UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Tesis

Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025

Asesor:

Dra. Gamero Huarcaya, Valery Kimiyo

Autores:

Torres Rivas, Anyela Yosunz

Arteaga Moscoso, Karen Vaneza

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado(a) en Enfermería

Cusco – Cusco - Perú

2026

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TITULO PROFESIONAL

ACTA N°: 031

En la ciudad de Cusco , a los 10 días del mes de julio del 2026 , siendo las 12:30 pm horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por Resolución Sub Directoral N° **0145-2026-UTEA-F02-FCS-EPE-SD** de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente:	Dra. Olarte Calderón, Yrene
Dictaminante:	Mag. Aubert Quispe, Pamela Amanda
Replicante:	Dr. Gallegos Aparicio, Edo

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de :

☒ Tesis ☐ Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025

Desarrollado por el (los) Bachiller (es)

Br.: Torres Rivas, Anyela Yosunz
(Apellidos y Nombres)

Br.: Arteaga Moscoso, Karen Vaneza
(Apellidos y Nombres)

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado (a) en Enfermería
(Denominación del Título)

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) APROBADO(S) ☒ o DESAPROBADO(S) ☐:

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Nota	Detalle (**)
Br. Torres Rivas, Anyela Yosunz	14	Aprobado
Br. Arteaga Moscoso, Karen Vaneza	15	Aprobado

Siendo las 14:30 pm horas concluyo la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

Presidente: Dra. Olarte Calderón, Yrene
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres) (Firma)

Dictaminante: Mag. Aubert Quispe, Pamela Amanda
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres) (Firma)

Replicante: Dr. Gallegos Aparicio, Edo
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres) (Firma)

Nota: Desaprobado: 0 - 10; Aprobado: 11 - 20

(**): 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

8%	Fuentes de Internet
5%	Publicaciones
10%	Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Metadatos

Datos del Autor		
Apellidos y nombres	:	Torres Rivas, Anyela Yosunz
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Número de documento de identidad	:	77098308
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0003-4660-5806
Datos del Autor		
Apellidos y nombres	:	Arteaga Moscoso, Karen Vaneza
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Número de documento de identidad	:	63118221
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0008-4718-4077
Datos del Asesor		
Apellidos y nombres	:	Dra. Gamero Huarcaya, Valery Kimiyo
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Número de documento de identidad	:	40444387
URL ORCID	:	https://orcid.org/0000-0002-7325-6520
Datos de la Investigación		
Facultad	:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	:	Enfermería
Línea de Investigación	:	Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	:	Diciembre 2025 – junio 2026
Fuente de Financiamiento	:	Autofinanciado
Porcentaje de Similitud	:	12%
URL de OCDE	:	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Dedicatoria

A Dios, por guiarme, darme fortaleza e iluminar mi camino en los momentos difíciles.

A mis padres, por su amor, sacrificio, paciencia y apoyo incondicional; especialmente por enseñarme a no rendirme y creer siempre en mí. Este logro también es de ustedes.

A mi hermano, por su cariño, compañía y por recordarme siempre el valor de la familia.

A Erik, por su paciencia, comprensión, apoyo y palabras de ánimo durante este camino.

A mi querida Maggie, por su amor incondicional, compañía y alegría en cada jornada.

Este logro lleva en cada página el amor, esfuerzo y apoyo de quienes estuvieron a mi lado.

Karen Vaneza Arteaga Moscoso

Dedico este trabajo con profundo amor y gratitud a mi familia, por ser mi motor y fuente de inspiración durante este camino.

A mi madre, Frida Rivas Llanos, por su amor incondicional, fortaleza y apoyo constante, y por enseñarme a no rendirme.

A mi pareja, David Salas, por su paciencia, confianza y apoyo incondicional para alcanzar este objetivo.

A mis hermanos, Fiorela, Diego y Josué, por su cariño, motivación y compañía en cada etapa de mi vida.

Con todo mi amor y eterna gratitud, este logro también es de ustedes.

Anyela Yosunz Torres Rivas

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por darme la vida, la salud y la fortaleza para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

A mis padres y familia, por su amor, apoyo incondicional, paciencia y constante motivación para seguir adelante.

A la Universidad Tecnológica de los Andes y a la Escuela Profesional de Enfermería, por brindarme la formación, conocimientos y valores necesarios para mi desarrollo profesional. A mis docentes y asesores, por su dedicación, orientación y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación.

A los establecimientos de salud y pacientes, por contribuir con experiencias que fortalecieron mi vocación de servicio y compromiso con el cuidado humano.

A mis compañeros y amigos, por su apoyo, compañía y experiencias compartidas durante este proceso.

Finalmente, agradezco a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo y contribuyeron a mi crecimiento profesional y personal.

Karen Vaneza Arteaga Moscoso

A Dios, por ser fuente de sabiduría, fortaleza y perseverancia, y por guiarme durante este camino hasta culminar esta importante etapa profesional.

A la Universidad Tecnológica de Los Andes (UTEA), mi alma mater, por brindarme una formación integral, así como a sus docentes por compartir sus conocimientos y contribuir a mi crecimiento académico y personal.

A mi madre, Frida Rivas Llanos, por su amor, sacrificio, fortaleza y apoyo incondicional, siendo un ejemplo constante para seguir adelante.

