

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO:

**FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES
INFANTILES EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LLANO LOS PATOS, LA UNIÓN;
TECAPÁN, USULUTÁN Y EL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD BÁSICO EL
TABLÓN, SESORI SAN MIGUEL AÑO 2019**

PRESENTADO POR:

KENIA RAQUEL ALEMÁN HERNÁNDEZ

REYNA ELIZABETH CRUZ LÓPEZ

SANDRA GABRIELA ESTRADA MIRANDA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

EL SALVADOR, CENTROAMERICA, DICIEMBRE 2019

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCUNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISO ALARCÓN

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERINO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTORA ROXANA PATRICIA SAADE STECH

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO
PRESIDENTE

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
SECRETARIA

DOCTORA ROXANA PATRICIA SAADE STECH
VOCAL

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Kenia Raquel Alemán Hernández

AH12010

Reyna Elizabeth Cruz López

CL12021

Sandra Gabriela Estrada Miranda

EM12003

FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LLANO LOS PATOS, LA UNIÓN;TECAPÁN, USULUTÁN Y EL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD BÁSICO EL TABLÓN, SESORI, SAN MIGUEL AÑO 2019

Este trabajo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado para la obtención del título de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dr. Horacio García Zarco

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro

Tribunal Calificador

Tribunal Calificador

Dra. Roxana Patricia Saade Stech

Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Proceso de Graduación

Vo.Bo. Maestra Roxana Margarita Canales Robles

Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, noviembre de 2019

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por guiarnos en cada paso y permitirnos cumplir esta meta.

A nuestros padres, por su amor, apoyo incondicional; sin ustedes llegar a la meta no hubiese sido posible. Gracias por creer siempre en nosotras.

A nuestros hermanos por brindarnos su amor siempre.

A nuestros amigos y familiares.

A nuestros docentes, por los conocimientos dedicados a nuestra formación. En especial a la doctora Patricia Saade Stech, por su orientación, paciencia y tiempo, gracias totales.

Al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel por permitir nuestra formación en el área clínica.

“El agradecimiento es la memoria del corazón”

Lao Tse

Kenia Raquel Alemán Hernández.

Reyna Elizabeth Cruz López.

Sandra Gabriela Estrada Miranda.

DEDICATORIA

“El principio de la sabiduría es el temor de Jehová; los insensatos desprecian la sabiduría y la enseñanza”

(Proverbios 1:7. RV.1960)

En primer lugar agradezco a Dios todo poderoso por darme en el transcurso de la carrera sabiduría e inteligencia, fuerza en los momentos difíciles, por guiarme y bendecir en gran manera mi vida llenándome de completa felicidad cada instante. Con Él todo es posible.

Agradezco a mis padres Delia Hernández y Alonso Alemán, por brindarme su apoyo incondicional, por todo su esfuerzo en cada paso de mi vida y en especial por guiarme en el camino del bien cubierta de todo su amor. Los amo con todo mi corazón.

Gracias a mi hermana Diana Alemán por ser parte de mi vida, por todo su cariño, por brindarme palabras de aliento cuando más lo necesitaba, gracias por estar siempre ahí.

A mi abuela Teresa Reyes por su gran amor, por cuidar y velar siempre por mi bienestar.

A mis tíos y tías por sus oraciones y su apoyo en cada escalón de mi vida, cada palabra de ánimo hizo que el esfuerzo se multiplicara y diera frutos excelentes.

A mis compañeras de tesis Reyna Cruz y Sandra Estrada por su amistad incondicional y todas las horas de desvelo y dedicación a este trabajo.

A nuestra asesora Dra. Patricia Saade por guiarnos, brindarnos de su sabiduría y por toda la paciencia, tiempo y amor para lograr esta investigación.

A la Universidad de El Salvador por haberme formado en esta hermosa carrera, brindándome conocimientos excelentes y así permitir ser una gran profesional.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en donde quiera que vayas.”

(Josué 1.9. RV.1960)

Kenia Raquel Alemán Hernández.

DEDICATORIA

“Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría; y sobre todas tus posesiones adquiere inteligencia.”

(Proverbios 4:7 RV 60)

Primeramente a Dios Todo Poderoso, sin Tus bendiciones en mi vida, nada de esto hubiese sido posible. A Ti sea toda la honra y gloria.

A mis padres, Sra. Reyna de Hernández, Sr. Walter Fabricio Cruz, Sr. Alexis Hernández por su amor y apoyo. Gracias por creer en mí, los amo.

A mis hermanas Karen y Valeria, gracias por la paciencia y amor que siempre me brindaron, fueron, son y serán mi motivación. Las amo.

A mis abuelos, Manuel, Amelia y Sara sin sus oraciones este logro no hubiese sido posible. Estarán por siempre en mi corazón y mente.

A Belén Abigail, espero que cuando leas esta dedicatoria, estés orgullosa de tu prima mayor.

A Hazel Galindo (QEPD), por el tiempo que estuviste presente, por tu amistad sincera, porque fuiste valiente siempre. Te quiero.

A la doctora Roxana Patricia Saade Stech, por su tiempo y dedicación, gracias por todo su apoyo y por motivarnos a dar siempre lo mejor, sin su ayuda esta investigación no hubiese sido posible.

A Kenia Alemán y Gabriela Estrada, amigas y compañeras de tesis. Gracias por siempre estar ahí. Las quiero.

A Karla B.; Karla J.; Karla L.; Kevin A.; Analy S; los amigos que conocí durante mi formación profesional, a los cuales profeso un cariño sincero.

“Estoy convencido de que todos cosechamos los frutos de nuestro trabajo”.

Ben Carson

Reyna Elizabeth Cruz López

DEDICATORIA

Primero que todo a Dios, por permitirme cumplir este sueño, por su amor y bendiciones, por su guía en mi camino y por la fortaleza que siempre me da para salir adelante en cada batalla.

A mis padres, por ser las personas más amorosas, comprensivas, por ser mi ejemplo de lucha y dedicación y por siempre animarme a seguir adelante, por su apoyo incondicional, los amo.

A mi hermano, por quererme siempre, por su apoyo y paciencia.

A mis abuelitos y tías, que desde la distancia siempre están presentes, animándome a dar lo mejor en cada momento. A Sofía y Jazmín, por su tiempo, esfuerzo y por estar siempre.

A mis amigos en la vida y en la carrera, a mis queridas compañeras de tesis, por su dedicación, compromiso y su apoyo en todo este proceso, el triunfo es de todos.

A la Dra. Patricia Roxana Saade Stech, por su tiempo, su dedicación y motivación a lo largo de nuestra formación y de este trabajo.

Sandra Gabriela Estrada Miranda

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
LISTA DE TABLAS.....	XIII
LISTA DE GRÁFICOS.	XV
LISTA DE FIGURAS.	XVII
LISTA DE ANEXOS	XVIII
RESUMEN.....	XIX
INTRODUCCIÓN.	1
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.	6
3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	14
4 DISEÑO METODOLÓGICO.	17
5 RESULTADOS.	23
6. DISCUSIÓN.....	58
7. CONCLUSIONES.....	60
8. RECOMENDACIONES.....	61
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

LISTA DE TABLAS.**Pág.**

TABLA 1 Distribución de la población de niños de 2 a 5 años de edad por unidad de salud	17
Tabla 2 Distribución de la muestra de la población de niños de 2 a 5 años de edad por unidad de salud.	19
Tabla 3 Características sociodemográficas del niño	24
Tabla 4 Características sociodemográficas del cuidador.	26
Tabla 5 ¿Paga pasaje para asistir al centro de salud?	27
Tabla 6 Gasto al asistir al centro de salud.....	28
Tabla 7 Transporte utilizado para asistir al centro de salud.	29
Tabla 8 Tiempo que tarda en llegar a la unidad de salud,.....	30
Tabla 9 ¿Sabe leer y escribir?	31
Tabla 10 Último grado de estudio.....	32
Tabla 11 Ocupación del cuidador.....	33
Tabla 12 ¿Cuántas personas trabajan en el hogar?.....	34
Tabla 13 ¿Recibe remesas?	35
Tabla 14 ¿Tiene subsidio?.....	36
Tabla 15 Salario.	37
Tabla 16 Religión	38
Tabla 17 Remedios caseros	39
Tabla 18 Asistencia de los niños al sobador.	40
Tabla 19 Razón de asistencia al sobador.....	41
Tabla 20 Conocimientos del cuidador acerca del control infantil.....	42
Tabla 21 Atención en el centro de salud.	43

Tabla 22 Inasistencia al control infantil.....	44
Tabla 23 Cantidad de inasistencias al control infantil.....	45
Tabla 24 Razón de inasistencias al control infantil.....	46
Tabla 25 Paga pasaje con inasistencia al control	48
Tabla 26 Ocupación del cuidador con asistencia al sobador.....	49
Tabla 27 Último grado de estudio con ¿Lo ha llevado al sobador?	51
Tabla 28 Edad del cuidador vrs conocimientos del cuidador.....	53
Tabla 29 Ocupación del cuidador con conocimientos acerca del control infantil	55
Tabla 30 Grado de estudio del cuidador con conocimientos acerca del control infantil	57

LISTA DE GRÁFICOS.

Pág.

Gráfico 1 Sexo del niño.....	25
Gráfico 2 Edad del niño	25
Gráfico 3 ¿Paga pasaje para asistir al centro de salud?.....	28
Gráfico 4 Gastos al asistir al centro de salud	29
Gráfico 5 Transporte utilizado para asistir al centro de salud.....	30
Gráfico 6 Tiempo que tarda en llegar a la unidad de salud.....	31
Gráfico 7 ¿Sabe leer y escribir?	32
Gráfico 8 Último grado de estudio.....	33
Gráfico 9 Ocupación del cuidador	34
Gráfico 10 ¿Cuántas personas trabajan en el hogar?.....	35
Gráfico 11 ¿Recibe remesas?	36
Gráfico 12 ¿Tiene subsidio?.....	37
Gráfico 13 Salario	38
Gráfico 14 Religión.....	39
Gráfico 15 Remedios caseros.....	40
Gráfico 16 Asistencia de los niños al sobador	41
Gráfico 17 Razón de asistencia al sobador.....	42
Gráfico 18 Conocimientos de los cuidadores sobre controles infantiles	43
Gráfico 19 Calidad de atención en el centro de salud	44
Gráfico 20 Inasistencia al control infantil	45

Gráfico 21 Cantidad de inasistencias al control infantil	46
Gráfico 22 Razón de inasistencias al control infantil.....	47
Gráfico 23 Paga pasaje con inasistencias al control infantil	49
Gráfico 24 Ocupación del cuidador con asistencia al sobador.....	51
Gráfico 25 Último grado de estudio con ¿Lo ha llevado al sobador?	52
Gráfico 26 Edad del cuidador con conocimientos del cuidador.....	54
Gráfico 27 Ocupación del cuidador con conocimientos acerca del control infantil	56
Gráfico 28 Grado de estudio del cuidador con conocimientos acerca del control infantil	58

LISTA DE FIGURAS.

Pág.

Figura 1 Validación del instrumento de investigación ucsf el zamoran, 28 de junio 2019	64
Figura 2UCSF TECAPAN ENTRADA PRINICIPAL.....	65
Figura 3 UCSF TECAPÁN ENTRADA POSTERIOR	65
Figura 4 INTERIOR DE UCSF TECAPÁN.....	66
Figura 5 INTERIOR DE UCSF TECAPÁN.....	66
Figura 6 ENTRADA A UCSF LLANO LOS PATOS.....	67
Figura 7 UCSF LLANO LOS PATOS.....	68
Figura 8 CAMINO A UCSF LLANO LOS PATOS.....	68
Figura 9 ECO EL TABLÓN	69
Figura 10 CAMINO A ECO EL TABLÓN	69

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1 Gráfica de crecimiento de niños de 2 a menor de 5 años de edad. Cara anterior.	70
Anexo 2 Gráfica de crecimiento de niños de 2 a menor de 5 años de edad. Cara posterior.	71
Anexo 3 Gráfica de crecimiento de niñas de 2 a menor de 5 años de edad. Cara anterior.	72
Anexo 4 Gráfica de crecimiento de niñas de 2 a menor de 5 años .de edad. Cara posterior.	73
Anexo 5 Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años de edad. Cara anterior.	74
Anexo 6 Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años de edad. Cara posterior.....	75
Anexo 7 Esquema nacional de vacunación	76
Anexo 8 Periodicidad de controles infantiles.....	77
Anexo 9 Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar	78
Anexo 10 Lineamientos técnicos para la suplementación con micronutrientes en el ciclo de vida	79
Anexo 12 Consentimiento informado	85
Anexo 13Cronograma de actividades.....	86
Anexo 14 Presupuesto y financiamiento.....	87
Anexo 15 Abreviaturas y siglas	88
Anexo 16 Glosario	89

RESUMEN.

Los controles infantiles son esenciales para la valoración del crecimiento y desarrollo del niño, así como también para prevenir enfermedades a través del programa de inmunizaciones, al no asistir a los controles infantiles se corre el riesgo de que el infante pueda adquirir patologías que pueden dejar secuelas o complicaciones y llevarlo hasta la muerte. El **objetivo** de esta investigación es conocer los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután, y el equipo comunitario básico El Tablón, Sesorí, San Miguel, en el año 2019. **Metodología:** Enfoque cuali-cuantitativo, descriptivo, transversal, se tomó como población a 438 cuidadores de niños entre 2 a 5 años de edad que asistieron al control infantil en las unidades de salud comunitarias Tecapán; Usulután, Llano los Patos; La Unión, y el equipo comunitario de salud familiar El Tablón, Sesorí y que cumplieron criterios de inclusión y exclusión a los que se les pasó una cédula de entrevista para recolectar información necesaria para comprobar hipótesis. **Resultados:** Se encontró que el factor económico juega un papel importante en la inasistencia a los controles infantiles, ya que del 100% el 65.6% de las madres que si pagan pasaje han faltado al control infantiles, así como también el 15.5% no han asistido por razones de olvido, el 15.3% porque no han encontrado con quien dejar los otros niños, el 11.6% porque en ese control no correspondían vacunas. **Conclusión:** El factor de peso para la inasistencia a los controles infantiles, es la frágil economía de las cuidadoras en estudio, así como la baja escolaridad que no les permite incorporarse activamente a un empleo en el cual puedan aportar a la estabilidad económica familiar, así como también la falta de información acerca de los componentes de un control infantil y el impacto negativo que podría tener en los niños no asistir a ellos.

Palabras clave: Control infantil, factores de riesgo socioeconómicos, factores de riesgo cultural.

INTRODUCCIÓN.

El control infantil brindado en los centros asistenciales constituye una de las principales actividades de consulta preventivas en el primer nivel de atención en salud en el país, siendo una herramienta importante para la detección temprana de patologías relacionadas con la ganancia inadecuada de peso, una tendencia inadecuada del crecimiento así como las alteraciones en el neuro-desarrollo, además brinda la aplicación del esquema de vacunación de acuerdo a las edades, como medida preventiva de enfermedades en vías de erradicación, lastimosamente múltiples factores influyen en la inasistencia a los controles por parte de las cuidadoras, ya sea por aspectos económicos, sociales u ocupacionales, o por opiniones externas o costumbres de parientes, con mucha más experiencia empírica en la crianza de los niños, de la misma forma el grado de escolaridad influye tanto en la decisión de asistir al control para una evaluación integral del niño.

En el medio ambiente donde se realizó la investigación, las condiciones higiénicas eran precarias, dando lugar a parasitismo intestinal, lo cual puede llevar a los niños a la mala absorción de nutrientes, que de no tratarse causan desnutrición, restricción del crecimiento y anemia, y en casos extremos, la muerte, todo lo anterior puede evitarse, asistiendo de manera regular a las consultas preventivas.

Debido a su importancia se realizó la investigación para detectar los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután, y el equipo comunitario básico El Tablón, Sesori, San Miguel, en el año 2019.

La investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera:

El planteamiento del problema: compuesto de los antecedentes relacionados a la problemática en estudio que describen la situación a investigar seguidamente, el enunciado del problema el cual formula la pregunta que se investigó, la justificación que da respuesta al porqué, para que de la investigación y de qué forma se verán beneficiados los usuarios.

Los objetivos que guiaron el estudio, un objetivo general y tres específicos.

Marco referencial: Compuesto por el marco histórico, que hace una breve reseña de datos históricos de los sitios de la población en estudio y el marco teórico, el cual da una base teórica al estudio de las variables.

Sistema de hipótesis, conformado por hipótesis de trabajo y la hipótesis nula, así como la operacionalización de las variables que permitió el estudio de las mismas.

El diseño metodológico el cual contiene el tipo de estudio, la población que es el universo, y la muestra; así como los instrumentos y técnicas que permitieron recolectar los resultados, así como los procedimientos, en donde se describen paso a paso la realización de los mismos, la planificación como en la ejecución y posterior análisis.

Análisis e interpretación de los resultados: Se expone como se tabularon, la organización en sus respectivos cuadros y gráficas, con su respectivo análisis e interpretación de cada uno de las preguntas de la cedula de entrevista, finalizando con la comprobación de las hipótesis específicas.

Conclusiones Se presentan el logro de los objetivos de la investigación donde se hace referencia a resultados concretos obtenidos del desarrollo del presente estudio

Recomendaciones: Se dan a conocer las estrategias y medidas de acción a tomar para la solución del problema de investigación.

Como información complementaria se presenta las referencias bibliográficas de donde se obtuvo la información.

Finalizando se presentan los anexos, que incluyen, consentimiento informado, la cédula de entrevista , el cronograma de actividades, el presupuesto de investigación, el glosario, la siglas utilizadas en el informe, así como fotografías e imágenes en relación a la investigación .

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Según el Fondo de Naciones Unidas para la infancia se encuentran un total de 2.200 millones de niños y niñas de todo el mundo que requieren controles infantiles.⁽¹⁾ En los países en desarrollo, alrededor del 80% de la atención de la salud se presta en el hogar, y la mayoría de los niños y niñas que mueren lo hacen en casa, sin que los examine un trabajador de la salud.⁽²⁾ En El Salvador se encuentran 639,000 menores de 5 años.⁽³⁾ En el periodo comprendido del 1 de enero al 1 de Diciembre del 2017 se brindaron 281,776 controles infantiles; en el año 2018 se brindaron un total de 305,066 controles infantiles en niños de 2 a 5 años de los cuales 410 fueron referidos y vistos por nutrición, de esta cifra en la unidad comunitaria de salud familiar Llano los patos, Conchagua, La Unión se realizaron 303 controles infantiles en niños de 2 a 5 años de edad; en la unidad comunitaria de salud familiar Tecapán, Usulután se realizaron 269 controles infantiles en niños de 2 a 5 años de edad; en el equipo comunitario de salud familiar básico El Tablón, Sesori, San Miguel se realizaron 169 controles infantiles en niños de 2 a 5 años de edad; de todos estos establecimientos de salud ningún niño se ha referido a nutrición durante dicho año.

En el año 2012 en Montevideo; Uruguay, en la Facultad de enfermería se realizó una investigación donde el tema fue las causas del incumplimiento de los controles infantiles en niños menores de 2 años del centro de salud cerro, donde se identificaron problemas de accesibilidad, económicos, geográficos y administrativos, causas propias dadas por los cuidadores de los niños menores de 2 años que responden a preguntas del porque no asisten a controles infantiles y dan como resultado en encuestas con un 33.9% razones de olvido, con un 12.9% razones de no tener cuidador adicional para dejar en sus casas al resto de sus hijos.⁽⁴⁾

En la universidad de Cartagena se realizó una investigación que estableció como tema la evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de pasacaballos en el año 2014; la encuesta arroja datos con un 35% que la inasistencia al control infantil fue el olvido de la cita. Con un 21% la falta de interés, con un 14% debido a condiciones climáticas.⁽⁵⁾

En la Universidad de El Salvador, en San Salvador se realizó una investigación en el 2016, donde el tema fue: El impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan en unidad comunitaria Sacacoyo 2016, donde la hipótesis de investigación responde que los niños menores de 3 años de edad que llevan controles infantiles completos, en la unidad comunitaria de salud familiar de Sacacoyo, presentan una menor frecuencia de morbilidad, que los que llevan controles infantiles incompletos, donde se concluye que los controles infantiles como estrategia de prevención y detección temprana de morbilidades, genera un impacto y una influencia significativa en la reducción de las morbilidades de las diferentes edades y etapas de la niñez.⁽⁶⁾

Pero las enfermedades no son inevitables, ni tampoco los niños enfermos tienen por qué morir. Las investigaciones y la experiencia indican que 6 millones de los casi 11 millones de niños y niñas que mueren todos los años podrían salvar la vida por medio de medidas nada sofisticadas, basadas en pruebas empíricas y eficaces en relación a sus costos, como vacunas, antibióticos, suplementos de micronutrientes, mosquiteros tratados con insecticida y una mejora de las prácticas de atención familiar y lactancia materna.⁽²⁾

En Europa, los niños y las familias de la comunidad romaní tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud que necesitan, en comparación con los niños y las familias de poblaciones étnicas mayoritarias. En 2012, apenas el 4% de los niños romaníes de 18 a 29 meses nacidos en Bosnia y Herzegovina habían recibido las vacunas recomendadas, en comparación con el 68% de los niños pertenecientes a otras comunidades. Las consecuencias se manifiestan en la salud y el bienestar de los niños; por ejemplo, uno de cada cinco niños romaníes en Bosnia, Herzegovina y Serbia presenta retraso del crecimiento moderado o grave⁽⁷⁾.

A pesar de que la mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en todo el mundo desde 1990, los niños nacidos en África subsahariana, todavía tienen 12 veces más probabilidades de morir antes de su quinto cumpleaños que los niños nacidos en países de ingresos altos, la gran mayoría de estas muertes podrían evitarse mediante intervenciones conocidas, de bajo costo y de fácil aplicación.⁽⁷⁾

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) implementada desde 1996 en la mayoría de los países de la Región de las Américas y el Caribe es la estrategia regional más importante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a favor de la atención de los problemas de salud de los niños y tiene la característica de presentar una modalidad comprensible y completa de abordaje de dichos problemas. Esta se materializa en un Manual Clínico, el cual brinda un manejo integrado de todas las actividades busca mejorar las competencias del personal de salud, mejorar las prácticas de cuidado del niño en la familia y la comunidad, así como fortalecer los sistemas de salud⁽⁸⁾.

La estrategia AIEPI ha demostrado desde su lanzamiento a escala global y en la Región de las Américas, que constituye una estrategia clave de promoción, crecimiento, desarrollo, prevención de enfermedades y detección precoz de los problemas para la búsqueda inmediata de atención, entregando a las familias un conjunto de intervenciones esenciales para la supervivencia infantil, y la protección de sus niños. Los aspectos de AIEPI que más han contribuido a disminuir la mortalidad han sido la detección más oportuna de morbilidades tales como diarrea y neumonía a nivel comunitario.⁽⁹⁾

Hasta finales del 2002, 18 países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia AIEPI. Estos países concentran el 52% de la población menor de cinco años del continente y representan el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad⁽⁸⁾.

La expansión de la estrategia AIEPI aborda simultáneamente el ámbito de los servicios de salud (principalmente los de atención primaria), las instituciones responsables de la formación del personal de salud y la comunidad, fomentando una continua interrelación entre todos estos ámbitos, lo que posibilita el mejoramiento continuo de la calidad de la atención que se brinda a la madre, el recién nacido y el niño⁽¹⁰⁾.

A pesar de la importancia que los controles infantiles aportan a la salud de los niños; muchos padres no acuden a sus controles o lo hacen de forma irregular debido a múltiples causas como las siguientes: difícil accesibilidad geográfica al centro de salud, falta de dinero para transporte, horario de atención limitado, falta de concientización de los padres sobre la importancia del control infantil sobre todo después del segundo año de vida: falta de interés. Lo que ocasiona el retraso en diagnosticar patologías o problemas del desarrollo.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años de las unidades comunitarias de salud familiar llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután y el quipo comunitario de salud familiar básico El Tablón, Sesorí, San Miguel en el año 2019?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general:

Determinar los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután, y el equipo comunitario básico El Tablón, Sesorí, San Miguel, en el año 2019.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar las determinantes socio-económicas relacionados al incumplimiento de los controles infantiles.
2. Determinar cuáles son los factores culturales asociados al incumplimiento de los controles infantiles.
3. Identificar los conocimientos que poseen los cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la importancia de los controles infantiles.

2 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.

2.1 Marco referencial.

2.1.1 Marco referencial de UCSF Intermedia Llano los Patos, La Unión.

La UCSF Intermedia Llano los Patos, se encuentra ubicada en el cantón Llano Los Patos, municipio de Conchagua, sobre la carretera litoral, en el departamento de la Unión, ocupa una superficie territorial de 200km cuadrados, aproximadamente. Con una densidad poblacional de 36.44 personas por km cuadrado. El área de influencia geográfica limita al norte con cantón Agua Caliente del municipio de la Unión, al sur con el cantón Las Tunas y que lo continua limitando al poniente, con cantón La Leona del municipio de Intipucá y al oriente limita con la colonia Buena Vista del cantón El Ciprés; bajo su jurisdicción se encuentran 3 cantones y 17 caseríos.

