.

Esta investigación se realizará solo con fines académicos, este es un estudio científico que no tienen riesgo para la integridad física y mental del niño o niña y su familia

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Inconvenientes y riesgos derivados del estudio: En ningún caso el estudio podrá generar peligro adicional para la salud de su hijo.

Beneficios esperados: Identificar los factores de inasistencia a los controles de los niños y niñas menores de 5 años.

CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con lo que establece la legislación colombiana, este estudio garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos y la utilización es de carácter estrictamente académico. Los datos recogidos para el estudio estarán solo a disposición de los responsables de este, sin relacionarlos con usted, su familia o círculo social, por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

En caso de que se quieran utilizar los datos en el presente estudio para investigaciones futuras, se solicitará en ese momento el consentimiento del estudiante de manera independiente.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba, el (la) investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente yo _____ identificada con el documento de identidad N° _____ doy mi consentimiento para ser partícipe del estudio.

Firma del acudiente del niño(a)

Firma del representante estudio

4. Familia adoptiva (sin lazos parentales)

7. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

1. Casados 2. Divorciados 3. Separados
4. Unión libre 5. Viudez

8. ¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO?

1. Padres 2. Abuelos 3. Otros

9. RESPONSABLE DEL MENOR

1. Abuelos
2. Padres
3. Tíos (a)
4. Madre
5. padre
6. Hermano(s)

DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE DEL MENOR

10. EDAD
_____ años

11. SEXO
1.M 2.F

12. ESTADO CIVIL

1. Soltero/a 2. Unión libre 3. Viudo/a 4. Casado/a
5. Separado/a 6. Divorciado/a

13. NIVEL EDUCATIVO

1. Primaria 2. Secundaria
3. Técnico 4. Profesional 5. Otro

13. ¿QUIÉN CUIDA AL MENOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?

1. Abuelos
2. Padres

- 3. Tíos (a)
- 4. Madre
- 5. padre
- 6. Hermano(s)

14. OCUPACIÓN

- 1. Empleado
- 2. Desempleado
- 3. Independiente (Tiene su propio negocio)
- 4. Oficios del hogar
- 5. Estudiante
- 4. Otro

ESTADO SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA

15. ESTRATO

1 2 3 4

16. INGRESOS ECONÓMICOS SMMV (Salario Mínimo Mensual Vigente)

- 1. < 1 SMMV
- 2. 1 SMMV
- 3. > 1 SMMV
- 4. 2 SMMV
- 5. >2 SMMV

17. TENENCIA DE CASA

- 1. Propia
- 2. En arrendo
- 3. Otra

PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

19. ¿CÓMO CALIFICA EL PERSONAL QUE LO ATENDIÓ EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE FERRER?

- 1. Excelente.
- 2. Bueno.
- 3. Regular.
- 4. Malo.

20. ¿EL PROGRAMA LE BRINDA UN HORARIO QUE SE ADAPTA A SUS NECESIDADES?

- 1. Sí
- 2. No

21. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE ASISTIÓ AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CON EL NIÑO/A LLENÓ SUS EXPECTATIVAS?

1. Sí 2. No

22. ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS CUALES NO PUDO ASISTIR AL CONTROL?

1. Se olvidó de la cita
2. No le dieron permiso en el trabajo
3. No tenía con quien dejar a sus otros hijos
4. Estaba enferma/o
5. No tenía quien lo llevara
6. No consiguió transporte
7. No tenía dinero
8. No le pareció importante
9. No se siente bien atendido
10. Otros motivos

23. ¿PRESENTA DIFICULTAD EN EL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD?

1. Si 2. No 3. No Sabe / No Responde

24. ¿HA TENIDO DIFICULTAD EN EL ACCESO AL CENTRO DE SALUD?

1. Si 2. No 3. No Sabe / No Responde

25. ¿CUÁNTO TIEMPO GASTA EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD?

1. Horas ____ 2. Minutos ____

26. ¿QUÉ MEDIO UTILIZA PARA LLEGA AL CENTRO DE SALUD?

1. Mototaxi
2. A pie
3. Bus
4. Carro particular
5. Moto
6. Bicicleta
7. Otro

Gracias por su tiempo; sus opiniones contribuirán de manera eficaz en la mejora de nuestros servicios.