A mi pareja, David Salas, por su amor, comprensión, apoyo y motivación durante todo este proceso.

A mis hermanos, Fiorela, Diego y Josué, por su cariño, compañía y palabras de aliento.

A mis compañeros y amigos, por las experiencias y aprendizajes compartidos durante esta etapa.

Finalmente, agradezco a todas las personas que contribuyeron, directa o indirectamente, a la realización de este trabajo y a la culminación de este logro profesional.

Anyela Yosunz Torres Rivas

Resumen

La presente investigación titulada “Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025” tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años. Presentó un enfoque cuantitativo, de tipo básico, diseño no experimental, corte transversal y nivel correlacional. La muestra censal estuvo conformada por 100 madres, padres o cuidadores. La información se recolectó mediante un cuestionario estructurado validado por juicio de expertos y con confiabilidad evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. El análisis se realizó utilizando estadística descriptiva e inferencial, aplicándose la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre los factores asociados y la asistencia al CRED ($p = 0.000$). Los factores sociales e institucionales mostraron asociación significativa, destacando los horarios de atención, los tiempos de espera y las responsabilidades familiares. Los factores económicos, culturales y algunos factores demográficos no presentaron asociación significativa independiente.

Se concluyó que la asistencia al CRED constituyó un fenómeno multifactorial influenciado principalmente por condiciones sociales e institucionales, lo que evidenció la necesidad de fortalecer las intervenciones de enfermería comunitaria orientadas a mejorar el acceso, la organización de los servicios y la educación en salud.

Palabras clave:

Crecimiento y desarrollo, asistencia a los servicios de salud, factores asociados, atención primaria, enfermería comunitaria.

Abstract

The present study entitled “Factors Associated with Attendance at Growth and Development Monitoring in Children Aged 3 to 5 Years at the Clas Ttio Health Centre, Cusco, 2025” aimed to determine the relationship between associated factors and attendance at growth and development monitoring (GDM) in children aged 3 to 5 years. Adopted a quantitative approach, with a basic type, non-experimental design, cross-sectional scope and correlational level. The census sample comprised 100 mothers, fathers or caregivers. Data were collected using a structured questionnaire validated by expert judgement, and its reliability was assessed using Cronbach’s alpha coefficient. Data analysis was performed through descriptive and inferential statistics, applying Pearson’s Chi-square test with a significance level of $p < 0.05$.

The findings revealed a statistically significant relationship between the associated factors and attendance at GDM ($p = 0.000$). Social and institutional factors showed a significant association with attendance, particularly service schedules, waiting times and family responsibilities. In contrast, economic, cultural and some demographic factors did not demonstrate an independent significant association.

It was concluded that attendance at GDM constituted a multifactorial phenomenon mainly influenced by social and institutional conditions. These findings highlighted the need to strengthen community nursing interventions aimed at improving access, service organisation and health education.

Keywords:

Growth and development, healthcare attendance, associated factors, primary care, community nursing.

Índice

Portada i
Acta de sustentación ii
Reporte de similitud iii
Metadatos iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Resumen vii
Abstract viii
Índice ix
Índice de tablas xi
Índice de anexos xii
I. Introducción 13
II. Planteamiento del problema 14
2.1. Descripción y formulación del problema 14
2.2. Objetivos de la investigación 18
2.2.1. Objetivo general 18
2.2.2. Objetivos específicos 18
2.3. Justificación e importancia 18
2.4. Hipótesis 21
2.5. Variables 22
III. Marco teórico 27
3.1. Antecedentes de la investigación 27
3.2. Bases Teóricas 34
3.3. Definición de términos 43
IV. Metodología 45
4.1. Tipo y nivel de investigación 45

4.2. Diseño de la investigación 47
4.3. Ámbito temporal y especial 48
4.4. Población y muestra 49
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 50
4.6. Análisis de datos 52
4.7. Consideraciones éticas 52
V. Resultados y discusión 54
VI. Conclusiones 101
VII. Recomendaciones 103
VIII. Referencias 105
IX. Anexos 117

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....23

Tabla 2. Validez del instrumento 52

Tabla 3. Resultados descriptivos del factor social y la asistencia al control.....55

Tabla 4. Resultados descriptivos del factor demográfico y la asistencia al control.....58

Tabla 5. Resultados descriptivos del factor económico y la asistencia al control.....62

Tabla 6. Resultados descriptivos del factor culturales y la asistencia al control.....65

Tabla 7. Resultados descriptivos del factor institucionales y la asistencia al control.....68

Tabla 8. Resultados descriptivos de los factores asociados y la asistencia al control.....72

Tabla 9. Prueba de normalidad para las variables factores asociados y asistencia al control.....75

Tabla 10. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para los factores asociados y asistencia al control.....76

Tabla 11. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor social y la asistencia al control.....78

Tabla 12. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor demográfico y la asistencia al control 82

Tabla 13. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor económico y la asistencia al control.....86

Tabla 14. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor cultural y la asistencia al control.....89

Tabla 15. Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor institucional y la asistencia al control 93

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia.....118

Anexo 2. Operacionalización de las variables 120

Anexo 3. Instrumento de recolección de información 122

Anexo 4. Ficha de validación del instrumento de investigación por juicio de expertos...124

Anexo 5. *Bases de datos* 126

Anexo 6. Cronograma de las tesistas.....128

Anexo 7. Autorización para el acceso a historias clínicas……132

Anexo 8. Autorización para la aplicación de instrumento 132

Anexo 9. Consentimiento informado 133

Anexo 10. Evidencias fotográficas 135

I. Introducción

La asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) constituye una actividad fundamental de la Atención Primaria de Salud, debido a que permite realizar el seguimiento del crecimiento, desarrollo y estado nutricional infantil, así como identificar oportunamente posibles riesgos o alteraciones. La asistencia regular de los niños a los controles puede verse condicionada por diferentes circunstancias familiares, sociales y relacionadas con los servicios de salud (1).