2.1.1.1 Aspecto socioeconómico.

La mayoría de las personas trabajan en labores agrícolas, pesca y ganaderas, pero un segmento amplio de la población se beneficia de las remesas familiares, provenientes de los Estados Unidos.

El núcleo familiar tiene en promedio 5 miembros, la mayoría de las viviendas son construcciones mixtas, el 80% de las familias poseen casa propia y el 20% alquila su vivienda. Un porcentaje de la población se ve afectada por el hacinamiento, ya que las viviendas que habitan cuentan únicamente, con una habitación que se utiliza como sala, cocina, dormitorio, 20% de las viviendas no tienen servicios sanitarios, el abastecimiento del agua potable solo los tienen disponibles ciertos caseríos, los demás cantones se abastecen de pozos artesanales para su uso doméstico.

El transporte público es accesible cada quince minutos, las personas tienen que adaptarse a los horarios de transportistas, viéndose obligados a pagar cantidades moderadas de transporte a taxis y pick-ups privados.

2.1.1.2 Aspecto religioso.

En todos los caseríos y cantones existe la presencia de iglesias protestantes y católicas.

2.1.2. Marco referencial de UCSFB El Tablón, Sessori.

El municipio Sessori está delimitando al norte por el municipio de Nuevo Edén de San Juan, San Gerardo, San Luis de la Reina y ciudad Barrios al este por Ciudad Barrios y Chapeltique al sur por Lolotique, El Triunfo y Nueva Granada al oeste por San Idelfonso y Nuevo Edén de San Juan.

El cantón el Tablón está ubicado en el municipio de Sessori del departamento de San Miguel. La distancia del cantón El Tablón a la zona urbana del Municipio de Sessori está a 6 km el tiempo de traslado de la población en automóvil es menos 30 minutos y dos horas si se desplazan caminando. La sede de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Tablón está ubicada en el Cantón El Tablón tiene una población de 2161 habitantes y una responsabilidad geográfica 3 cantones 15 caseríos.

2.1.2.1 Aspecto socioeconómico

La sede de la UCSF El Tablón está ubicada a 45 minutos del desvío, donde circula el servicio de buses, situación que genera descontento en la población de los cantones Charlaca y El Espíritu Santo ya que no hay un servicio un servicio de buses directo a la unidad, los usuarios deben costear el transporte el cual la mayoría de las ocasiones es moto-taxi o carro de paga.

La principal industria del municipio lo constituye la elaboración de productos lácteos, los dulces de panela. Los productos agrícolas más cultivados en el municipio son: granos básicos, plantas, hortalizas, café, caña de azúcar y frutas. En el rubro agropecuario existe la crianza de ganado vacuno, porcino y aves de corral.

La población del Tablón tiene una economía baja ya que la gran mayoría de los habitantes se dedican a la agricultura y ganadería.

2.1.2.2 Religión

En todos los caseríos y cantones existe la presencia de iglesias protestantes y católicas.

2.1.3 Marco referencial de UCSF Intermedia Tecapán, Usulután.

La sede de UCSF Tecapán se encuentra ubicada en el municipio de Tecapán, ubicado al norte del departamento de Usulután, tiene una superficie de 48.42 km cuadrado. Su estructura para su organización municipal como casco urbano y el área rural se divide en 5 cantones, 28 caseríos. En la producción agrícola se ha cultivado café, pero en los últimos 3 años con la crisis del café se han talado las fincas y se ha sustituido por el maíz y el frijol. En todos los cantones y caseríos se encuentran iglesias católicas y protestantes.

1.2. Marco teórico.

2.2.1 Definición de control de niño sano.

El control del niño sano es un actividad de supervisión periódica, tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 10 años, realizada por un equipo multidisciplinario, que incluye detección precoz de problemas de salud, prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional, además de salud bucal; así como la orientación a padres o tutores sobre aspectos en la alimentación, estimulación temprana e higiene.

El control de del niño sano debe incluir actividades de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, y de atención médica curativa y rehabilitadora. Las dos primeras acciones son fundamentales en las etapas tempranas de la vida, ya que es cuando adoptan actitudes y hábitos saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. Las medidas de prevención y de detección precoz de riesgos, evitarán alteraciones y secuelas permanentes.

La valoración de las inmunizaciones, de la nutrición y del desarrollo siguen siendo elementos esenciales de la consulta de supervisión sanitaria del niño sano, pero los cambios en la salud de la población han hecho que se añadan otros componentes a esta consulta del niño sano. La asistencia preventiva de los niños y jóvenes forma parte de las actividades de la reforma sanitaria estadounidense; este planteamiento ofrece una gran oportunidad de ahorrar costes sanitarios. La salud de la economía requiere contar con unos trabajadores formados y sanos. Para que los niños tengan una experiencia educativa satisfactoria deben estar sanos desde los puntos de vista físico y emocional. El éxito educativo también se relaciona con la adquisición de competencias del desarrollo en la primera infancia. Por tanto, la supervisión sanitaria de los niños sanos desempeña un papel vital en el fomento de la salud de los adultos, un concepto respaldado por los líderes empresariales⁽¹¹⁾.

2.2.2 Periodicidad

La frecuencia y contenido de las actividades asistenciales del niño sano derivan de la práctica basada en la evidencia y de la investigación. Además, las agencias federales y las organizaciones profesionales como la Academia Americana de Pediatría (AAP) han desarrollado guías de asistencia, consensuadas por expertos y basadas en la evidencia.⁽¹¹⁾

En El Salvador los controles infantiles, desde que se realiza la inscripción temprana antes de los 7 días, se cita al mes, posterior a ello hasta 12 meses de edad se brindan cada dos meses, de 1 a 2 años se realizan cada tres meses; de 2 a menor de 5 años cada 6 meses y mayor de 5 años en adelante se realizan anualmente. (Ver anexo 4).

2.2.3 Directrices

Se han elaborado directrices exhaustivas sobre cómo debería llevarse a cabo la asistencia de lactantes, niños y adolescentes sanos basadas en el Programa de Periodicidad, que lo detallan aún más y recomiendan el modo según el cual los médicos deberían realizar las tareas indicadas en él⁽¹¹⁾.

2.2.4 Importancia de la atención del niño sano

La consulta del niño sano trata de fomentar el bienestar físico y emocional de niños y jóvenes. Los profesionales de la salud infantil, como pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y auxiliares de enfermería aprovechan las ventajas de la oportunidad que proporciona la consulta del niño sano para sacar a la luz las preguntas y preocupaciones de los progenitores, obtener la información relevante sobre la salud de la familia y el paciente, realizar una exploración física e iniciar las pruebas de detección selectiva. Las tareas de cada consulta del niño sano consisten en:

- Detección de enfermedades.
- Prevención de enfermedades.
- Promoción de la salud.
- Guías preventivas.

Para lograr estos resultados los profesionales sanitarios emplean técnicas encaminadas a detectar la enfermedad y el riesgo de enfermedad, así como a proporcionar consejos sobre conductas de salud. Estas actividades llevan a la formulación de guías preventivas. En la atención del niño sano

la vigilancia se lleva a cabo en cada consulta de salud y se potencia al repetir las atenciones y las observaciones a medida que se avanza por las distintas fases de desarrollo. La detección selectiva es un proceso más protocolizado en el que se utiliza algún tipo de herramienta que se ha validado y cuya especificidad y sensibilidad se conocen. Por ejemplo, la vigilancia de la anemia se lleva a cabo determinando la historia dietética y buscando signos de anemia en la exploración física. La detección selectiva de la anemia se efectúa mediante análisis del hematocrito o de la hemoglobina. (Ver anexo 6)

La vigilancia del desarrollo se basa en las observaciones de los progenitores y en el ojo atento de los responsables de la asistencia sanitaria pediátrica que tienen experiencia en el desarrollo infantil para ello se utiliza la escala simplificada del desarrollo. (Ver anexo 3). La segunda acción esencial de la consulta del niño sano, la prevención de la enfermedad, puede constar tanto de actividades de prevención primaria aplicadas a una población completa como de actividades de prevención secundaria dirigidas a los pacientes con factores específicos de riesgo.⁽¹¹⁾

Las actividades de promoción de la salud y las guías preventivas distinguen la consulta de supervisión de la salud del niño sano de todas las demás consultas llevadas a cabo en el sistema sanitario. La detección de enfermedades y su prevención implican a todas las interacciones de los niños con los médicos y otros profesionales sanitarios, pero la promoción de la salud y la guía preventiva desplazan el foco de atención al bienestar y a los puntos fuertes de la familia (por ejemplo lo que se está haciendo bien y cómo se puede mejorar). Esta estrategia constituye una oportunidad para ayudar a la familia a tratar los asuntos de la relación, a abordar los temas relevantes sobre seguridad, a acceder a los servicios comunitarios y a comprometerse con la familia extendida, la escuela, el vecindario y la iglesia⁽¹¹⁾.

Para actuar sobre los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de anomalías, los pediatras necesitan conocer cómo interaccionan las fuerzas biológicas y sociales con las relaciones padre-hijo dentro de la familia, y entre la familia y la sociedad. El crecimiento es un indicador del bienestar global, del estado de la enfermedad crónica y del estrés interpersonal y psicológico.

Entre los 28 días y los 5 años de edad, enfermedades contagiosas como la neumonía, la diarrea, y la malnutrición siguen siendo las causas principales de morbilidad. Las madres más pobres y marginadas, los recién nacidos y los niños menores de 5 años se ven afectados desproporcionadamente. La mortalidad de los menores de 5 años se concentra principalmente en situaciones de fragilidad, emergencia y capacidad resolutive.⁽¹²⁾

La estrategia para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en adelante AIEPI, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue adoptada por El Salvador en 1997, tomando como base la propuesta genérica y realizando las adaptaciones nacionales a partir de la revisión del perfil epidemiológico, para dar respuesta a las primeras causas de mortalidad y morbilidad que afectan la salud de las niñas y niños menores de cinco años⁽¹³⁾.

En el año 2018 se agrega un nuevo grupo de edades, de 5 a 10 años, el cual contempla las principales causas de morbi-mortalidad en este grupo etario así como la importancia de la atención ante trastornos de conducta o adaptación a la sociedad así como los accidentes más frecuentes que ocurren en el hogar, y la vulneración de derechos y adopta el nombre de Lineamientos técnicos para la atención al menor de 10 años.

2.3 En la atención por control infantil se incluyen los siguientes aspectos:

2.3.1 Evaluación oftalmológica: La importancia de la detección de problemas visuales en la infancia se basa en el reconocimiento de que el 5% al 10% de los niños en edad preescolar tendrán dificultades que si no se tratan, pueden interferir con el desarrollo adecuado de la agudeza visual⁽¹⁴⁾. La eliminación de causas prevenibles y curables de discapacidad visual, constituye un área de intervención prioritaria, La edad tan temprana en que estas enfermedades suelen afectar a los niños y niñas, tiene repercusiones permanentes e importantes en cuanto a su desarrollo educacional, social y económico.

A partir de los tres años el niño sano deberá tener su primer examen oftalmológico rutinario con el propósito de determinar su capacidad visual, los chequeos deberán ser anuales por que en esta época aumentan, todos los defectos de refracción especialmente miopías que deberán ser tratadas y corregidas

2.3.2 Evaluación del desarrollo: La detección de sus desviaciones, a través de la implementación de la Escala Simplificada del Desarrollo (ver anexo 3), que evalúa de una manera práctica el área motora gruesa, área motora fina, el lenguaje, el área socio-afectiva y la cognición, la cual permite clasificar al niño de 2 a 5 años en las siguientes categorías: Probable problema neurológico, malformaciones anatómicas visibles, riesgo en el desarrollo, desarrollo infantil adecuado

2.3.3 Evaluación del crecimiento y ganancia de peso: Según la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Tanto el bajo peso como el sobrepeso se pueden valorar en un control infantil mediante los diversos indicadores que pone a disposición los instrumentos y gráficos de los lineamientos de Atención Integral de la Infancia (ver anexo 1 y 2). Tales indicadores son:

- Longitud/ estatura para la edad.
- Peso para la edad.
- Peso para longitud/estatura.
- Índice de masa corporal para la edad

2.3.4 Evaluación de la alimentación: En los niños de 2 a 5 años se clasifican los problemas de nutrición de la siguiente manera desnutrición severa, desnutrición, obesidad, sobrepeso, normal. Se brindan recomendaciones de alimentación y sobre la actividad física.

2.3.5 El programa de micronutrientes(Ver anexo 7): Comprende la identificación de los problemas nutricionales más frecuentes en la niñez, para ello se implementa la administración sulfato ferroso, y vitamina A partir los 6 meses ya que se ha demostrado que solo la deficiencia de una vitamina y tres minerales afectan el óptimo crecimiento, desarrollo infantil y favorecen la desnutrición crónica. Estas son la hipovitaminosis A, la anemia por deficiencia de hierro, los desórdenes por deficiencia de yodo y la deficiencia de zinc las cuales en el caso que se presenten se realice la atención oportuna y reducir el impacto en la salud.

2.3.6 Inmunizaciones: Aplicación del esquema de vacunación en las edades correspondientes (Ver anexo 4).

2.3.7 Salud bucal: En cada control infantil el personal de salud debe inspeccionar la cavidad oral del niño desde su inscripción hasta el menor de 10 años así como el estado de las piezas dentales y brindar consejería sobre la técnica adecuada del cepillado dental y el uso adecuado del hilo dental, se debe referir al odontólogo ante cualquier alteración de las piezas dentales o para su revisión periódica cada 6 meses.

2.3.8 Atención ante la vulneración de los derechos de los niños: En cada control infantil se debe evaluar el cumplimiento de los derechos del niño, los cuales son 27 y clasificar en cumplimiento de los derechos y vulneración de estos. Al darse esta situación es necesario dar aviso a la PNC y a la FGR.

2.3.9 Evaluación, clasificación de los problemas de salud mental en los niños menores de 5 años.

Los trastornos del desarrollo es un término amplio que cubre trastornos tales como la discapacidad intelectual y el retraso mental, así como trastornos generalizados del desarrollo incluyendo el autismo, los más frecuentes en los niños menores de 5 años son el trastorno de atención e hiperactividad así como un probable trastorno de conducta.

2.3.9.1 Promoción de la salud: Los estilos de vida, el ambiente físico y social, así como la posición laboral, área geográfica, lugar donde viven, ingresos, la situación migratoria influyen en el comportamiento de los propios determinantes de la salud, generando brechas entre las personas según su posición en la estructura social, y de ello, derivan desigualdades en la condición de salud y económicos. La promoción de la salud incluye educación sobre la alimentación, recomendaciones de la actividad física, prevención de violencia familiar, educación sobre higiene personal, entorno favorable a la salud, entorno favorable en la escuela.

2.4 Conocimiento

Mario Bunge, define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos. En base a ello tipifica el conocimiento como científico, ordinario y vulgar. Se entiende como conocimiento científico aquel racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; el conocimiento ordinario, que es un cuerpo heterogéneo de ideas, productos de la observación, la experiencia, la reflexión y la imaginación; y el conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación⁽¹⁵⁾.

En la presente investigación, se hace referencia al conocimiento ordinario, que es un grupo heterogéneo de ideas, producto de la observación, la experiencia y la reflexión. Está caracterizado por que fundamentalmente se conserva y se transmite en forma oral, comprende los temas más variados de la naturaleza y de la vida en general.⁽¹⁵⁾

El conocimiento puede estar influenciado por una serie de factores inherentes al ser humano, entre ellos tenemos: la edad, nivel de instrucción, ingreso económico y lugar de procedencia; por ejemplo la edad, conforme avanza la edad de la madre o cuidador, estos adquieren mayor madurez emocional y de auto-cuidado. Además, adquieren nuevos conocimientos que le permiten cumplir

su papel de cuidador con suficiente satisfacción, participando en actividades que estén dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.⁽¹⁵⁾

A mayor edad, el porcentaje del nivel de conocimiento tiende a incrementarse, debido a que la madre se orienta, reafirma y adquiere nuevos conocimientos, mayor experiencia y cambios de patrones socioculturales, a la vez que asumen roles y responsabilidades, lo que le permite adoptar mejores actividades y firmes decisiones en el cuidado de la salud del niño. Las madres adolescentes tienen pocas posibilidades de proporcionar a su hijo los cuidados adecuados, así como un ambiente estable y estimulante.⁽¹⁵⁾

En cuanto al nivel de instrucción las madres cada vez que escalan los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior entienden y aceptan con mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos.⁽¹⁵⁾

El nivel bajo de información de las madres, constituye un factor frecuente al cambio, sumado a las características socioculturales, el predominio de tabús, mitos y prejuicios que prevalecen en ellas, lo cual puede convertirse en una barrera fuertemente para comprender la importancia de la adquisición de nuevos conocimientos.

El factor económico puede ser limitante en las acciones que se quieran asumir; según Franke, define nivel de ingreso de alimentos y otros bienes de servicio. El ingreso económico suficiente dado por el trabajo estable permite participar activamente en los diferentes programas de salud, en cambio el ingreso económico dado por el trabajo inestable o por desempleo, es deficiente porque la población se encuentra limitada a poner en práctica las medidas preventivas promocionales de la salud, influyeron en el estado de salud del individuo y dificultando que los padres presten el adecuado cuidado a sus hijos.⁽¹⁵⁾

En cuanto al lugar de procedencia se refiere al lugar de nacimiento de la madre, en el cual nace y vive con sus tradiciones y costumbres.

2.5 Factores socioeconómicos.

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. Hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común.

2.5.1 Estado civil, Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo. Por lo tanto, entre los más comunes se encuentran el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están)

y otros como: divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso).

2.5.2 Edad: Es expresada como el periodo transcurrido desde el nacimiento, como la edad de un lactante, que se expresa en horas, días o meses, y la de un niño o adulto, que se expresa en años. La edad cronológica es una medida de la edad de un individuo basándose en la fecha del calendario en el que él o ella nacieron. La edad cronológica se calcula sobre la mayoría de las pruebas psicológicas. Se mide en días, meses y años.

2.5.3 Ocupación: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.

2.5.4 Tiempo de llegada al centro de salud: distancia que se tarda un individuo o un medio de transporte para llegar a un lugar determinado, influye a la inasistencia ya que quizá algunas madres se tomen más tiempo en llegar al centro de salud que otras.

2.6 Factores culturales.

2.6.1 Los factores culturales: Son un conjunto de elementos, valores o conocimientos que son aprendidos, compartidos y transmitidos a un grupo de personas de generación en generación, influyendo en el actuar o el comportamiento del ser humano. Entre estos destacan: creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, etc. Cultura se refiere a los valores que comparten los miembros de un grupo dado, a las normas que pactan, y a los bienes materiales que producen.

2.6.2 Escolaridad de la madre: El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. Ya que cada grado corresponde un conjunto de conocimientos.

2.6.3 Creencias: Es una forma de comportamiento particular que asume las personas de toda una comunidad, tienen sus prácticas, creencias valores y tradiciones influyendo en la crianza de sus hijos.

2.6.4 Influencia de la decisión de asistir al control del niño: se toma en cuenta ya que la madre puede dejarse llevar de la opinión que tienen los miembros de la familia, por ejemplo: la opinión de la suegra/mamá, cuñados/tíos, esposo

2.6.5 Costumbres: Es una forma de comportamiento particular que asume las personas de toda una comunidad, tienen sus prácticas, creencias valores y tradiciones influyendo en la crianza de sus hijos.

3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 Hipótesis de trabajo.

Hi: Los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

3.2 Hipótesis nula.

Ho: Los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles no están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

3.3 Unidad de análisis.

Las madres de los niños de 2 a 5 años que asisten a las UCSF Llano Los Patos, Tecapán y el Eco básico El Tablón.

3.4 Variables.

VI: Factores socioeconómicos y culturales.

VD: Conocimiento.

3.3 Operacionalización de variables.

Enunciado del problema	Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores
¿Cuáles son los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años de las unidades comunitarias de salud familiar llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután y el equipo comunitario de salud familiar básico El Tablón, Sesori, San Miguel en el año 2019?	Hi: Los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.	Variable 1 Factores socioeconómicos y culturales.	Factores socioeconómicos: Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Características sociodemográficas de los cuidadores. Ingresos Económicos	-Edad del cuidador -Alfabetización -Escolaridad -Paridad Procedencia -Distancia entre el hogar y el centro de salud. -Accesibilidad al centro de salud -Ocupación -Remesas familiares -Recibe subsidio
			Factores Culturales: Los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver necesidades de todo tipo.	Creencias Populares	-Religión -Asistencia a curandero -Remedios caseros

Enunciado del problema	Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores
		Variable 2 Conocimiento de los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles.	Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección.	Conocimiento ordinario científico y vulgar.	-Definición de control infantil -Definición de vacunación -Periodicidad de los controles infantiles.

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de estudio

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el registro fue cualitativo - cuantitativo.

Cualitativo ya que permitió identificar el conocimiento sobre la importancia de los controles infantiles que poseen los cuidadores. Cuantitativos por que se obtuvieron datos de porcentajes, cantidades y frecuencias así como CHI cuadrado que ayudaron a alcanzar los objetivos establecidos.

- Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue descriptivo:

Porque fue dirigido a integrar y sistematizar la información existente sobre la temática en estudio y a describir las características de la situación actual de las variables que se estudiaron.

- Según periodo y secuencia del estudio fue transversal:

Los datos de cada sujeto representaron un momento en el tiempo y se investigaron las variables de riesgo.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

TABLA 1 Distribución de la población de niños de 2 a 5 años de edad por unidad de salud.

CENTROS DE SALUD.	POBLACIÓN INFANTIL.
UCSF Llano los Patos.	245
UCSF Tecapán.	240
ECO Básico El Tablón.	219
TOTAL	704

4.2.2 Muestra.

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxilió de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n: es el tamaño de la muestra que se quiere calcular.

N: es el tamaño de la población.

Z: es la desviación del valor medio que se acepta para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso el nivel de confianza a usar será del 95% sea que $Z= 1.96$

E: es el margen de error máximo que se admite $5\% = 0.05$

p: es la probabilidad de éxito $50\% = 0.5$

q: es la probabilidad de fracaso $50\% = 0.5$

Sustituyendo datos:

Cálculo de la muestra de la UCSF Llano los Patos:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(245)}{244(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(245)}{244(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{235.2}{1.57}$$

$$n = 149.8$$

n± 150

Cálculo de la muestra de la UCSF Tecapán:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(240)}{239(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(240)}{239(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{230.4}{1.56}$$

$$n = 147.7$$

n± 148

Cálculo de la muestra del ECO El Tablón:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(219)}{218(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(219)}{218(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{210.24}{1.5}$$

n= 140.16

n± 140

Tabla 2 Distribución de la muestra de la población de niños de 2 a 5 años de edad por unidad de salud.

CENTROS DE SALUD.	MUESTRA.
UCSF Llano los Patos.	150
UCSF Tecapán.	148
ECO Básico El Tablón.	140
TOTAL	438

Fórmula para calcular sub muestra:

$$nh = \frac{Nh(n)}{N-1}$$

Donde:

nh:?

N: es el tamaño de la población total.

n: es el tamaño de la muestra total.

Nh: es el tamaño de la población de cada centro de salud.

Cálculo de la submuestra de la UCSF Llano los Patos:

Datos:

nh=?

Nh=245

n=150

N=704

Sustituyendo:

$$nh = \frac{245(150)}{704-1}$$

$$nh = \frac{36,750}{703}$$

nh= 52.2

nh± 52

Cálculo de la submuestra de la UCSF Tecapán:

Datos:

nh=?

Nh=240

n= 148

N=704

Sustituyendo:

$$nh = \frac{240(148)}{704-1}$$

$$nh = \frac{35,520}{703}$$

nh= 50.52

nh± 51

Cálculo de la submuestra del ECO Básico El Tablón:

Datos:

nh=?

Nh=219

n=140

N=704

Sustituyendo:

$$nh = \frac{219(140)}{704-1}$$

$$nh = \frac{30,660}{703}$$

nh= 43.61

nh± 44

4.3 Criterios para determinar la muestra

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Cuidadores de niños de 2 a 5 años de edad que asistieron a control infantil de los mismos a los centros de salud en estudio.
- Cuidadores que desearon participar en el estudio.
- Que pertenecieron al área geográfica de influencia.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Niños VIH(+).
- Cuidadores con discapacidad cognitiva.
- Cuidadores con discapacidad de lenguaje y auditiva.
- Hijo adoptivo.

4.4 Tipo de muestreo

Muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple, ya que todos los cuidadores tuvieron la misma posibilidad de participar en el estudio siempre que cumplieran con los criterios de inclusión.

4.5 Técnicas de recolección de datos

4.5.1 Técnicas documentales

Documental bibliográfica: a través de la obtención de información de libros, artículos, tesis, normativas y diccionarios especializados.

Técnica de trabajo de campo: se utilizó la cédula de entrevista, la cual permitió interrogar a la población en estudio y recopilar información sobre el tema de investigación.

4.6 Instrumento

Una encuesta de 28 preguntas de las cuales 15 tienen respuestas de múltiple escoge, 10 cerradas y 3 preguntas abiertas. (ANEXO 8)

La encuesta estuvo estructurada de la siguiente manera:

- Las preguntas 1 y 2 evalúan las características sociodemográficas del niño.

- Las preguntas 3 a la pregunta 8 evalúan las características sociodemográficas del cuidador.
- De la pregunta 9 a la 19 se evalúan los factores socioeconómicos.
- De la pregunta 20 a la 23 se evalúan los factores culturales.
- De la pregunta 24 a la 28 se evalúan los conocimientos de los cuidadores sobre los controles infantiles.

4.7 Procedimiento.

4.7.1 Planificación.

En el departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de medicina y la coordinadora del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente con el cual posteriormente, en reunión, se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el cual se llevaría a cabo dicha investigación. Además se inició la recolección de información sobre el tema seleccionado.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita, al cual se le realizaron correcciones señaladas por la asesora.

Dicho perfil, con las correcciones realizadas, fue aprobado por asesor y coordinador de proceso de graduación. Con asesoría, metodología y tomando como base el perfil de investigación, se realizó la elaboración del protocolo de investigación.

4.7.2 Ejecución.

La población estudiada fue de 438 cuidadores de niños de 2 a 5 años de edad distribuido según centros de salud: UCSF Llano los Patos: 150, UCSF Tecapán: 148 y ECO El Tablón: 140, esto se llevó a cabo en el período comprendido entre Junio y Julio del 2019.

La investigación se realizó cuando los niños de 2 a 5 años fueron llevados a su control infantil a los distintos centros de salud en donde se realizó el estudio, previamente se le explico al cuidador en qué consistía el estudio y si estaba dispuesto a participar en él, posteriormente se le pidió el consentimiento informado y se procedió a pasar la encuesta, la cual le fue leída para que pudiera brindar su respuesta y a la vez se fue contestando a cada una de las interrogantes.

4.7.3 Validación de instrumento

Previo a la realización de la investigación, se hizo la validación del instrumento el día 22 de mayo de 2019, en la UCSFE El Zamorán San Miguel; a 10 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se les realizó la entrevista, con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas de la encuesta que posteriormente fueran modificadas de ser necesario.

4.7.4 Recolección de datos

La población estudiada fue de 438 cuidadores de niños de 2 a 5 años de edad distribuidos en centros de salud que asistieron a control infantil distribuidos de la siguiente manera.

UCSF Llano los Patos: 150

UCSF Tecapán: 148

ECOSF El Tablón: 140

4.8 Plan de análisis

Una vez recolectada la información se procedió a la codificación de datos obtenidos en el instrumento, utilizando el programa P.S.P.P versión 25 para la tabulación y graficas que permitan el análisis de los resultados de cada una de las respuestas.

4.9 Consideraciones éticas.

Se explicara a los cuidadores de niños de 2-5 años de edad durante la consulta sobre la confidencialidad de los datos proporcionados, y se les pedirá colaboración para responder a las interrogantes necesarias, una vez la madre acepte participar en la investigación deberá firmar el consentimiento informado (Ver anexo 9).

5 RESULTADOS.

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados de la cédula de entrevista realizada a los cuidadores en estudio.

Este apartado se divide en 5 partes correspondientes: características sociodemográficas del niño, características sociodemográficas del cuidador, factores socioeconómicos, factores culturales y conocimiento de los cuidadores.

5.2 Características sociodemográficas del niño:

Contiene datos generales del niño, como sexo y edad

5.3 Características sociodemográficas del cuidador

Contiene datos generales del cuidador, como por ejemplo sexo, edad, estado familiar, relación familiar con el niño, paridad de la madre y procedencia.

5.4 Factores socioeconómicos.

En este apartado trató sobre conocer gastos que conlleva el acudir al centro de salud en relación a los ingresos económicos de cada familia; así como también nivel de educación del cuidador, por ejemplo si paga pasaje o no para acudir al centro de salud, en el caso de pagar pasaje, aproximadamente cuánto gasta, como se transporta al centro de salud, el tiempo que toma en llegar desde la casa, al centro de salud, sabe leer o escribir, último grado de estudio del cuidador, ocupación del cuidador, cuantas personas trabajan en el hogar, si reciben remesas o cuentan con subsidio , salario aproximado.

5.5 Factores culturales.

Se describe la religión a la que pertenece la familia, costumbre de administración de remedios caseros, costumbre de acudir a un curandero o sobador y motivos por el cual se asiste donde estos y no donde el médico.

5.6 Conocimiento de los cuidadores.

Se evalúa el conocimiento que tienen los cuidadores acerca de que es un control infantil, percepción de la calidad de atención en el centro de salud, incumplimiento de controles infantiles, cantidad de controles infantiles a los que ha faltado y motivos por los cuales no asiste al control.

5.7. Tabulación, análisis e interpretación de los resultados de la cédula de entrevista realizada a los cuidadores en estudio.

Tabla 3 Características sociodemográficas del niño

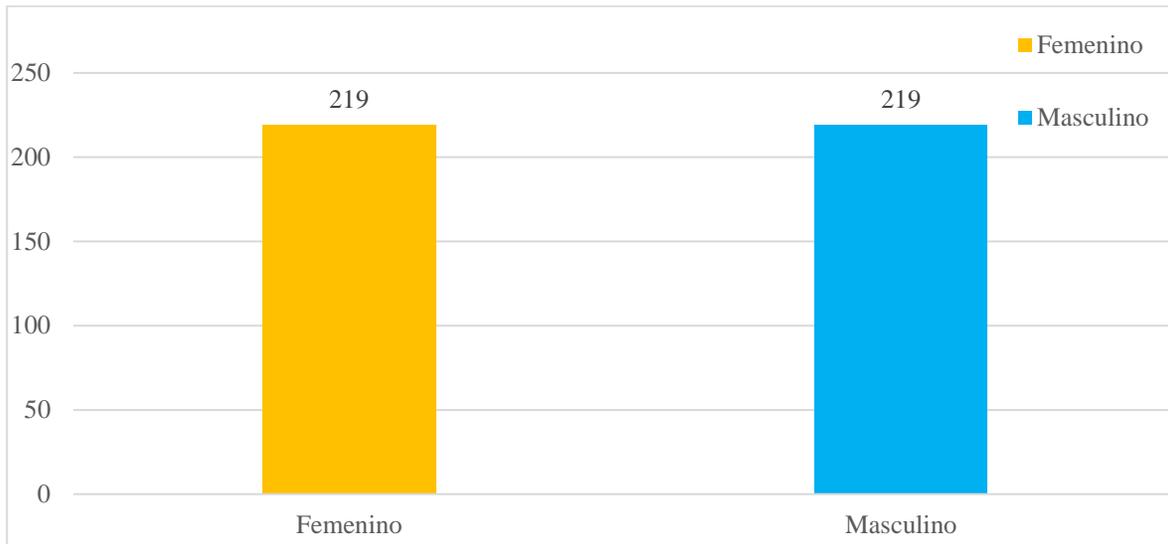
Variable	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	219	50%
	Masculino	219	50%
	Total	438	100%
Edad	2 años	135	30,8
	3 años	88	20,1
	4 años	108	24,7
	5 años	107	24,4
	Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°3 refleja que de la muestra infantil en estudio 50% son de sexo femenino y son 50% de sexo masculino y las edades de los niños en estudio correspondiendo al 30.8% de 2 años, el 20% de 3 años, el 24.7% de 4 años y el 24.4% de 5 años de edad.

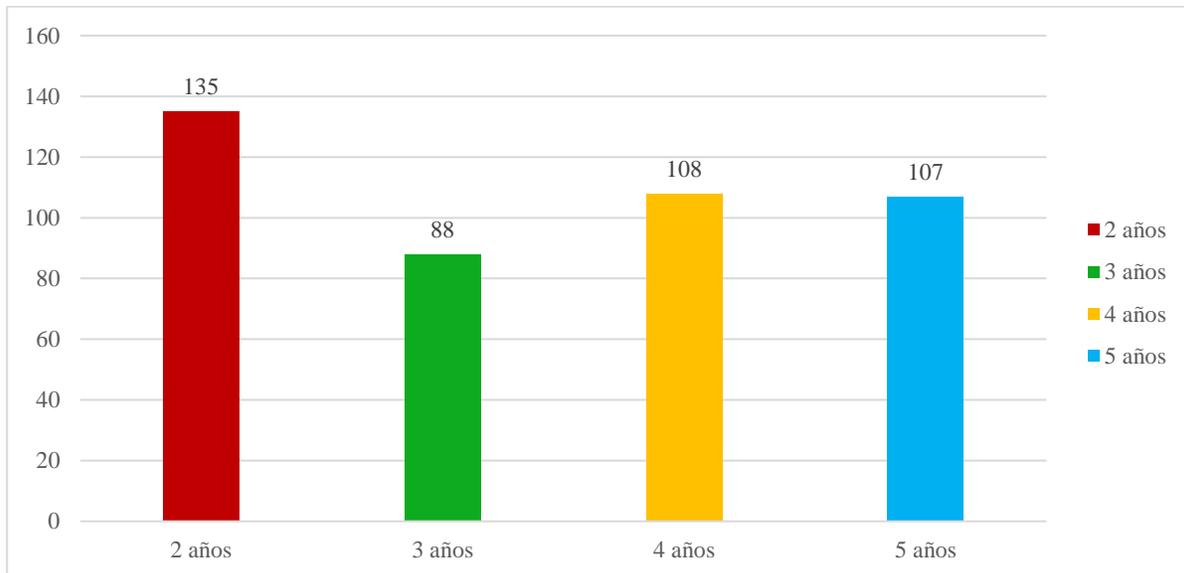
Interpretación: La proporción de los hijos de las madres participantes en la investigación no presenta diferencia significativa puesto que fueron iguales los géneros de los niños. Los niños menores de 5 años son más susceptibles a presentar patologías por eso los controles infantiles preventivos son frecuentes el grupo de infantes de 2 años es el predominante; aunque también lo son el grupo de 4 y 5 años de edad probablemente porque a la edad de 4 años se cumplen los refuerzos de las vacunas.

Gráfico 1 Sexo del niño



Fuente: Tabla 3

Gráfico 2 Edad del niño



Fuente: Tabla 3

Tabla 4 Características sociodemográficas del cuidador.

Variable	Alternativas	Frecuencias	Porcentajes
Sexo del cuidador	Femenino	427	95,9
	Masculino	11	4,1
	Total	438	100,0
Edad del cuidador	<18 años	32	7,3
	18-24 años	106	24,2
	25-34 años	184	42,0
	>35 años	116	26,5
	Total	438	100,0
Estado familiar del cuidador	Casado	137	31,3
	Acompañado	251	57,3
	Soltero	48	11,0
	Otro	2	0,5
	Total	438	100,0
Relación familiar del cuidador con el niño	Madre.	375	85,6
	Padre	11	2,5
	Tía/o	21	4,8
	Abuelo/a	27	6,2
	Otro	4	0,9
	Total	438	100,0
Paridad de la madre	Primípara	129	29,5
	Múltipara	235	53,7
	Gran múltipara	74	16,9
	Total	438	100,0
Procedencia	Rural	332	75,8
	Urbana	106	24,2
	Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°4 refleja el sexo del cuidador de los cuales el 95.9% son femeninos y el 4.1% son masculinos; la edad de los cuidadores de los cuales el 7.3% son menores de 18años; el 24.2% entre 18-24 años; 42.0% entre 25-34años; y el 26.5% mayores de 35 años; el estado familiar del cuidador de los cuales el 31.3% son casados; 57.3% son acompañados; 11.0% son solteros; y el 0.5% viudos, incluidos en otros; la relación del cuidador con el niño de los cuales el 85.6% son madres, el 2.5% son padres, el 4.8% son tíos, el 6.2% son abuelos, y el 0.9% otros; la paridad de la madre donde el 29.5% son primíparas, el 53.7% son múltiparas y el 16.9% son grandes múltiparas; la procedencia de los cuidadores, de los cuales el 75.5% proceden del área rural y el 24.2% de área urbana.

Interpretación: La mujer a través de la historia ha sido mayormente la encargada del cuidado de los hijos y eso queda evidenciado en la presente tabla, lo más frecuente es que sea la propia madre quien lo haga; sin embargo debido a la incorporación de la mujer al sector productivo, el rol de madre lo suelen ocupar otras personas entre estos el padre de familia.

La tabla muestra que las personas mayores de los 18 años son en su mayoría las que se encargan del cuidado del niño en el hogar y esto puede ser debido a que ya tienen mayor madurez emocional y probablemente alguna experiencia en el cuidado de un niño; sin embargo en muchas ocasiones no se cuenta con el apoyo de alguien con mayor edad y por ello se recurre a una persona adolescente para que se haga cargo. La mayoría de las madres viven en unión libre con su pareja lo cual permite que tengan un apoyo económico de igual forma una responsabilidad compartida en el hogar. Una buena parte de las participantes en la investigación tiene una relación con su cónyuge legalizada, mientras que un pequeño grupo son madres solteras que tienen que sostener su hogar y cargar con todas las necesidades. La madre continúa siendo la encargada de cuidar a los hijos en el hogar sobre todo cuando es madre soltera y no tiene quien le ayude con dicha función; otras de las personas son la abuela o la tía que ayudan a que la madre pueda trabajar en el sector formal o informal, y en muy pocas ocasiones a que continúen estudiando. La presencia del padre o abuelo suele ser menor, sin embargo el apoyo que da a la madre del niño ayuda a que muchos niños no queden solos en casa y puedan sufrir una lesión no intencionada en el hogar. Un pequeño grupo de niños suele ser cuidado por el hermano(a) mayor que en muchas ocasiones no tienen los conocimientos ni la experiencia para hacerlo. La multiparidad suele ser parte de la idiosincrasia de muchos pueblos y culturas y en El Salvador se suele dar, sobre todo en las áreas rurales donde la predominancia del machismo prevalece mucho más y donde la baja escolaridad de las mujeres no permite que estas se superen por falta de oportunidades, la mujer depende en múltiples ocasiones del esposo o compañero de vida lo que la hace vulnerable a mantener a todas cortas de su hogar ya que el tener más de cinco hijos implica mayor trabajo y gasto familiar. Un buen número de mujeres son primigestas lo cual puede favorecer al niño ya que se supone tendría mejores cuidados; sin embargo esto dependerá de los conocimientos y prácticas adecuadas que tenga la madre. La mayoría de las personas que tienen a su cargo el cuidado del niño son del área rural donde las condiciones de acceso a los servicios de salud suelen ser inadecuados como caminos en malas condiciones o falta de transporte frecuente; servicios de salud con limitante de horarios.

Tabla 5 ¿Paga pasaje para asistir al centro de salud?

Paga pasaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	244	55,7
No	194	44,3
Total	438	100,0

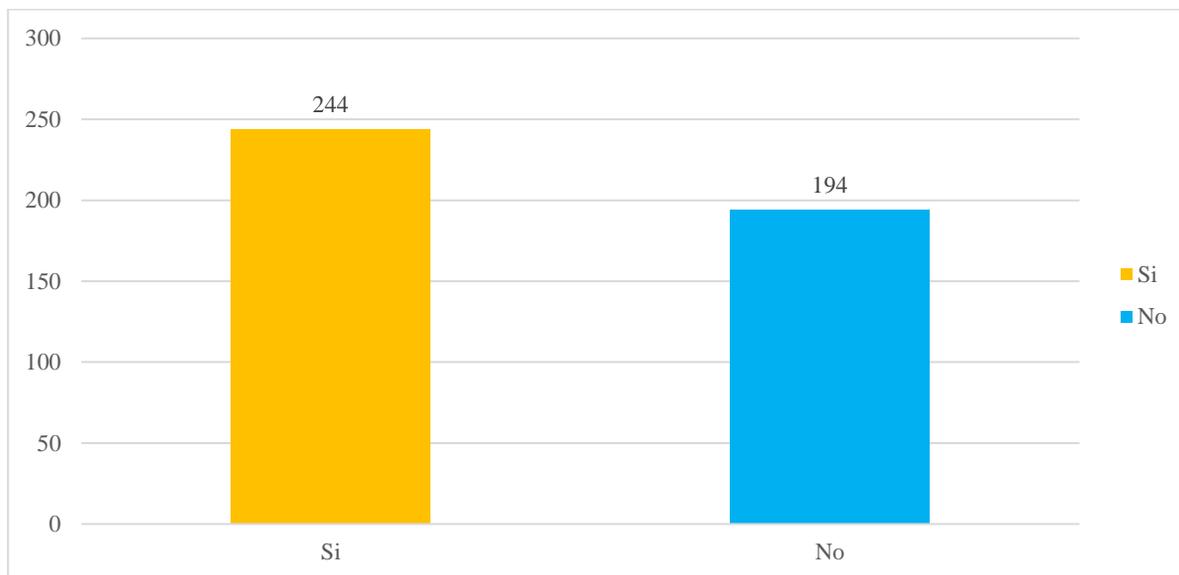
Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°5 refleja si el cuidador paga transporte al asistir al centro de salud, observando que el 55.7% si paga pasaje para asistir y el 44.3% no lo hace.

Interpretación: A pesar de que los servicios públicos de salud son gratuitos muchas personas no acuden a ellos debido a lo lejos que estos pueden encontrarse y tienen que pagar pasaje para poder

desplazarse a dicho lugar lo que implica un gasto para muchas familias que pueden carecer del recurso económico lo que ocasiona irregularidad en la asistencia a los controles infantiles.

Gráfico 3 ¿Paga pasaje para asistir al centro de salud?



Fuente: Tabla 5

Tabla 6 Gasto al asistir al centro de salud

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menor a \$1	105	24,0
\$2 a \$5	36	8,2
\$6 a \$10	38	8,7
Más de \$10	65	14,8
No paga	194	44,3
Total	438	100,0

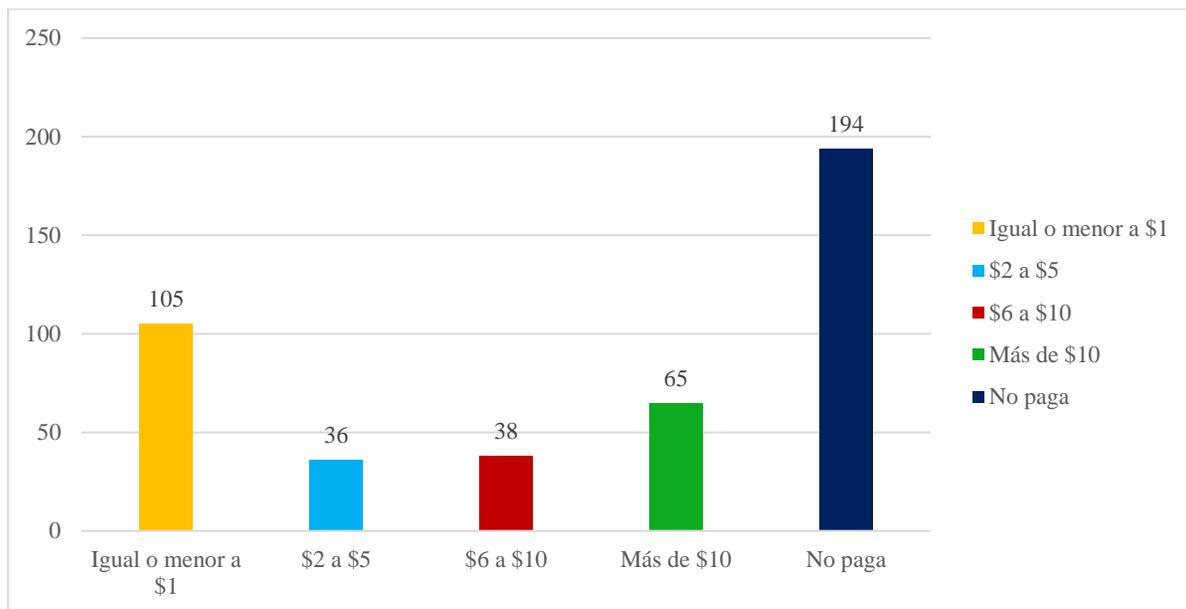
Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°6 refleja la cantidad de dinero que el cuidador gasta en asistir a los centros de salud, observando que el 24% gasta igual o menor a \$1, el 8.2% gasta de \$2 a \$5, el 8.7% gasta de \$6 a \$10, el 14.8% gasta más de \$10 y el 44.3% no paga transporte.

Interpretación: El asistir a los controles infantiles en los servicios de salud implica para muchas personas el pago de transporte hacia dicho lugar que puede ser menor de un dólar o mayor a diez dólares, esto puede ser un obstáculo para que no asistan a los controles infantiles o se haga en

forma irregular; evitando de esta manera un monitoreo adecuado del crecimiento y desarrollo del niño.

Gráfico 4 Gastos al asistir al centro de salud



Fuente: Tabla 6

Tabla 7 Transporte utilizado para asistir al centro de salud.

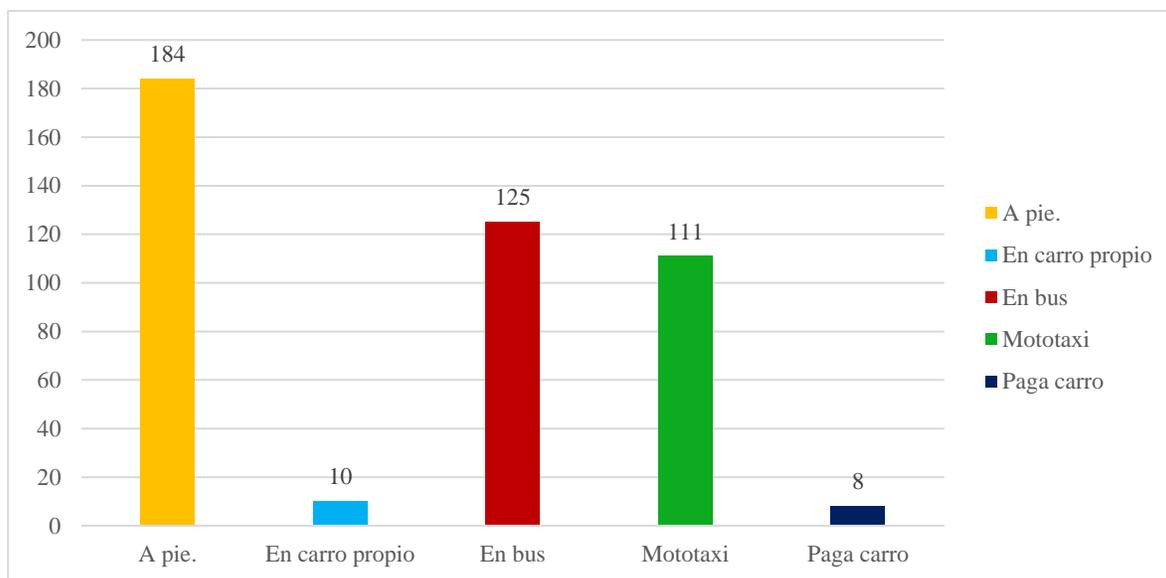
Transporte utilizado	Frecuencia	Porcentaje
A pie.	184	42,0
En carro propio	10	2,3
En bus	125	28,5
Moto-taxi	111	25,3
Paga carro	8	1,8
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°7 refleja la manera en que se transportan para asistir a los centros de salud, observando que el 42% se transporta a pie, el 2.3% en carro propio, el 28.5% en bus, el 25.3% en moto-taxi y el 1.8% pagan carro.

Interpretación: La facilidad que puede tener el asistir a un servicio de salud es la cercanía que existe con la comunidad que hace que los usuarios se desplacen a pie hasta dicho centro asistencial. Sin embargo muchos lo hacen en diferentes medios de transporte por el cual tienen que pagar diferentes cantidades de dinero que muchas veces no tienen y hace que falten a su control infantil.