La presente investigación, titulada “Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025”. Estuvo organizada en cinco capítulos. El Capítulo I estuvo constituido por la introducción. El Capítulo II presentó el planteamiento del problema, objetivos, justificación e hipótesis. El Capítulo III desarrolló los antecedentes, bases teóricas y marco conceptual. El Capítulo IV describió la metodología, con un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional, diseño no experimental y corte transversal. La población estuvo conformada por 100 madres, padres y cuidadores. Mediante un cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos, y fue procesada mediante estadística descriptiva e inferencial. Finalmente, el Capítulo V presentó y analizó los resultados encontrándose asociaciones significativas e incluyendo la discusión correspondiente. El Capítulo VI comprendió las conclusiones y el Capítulo VII presentó las recomendaciones derivadas de la investigación, además se desarrollaron los capítulos de las referencias bibliográficas y anexos que sustentaron el estudio.

II. Planteamiento del problema

2.1. Descripción y formulación del problema

La asistencia regular al control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en la etapa preescolar fue esencial en la Atención Primaria de Salud, al permitir el seguimiento del crecimiento, desarrollo y estado nutricional infantil. Según la Norma Técnica del Ministerio de Salud del Perú, estos controles debieron realizarse de forma periódica con un enfoque integral, familiar e intercultural, reconociendo a la niñez como sujeto de derecho (1). En niños de 3 a 5 años, su cumplimiento oportuno contribuyó a consolidar el desarrollo y prevenir problemas de salud no detectados.

Desde una perspectiva científica, la utilización de los servicios de salud, como el CRED, se explicó a partir del modelo conductual de Andersen, el cual plantea que la asistencia está condicionada por la interacción de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad (2). En este sentido, la asistencia no dependió únicamente de la disponibilidad del servicio, sino también de la capacidad de los cuidadores para reconocer su importancia, organizar sus tiempos y superar barreras de acceso. Cuando estos factores se vieron limitados, se generó una asistencia irregular o incompleta, evidenciando una brecha entre el conocimiento y la práctica del cuidado preventivo.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportaron que los sistemas de salud aún enfrentaron importantes desafíos para garantizar la continuidad de las intervenciones preventivas en la infancia. Durante 2024, alrededor de 20 millones de niños no recibieron al menos una dosis de la vacuna DTP y 14.3 millones permanecieron como niños de “cero

dosis”, situación que evidenció brechas persistentes en el acceso y la continuidad de los servicios de salud (3). Aunque estos datos estuvieron referidos al programa de inmunizaciones, reflejaron problemáticas similares a las observadas en el control de crecimiento y desarrollo (CRED), debido a que ambas estrategias preventivas requieren la participación activa de los cuidadores y la existencia de servicios accesibles, oportunos y de calidad (4).

En este contexto, los determinantes sociales de la salud desempeñaron un rol fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que factores como el ingreso económico, el nivel educativo, el empleo y el entorno de residencia generaron desigualdades en el acceso a servicios de salud, afectando especialmente a poblaciones vulnerables (5). En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud reportó que en 2024 alrededor de 1.5 millones de niños permanecían sin acceso a servicios básicos de salud, concentrándose en contextos de pobreza y exclusión social (6). Asimismo, UNICEF evidenció la coexistencia de desnutrición y sobrepeso en menores de cinco años, fenómeno conocido como doble carga de la malnutrición, que alcanzó el 9.7% en América Latina y el Caribe (7), lo que reforzó la necesidad de fortalecer controles periódicos como el CRED. En Argentina estudios evidenciaron la persistencia de problemas nutricionales en la infancia, tanto por déficit como por exceso, lo que subrayó la importancia del seguimiento continuo mediante controles preventivos (8).

En el Perú, la situación no fue diferente, ya que la ENDES 2024 reportó que solo el 20.2% de los niños menores de 36 meses cumplían con el esquema de controles CRED, y que persistían problemas como la desnutrición crónica (11.5%) y la anemia infantil (43.1%) (9). Además, se observó que la frecuencia de asistencia disminuyó conforme el niño crecía, priorizándose la atención curativa sobre la preventiva. Además, se evidenciaron que la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) estuvo condicionada por una compleja interacción de factores personales, familiares e institucionales (10). En Trujillo el 69.4% de las madres no asistía regularmente a los controles, observándose una influencia

importante de la ocupación independiente (52.4%), el número de hijos (77.6% tenía dos o más hijos) y los tiempos prolongados de espera, reportados por el 85.5% de las participantes, factores que afectaron la continuidad de la atención y la adherencia al servicio (29). En Lima se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento materno y el cumplimiento del CRED (χ^2=24.070; p=0.000), encontrando que el 34.9% de las madres presentaba un nivel bajo de conocimiento, mientras que solo el 55.6% asistía regularmente a los controles, lo que confirmó la importancia del componente educativo en las conductas preventivas de salud (11).