Gráfico 5 Transporte utilizado para asistir al centro de salud



Fuente: Tabla 7

Tabla 8 Tiempo que tarda en llegar a la unidad de salud,

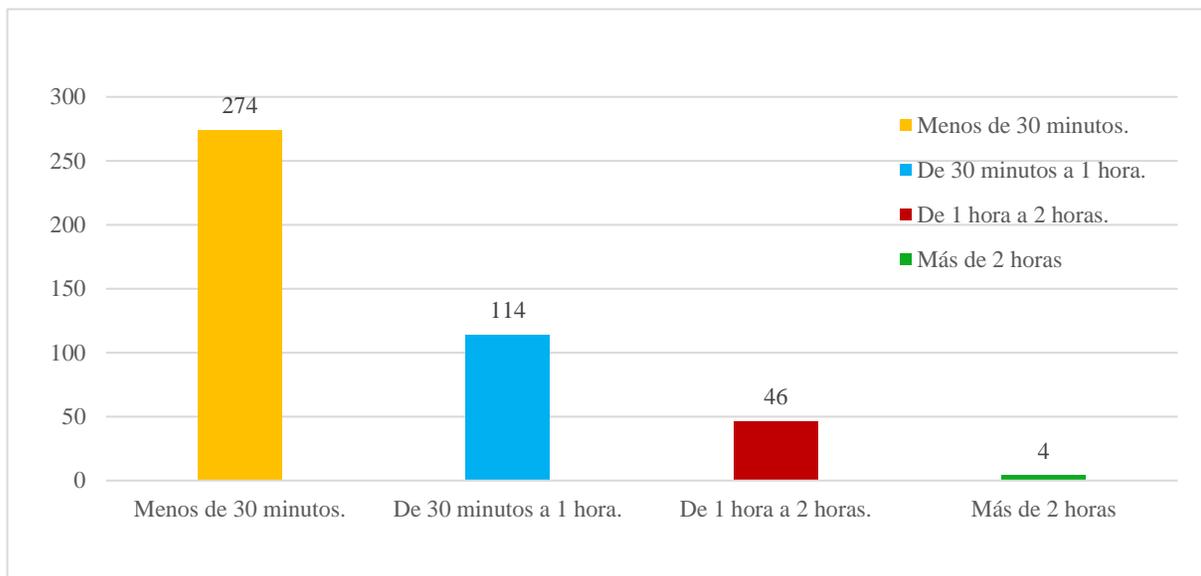
Tiempo que tarda en llegar a la unidad de salud	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos.	274	62,6
De 30 minutos a 1 hora.	114	26,0
De 1 hora a 2 horas.	46	10,5
Más de 2 horas	4	0,9
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°8 refleja el tiempo que tardan en llegar a las unidades de salud, el 62.6% llega en menos de 30 minutos, el 26% tarda de 30 minutos a 1 hora, el 10.5% tarda de 1 a 2 horas, el 0.9% tarda más de 2 horas

Interpretación: La lejanía a los servicios de salud hacen que muchas personas no asistan con regularidad necesaria a los controles infantiles puesto que hacer el viaje hasta dicho lugar, implica viajar en algunas ocasiones más de media hora, lo que puede hacer que algunas madres no lleguen al control infantil porque el tiempo que tardan lo pueden ocupar en sus oficios o en cuidar a sus otros hijos, sobre todo cuando no tienen quien los apoye.

Gráfico 6 Tiempo que tarda en llegar a la unidad de salud



Fuente: Tabla 8

Tabla 9 ¿Sabe leer y escribir?

¿Sabe leer y escribir?	Frecuencia	Porcentaje
Si	349	79,7
No	89	20,3
Total	438	100,0

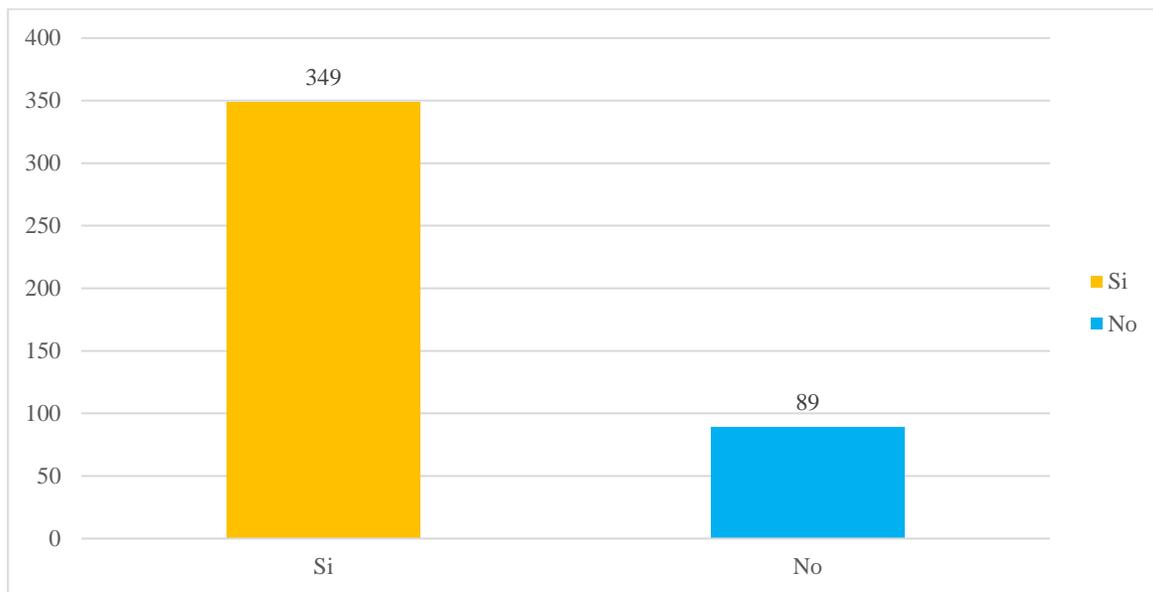
Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: la tabla N°9 refleja si el cuidador sabe leer y escribir, observando que 79.7% de ellos si saben y el 20.3% no.

Interpretación: La mayoría de madres participantes en la investigación saben leer y escribir lo que les facilita mucho más la comprensión de las indicaciones que se les pueden brindar en los servicios de salud sin embargo un pequeño grupo de las madres no tuvo la oportunidad de ser

alfabetizada lo que hace que las oportunidades de conseguir un trabajo mejor remunerado sea escaso o nulo.

Gráfico 7 ¿Sabe leer y escribir?



Fuente: Tabla 9

Tabla 10 Último grado de estudio

Grado de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	89	20,3
Educación básica	272	62,1
Educación media	66	15,1
Técnico	8	1,8
Universitario	3	0,7
Total	438	100,0

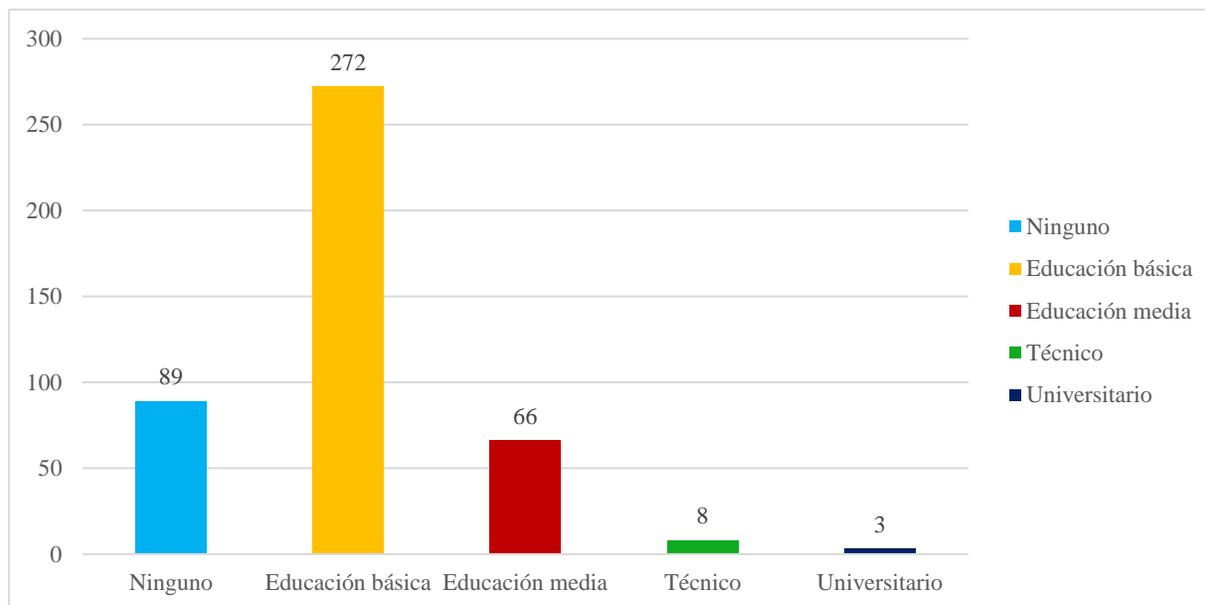
Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla 10 refleja el último grado de estudio del cuidador, observando que el 20.3% no tiene ningún grado de estudio, el 62.1% cursaron educación básica, el 15.1% educación media, el 1.8% cursaron un técnico y el 0.7% han tenido estudios universitarios.

Interpretación: La mayoría de las madres participantes en el presente trabajo cuentan con educación básica, sin embargo eso no significa que todas la hayan terminado, limitando las oportunidades de superación personal. Sin embargo un buen porcentaje de madres no cuenta con

ningún grado de escolaridad y esto puede deberse a diferentes factores como lo siguiente: no contar con el apoyo por parte de su familia; no tienen un centro educativo cerca de su residencia, no tener recurso económico para poder desplazarse hasta el centro educativo; o por ayudar a los oficios de hogar o desempeñar un trabajo informal para ayudar con el sustento diario en su hogar. Un pequeño porcentaje de las madres no logro empezar o finalizar la educación media; mientras que solo un pequeñísimo grupo de madres logro acceder a un nivel técnico o universitario para poder tener mejores oportunidades de trabajo.

Gráfico 8 Último grado de estudio



Fuente: Tabla 10

Tabla 11 Ocupación del cuidador

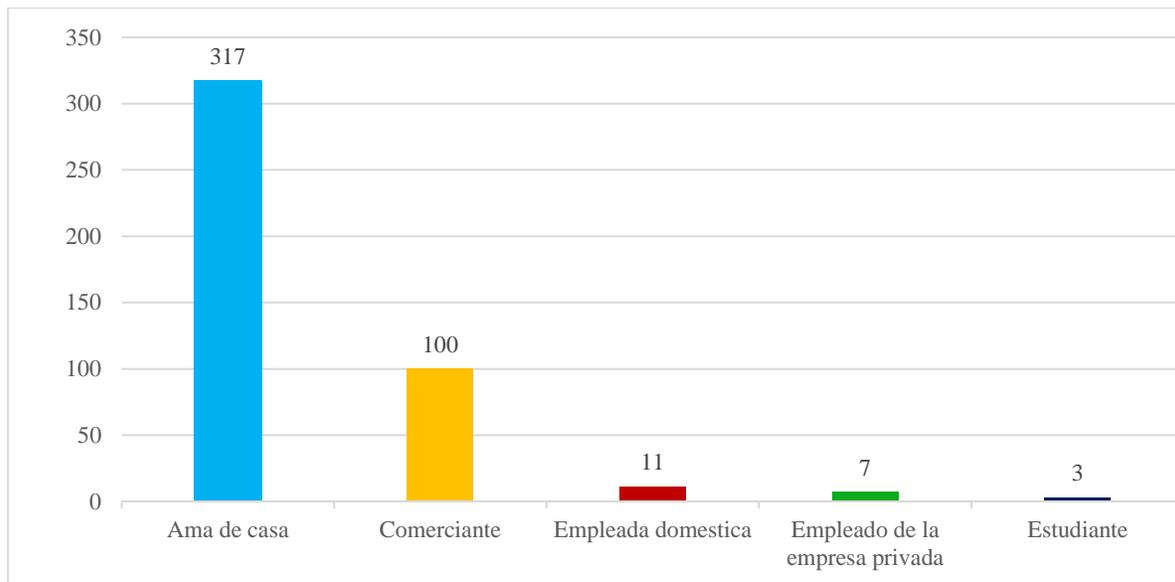
Ocupación del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	317	72,4
Comerciante	100	22,8
Empleada domestica	11	2,5
Empleado de la empresa privada	7	1,6
Estudiante	3	0,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°11 refleja la ocupación del cuidador, el 72.4% son amas de casa, el 22.8% son comerciantes, el 2.5% son empleadas domésticas, el 1.6% son empleados de empresa privada y el 0.7% estudiantes.

Interpretación: La mayor parte de las personas entrevistadas se desempeña como ama de casa, realizando el trabajo doméstico no remunerado, lo que ocasiona una limitante en su economía para poder cubrir las necesidades básicas y otros recursos necesarios para el hogar; esto debido muy probablemente al bajo nivel educativo y a la falta de oportunidades laborales en su lugar de residencia. Un buen número de madres se dedica al comercio sobre todo el informal para poder llevar el sustento a su hogar y poder cubrir sus servicios básicos, evadiendo de las prestaciones laborales de un trabajo formal. Muy pocas madres desempeñan un trabajo formal debido a que tienen un mayor nivel educativo que les permite acceder a mejores condiciones de vida y prestaciones laborales otorgadas por ley. Un minúsculo número de madres aún son estudiantes lo que indica seguir superándose.

Gráfico 9 Ocupación del cuidador



Fuente: Tabla 11

Tabla 12 ¿Cuántas personas trabajan en el hogar?

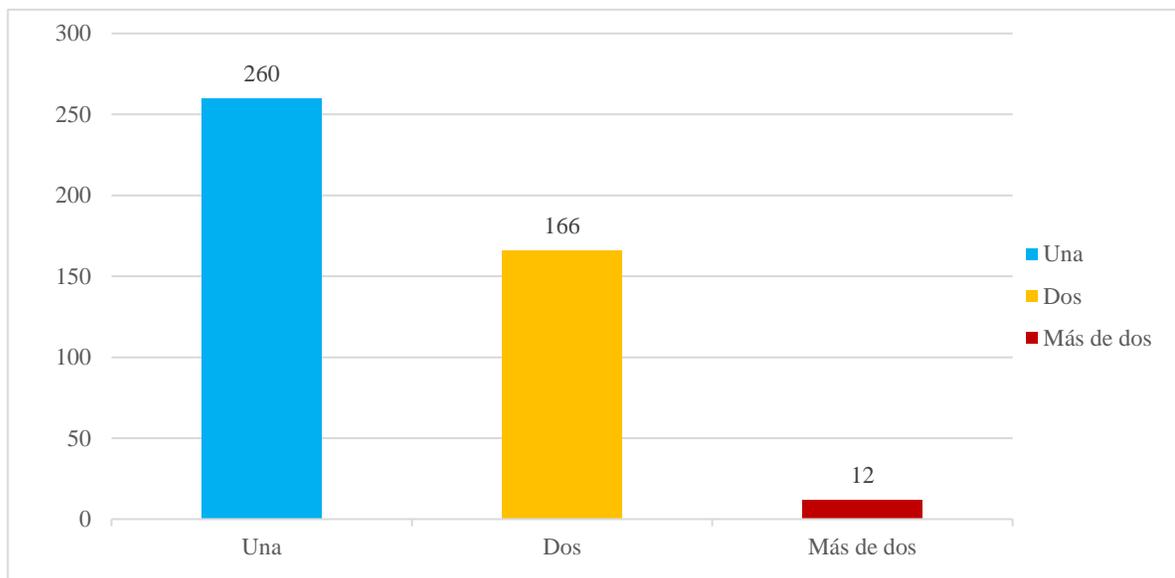
Personas que trabajan en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
Una	260	59,4
Dos	166	37,9
Más de dos	12	2,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N° 12 refleja cuantas personas trabajan en el hogar, en el 59.4% de los hogares trabaja 1 persona, en el 37.9% trabajan 2 y en el 2.7% trabajan más de 2 personas.

Interpretación: En muchas culturas como la del país y sobre todo en las áreas rurales el hombre como jefe del hogar es el que trabaja y lleva el sustento diario al hogar aunque en ocasiones es la mujer la que tiene que cubrir con las necesidades de su casa sobre todo cuando es madre soltera. En muchas ocasiones ambos padres trabajan sobre todo cuando tienen el apoyo de un familiar que les cuide a los hijos; también en otros hogares el trabajo puede ser realizado por la madre y sus hijos o el padre, hermanos y otro familiar.

Gráfico 10 ¿Cuántas personas trabajan en el hogar?



Fuente: Tabla 12

Tabla 13 ¿Recibe remesas?

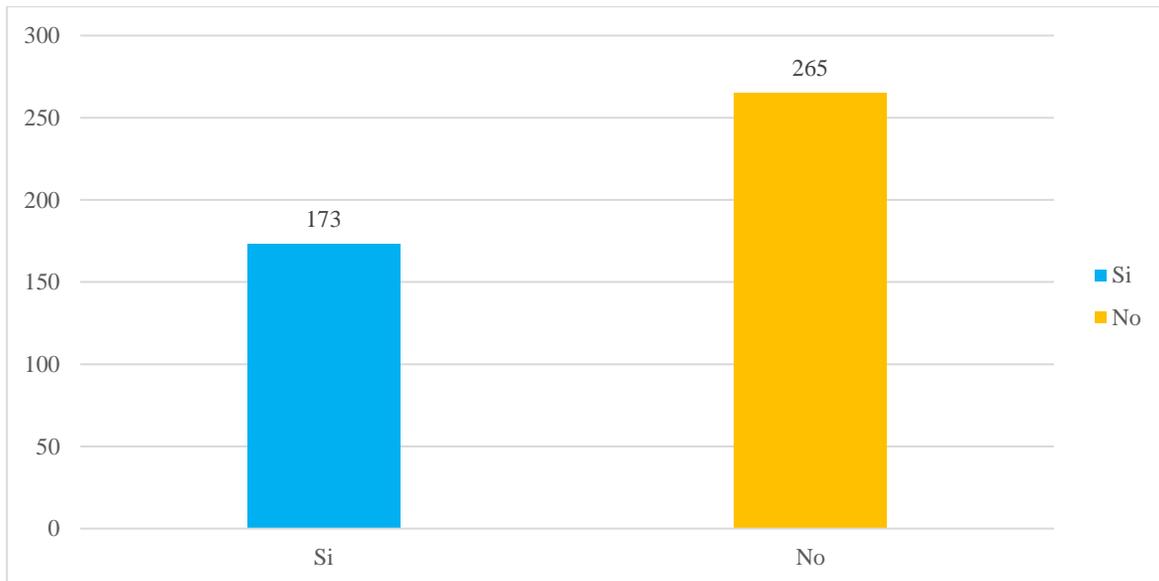
Recibe remesas	Frecuencia	Porcentaje
Si	173	39,5
No	265	60,5
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°13 refleja si los cuidadores reciben remesas, observando que el 39.5% sí reciben y el 60.5% no.

Interpretación: Una buena parte de la población investigada recibe remesas provenientes de sus familiares en el exterior que les ayudan a cubrir las necesidades básicas del hogar donde viven sus familiares que pueden ser sus hijos, compañeros de vida o sus padres.

Gráfico 11 ¿Recibe remesas?



Fuente: Tabla 13

Tabla 14 ¿Tiene subsidio?

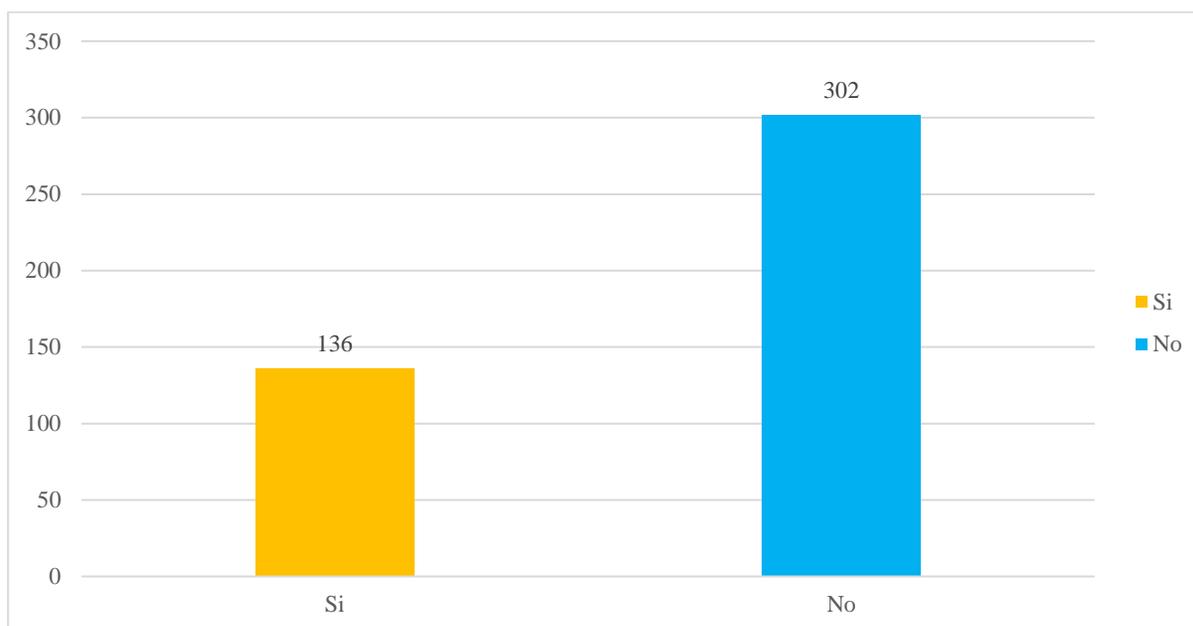
Subsidio	Frecuencia	Porcentaje
Si	136	31,1
No	302	68,9
Total	438	100,0

Fuente: Instrumento de investigación.

Análisis: La tabla N°14 refleja si los cuidadores reciben subsidio, observando que el 31.1% sí reciben y el 68.9% no.

Interpretación: El subsidio es parte de la ayuda económica que sirve para mejorar las condiciones de vida de los que la reciben, sin embargo el mayor porcentaje de madres participantes en la investigación carece de ese privilegio.

Gráfico 12 ¿Tiene subsidio?



Fuente: Tabla 14

Tabla 15 Salario.

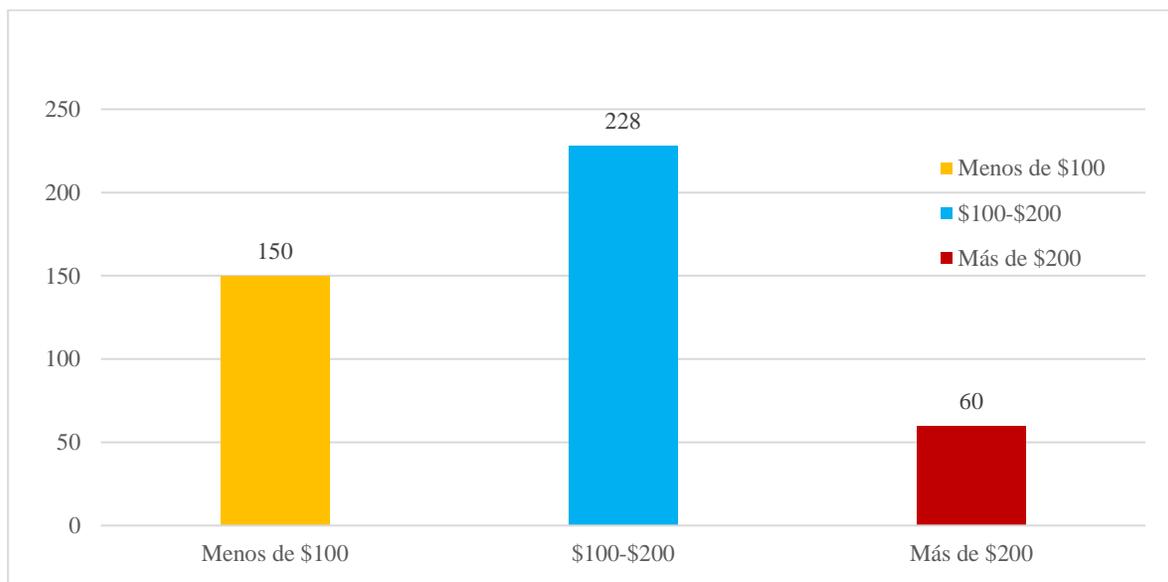
Salario	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$100	150	34,2
\$100-\$200	228	52,1
Más de \$200	60	13,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°15 refleja el salario de los cuidadores, observando que el 34.2% gana menos de \$100, el 52.1% gana de \$100 a \$200 y el 13.7% más de \$200.

Interpretación: Muchas familias en el mundo viven en pobreza y extrema pobreza y el país no es la excepción, donde en buena parte de la población no se logra cubrir la canasta básica debido al bajo salario que se percibe probablemente por la realización de un trabajo informal y el bajo nivel educativo que hace que las oportunidades de trabajo sean casi inexistentes.

Gráfico 13 Salario



Fuente: Tabla 15

Tabla 16 Religión

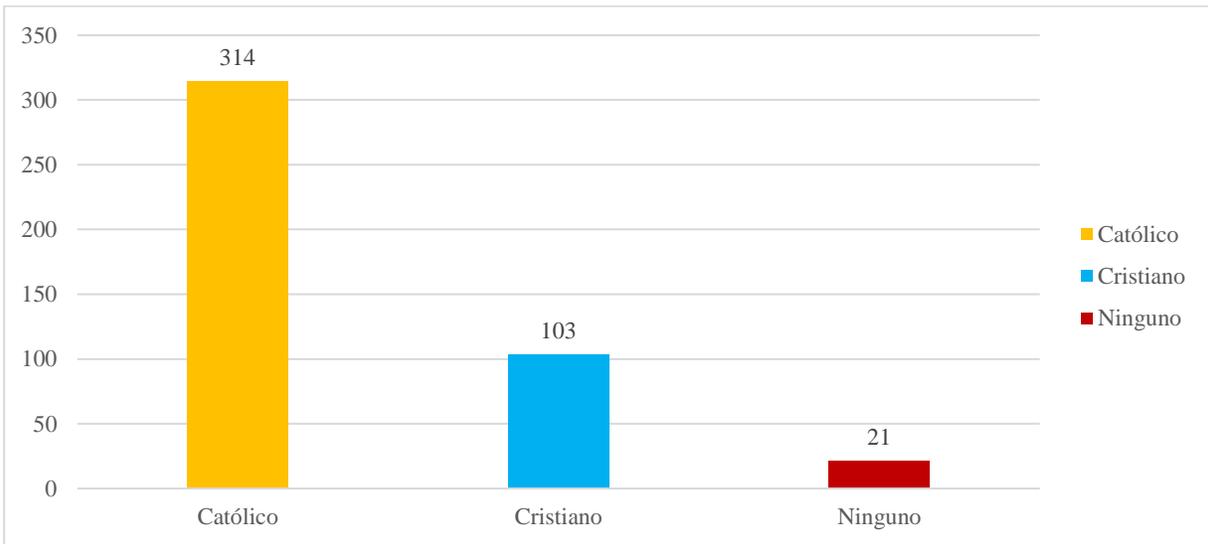
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	314	71,7
Cristiano	103	23,5
Ninguno	21	4,8
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla 16 refleja la religión del cuidador, observando que el 71.7% son católicos, el 23.5% son cristianos y el 4.8% no practican ninguna religión.

Interpretación: La religión es parte de la identidad de un pueblo, y los datos de la presente tabla la evidencian ya que la mayoría de las madres profesa un credo religioso, predominando la religión católica y luego la cristiana solo un pequeño porcentaje de madres no profesa ninguna religión.

Gráfico 14 Religión



Fuente: Tabla 16

Tabla 17 Remedios caseros

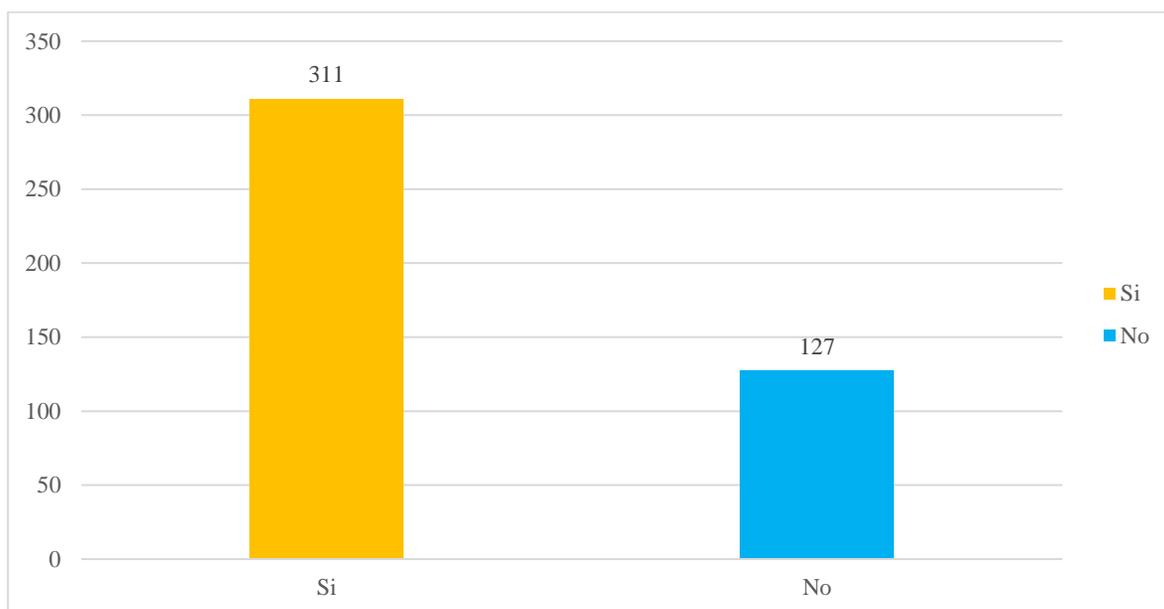
Remedios caseros	Frecuencia	Porcentaje
Si	311	71,0
No	127	29,0
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°17 refleja la administración de remedios caseros a los niños por parte de los cuidadores, observando que el 71% si ha administrado remedios caseros y el 29% no.

Interpretación: El uso de remedios caseros para diversas enfermedades ha sido una costumbre ancestral que se ha ido pasando de una generación a otra y que persiste hasta el día de hoy. Muchas personas administran este tipo de sustancias por recomendación familiar o de amigos, otros porque le sale más barato que comprar un fármaco o porque no tienen; porque piensan que con eso van a curar y algunas otras personas los usan porque creen que al ingerir un producto natural no van a tener efectos secundarios, cuando esto no es así, ya que las plantas pueden causar diferentes efectos que pueden ser inocuos hasta producir la muerte; además de que algunas plantas están contaminadas por hormigas heces de aves u otro animal, o por plaguicidas.

Gráfico 15 Remedios caseros



Fuente: Tabla 17

Tabla 18 Asistencia de los niños al sobador.

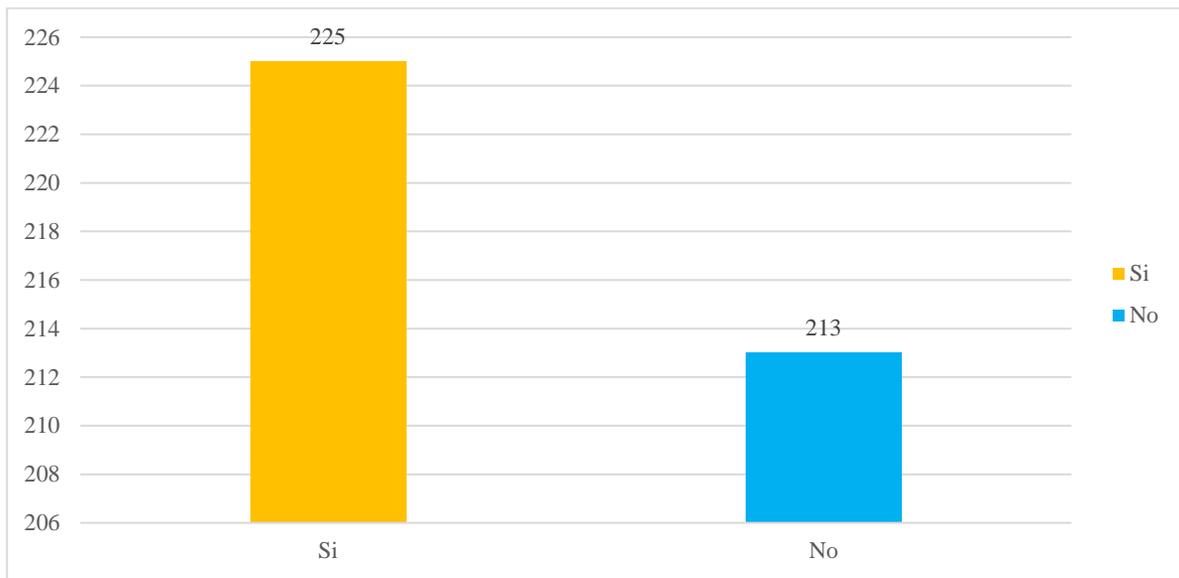
Asistencia al sobador	Frecuencia	Porcentaje
Si	225	51,4
No	213	48,6
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°18 refleja la asistencia de los niños al sobador, observando que el 51.4% de los cuidadores responde con un sí a la asistencia y el 48.6% con un no.

Interpretación: Las etnoprácticas han ido pasando de una generación a otra y en la mayoría de casos suelen causar más daño que bienestar. En la presente tabla se puede obtener como más de la mitad de las madres han llevado a sus hijos a que les sea realizada alguna de las existentes sin pensar en el daño que estas le puedan ocasionar e incluso llevarlo a la muerte o provocarle una discapacidad.

Gráfico 16 Asistencia de los niños al sobador



Fuente: Tabla 18

Tabla 19 Razón de asistencia al sobador

Razón de asistencia al sobador	Frecuencia	Porcentaje
Le tiene confianza	46	10,5
Lo trata bien	1	0,2
Le sale más barato	2	0,5
Lo obligaron	12	2,7
Por costumbre	164	37,4
No etnoprácticas	213	48,6
Total	438	100,0

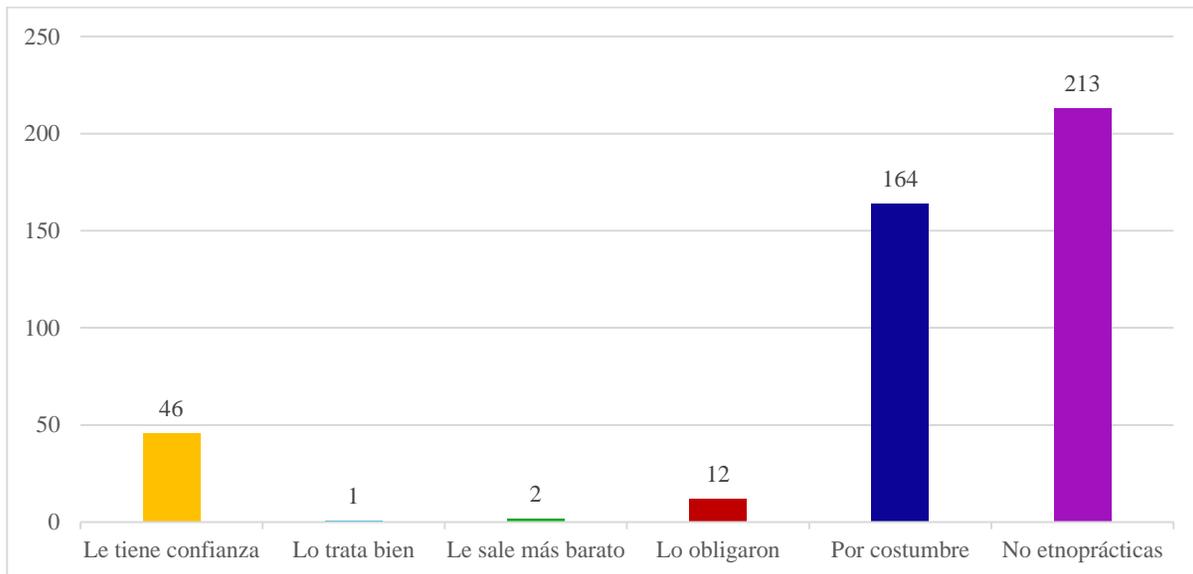
Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°19 refleja las razones por las cuales los cuidadores han decidido asistir con sus niños al sobador, observando que el 10.5% han asistido porque le tiene confianza, el 0.2% porque les trata bien, el 0.5% porque les sale más barato, el 2.7% porque les obligaron, el 37.4% por costumbre y el 48.6% no han asistido.

Interpretación: En la presente tabla se aprecian las razones por las cuales se lleva a un niño para que realicen etnoprácticas y el mayor porcentaje de madres manifiesta que es por una costumbre que ha ido pasando de una generación a otra. En muchos casos la persona que realiza es conocida del familiar del niño y por lo tanto le tiene confianza en lo que va hacer es lo mejor para el infante, aunque esto no sea beneficioso; la empatía y el buen trato hacen que un pequeño número de madres acuda a que le realicen etnoprácticas a su hijo aunque esto sea nocivo para él. En algunos casos las

mujeres primigestas, adolescentes son obligadas por un familiar (padres, abuelos, y suegras) a acudir al sobador y ellas aceptan porque en la mayoría de ocasiones reciben de parte del familiar ayuda para el cuidado del hijo o de su economía. Algunas mujeres consideran llevar a su hijo al sobador porque le sale más barato mientras que ir al médico le puede costar más porque puede recetarle algo que tiene que comprar.

Gráfico 17 Razón de asistencia al sobador



Fuente: Tabla 19

Tabla 20 Conocimientos del cuidador acerca del control infantil

Conocimientos del cuidador acerca del control infantil	Frecuencia	Porcentaje
Vacunas	157	35,8
Peso y talla.	35	8,0
Desparasitantes	7	1,6
Crecimiento y desarrollo	13	3,0
Todas las anteriores	226	51,6
Total	438	100,0

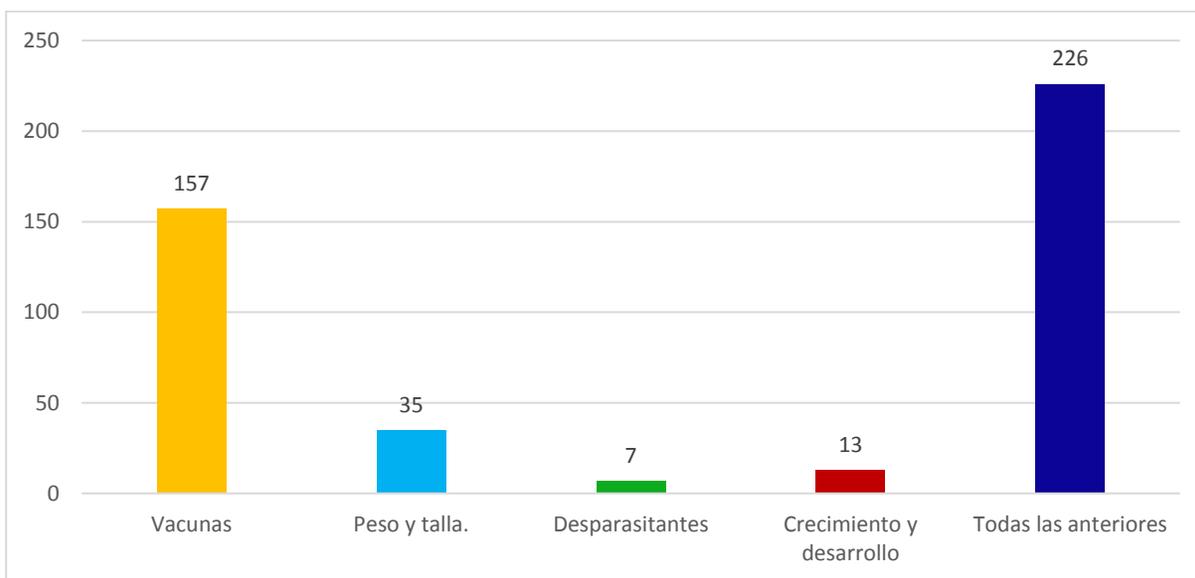
Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°20 refleja el conocimiento que los cuidadores tienen acerca de los controles infantiles, el 35.8% considera que un control infantil es la colocación de las vacunas, el 8% que es para control de peso y talla, el 1.6% para administración de desparasitantes, el 3% para control de

crecimiento y desarrollo y el 51.6% considera que un control infantil consta de todas las opciones antes mencionadas.

Interpretación: El control infantil es una estrategia de atención importante para la prevención y detección de riesgos patológicas que pueden ser leves o graves y la mayoría de las practicantes del estudio conocen esto; sin embargo para una buena parte de la población participante el control infantil es solo vacunar a un niño, dejando de asistir y poniendo en riesgo al niño. El control del crecimiento y desarrollo que incluye conocer a través de la antropometría el peso, talla o longitud y el perímetro cefálico que el niño pueda tener, es importante porque se puede detectar tempranamente los problemas de malnutrición (desnutrición/obesidad) así como retardo en el crecimiento corporal; la gráfica de perímetro cefálico en menores de edad nos evalúa anomalías que se pueden tener como microcefalia que puede afectar el desarrollo del niño o la macrocefalia que nos puede indicar en algunos casos hidrocefalia. La desparasitación es parte de la prevención que recibe el niño para no presentar sintomatología que posteriormente afecte al niño.

Gráfico 18 Conocimientos de los cuidadores sobre controles infantiles



Fuente: Tabla 20.

Tabla 21 Atención en el centro de salud.

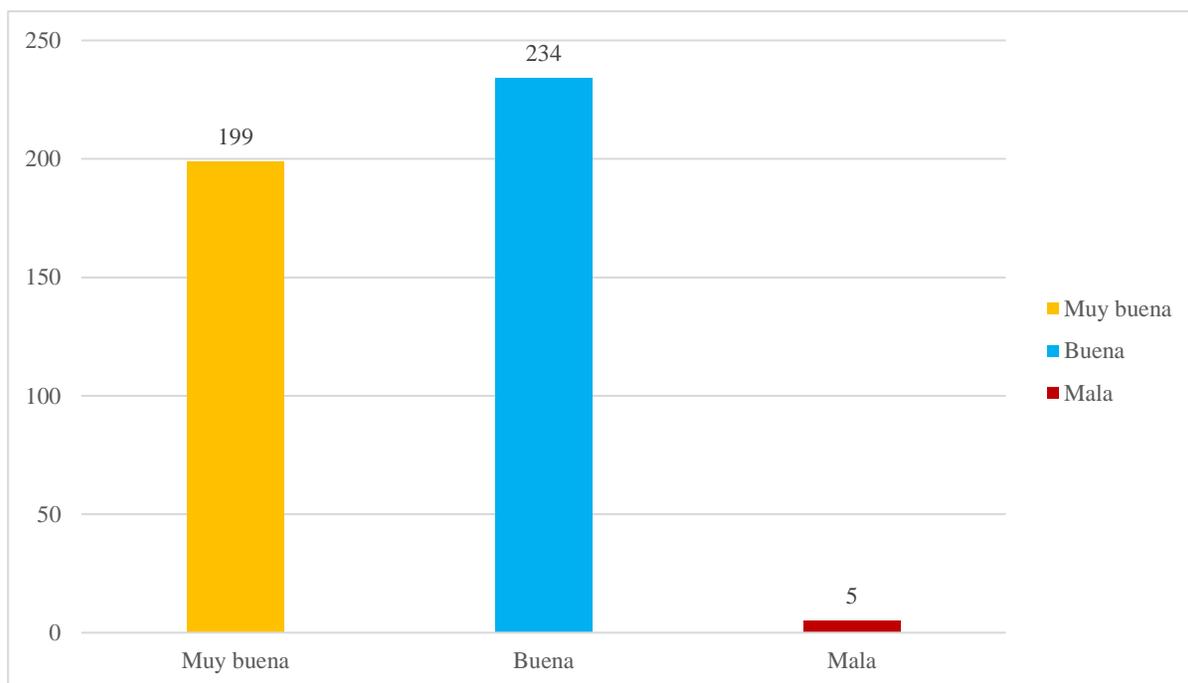
Calidad de atención en el centro de salud	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	199	45,4
Buena	234	53,4
Mala	5	1,1
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°21 refleja la percepción que los cuidadores tienen sobre la calidad de atención que se brinda en los centros de salud, el 45.4% refieren que la atención es muy buena, el 53.4% que es buena y el 1.1% que es mala.

Interpretación: La calidez y calidad de atención debe de prevalecer en los sistemas de salud para que los usuarios puedan sentirse satisfechos de la prestación del servicio recibido y esto queda evidenciado donde casi el total de la población asegura sentirse muy satisfecho con la buena o muy buena atención recibida y solo un pequeño número de madres refirió haber sufrido mala atención de parte del personal.

Gráfico 19 Calidad de atención en el centro de salud



Fuente: Tabla 21

Tabla 22 Inasistencia al control infantil.

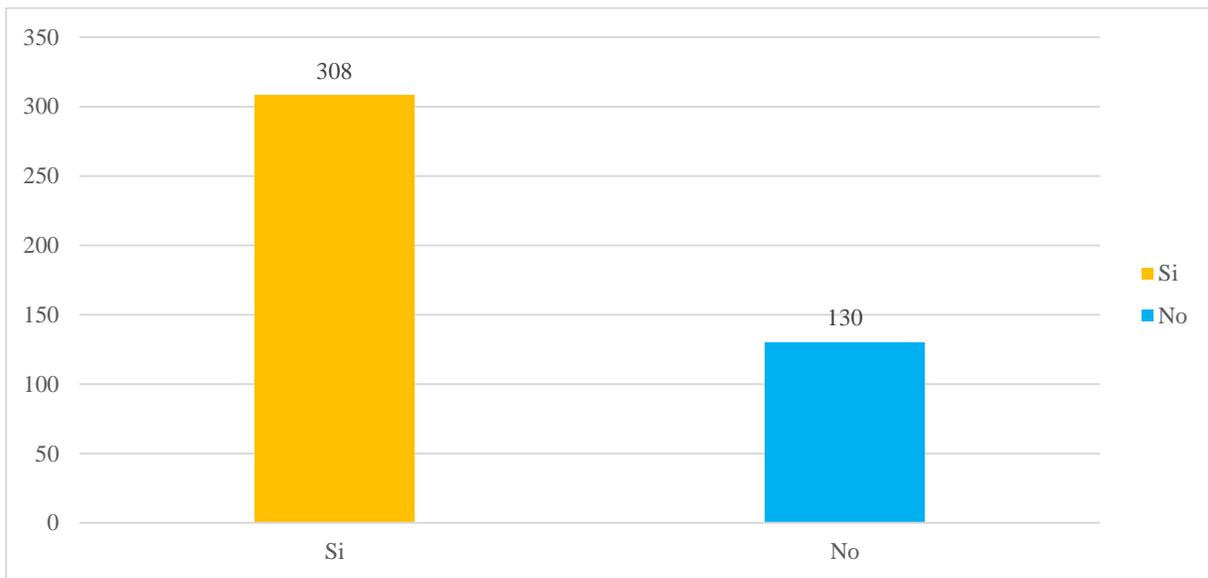
Inasistencia al control infantil.	Frecuencia	Porcentaje
Si	308	70,3
No	130	29,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista.

Análisis: La tabla N°22 refleja si el cuidador no ha asistido alguna vez al control infantil, el 70.3% ha faltado y el 29.7% no ha faltado.

Interpretación: Los controles infantiles son importantes para verificar la salud del infante a través de las diferentes estrategias que este conlleva; sin embargo la mayoría de las madres llevan a su hijo a control infantil, pero una buena parte de ellos no lo hacen poniendo en riesgo la salud del niño.

Gráfico 20 Inasistencia al control infantil



Fuente: Tabla 22.

Tabla 23 Cantidad de inasistencias al control infantil

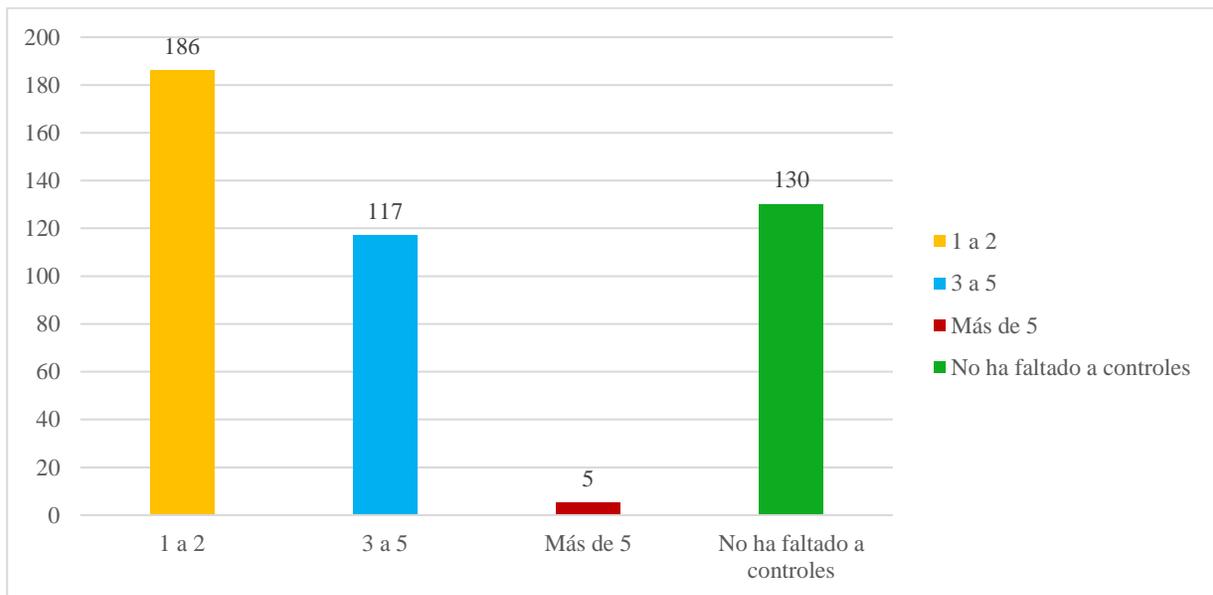
Cantidad de faltas al control infantil	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	186	42,5
3 a 5	117	26,7
Más de 5	5	1,1
No ha faltado a controles	130	29,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°23 refleja la cantidad de inasistencias al control infantil, el 42.5% ha faltado de 1 a 2 ocasiones al control, el 26.7% de 3 a 5 ocasiones, el 1.1% más de 5 ocasiones y el 29.7% no ha faltado.

Interpretación: La inasistencia a los controles infantiles no permite valorar en forma adecuada el crecimiento y desarrollo del niño y poder detectar alguna anomalía que van afectar la vida productiva de las personas, por no haberle tratado o corregido el problema tempranamente.