En la región Cusco, diversos estudios evidenciaron altos niveles de inasistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED). Se reportaron que el 60% de las madres presentaba inasistencia alta o total, encontrando asociaciones significativas con el desconocimiento de la importancia del CRED (p=0.003), la distancia al establecimiento de salud (p=0.029) y los horarios de atención incompatibles con las actividades familiares (p=0.048) (12). Asimismo, se identificaron que el 95% de los cuidadores incumplía los controles, atribuyendo esta situación a factores socioeconómicos (92.5%) y culturales (85%). El análisis inferencial mostró asociación significativa entre el incumplimiento y el factor socioeconómico (χ^2=25.965; p<0.001), así como con el factor cultural (χ^2=11.930; p<0.001), mientras que el factor institucional no presentó relación significativa (χ^2=1.722; p=0.187) (13). Estos hallazgos confirmaron que la asistencia al CRED estuvo influenciada por factores predisponentes y facilitadores relacionados con el contexto familiar, social y cultural, en concordancia con el modelo conductual de Andersen (14).

En el distrito de Wánchaq, específicamente en el Centro de Salud CLAS Ttio, durante la observación del escenario de estudio y el desarrollo de las actividades del servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), se evidenció que la asistencia de los niños de 3 a 5 años a los controles programados no siempre se realizaba de manera oportuna. Madres, padres y cuidadores manifestaron que los horarios de atención frecuentemente coincidían con sus jornadas laborales, actividades domésticas y otras

responsabilidades familiares, lo que dificultaba acudir al establecimiento de salud en la fecha programada. Asimismo, refirieron que los horarios disponibles para la atención resultaban poco flexibles y que, al solicitar la reprogramación de una cita, encontraban escasa disponibilidad de cupos o debían esperar varios días para acceder a una nueva atención, favoreciendo el retraso o la inasistencia a los controles (15).

De igual manera, la enfermera responsable del programa CRED identificó que la organización del servicio, la alta demanda, los tiempos prolongados de espera y la coincidencia de los horarios de atención con las actividades laborales de los cuidadores dificultaron la continuidad de los controles. Estas situaciones limitaron el cumplimiento de la periodicidad establecida para los niños de 3 a 5 años, pese a que la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025 estableció la necesidad de garantizar una atención continua mediante citas oportunas y flexibles, de acuerdo con las necesidades de la población. Por ello, las condiciones relacionadas con el tiempo y la organización del servicio constituyeron barreras para la asistencia regular al CRED y sustentaron la necesidad de estudiar su influencia en este contexto.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles es la relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025?

Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco?
- ¿Cómo se relaciona el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco?
- ¿Cómo se relaciona el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco?

- ¿Cómo se relaciona el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco?
- ¿Cómo se relaciona el factor institucional y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco?

2.2. Objetivos de la investigación

2.2.1. Objetivo general

Analizar la relación entre factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.
- Evaluar la relación entre el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.
- Examinar la relación entre el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.
- Interpretar la relación entre el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.
- Valorar la relación entre el factor institucional y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

2.3. Justificación e importancia

Justificación teórica

La presente investigación se desarrolló porque aún existe la necesidad de comprender con mayor profundidad los factores que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED), especialmente en el contexto del primer nivel de atención (16). Aunque existen estudios relacionados con esta temática, son limitados los que analizan de manera conjunta los factores sociales, demográficos, económicos, culturales

e institucionales que intervienen en la continuidad de los controles. Para ello, el estudio tomó como base los aportes de la Teoría del Autocuidado de Orem y el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, los cuales permitieron explicar cómo las características del cuidador, la familia y el entorno influyen en las conductas de cuidado y en la utilización de los servicios preventivos de salud (17). Asimismo, la investigación aportó evidencia científica en un contexto específico como el Centro de Salud Clas Ttio – Cusco, ampliando el conocimiento sobre la asistencia al CRED y fortaleciendo el sustento teórico relacionado con el cuidado infantil y la promoción de la salud.

Justificación práctica

La investigación se realizó porque la asistencia irregular al control de crecimiento y desarrollo continúa siendo una situación que limita el seguimiento oportuno de la salud infantil y dificulta la detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños. Para ello, el estudio permitió identificar los factores que pueden modificarse desde la práctica profesional, generando información útil para orientar acciones de enfermería dirigidas a fortalecer la educación sanitaria, mejorar la comunicación con madres, padres y cuidadores, así como adecuar la organización de los servicios a las necesidades reales de la población (18). De esta manera, los resultados servirán como base para implementar estrategias que favorezcan la asistencia al CRED, mejoren la calidad de la atención y fortalezcan el papel del profesional de enfermería en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades infantiles (19).

Justificación metodológica

La investigación se desarrolló porque fue necesario contar con un procedimiento metodológico que permitiera analizar de manera objetiva la relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, generando resultados confiables y sustentados científicamente. Para ello, se utilizó un enfoque cuantitativo con nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental y corte transversal, lo que permitió describir las características de la población y establecer asociaciones entre las variables

sin intervenir sobre ellas (20). Asimismo, el empleo de instrumentos previamente validados, la aplicación de procedimientos estandarizados para la recolección de información y la evaluación de la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach garantizaron la calidad de los datos obtenidos. El uso de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales permitió obtener evidencia válida y confiable, que podrá servir como referencia para futuras investigaciones desarrolladas en contextos similares (21).

Justificación social

La investigación fue importante porque abordó una problemática que afecta directamente la salud y el desarrollo de los niños, considerando que la inasistencia al control CRED reduce las oportunidades de identificar de manera temprana alteraciones del crecimiento, problemas del desarrollo y otras condiciones prevenibles (22).

Para ello, el estudio permitió reconocer que la asistencia a los controles no depende únicamente de la decisión de los cuidadores, sino también de factores sociales, económicos, culturales e institucionales que condicionan el acceso a los servicios de salud. En consecuencia, los resultados contribuyen a visibilizar estas barreras desde una perspectiva humanizada y orientan la formulación de estrategias más equitativas, inclusivas y culturalmente pertinentes, que favorezcan el acceso oportuno al CRED y fortalezcan la atención integral de la niñez, en concordancia con los principios de la Atención Primaria de Salud y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (5).

Importancia

La importancia del estudio radicó en su aporte al fortalecimiento de la salud infantil mediante la identificación de los factores que influyeron en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años, evidenciando que la participación activa de los cuidadores permitió la detección oportuna de alteraciones y la implementación de intervenciones preventivas eficaces (16). Asimismo, se demostró que la asistencia no dependió únicamente de la disponibilidad del servicio, sino de la interacción de factores

sociales, culturales, económicos e institucionales, en concordancia con el enfoque de los determinantes sociales de la salud (23). En este contexto, el estudio fortaleció el rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud y el acompañamiento familiar, destacando que la atención integral en la primera infancia constituye una inversión clave para el desarrollo humano y la reducción de inequidades, según la OMS (24). Finalmente, los resultados aportaron evidencia útil para la toma de decisiones y el diseño de estrategias orientadas a mejorar la cobertura y calidad de los servicios en el primer nivel de atención.

2.4. Hipótesis

Hipótesis general

H_0: No existe una relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025.

H_1: Existe una relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025.

Hipótesis específicas

- H_0.1: No existe una relación entre el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

  H_1.1: Existe una relación entre el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

- H_0.2: No existe una relación entre el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

  H_1.2: Existe una relación entre el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

- H_0.3: No existe una relación entre el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.3: Existe una relación entre el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

- H_0.4: No existe una relación entre el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

  H_1.4: Existe una relación entre el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

- H_0.5: No existe una relación entre el factor institucional y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

  H_1.5: Existe una relación entre el factor institucional y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

2.5. Variables

Variable independiente

Factores asociados. La variable comprendió cinco dimensiones: social, demográfica, económica, cultural e institucional, evaluadas mediante un cuestionario estructurado con escalas nominales y ordinales. Los resultados se analizaron por frecuencias, porcentajes y puntuación por dimensión, sustentándose en el enfoque de los determinantes sociales de la salud y en el modelo de utilización de los servicios sanitarios (2).

Variable dependiente

Asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años. variable se clasificó en asiste, asiste eventualmente y no asiste, utilizando una escala ordinal según la periodicidad de los controles establecidos por el MINSA, lo que permitió evaluar el nivel de cumplimiento del CRED como estrategia para la vigilancia y detección oportuna de alteraciones del crecimiento y desarrollo infantil (1).

Operacionalización de las variables

Tabla 1.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VI.- Factores asociados.	Los factores asociados se definieron como el conjunto de condiciones y características de índole social, demográfica, económica, cultural e institucional que influyeron en la decisión y capacidad de las madres o cuidadores para asistir al control de crecimiento y desarrollo (CRED) de niños de 3 a 5 años. Estos factores forman parte de los determinantes sociales de la salud, los cuales condicionan el acceso, uso y continuidad de los servicios de salud, así como las conductas relacionadas con el cuidado infantil, en concordancia con enfoques de salud pública	Factor social	La variable factores asociados fue operacionalizada como el conjunto de dimensiones medibles (social, demográfica, económica, cultural e institucional) que influyeron en la asistencia al control CRED. Estas dimensiones fueron evaluadas mediante un cuestionario estructurado aplicado a madres o cuidadores de niños de 3 a 5 años, considerando indicadores específicos para cada dimensión. Las respuestas fueron categorizadas principalmente en escalas nominales dicotómicas (sí/no) y politómicas, según la naturaleza de cada indicador, lo que permitió identificar la presencia o ausencia de condiciones que facilitaron o	Interferencia del horario laboral	a) No b) Si
				Cuidado de otros hijos	a) No b) Si
				Responsabilidades del hogar	a) No b) Si
		Factor demográfico		Edad	a) Menor de 17 años b) De 18 a 29 años c) De 30 a 59 años
				Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajadora independiente d) Trabajadora dependiente
				Grado de instrucción	a) Sin estudio b) Primaria c) Secundaria d) Superior
				Número de hijos	a) 1 hijo b) 2 hijos c) 3 hijos d) 4 a más hijos
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente

y enfermería comunitaria que reconocen la influencia del entorno en la conducta de salud (5).		limitaron la asistencia al control CRED. La medición de esta variable permitió establecer asociaciones estadísticas con la variable dependiente, mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.		d) Divorciada e) Viuda
			Procedencia	a) Zona rural b) Zona urbana
	Factor económico		Ingreso mensual del hogar	a) Bajo (menos de S/1,130) b) Medio (S/1,130 a S/2,260) c) Alto (más de S/2,260)
			Cobertura de seguro de salud	a) SIS b) EsSalud c) Privado d) Ninguno
			Costo de traslado al establecimiento	a) No cubre con el costo b) Si cubre con el costo
			Suspensión por motivos económicos	a) No b) Si
	Factor cultural		Dificultad por idioma/lengua materna	a) No b) Si
			Creencias religiosas limitantes	a) No b) Si
			Percepción del CRED	a) “CRED previene problemas de salud” b) “Solo si el niño está enfermo” c) “No es necesario”
			Preferencia por prácticas tradicionales	a) No b) Si
	Factor institucional		Trato del personal de salud	a) No b) Si
			Comprensión de la información	a) No b) Si

	Adecuación del horario	a) No b) Si
	Tiempo de espera	a) No cumple (espera percibida como larga o excesiva) b) Cumple (espera considerada razonable o corta)
	Tiempo de atención	a) No cumple (consulta rápida o incompleta) b) Cumple (consulta completa y sin apuro)
	Condiciones del consultorio	a) No cumple (condiciones deficientes o incómodas) b) Cumple (condiciones higiénicas y confortables)
	Disponibilidad de personal	a) No cumple (percibe insuficiencia de personal) b) Cumple (percibe dotación suficiente)
	Acceso a citas	a) No cumple (encuentra dificultades para obtener citas) b) Cumple (obtiene citas con facilidad)
	Cantidad de citas	a) No cumple (considera insuficiente la cantidad diaria de citas) b) Cumple (considera adecuada la cantidad de citas ofrecidas)

VD.- Asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años.	La variable asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) se definió como el cumplimiento por parte de las madres o cuidadores del esquema establecido de controles para niños de 3 a 5 años, según la normativa vigente del sector salud. Este seguimiento permitió garantizar la vigilancia continua del crecimiento físico, desarrollo psicomotor y estado de salud del niño (1).	Cumplimiento del esquema de controles CRED	La variable asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) fue definida operacionalmente como el grado de cumplimiento del esquema de controles establecidos para niños de 3 a 5 años, de acuerdo con la normativa vigente del MINSA (1). Esta variable fue medida a través de la periodicidad de asistencia a las citas programadas, clasificándose en tres categorías: asiste, cuando el niño cumplió oportunamente con la totalidad de controles; asiste eventualmente, cuando acudió a una parte de los controles programados; y no asiste, cuando no cumplió con el esquema establecido. Esta medición se realizó mediante una escala nominal politómica (0, 1, 2), permitiendo evaluar el nivel de adherencia al programa CRED.	- Asiste a las citas programadas. - Asiste eventualmente a las citas programadas. - No asiste a las citas programadas.	0= No asiste 1= Asiste eventualmente 2= Asiste

III. Marco teórico

3.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Ayunda K. D., Buanasita A., Intiyati A. y Hindaryani N. desarrollaron el estudio titulado “The Correlations of Knowledge and Mother’s Visit Compliance with Growth Trends of Children Under Five Post Pandemic at Integrated Service Post Program in Sidoarjo District”. Indonesia, 2023.

Objetivo: El objetivo fue analizar la relación entre el conocimiento materno, el cumplimiento de las visitas al Integrated Service Post Program (posyandu) y las tendencias de crecimiento de niños menores de cinco años en el periodo pospandemia en el distrito de Sidoarjo

Metodología: Se trató de un estudio analítico de corte transversal, con una muestra de 49 binomios madre-niño, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple; se aplicó un cuestionario estructurado a las madres, se revisaron los registros de asistencia y se observaron las tarjetas de monitoreo del crecimiento durante cuatro meses consecutivos, utilizando tablas de frecuencia, tablas cruzadas y la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: La mayoría de las madres se encontraba en edad adulta temprana y tenía educación media o superior; sin embargo, el 59.2% presentó un conocimiento deficiente sobre el control de crecimiento, mientras que el 55.2% cumplía con las visitas programadas. Además, el 67.3% de los niños mostró tendencias de crecimiento inadecuadas. El análisis bivariado evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la tendencia de crecimiento (p=0.000), así como entre el

cumplimiento de las visitas y el crecimiento infantil (p=0.001), observándose mayor riesgo de crecimiento inadecuado en hijos de madres con bajo conocimiento o escasa adherencia a los controles.

Conclusión: El conocimiento de la madre y el cumplimiento oportuno de los controles constituyen factores determinantes para favorecer un crecimiento infantil adecuado. Estos resultados respaldan la importancia de fortalecer las acciones educativas y promover la asistencia continua a los servicios de crecimiento y desarrollo, ya que la participación activa de los cuidadores influye directamente en el seguimiento del estado de salud de los niños (25).

González Vargas G. E., Quiroz Brunes J. A. "Barreras de acceso a la salud en el cumplimiento del esquema de vacunación en menores de 5 años" (Centro de Salud Durán 2). Ecuador, 2023.

Objetivo: Determinar las barreras de acceso a la salud y su efecto en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años.

Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con 232 padres/madres encuestadas(os); se usó un cuestionario (alfa de Cronbach = 0.90) y se aplicó chi-cuadrado (α=0,05).

Resultados: El 69.83% de los niños presentó un esquema de vacunación incompleto. Entre las principales barreras se identificaron el lenguaje técnico utilizado por el personal de salud (67.24%), la preocupación por reacciones adversas (39.66% frecuentemente y 21.55% muy frecuentemente), el tiempo de movilización (81%) y la insuficiencia de profesionales (66.38%). Predominaron madres de 20 a 30 años (58.62%) y hogares con ingresos inferiores al sueldo básico (59.05%). Aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las barreras y el cumplimiento del esquema de vacunación, fue frecuente la percepción desfavorable sobre la infraestructura del vacunatorio entre quienes presentaban esquemas incompletos.

Conclusión: Las barreras relacionadas con el acceso, la comunicación y la organización de los servicios de salud continúan representando dificultades para el uso

oportuno de las intervenciones preventivas dirigidas a la población infantil. Si bien no encuentran asociación estadística entre las variables analizadas, los resultados evidencian la necesidad de mejorar la calidad de la atención y reducir las limitaciones que enfrentan las familias para acudir a los establecimientos de salud (26).

Fernández M., Abreu J. P., Marrero C. "Factores limitantes del desarrollo infantil de los niños hasta 5 años en la comunidad Batallón del suburbio de Guayaquil". Ecuador, 2022.

Objetivo: Identificar los factores que limitan el desarrollo infantil en niños de 0 a 5 años en una comunidad urbana vulnerable del sur de Guayaquil.

Metodología: Enfoque cuantitativo, diseño de campo y corte transversal; aplicación de un cuestionario a familias del sector para caracterizar determinantes sociales y el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Resultados: Se evidenciaron condiciones socioeconómicas desfavorables, con un 83% de familias que percibía ingresos menores a USD 400 y limitado acceso a servicios básicos, como recolección de residuos (56%) y telefonía (35%). Asimismo, el 76% de los niños no contaba con controles pediátricos recientes y el 90% no presentaba evidencia de vacunación. En el ámbito nutricional, el 69% registró baja talla y peso, mientras que el 28% presentó enfermedades. Solo el 35% asistía a instituciones educativas; además, predominaban hogares encabezados por mujeres (94%), con presencia de violencia doméstica (42%) y consumo de sustancias en la comunidad (40%), evidenciándose un entorno social vulnerable que afectó el cuidado y desarrollo infantil.

Conclusión: El desarrollo infantil se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones sociales, económicas y familiares en las que viven los niños. La escasa asistencia a los controles de salud, la baja cobertura de vacunación y las limitaciones socioeconómicas afectan el seguimiento oportuno del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia (24).

Nacional

Ávila M. A., Medina K. P. desarrollaron la tesis “Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo del niño en una institución pública de salud Chimbote 2024”. Trujillo, 2024.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la adherencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en menores de cinco años.

Metodología: Esta investigación, de tipo básico, correlacional y diseño no experimental, se aplicó en un establecimiento del primer nivel de atención, involucrando una muestra de 147 madres con hijos que accedieron al servicio de CRED.

Resultados: Evidenciaron que diversos factores personales y estructurales afectan la asistencia oportuna al control, entre los cuales destacan: la condición laboral independiente de las madres (52.4%), el número de hijos (77.6% tenía dos o más) y el nivel educativo (57.1% tenía secundaria completa). Asimismo, el tiempo promedio de espera para la atención fue reportado entre 30 y 45 minutos en el 85.5% de los casos, situación que afectó la continuidad de la atención. Globalmente, se determinó que el 69.4% de las usuarias no acudía regularmente a los controles programados.

Conclusión: La asistencia al control de crecimiento y desarrollo depende de diversos factores relacionados con las condiciones personales de la madre y con la organización de los servicios de salud. Aspectos como la carga familiar, la ocupación y el tiempo de espera limitan la continuidad de los controles (29).

Paredes A. E. “Conocimientos y cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo en madres de menores de 5 años del centro de salud Collique III zona, Comas 2024”. Lima, 2024.

Objetivo: El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos y el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) por parte de madres de niños menores de cinco años.

Metodología: La investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional. La muestra fue censal, compuesta por 63 madres,

seleccionadas del total de usuarias registradas en el servicio CRED del mes de mayo de 2024. Se aplicó un cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos, cuyo análisis estadístico reveló una correlación significativa entre el conocimiento materno y la asistencia al control de CRED, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 24.070 y una significación bilateral de p=0.000.

Resultados: Entre los hallazgos más relevantes, se identificó que el 34.9% de las madres poseía un nivel bajo de conocimiento sobre el control de crecimiento y desarrollo, otro 34.9% tenía un nivel medio, y solo el 30.2% alcanzaba un nivel alto. En cuanto al cumplimiento del control, el 55.6% de las madres asistía regularmente, mientras que el 44.4% no lo hacía. Estos resultados evidencian que el nivel de conocimiento influye directamente en la adherencia al seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Conclusión: El conocimiento de la madre constituye un elemento importante para favorecer el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo. A mayor información sobre los beneficios y la finalidad del CRED, mayor es la probabilidad de que las madres acudan oportunamente a las evaluaciones de sus hijos (31).