Gráfico 21 Cantidad de inasistencias al control infantil



Fuente: Tabla 23

Tabla 24 Razón de inasistencias al control infantil

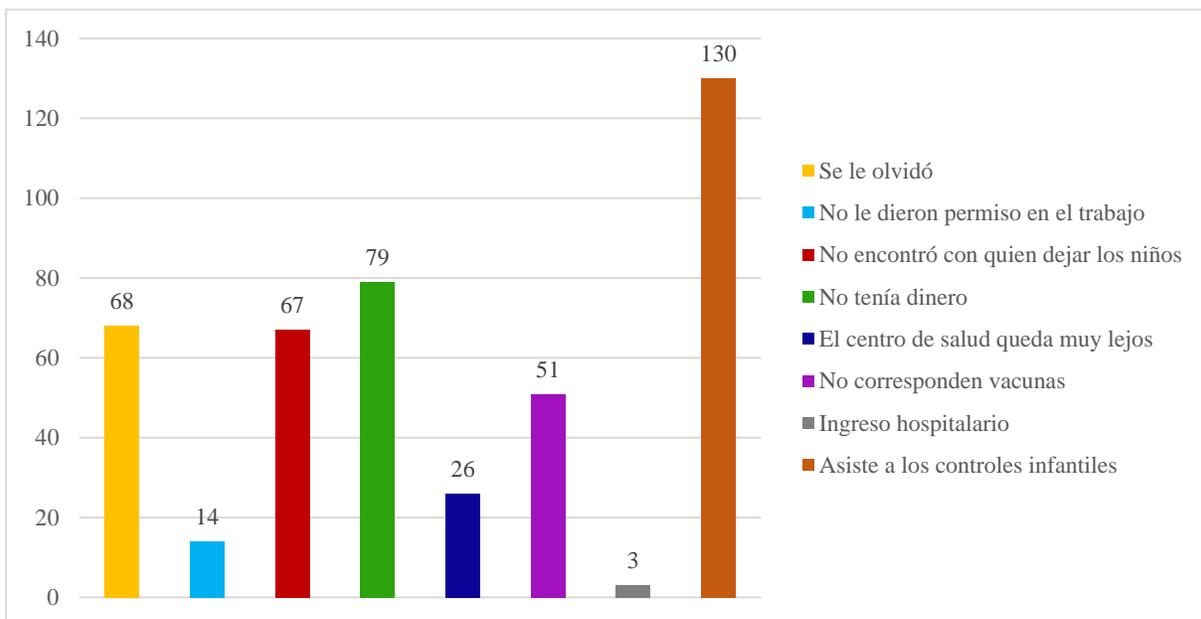
Razón de inasistencia	Frecuencia	Porcentaje
Se le olvidó	68	15,5
No le dieron permiso en el trabajo	14	3,2
No encontró con quien dejar los niños	67	15,3
No tenía dinero	79	18,0
El centro de salud queda muy lejos	26	5,9
No corresponden vacunas	51	11,6
Ingreso hospitalario	3	0,7
Asiste a los controles infantiles	130	29,7
Total	438	100,0

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: La tabla N°24 refleja las razones por las cuales los cuidadores no han asistido a los controles infantiles, el 15.5% no han asistido porque se les ha olvidado, el 3.2% porque no les han dado permiso en el trabajo, el 15.3% porque no han encontrado con quien dejar los otros niños, el 18% porque no tenían dinero, el 5.9% porque el centro de salud queda muy lejos, el 11.6% porque en ese control no correspondían vacunas, el 0.7% porque en esa fecha de control el niño se encontraba ingresado y el 29.7% han asistido a todos los controles.

Interpretación: La inasistencia a los controles infantiles se da por múltiples razones las cuales se evidencia en la presente tabla. Siendo en su mayoría razones económicas se le olvido o no encontró con quien dejar sus hijos.

Gráfico 22 Razón de inasistencias al control infantil



Fuente: Tabla 24

5.8 Comprobación de hipótesis

Para comprobar las hipótesis planteadas se utilizó resultados obtenidos y la prueba de chi cuadrado para verificar la relación de los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inasistencia a los controles infantiles de los niños de 2-5 años de edad

Hipótesis relacionada con el factor socioeconómico y cultural.

H1: Los factores socioeconómicos, culturales de los cuidadores están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

Tabla 25 Paga pasaje con inasistencia al control

		Inasistencia al control infantil.		
		Si	No	Total
Si	Frecuencia	202	42	244
	Porcentaje	65,6%	32,3%	55,7%
No	Frecuencia	106	88	194
	Porcentaje	34,4%	67,7%	44,3%
Total	Recuento	308	130	438
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista

Prueba de Chi cuadrado de Pearson

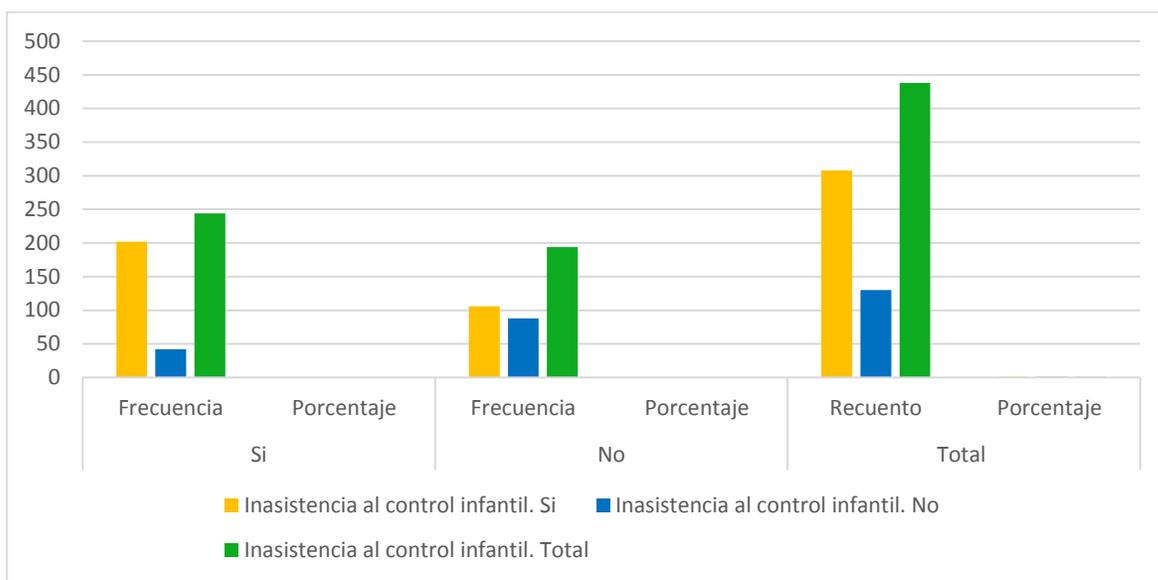
	Valor	GL	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,026 ^a	1	0,000
N de casos válidos	438		

Fuente: Tabla 25, resultados obtenidos mediante programa PSPP versión25

Análisis: En la presente tabla se observa que el 65.6% de las madres que pagan pasaje han faltado al control infantil, mientras que el 32.3% no han faltado a los controles infantiles. El 34.4% de las madres que no paga pasaje si han faltado a los controles infantiles, mientras que el 67.7% de las madres que no paga pasaje no han faltado a estos.

Interpretación: Como P: 0.000 y el nivel de significancia es del 5% ($\alpha=0.05$) esto quiere decir que el valor de P obtenido es menor que el nivel de significancia, por lo tanto existe suficiente información para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo que dice que los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

Gráfico 23 Paga pasaje con inasistencias al control infantil



Fuente: Tabla 25

Tabla 26 Ocupación del cuidador con asistencia al sobador

Ocupación del cuidador		¿Lo ha llevado al sobador?		Total
		Si	No	
Ama de casa	Frecuencia	160	157	317
	Porcentaje	73,7%	71,1%	72,4%
Comerciante	Frecuencia	61	39	100
	Porcentaje	27,1%	18,3%	22,8%
Empleada domestica	Frecuencia	3	8	11
	Porcentaje	1,3%	3,8%	2,5%
Empleado de la empresa privada	Frecuencia	1	6	7
	Porcentaje	0,4%	2,8%	1,6%
Estudiante	Frecuencia	0	3	3
	Porcentaje	0,0%	1,4%	0,7%
Total	Frecuencia	225	213	438
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista

Prueba de Chi cuadrado de Pearson

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,394 ^a	4	0,010
N de casos válidos	438		

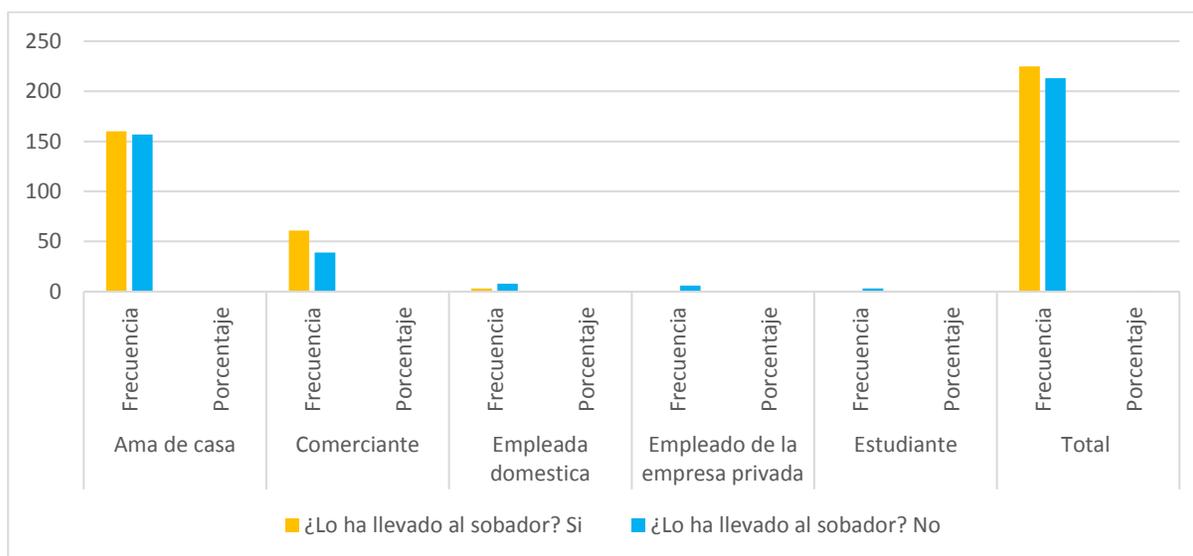
Fuente: Tabla 26; resultados obtenidos del programa PSPP versión 25

Análisis: En la presente tabla se observa que el 73.7% de amas de casa ha llevado su hijo donde el sobador, mientras que un 71.1% no. El 27.1% de las madres que son comerciantes ha llevado a su hijo donde el sobador, el 18.3% no los lleva. El 1.3% de las empleadas domésticas también lo ha llevado, el 3.8% no lo ha llevado al sobador. El 0.4% de las madres cuya ocupación es empleado de la empresa privada si ha llevado el niño donde el sobador, mientras que el 2.8% no lo han llevado. Ninguna de las madres que su ocupación es estudiante han llevado al niño donde el sobador.

En la presente tabla se evidencia el porcentaje de los cuidadores que han llevado al niño al sobador de acuerdo al oficio que cada uno de estos desempeña, así tenemos que en su mayoría, con un 73.7%, las amas de casa son las que acuden donde el sobador.

Interpretación: El valor obtenido de $P= 0.01$ y el nivel de significancia estadística es del 5% ($\alpha=0.05$) quiere decir que el valor de P es menor que el valor de significancia por lo tanto existe suficiente información para rechazar la hipótesis nula con un margen del error de 0% es decir se acepta la hipótesis de trabajo que dice que los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

Gráfico 24 Ocupación del cuidador con asistencia al sobador



Fuente: Tabla 26

Tabla 27 Ultimo grado de estudio con ¿Lo ha llevado al sobador?

Ultimo grado de estudio		¿Lo ha llevado al sobador?		Total
		Si	No	
Ninguno	Frecuencia	54	35	89
	Porcentaje	24,0%	16,4%	20,3%
Educación básica	Frecuencia	149	123	272
	Porcentaje	66,2%	57,7%	62,1%
Educación media	Frecuencia	21	45	66
	Porcentaje	9,3%	21,1%	15,1%
Técnico	Frecuencia	1	7	8
	Porcentaje	0,4%	3,3%	1,8%
Universitario	Frecuencia	0	3	3
	Porcentaje	0,0%	1,4%	0,7%
Total	Frecuencia	225	213	438
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista

Prueba de Chi cuadrado de Pearson

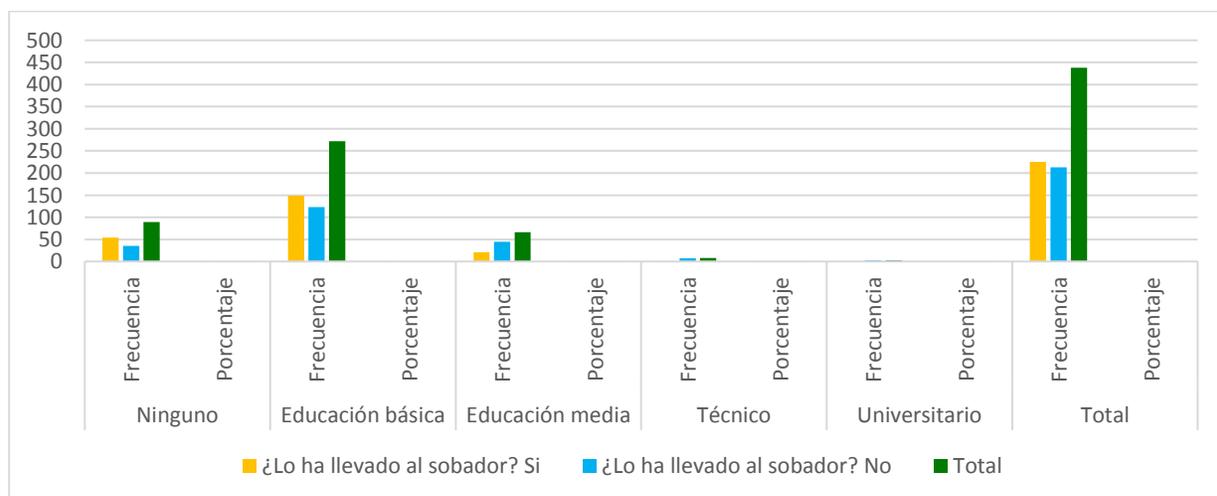
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,457 ^a	4	0,000
N de casos válidos	438		

Fuente: Tabla N 27; resultados obtenidos del programa PSPP versión 25.

Análisis: En la presente tabla se observa que el 24% de las madres que no tienen ningún grado de estudio si han llevado al niño al sobador, mientras que el 16.4% no. El 66.2% de las madres que tienen educación básica si han llevado al niño donde el sobador, el 57.7% no. El 9.3% de las madres cuyo nivel de estudio es la educación media si han llevado al niño al sobador, el 21.1% no los han llevado. El 0.4% de las madres que son técnico si han llevado el niño donde el sobador, el 3.3% no han llevado al niño al sobador. Ninguna de las madres que tienen nivel universitario ha llevado al niño al sobador.

Interpretación: El valor obtenido de $P= 0.00$ y el nivel de significancia estadística es del 5% ($\alpha=0.05$) quiere decir que el valor de P es menor que el valor de significancia por lo tanto existe suficiente información para rechazar la hipótesis nula con un margen del error de 0% es decir se acepta la hipótesis de trabajo que dice que los factores socioeconómicos, culturales y el conocimiento que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad.

Gráfico 25 Último grado de estudio con ¿Lo ha llevado al sobador?



Fuente: Tabla 27

Conocimientos de los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles

Tabla 28 Edad del cuidador vrs conocimientos del cuidador

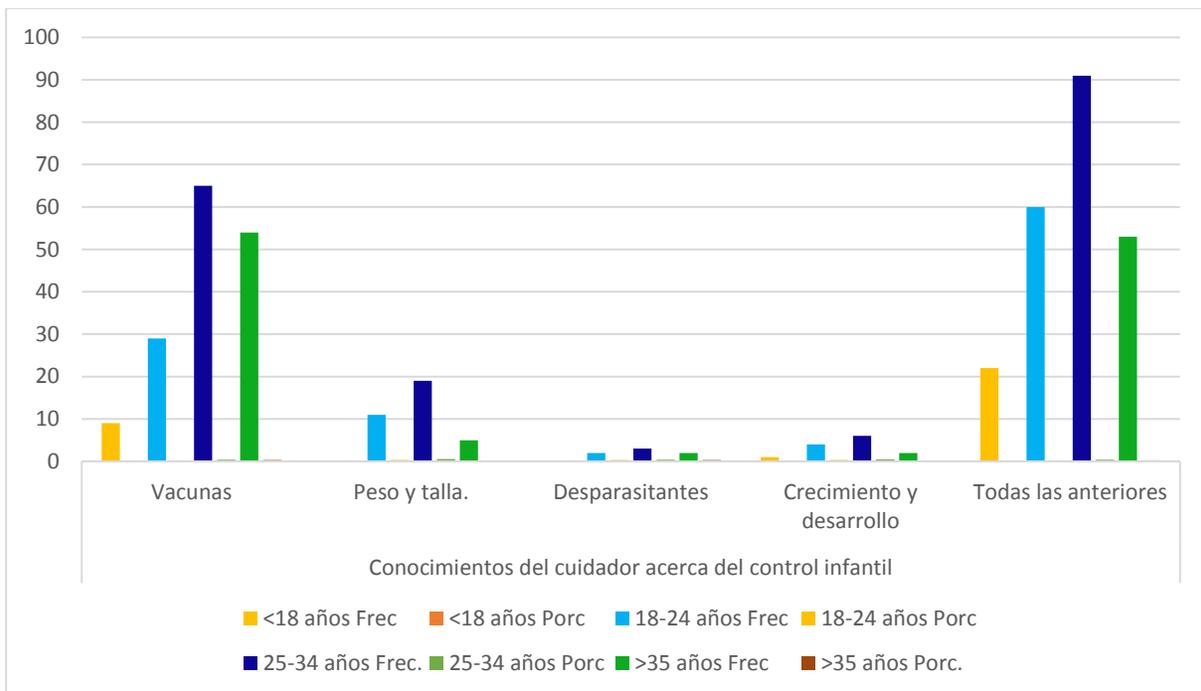
Edad del cuidador.		Conocimientos del cuidador acerca del control infantil					Total
		Vacunas	Peso y talla.	Desparasitantes	Crecimiento y desarrollo	Todas las anteriores	
<18 años	Frec	9	0	0	1	22	32
	Porc	5,7%	0,0%	0,0%	7,7%	9,7%	7,3%
18-24 años	Frec	29	11	2	4	60	106
	Porc	18,5%	31,4%	28,6%	30,8%	26,5%	24,2%
25-34 años	Frec.	65	19	3	6	91	184
	Porc	41,4%	54,3%	42,9%	46,2%	40,3%	42,0%
>35 años	Frec	54	5	2	2	53	116
	Porc.	34,4%	14,3%	28,6%	15,4%	23,5%	26,5%
Total	Frec	157	35	7	13	226	438
	Porc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista

Análisis: En la presente tabla se observa que un 5.7% de las madres menores de 18 años consideran que un control infantil es la vacunación, ninguna de las madres consideran que es para peso y talla, ninguna considera que es para prescripción de desparasitantes, el 7.7% consideran que es para evaluar crecimiento y desarrollo, el 9.7% considera que un control infantil consta de vacunación, evaluación de peso y talla, prescripción de desparasitantes, evaluación del crecimiento y el desarrollo. El 18.5% de las madres entre las edades de 18 a 24 años consideran que un control infantil es la vacunación, el 31.4% de las madres consideran que es para el peso y la talla, el 28.6% consideran que el control infantil es para prescripción de desparasitantes, el 30.8% de las madres consideran que es para evaluación del crecimiento y el desarrollo y un 26.5% considera que un control infantil consta de todas las anteriores. El 41.4% de las madres entre las edades de 25 a 34 años de edad consideran que un control infantil es la vacunación, el 54.3% consideran un control infantil es para pesar y tallar al niño, el 42.9% de las madres considera que es para la prescripción de desparasitantes, el 46.2% de las madres considera que es para evaluar el crecimiento y el desarrollo, el 40.3% de las madres consideran que un control infantil consta de todas las anteriores. El 34.4% de las madres que tienen más de 35 años de edad consideran que el control infantil solo consta de la vacunación, el 14.3% consideran que es para pesar y tallar al niño, el 28.6% de las madres consideran que el control infantil es para la prescripción de desparasitantes, el 15.4% de las madres consideran que un control infantil es solo para evaluar el crecimiento y el desarrollo, el 23.5% de las madres mayores de 35 años de edad consideran que un control infantil consta de todas las anteriores.

Interpretación: Las madres que son menores de 18 años de edad consideran que un control infantil consta de vacunas, peso y talla, desparasitantes, evaluación del crecimiento y desarrollo; esto probablemente se deba a que este grupo etario tuvo la oportunidad de obtener un nivel educativo superior al resto, no así las madres mayores de 35 años que en muchas ocasiones son multíparas o gran multíparas, las cuales tienen conocimientos empíricos contando así con más experiencia en el cuidado de sus hijos, este grupo de madres respondió en su mayoría que un control infantil, estaba constituido únicamente por la aplicación periódicas de las vacunas.

Gráfico 26 Edad del cuidador con conocimientos del cuidador



Fuente: Tabla 28

Tabla 29 Ocupación del cuidador con conocimientos acerca del control infantil

Ocupación del cuidador		Conocimientos del cuidador acerca del control infantil					Total
		Vacunas	Peso y talla.	Desparasitantes	Crecimiento y desarrollo	Todas las anteriores	
Ama de casa	Frec.	119	25	5	8	160	317
	Porc.	75,8%	71,4%	71,4%	61,5%	70,8%	72,4%
Comerciante	Frec.	34	6	1	4	55	100
	Porc.	21,7%	17,1%	14,3%	30,8%	24,3%	22,8%
Empleada domestica	Frec.	3	2	0	1	5	11
	Porc.	1,9%	5,7%	0,0%	7,7%	2,2%	2,5%
Empleado de la empresa privada	Frec.	1	0	1	0	5	7
	Porc.	0,6%	0,0%	14,3%	0,0%	2,2%	1,6%
Estudiante	Frec.	0	1	0	0	2	3
	Porc.	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	5,7%	0,7%
Total.	Frec.	157	35	7	13	226	438
	Porc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

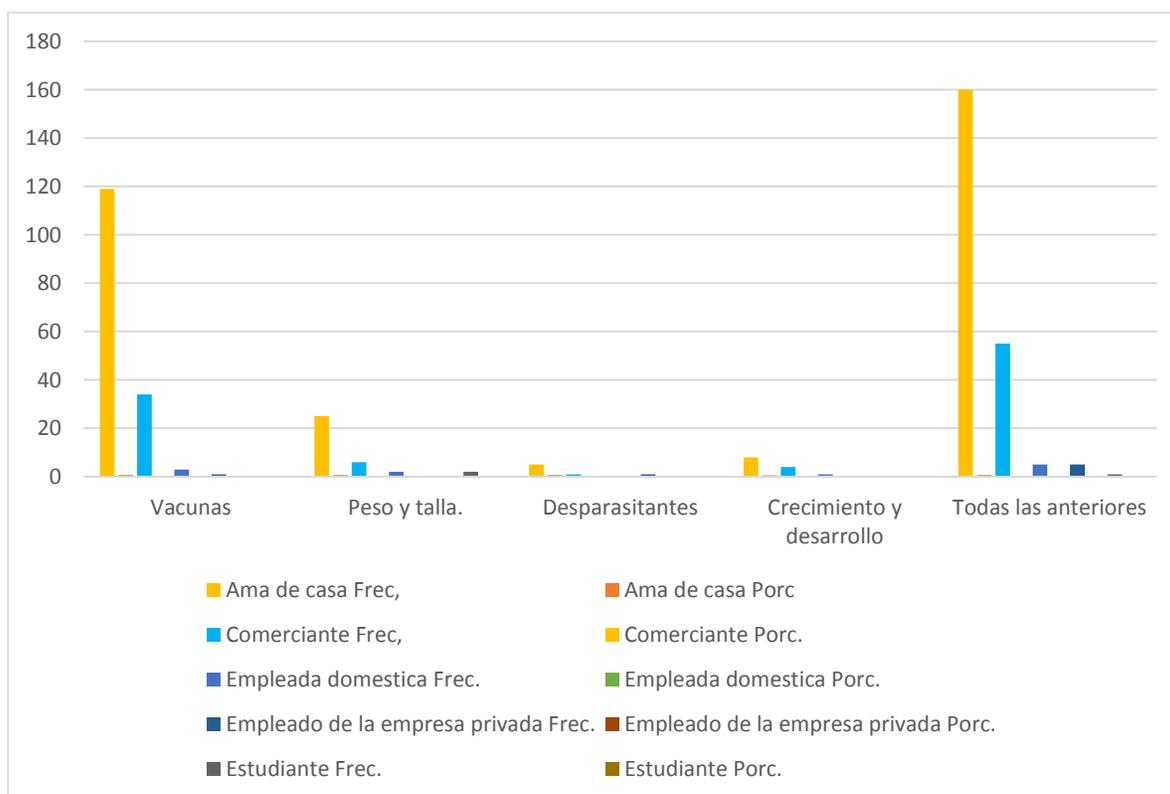
Fuente: Cedula de entrevista

Análisis: El 75.8% de las madres que tienen como ocupación ama de casa consideran que el control infantil es la vacunación, el 71.4% consideran que es pesar y tallar al niño, el 71.4% consideran que para la prescripción de desparasitantes, el 61.5% consideran que es para la evaluación del crecimiento y desarrollo, 70.8% de las madres amas de casa consideran que un control infantil consta de vacunación, de peso y talla del niño, la prescripción de desparasitantes y la evaluación del crecimiento y el desarrollo. El 21.7% de las madres que su ocupación es comerciante consideran que el control infantil es la vacunación, el 17.1% consideran que es pesar y tallar al niño, el 14.3% consideran que es para la prescripción de desparasitantes, el 30.8% consideran que es para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 24.3 piensan que un control infantil consta de todas las anteriores. El 1.9% de las madres que su ocupación es empleada doméstica piensan que un control infantil es la vacunación, el 5.7% consideran que es pesar y tallar al niño, ninguna de las madres consideran que es para la prescripción de antiparasitarios, el 7.7% piensan que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 2.2% consideran que un control infantil consta de todas las anteriores.

El 0.6% de las madres que su ocupación es empleado de la empresa privada piensan que un control infantil solo es la vacunación, ninguna madre piensa que es para pesar y tallar al niño, el 14.3% consideran que es para la prescripción de desparasitantes, ninguna madre piensa que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 2.2% de las madres considera que un control infantil consta de todas las anteriores. Ninguna de las madres que su ocupación es estudiante piensa que los controles infantiles solo constan de la vacunación, el 5.7% de las madres piensan que es para pesar y tallar al niño, ninguna madre considera que es para prescripción de desparasitantes, ninguna madre piensa que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 0.4% de las madres piensan que un control infantil consta de todas las anteriores.

Interpretación: La ocupación que predomina en las madres entrevistadas son los oficios domésticos como ama de casa, debido a la cultura machista que predomina en el país, en la cual el hombre provee para toda la familia, así mismo la baja escolaridad les impide desempeñarse en diferentes ocupaciones, probablemente por la misma razón piensan que un control infantil solo consta de la aplicación de las diferentes vacunas, en el otro extremo llama la atención que las empleadas de la empresa privada y las estudiantes no conozcan detalladamente cuales son los componentes de un control infantil, esto probablemente se deba a la poca o nula información brindada por el personal de salud, así como la poca promoción de las consultas preventivas.

Gráfico 27 Ocupación del cuidador con conocimientos acerca del control infantil



Fuente: Tabla 29

Tabla 30 Grado de estudio del cuidador con conocimientos acerca del control infantil

Grado de estudio		Conocimientos del cuidador acerca del control infantil					Total
		Vacunas	Peso y talla.	Desparasitantes	Crecimiento y desarrollo	Todas las anteriores	
Ninguno	Frec.	41	6	0	0	42	89
	Porc.	26,1%	17,1%	0,0%	0,0%	18,6%	20,3%
Educación básica	Frec.	99	14	4	6	149	272
	Porc.	63,1%	40,0%	57,1%	46,2%	65,9%	62,1%
Educación media	Frec.	14	14	2	6	30	66
	Porc.	8,9%	40,0%	28,6%	46,2%	13,3%	15,1%
Técnico	Frec.	3	0	1	1	3	8
	Porc.	1,9%	0,0%	14,3%	7,7%	1,3%	1,8%
Universitari	Frec.	0	1	0	0	2	3
	Porc.	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,9%	0,7%
Total	Frec.	157	35	7	13	226	438
	porc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista

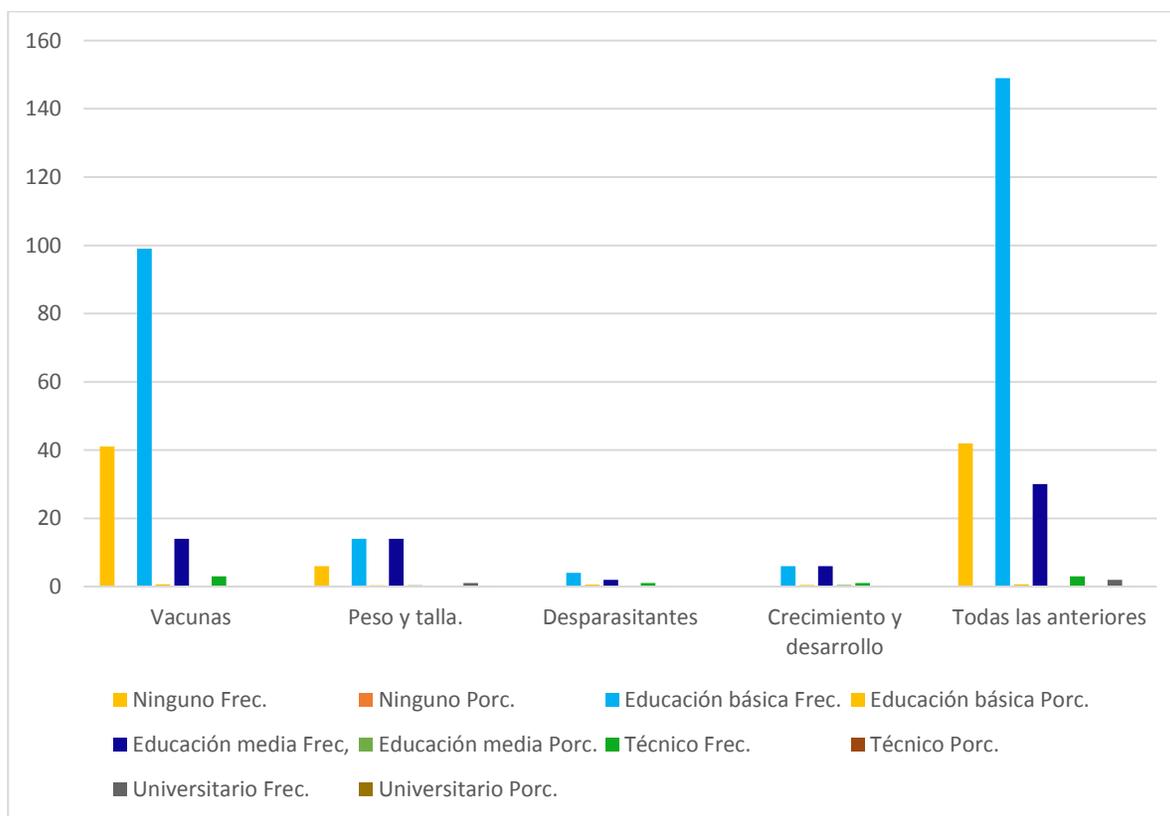
Análisis: El 26.1% de las madres que no tienen ningún grado de estudio piensan que el control infantil solo es la vacunación, el 17.1% piensan que es para pesar y tallar los niños, ninguna de las madres considera que es solo para la prescripción de desparasitantes, ninguna madre considera que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 18.6% de las madres considera que un control infantil consta de: vacunación, peso y talla de los niños, prescripción de desparasitantes y evaluación del crecimiento y el desarrollo. El 63.1% de las madres que su ultimo grado de estudio es educación básica piensan que un control infantil es solo la vacunación, el 40% consideran que es solo pesar y tallar a los niños, el 57.1% piensan que es para la prescripción de desparasitantes, el 46.2% de las madres considera que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 65.9% de las madres consideran que un control infantil consta de todas las anteriores. El 8.9% de la población de madres con educación media piensan que el control infantil solo es la vacunación, el 40% de las madres considera que un control infantil es pesar y tallar al niño, el 28.6% de las madres piensan que solo es para la prescripción de desparasitantes, el 46.2% de las madres piensa que solo es para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 13.3% de las madres consideran que un control infantil consta de todas las anteriores. El 1.9% de las madres con ultimo grado de estudio de técnico considera que el control infantil es la vacunación, ninguna considera que es solo para pesar y tallar al niño, el 14.3% consideran que es para la prescripción de desparasitantes, el 7.7% de las madres piensan que es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 1.3% de las madres piensan que un control infantil consta de todas las anteriores.

Ninguna de las madres con nivel universitario consideran que el control infantil solo es la vacunación, el 2.9% de las madres consideran que es pesar y tallar al niño, ninguna de las madres piensan que el control infantil solo es para la prescripción de desparasitantes, ninguna de las madres

considera que el control infantil es solo para la evaluación del crecimiento y el desarrollo, el 0.9% de las madres considera que el control infantil consta de todas las anteriores.

Interpretación: El último grado de estudio juega un papel importante en los conocimientos de la madre al presentarse al centro de salud, las madres que no poseen ningún nivel de estudio o escolaridad son las que consideran que el control infantil solo consiste en la vacunación, gran porcentaje considera que es para la evaluación del crecimiento y el desarrollo. A mayor escolaridad mayor conocimiento de los componentes del control infantil, sin embargo llama que hay madres que siendo universitarias consideran que un control infantil es solamente pesar y tallar a los niños, esto se debe probablemente a la falta de información por parte del personal de salud acerca de los componentes de un control infantil en un lenguaje no técnico que pueda ser comprendido por toda la población

Gráfico 28 Grado de estudio del cuidador con conocimientos acerca del control infantil



Fuente: Tabla 31

6. DISCUSIÓN.

El trabajo de investigación trata sobre los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años de edad que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar Llano Los Patos, La Unión; Tecapán, Usulután y el equipo comunitario de salud básico El

Tablón, Sesorí, San Miguel por lo cual se realizó una cédula de entrevista a las madres de los niños antes mencionados.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la infancia se encuentran un total de 2.200 millones de niños y niñas de todo el mundo que requieren controles infantiles. La importancia de un control infantil radica en la detección oportuna de patologías relacionadas con la ganancia o pérdida de peso, la detección de tendencia de crecimiento adecuada o inadecuada, así como la evaluación del desarrollo psicomotor y las alteraciones de este, las cuales si se detectan oportunamente no impactan de manera negativa la calidad de vida de los niños. La vacunación juega un papel importante en prevención de patologías como formas graves de tuberculosis, sarampión, rubeola, paperas, tosferina, tétanos, entre otras, enfermedades que en ciertos países han sido erradicadas y es uno de los pilares fuertes de la salud del primer nivel de atención en salud, sin embargo el significado de un control infantil no gira al alrededor de ello, sino que es un componente esencial del mismo pero no el único. El parasitismo intestinal es una causa frecuente de patologías relacionadas a la mala absorción de nutrientes y la poca ganancia de peso que llevan a la desnutrición incluso a la desnutrición severa y la muerte esto es prevenible gracias a la administración de desparasitantes en cada control infantil. La administración de micronutrientes como el hierro en prevención y tratamiento de anemia por deficiencia del mismo, la administración de dosis preventivas de vitamina A, la prescripción de zinc en patologías como diarreas agudas, patologías respiratorias y retardo del crecimiento son de gran ayuda; sin embargo el control infantil no se basa en ellos sino que es un conjunto multidisciplinario de lo ya antes mencionado, para que todo niño crezca y se desarrolle adecuadamente.

En un estudio realizado en Montevideo; Uruguay, en el año 2012 en la Facultad de enfermería donde el tema fue las causas del incumplimiento de los controles infantiles en niños menores de 2 años del centro de salud Cerro, con una muestra de 62 niños donde se identificaron problemas de accesibilidad, económicos, geográficos y administrativos, causas propias dadas por los cuidadores de los niños menores de 2 años que responden a preguntas del porque no asisten a controles infantiles y dan como resultado en encuestas con un 33.9% razones de olvido, con un 12.9% razones de no tener cuidador adicional para dejar en sus casas al resto de sus hijos. Al compararlo con la presente investigación se encontró que de las 438 madres entrevistadas el 15.5% no han asistido por razones de olvido, el 15.3% porque no han encontrado con quien dejar los otros niños, el 18% porque no tenían dinero.

En el año 2014 en la universidad de Cartagena se realizó una investigación que estableció como tema la evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de pasacaballos en el año 2014; la encuesta arroja datos con un 35% que la inasistencia al control infantil fue el olvido de la cita. Con un 21% la falta de interés, con un 14% debido a condiciones climáticas. Realizando una comparación con el presente estudio arroja los siguientes resultados que el 15.5% no han asistido porque se les ha olvidado, el 3.2% porque no les han dado permiso en el trabajo, el 15.3% porque no han encontrado con quien dejar los otros niños, el 18% porque no tenían dinero, el 5.9% porque el centro de salud queda muy lejos, el 11.6% porque en ese control no correspondían vacunas.

En el 2016 en la Universidad de El Salvador, en San Salvador se realizó una investigación, donde el tema fue: El impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan en unidad comunitaria Sacacoyo 2016, donde se encontró que de los niños que tienen incompleto su control infantil, consultan por morbilidades, entre ellos el 60% enfermedades respiratorias agudas de vías superiores, 22% consulto con enfermedades diarreicas agudas y el 2% desnutrición. El presente estudio dio como resultado que el 70.3% no ha asistido a los control infantil mientras que el 29.7% no ha faltado Los controles infantiles son importantes para verificar la salud del infante a través de las diferentes estrategias que este conlleva; sin embargo la mayoría de las madres llevan a su hijo a control infantil, pero una buena parte de ellos no lo hacen poniendo en riesgo la salud del niño

7. CONCLUSIONES.

1. El 42% de las madres son mayores de 35 años, muchas de ellas son multíparas, por lo que han faltado a los controles infantiles, restándole importancia a los componentes de estos y manejan un conocimiento empírico, en el cual la colocación de vacunas es lo primordial.
2. El determinante social que se encontró con mayor frecuencia en las cuidadoras fue la ocupación, siendo amas de casa y multíparas, lo que es en un factor de inasistencia a los controles infantiles.
3. El determinante económico que tiene un papel fundamental en la inasistencia a los controles infantiles es el pago de pasaje para asistir al centro de salud.
4. El determinante cultural que influye en la asistencia al sobador antes que al médico están relacionados con el grado de escolaridad de la madre.
5. Un factor cultural asociado al incumplimiento de los controles infantiles, son las costumbres que se transmiten de generación en generación, a la vez también influyen en acudir al sobador antes que al médico.
6. La mayoría de madres reduce el concepto de control infantil a la aplicación periódicas de vacunas; sin embargo las madres con un grado académico universitario consideran que un control infantil es la toma de medidas antropométricas del niño, probablemente esto se deba a la poca información brindada por el personal de salud.
7. En base a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis de trabajo que dice que los factores socioeconómicos, culturales y el conocimientos que poseen los cuidadores sobre la importancia de los controles infantiles están asociados al incumplimiento de los mismos en los niños de 2 a 5 años de edad

8. RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos, el grupo de investigación recomienda lo siguiente.

Al ministerio de salud de El Salvador:

Capacitar al personal de las UCSF para brindar información de manera detallada y comprensible para el cuidador la importancia de un control infantil.

Crear alianzas con las entidades de las alcaldías municipales de las zonas en estudio para mejorar la accesibilidad a los centros de salud.

A las unidades comunitarias de salud que integraron el estudio:

Mejorar la calidad de atención brindada al usuario.

Brindar una consejería de fácil comprensión para el usuario, que incluya en su totalidad los componentes del control infantil, enfatizando las patologías que pueden detectarse mediante ellos.

A las madres que asisten a los controles infantiles:

Acatar las recomendaciones que se dan en el centro de salud incluyendo la administración de micronutrientes, desparasitantes, y acudir a las referencias brindadas oportunamente.

A la Universidad de El Salvador:

Que promueva la investigación sobre los controles infantiles.

A los estudiantes de medicina en año social

Comprometerse a brindar controles infantiles con calidad y calidez, explicando en su totalidad en qué consisten un control infantil, y todas las patologías que pueden prevenirse asistiendo periódicamente a los mismos.

Comprometerse a aprovechar las oportunidades en la consulta por morbilidad, al detectar un niño con un esquema de control infantil incompleto.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estado Mundial de la Infancia 2014 en cifras [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>
2. unicef. UNICEF - El objetivo: reducir la mortalidad infantil [Internet]. 2014 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2014: todos los niños y niñas cuentan. 2014.
4. Ascarate Farias M, Oliveira Soppi A, Silva Casafuz P, Sosa De Angelo P, Vivián Gallardo E. Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores a 2 años del centro de salud cerro[tesis pregrado].Ecuador: Universidad de la República; 2012. Univ la República [Internet]. 2012; Available from: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2389/1/FE-0439TG.pdf>
5. Cifuentes L, Mendoza H, Ortíz S. Evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de Pascaballos en el año 2014. Univ Cart [Internet]. 2015;66. Available from: [http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/5068/1/TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL.pdf](http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/5068/1/TRABAJO_DE_INVESTIGACION_FINAL.pdf)
6. Salvador UDEEL. Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, Abril a Junio 2016. 2016;
7. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2016. 172 p. Available from: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
8. Congreso de Colombia 1996. “Implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Cuba.” D Of No 42845, 30 Julio 1996 [Internet]. 1996;21(42):2640–50. Available from: http://repository.upi.edu/1360/1/s_d5451_0604180_chapter1.pdf
9. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. M. Revista cubana de enfermería. [Internet]. Vol. 28, Revista Cubana de Enfermería. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1985 [cited 2019 May 19]. 118–124 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200007
10. Lemus MD. Revista cubana de enfermería. [Internet]. Vol. 28, Revista Cubana de Enfermería. Editoriial Ciencias Médicas; 2012 [cited 2019 May 19]. Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/13/11>
11. Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J. Tratado de pediatría [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2019 May 19]. 5036 p. Available from: <https://inspectioncopy.elsevier.com/2/es/book/details/9788491130154>

12. Unicef. Estrategia de salud para. 2016; Available from: https://www.unicef.org/health/files/170601_Strategy_for_health_2016-30_report_Spanish.pdf
13. OPS/OMS El Salvador - La Estrategia AIEPI ha contribuido a disminuir la mortalidad en la niñez [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=889:la-estrategia-aiapi-ha-contribuido-disminuir-mortalidad-ninez&Itemid=291
14. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. 2014;1–115.
15. Izquierdo Orosco R de F. Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal. Esc enfermería padre Luis Tezza Afil a la Univ Ricardo Palma. 2014;71.

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN UCSF EL ZAMORAN, 28 DE JUNIO 2019



Figura 2 UCSF TECAPÁN ENTRADA PRINCIPAL



Figura 3 UCSF TECAPÁN ENTRADA POSTERIOR



Figura 4 INTERIOR DE UCSF TECAPÁN



Figura 5 INTERIOR DE UCSF TECAPÁN



Figura 6 ENTRADA A UCSF LLANO LOS PATOS



Figura 7 UCSF LLANO LOS PATOS



Figura 8 CAMINO A UCSF LLANO LOS PATOS



Figura 9 ECO EL TABLÓN



Figura 10 CAMINO A ECO EL TABLÓN



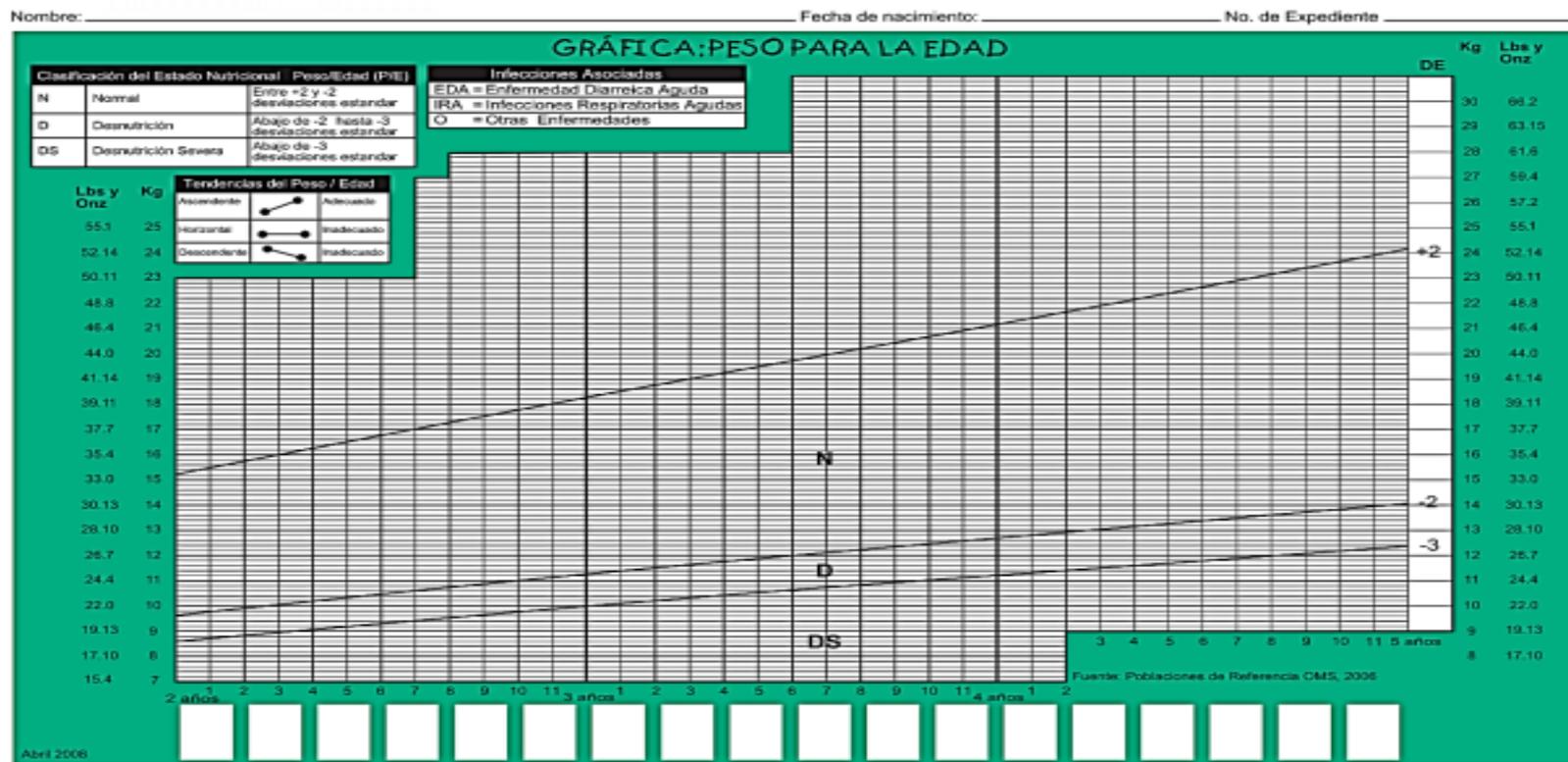
LISTA DE ANEXOS.

Anexo 1 GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD. CARA ANTERIOR.



MINISTERIO DE SALUD
EL SALVADOR
 UNÁMONOS PARA CRECER

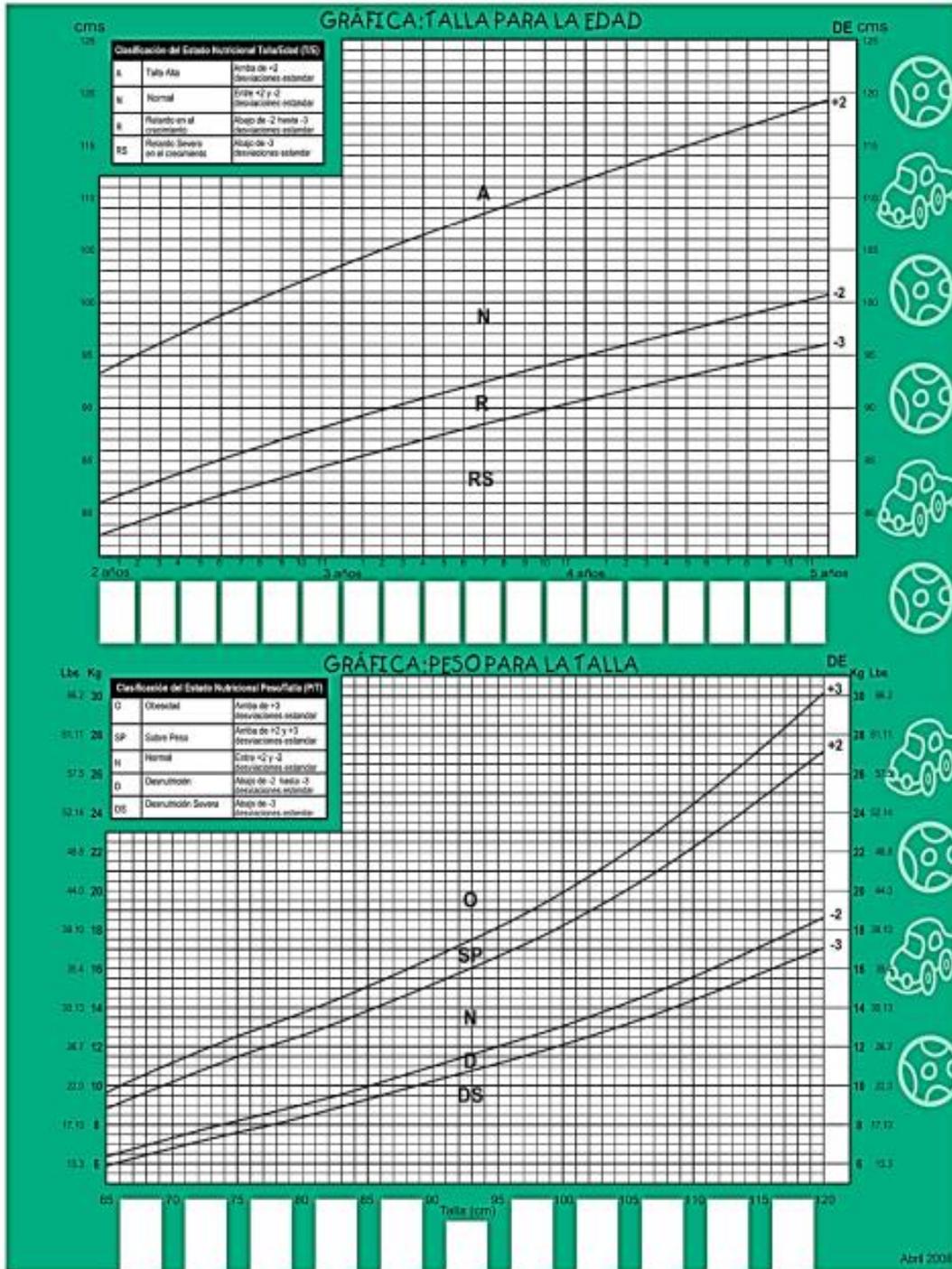
Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
 GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Anexo 2 GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD. CARA POSTERIOR.



Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición FICHA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Anexo 3 GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD. CARA ANTERIOR.



MINISTERIO DE SALUD
EL SALVADOR
UNIMÓNDO PARA CRECER

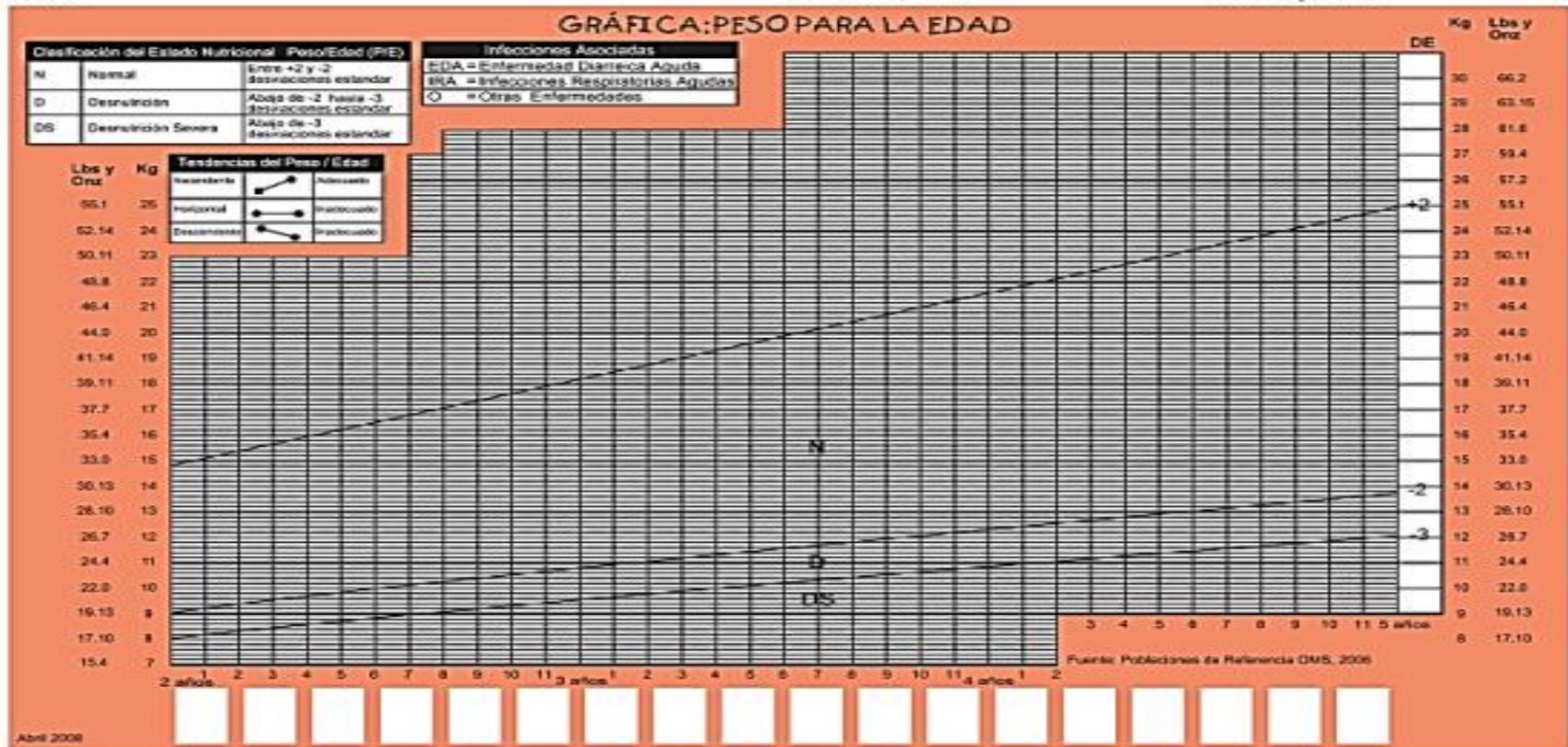
Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

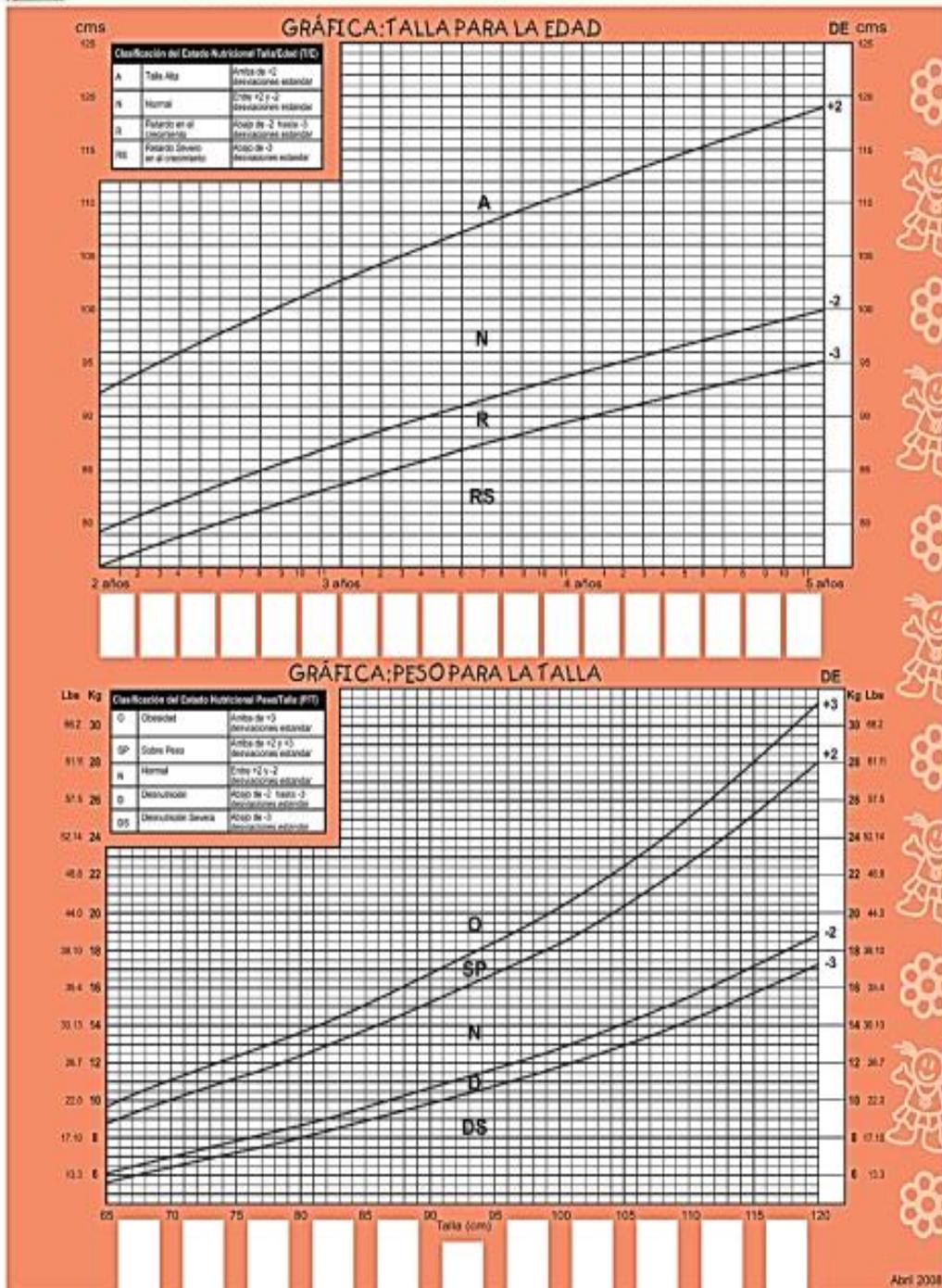
No. de Expediente _____



Anexo 4 GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS .DE EDAD. CARA POSTERIOR.



Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Anexo 5 ESCALA SIMPLIFICADA DE DESARROLLO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. CARA ANTERIOR.

Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de cinco años

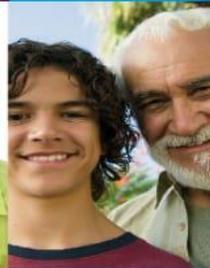
Nombre Fecha de nacimiento

No. de expediente Nombre del establecimiento

Fecha de la Evaluación y Edad de la Niña y el Niño	Rango de edad	Motoricidad gruesa	Motoricidad fina	Docolectiva	Lenguaje	Cognición	Clasificar
	De 0 a 7 días	Presencia de reflejo de morsa completo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presencia de reflejo oculocefálico. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presencia de reflejos de búsqueda y succión. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
	De 8 días a un mes	 Tiene de controlar la cabeza. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Tiene reflejos innatos de búsqueda y succión. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Mira la cara cuando alguien está de 20 a 30cm. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Llora para expresar lo que siente (hambre, frío, dolor o que se haya mojado). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Fija su mirada en un objeto durante 2 a 3 segundos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Tómalo de las manos y levántalo con cuidado.	Que la madre roce el pieón en la mejilla, para que busque el pecho.	Cárguelo, háblele y acarícielo la cara.	Tranquilízalo cuando llora, pero sin identificar el motivo del llanto y alivíalo.	Cuelgue objetos que llamen su atención, por su forma, sonido y color.	
	De un mes a dos meses	 Levanta la cabeza por encima del tronco, estando boca abajo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Aprueba un objeto y lo suelta. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Gesticula con el rostro. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Emite sonidos ante el estímulo (por ejemplo: ah, ooh, jgg y otros). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Busca de dónde vienen los sonidos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Acústale boca abajo y pídale su dedo sobre la espalda.	Póngale sus dedos índice en las palmas de las manos de la o del bebé.	Plátiquelo y háblele gestos expresivos.	Háblele cara a cara pronunciando diferentes sonidos para que lo repita.	Sube un objeto frente al rostro (a una distancia de 20 a 30 cms) y muéveselo de un lado a otro.	
	De dos meses a cuatro meses	 Cuando está boca abajo se levanta apoyándose en los antebrazos unos segundos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Rasca la palma de la mano o los objetos que toca. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Sonríe cuando se le acaricia, se le habla o en situaciones de alegría. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Emite sonidos guturales como por ejemplo: agh... agh... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Mira objetos que llene en la mano. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Acústale boca abajo varias veces al día.	Coloque la palma de su mano haciéndole presión en sus dedos.	Háblele y cántele canciones de cuna.	Repita los sonidos que hace la o el bebé.	Coloque objetos pequeños en la mano para que pueda verlos.	
	De cuatro meses a seis meses	 Tira de estiramiento estando acostado o cargado. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Toma objetos grandes con toda la mano. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Reconoce a su madre o persona que le cuida. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Babbea. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Segue con la mirada objetos que se mueven. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Coloque boca abajo estimulándole para que se levante.	Enséñele un juguete y motive a que lo tome.	Pregúntele dónde está, mamá o papá o en la familia para que lo señale o diga el nombre.	Háblele y cántele.	Muévete objetos laterales.	
	De seis meses a ocho meses	 Se sienta y se mantiene en apoyo de objetos usando o no sus brazos para equilibrarse. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Extra los brazos para alcanzar un objeto de manera intencional. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Mira a otro u otra bebé y trata de localizarlo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Imita expresiones mímicas como "adós", "dame". SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	 Busca con la vista cosas que se le han caído. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Ayúdale a sentarse unos segundos en un lugar seguro.	Dale juguetes u objetos al frente para que pueda explorarlos.	Acarícielo a otras niñas y niños.	Háblele sobre que existe el significado de sus gestos y díganlo con palabras.	Coloque juguetes para que los vea y los recupere.	

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de niños menores de 10 años

Anexo 7 ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN, EL SALVADOR 2018							
RECIÉN NACIDO	2, 4 Y 6 MESES	12 MESES	15 A 18 MESES	4 AÑOS	ADOLESCENTES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES	MUJERES EMBARAZADAS	GRUPOS EN RIESGO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
							
<p>BCG</p> <p>Previene formas graves de tuberculosis</p> <hr/> <p>HB</p> <p>Hepatitis B al nacimiento</p>	<p>3 DOSIS (2, 4 Y 6 MESES)</p> <p>PENTAVALENTE Incluye:</p> <p>Difteria, Toserina y Tétanos, Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis B</p> <hr/> <p>POLIOMIELITIS 2 y 4 meses: IPV 6 meses: OPV</p> <hr/> <p>3 DOSIS (2 Y 4 MESES)</p> <p>ROTAVIRUS</p> <hr/> <p>NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otitis media</p>	<p>1ª DOSIS DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR</p> <p>Sarampión Paperas Rubéola</p> <hr/> <p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>NEUMOCOCO CONJUGADO Meningitis, Neumonía y Otitis media</p>	<p>1ª REFUERZO DE:</p> <p>PENTAVALENTE Incluye:</p> <p>Difteria, Toserina y Tétanos, Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis B</p> <hr/> <p>POLIO ORAL Poliomielitis</p>	<p>2ª REFUERZO DE:</p> <p>DPT</p> <p>Difteria, Toserina Tétanos</p> <hr/> <p>POLIO ORAL Poliomielitis</p> <hr/> <p>2ª DOSIS DE:</p> <p>TRIPLE VIRAL TIPO SPR</p> <p>Sarampión Paperas Rubéola</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <p>Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años a partir de los 10 años de edad</p> <hr/> <p>NEUMOCOCO</p> <p>Todo adulto mayor de 80 años debe recibir 1 dosis de neumococo</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <p>Toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación hasta los 4 años de edad, aplicar 1 dosis de Td a partir de la 10ª semana de gestación</p> <hr/> <p>Tdpa</p> <p>Tétanos, Difteria, Toserina acelular.</p> <p>Aplicar 1 dosis a partir de las 26 semanas de gestación</p> <hr/> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>En su primer control del embarazo no importando la edad gestacional</p>	<p>Td</p> <p>Tétanos y Difteria</p> <hr/> <p>HB</p> <p>Hepatitis B</p> <hr/> <p>SR</p> <p>Sarampión y Rubéola</p> <hr/> <p>INFLUENZA HEMISFERIO SUR</p> <p>Niños de 6 meses a 59 meses, adultos mayores de 60 años y personal de salud</p> <hr/> <p>NEUMOCOCO</p> <p>a personas mayores de 2 años con factores de riesgo y adultos mayores de 60 años</p>
<p>CAPI Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones</p>	<p>Comite Nacional de Certificación de erradicación de la Poliomieltitis</p>		<p>EL SALVADOR REPUBLICA PARA CRECER</p>	<p>PAI</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud OPAS El Salvador El Ministerio de Salud</p>		

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de niños menores de 10 años.

Anexo 8 PERIODICIDAD DE CONTROLES INFANTILES.

Edad en años	Periodicidad de controles
Antes de los 7 días de vida	Inscripción temprana
1 mes	1 mes
2 meses a 1 año	Cada dos meses
1 año a 2 años	Cada tres meses
2 años a 5 años	Cada seis meses
Mayor de 5 años	Cada años

Fuente: Lineamientos técnicos para los ECOS familiares y ECOS especializados.

**Anexo 9 CONCENTRACIONES DE HEMOGLOBINA PARA
DIAGNOSTICAR ANEMIA AL NIVEL DEL MAR**



**Ministerio de Salud
Unidad de Nutrición**



**Concentraciones de hemoglobina
para diagnosticar anemia
al nivel del mar (g/dL)**

Población	Sin anemia*	Anemia		
		Leve	Moderada	Grave
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0 o superior	10.0-10.9	7.0 - 9.9	Menos de 7.0
Niños de 5 a 11 años de edad	11.5 o superior	11.0-11.4	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Niños de 12 a 14 años de edad	12.0 o superior	11.0-11.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Mujeres no embarazadas (15 años o mayores)	12.0 o superior	11.0-11.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Mujeres embarazadas	11.0 o superior	10.0-10.9	7.0 - 9.9	Menos de 7.0
Varones (15 años o mayores)	13.0 o superior	10.0-12.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011(WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consultado el 6 mayo 2013.

Hemoglobina en g/dL ((Leve)) es inadecuado, pues la carencia de hierro ya esta avanzada cuando se detecta la anemia. La ferropenia tiene consecuencias aun cuando no haya manifestaciones clinicas de anemia

Anexo 10 LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN EL CICLO DE VIDA

**Lineamientos técnicos
para la suplementación
con micronutrientes
en el ciclo de vida**



ANEXO 11 TABLA DE CHI CUADRADO

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4540
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3302	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7406	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0771	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3905	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7871	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3493
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3998
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4862	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3993
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3889
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3885
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7890	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3882
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3779
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2836	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9788	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361



ANEXO 12 ENCUESTA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

OBJETIVO GENERAL.

Conocer los factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los patos, La Unión; Tecapán, Usulután, y el equipo comunitario básico El Tablón, Sesori, San Miguel, en el 2019.

INDICACIONES DE LLENADO DE LA ENCUESTA.

Lea detenidamente cada una de las preguntas al cuidador y luego proceda a escribir su respetiva respuesta.

Nombre del centro de salud: _____ **N° de encuesta:** ____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL NIÑO.

1. Sexo del niño: F M
2. Edad del niño:
- A) 2 años
- B) 3 años
- C) 4 años
- D) 5 años

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR

3. Sexo del cuidador: F M
4. Edad del cuidador:
- A) Menor de 18 años
- B) De 18 a 24 años
- C) De 25 a 34 años
- D) Mayor de 35 años
5. Estado familiar del cuidador:
- A) Casado
- B) Acompañado
- C) Soltero

D) Otros

6. Relación familiar del cuidador con el niño:

A) Madre

B) Padre

C) Tía/o

D) Abuela/o

E) Otro

7. Paridad de la madre:

A) Primípara

B) Multípara

C) Gran multípara

8. Procedencia:

A) Rural

B) Urbana

FACTORES SOCIOECONOMICOS

9. ¿Paga pasaje usted para venir al centro de salud?

A) Si

B) No

10. Si su respuesta anterior fue "si" ¿cuánto gasta aproximadamente?

11. ¿En qué se transporta usted al centro de salud?

A) A pie

B) En carro

C) En bus

D) Mototaxi

E) Otro

12. ¿Cuánto tiempo le toma llegar desde su casa al centro de salud?

A) Menos de 30 minutos

B) De 30 minutos a una hora

C) De 1 a 2 horas

D) Más de 2 horas

13. ¿Sabe leer y escribir?

A) Si

B) No

14. Último grado de estudio del cuidador: _____

15. Ocupación del cuidador: _____

16. ¿Cuántas personas trabajan en el hogar?

- A) 1
- B) 2
- C) Más de 2

17. ¿Recibe remesas?

- A) Si
- B) No

18. ¿Cuenta con subsidio?

- A) Si
- B) No

19. ¿Aproximadamente cuánto gana?

- A) Menos de \$100
- B) Entre \$100 y \$200
- C) Más de \$200

FACTORES CULTURALES.

20. ¿A qué religión pertenece?:

- A) Católico
- B) Cristiano
- C) Otro

Especifiqué: _____

21. ¿Alguna vez ha dado al niño remedios caseros?

- A) Si
- B) No

22. ¿Alguna vez ha llevado al niño donde un curandero o sobador y no donde el médico?

- A) Si
- B) No

23. Si contestó “sí”, ¿cuál fue la razón?

- A) Le tiene confianza
- B) Lo trata bien
- C) Le sale más barato
- D) Lo obligaron
- E) Por costumbre

F) Otro: _____

CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES.

24. ¿Sabe usted qué es un control infantil?

- A) Llevar al niño a que le pongan sus vacunas
- B) Llevar al niño a que lo pesen y lo midan
- C) Llevar al niño a que le den desparasitantes
- D) Para evaluar crecimiento y desarrollo del niño
- E) Todas las anteriores

25. ¿Qué le parece la atención en el centro de salud?

- A) Muy buena
- B) Buena
- C) Mala

26. ¿Ha faltado alguna vez a algún control infantil?

- A) Si
- B) No

27. Si la respuesta es "sí" ¿Cuántas veces ha faltado?

- A) 1-2
- B) 3-5
- C) Más de 5

28. ¿Cuál ha sido la causa de no asistir al control?

- A) Se le olvidó
- B) No le dieron permiso en el trabajo
- C) No encontró con quien dejar los otros niños
- D) No tenía dinero
- E) El centro de salud queda muy lejos
- F) Otro

Especifique _____

Anexo 13 CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lugar: _____

Fecha: _____

Yo: _____

De ____ años, por medio de la presente acepto participar en el estudio sobre Factores asociados al incumplimiento de los controles infantiles en los niños de 2 a 5 años de edad, haciendo constar que se me explicaron los riesgos y beneficios de dicho estudio.

Firma/ Huella: _____

Anexo 14 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO POR U. EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA			
Resma de papel bond/ tamaño carta	10	\$3.50	\$35.00
Lápices	8	\$0.10	\$0.80
Bolígrafos	5	\$0.25	\$1.25
Folder de papel tamaño carta	20	\$0.05	\$1.00
Caja de Fastener	1	\$1.35	\$1.35
Anillados, Plastificados	10	\$3.00	\$30.00
Empastado	4	\$10.00	\$40.00
Fotocopias	1,500	\$0.05	\$75.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
Botella de tinta color negro	4	\$7.80	\$31.20
Botella de Tinta color amarillo	3	\$7.50	\$22.50
Botella de tinta color magenta	3	\$7.50	\$22.50
Botella de tinta color Cyan	3	\$7.50	\$22.50
CDs Rw	5	\$1.50	\$7.50
EQUIPO			
Laptop	2	\$400.00	\$800.00
Impresora de tinta continua Multifuncional	1	\$100.00	\$100.00
TOTAL			\$1,190.60

Nota: Este trabajo se autofinancio por sus integrantes:

-Kenia Raquel Alemán Hernández: \$396.86

-Reyna Elizabeth Cruz López: \$396.86

-Sandra Gabriela Estrada Miranda: \$396.86

Anexo 15 ABREVIATURAS Y SIGLAS

UNICEF: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

AAP: Academia Americana de Pediatría.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

OMS: Organización Mundial de Salud.

MINSAL: Ministerio de Salud.

UCSF: Unidad comunitaria de salud familiar.

ECOS: Equipo comunitario de salud.

Anexo 16 GLOSARIO

Atención primaria: es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país

Crecimiento: Aumento imperceptible y gradual del tamaño del organismo de un ser vivo hasta alcanzar la madurez.

Control infantil: un actividad de supervisión periódica, tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 5 años, realizada por un equipo multidisciplinario, que incluye detección precoz de problemas de salud, prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; así como la orientación a padres o tutores sobre aspectos en la alimentación, estimulación temprana e higiene.

Desarrollo. Sinónimo de evolución y se refiere al proceso de cambio y crecimiento relacionado con una situación, individuo u objeto.

Diarrea: Alteración intestinal que se caracteriza por la mayor frecuencia, fluidez y, a menudo, volumen de las deposiciones.

Hitos: Suceso o acontecimiento que sirve de punto de referencia.

Inmunizaciones: Acción que consiste en inmunizar a una persona, un animal o una planta contra una enfermedad o un daño.

Gran múltipara: Aquella mujer que ha tenido más de tres partos.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Morbilidad. Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Neumonía: inflamación de los pulmones, causada por la infección de un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos y expectoración.

Múltipara: Aquella mujer que ha tenido más de un parto.

Primípara: Aquella mujer que ha tenido un parto.

Micronutrientes: Sustancias que el organismo de los seres vivos necesita en pequeñas dosis, estas sustancias son indispensables para los diferentes procesos metabólicos de los organismos vivos y sin ellos podrían morir.

Discapacidad intelectual: (Antes denominada retraso mental) es una alteración del desarrollo del ser humano caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en las conductas adaptativas y se evidencia antes de los 18 años de edad