Córdova M. A., Melendrez M. K. y Méndez S. E. desarrollaron la tesis titulada "Factores sociodemográficos y el cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán - Lima, 2023". Callao, 2023.

Objetivo: El objetivo de dicha investigación fue determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de cinco años.

Metodología: Se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, con diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 madres, seleccionadas mediante muestreo probabilístico para población finita, y se aplicaron dos cuestionarios previamente validados (α de Cronbach: 0.894 y 0.888).

Resultados: Se evidenció una asociación significativa entre el cumplimiento del CRED y factores sociodemográficos como la edad, el estado civil, la ocupación, el nivel

educativo, el número de hijos y la accesibilidad a los servicios de salud. La mayor adherencia se observó en madres mayores de 31 años, casadas, amas de casa y con educación secundaria completa. Asimismo, el 64% asistía al control por considerarlo importante y el 90% señaló que su familia promovía la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.

Conclusión: Las características sociodemográficas y el entorno familiar influyen de manera importante en el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo. El apoyo de la familia, el nivel educativo y las condiciones de acceso favorecen la asistencia continua a los servicios preventivos (32).

Regional y local

Caballero R., Huamani F. desarrollaron la tesis titulada “Factores relacionados a la inasistencia de madres al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años, Paruro – Cusco 2023”. Paruro, 2024.

Objetivo: Relacionar los factores asociados a la inasistencia de las madres al CRED en niños menores de cinco años del distrito de Paruro.

Metodología: Se trató de un estudio básico, transversal y correlacional, con una muestra de 50 madres de niños menores de 5 años, a quienes se aplicaron cuestionarios estructurados para evaluar factores socioeconómicos, culturales e institucionales, así como la frecuencia de inasistencia.

Resultados: Los resultados mostraron que el 60% de las madres presentaba inasistencia alta o total al CRED, predominando mujeres jóvenes (19–29 años), convivientes y con secundaria incompleta, muchas de ellas dedicadas al hogar y con carga familiar significativa. Entre los factores críticos se identificaron el desconocimiento de la importancia del CRED (p=0.003), la distancia al establecimiento de salud (p=0.029) y los horarios de atención poco compatibles con las actividades domésticas y productivas (p=0.048), además del trato percibido como poco adecuado y la escasa claridad de la información brindada por el personal de salud.

Conclusión: La asistencia al control de crecimiento y desarrollo no depende únicamente de la voluntad de las madres, sino también de factores relacionados con el acceso, la información y la calidad de la atención. La educación sanitaria, la cercanía de los servicios y una atención más humanizada pueden favorecer la continuidad de los controles (12).

Layme R. M., Tinco M. "Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años en el Puesto de Salud de Alccavictoria–Chumbivilcas–Cusco–2023". Chumbivilcas, 2023.

Objetivo: Determinar los factores asociados al incumplimiento del CRED en cuidadores de niños menores de cinco años del P.S. Alccavictoria (Chumbivilcas).

Metodología: Estudio cuantitativo, no experimental, de corte transversal y nivel correlacional; población censal de 40 madres. Recolección con cuestionario estructurado y contraste estadístico para asociaciones entre incumplimiento y factores socioeconómicos, culturales e institucionales.

Resultados: El 95% presentó incumplimiento del CRED; el 92.5% refirió condicionantes socioeconómicos (horarios de trabajo, gasto y carga doméstica) y el 85% reportó factores culturales (creencias y conocimiento sobre la utilidad del CRED) como razones de inasistencia. En contraste, el 55% valoró positivamente los factores institucionales y solo el 45% señaló barreras de oferta. En el análisis inferencial se evidenció asociación significativa entre incumplimiento y factor socioeconómico (χ^2=25.965; gl=1; p<0.001) y entre incumplimiento y factor cultural (χ^2=11.930; gl=1; p<0.001), mientras que el factor institucional no mostró relación estadísticamente significativa (χ^2=1.722; gl=1; p=0.187).

Conclusión: Las principales razones del incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo se relacionan con las condiciones económicas y culturales de las familias, más que con aspectos propios del establecimiento de salud. La falta de tiempo, las responsabilidades laborales y el limitado conocimiento sobre la importancia del CRED reducen la asistencia de los cuidadores (13).

3.2. Bases Teóricas

Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es una estrategia fundamental de salud pública en el Perú, orientada a la vigilancia nutricional y psicomotora de la infancia mediante controles periódicos que incluyen antropometría, estimulación, inmunización, suplementación y consejería, según lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N.º 137-MINSA/2017 (44).

Pender sostiene, a través del Modelo de Promoción de la Salud, que la autoeficacia y los beneficios percibidos favorecen la adopción de conductas saludables (15,19). Orem, mediante la Teoría del Autocuidado, plantea que el programa CRED fortalece las capacidades del cuidador para brindar una atención adecuada al niño (16). Por su parte, Leininger, desde la Enfermería Transcultural, enfatiza la necesidad de adaptar el cuidado a las creencias y características culturales de cada población (17,52). En este sentido, el CRED se basa en los patrones de crecimiento de la OMS, utilizando puntajes Z según la edad y el sexo para interpretar indicadores fundamentales como el peso y la talla.

Ávila y Medina (14), así como Layme y Tinco (18), sostienen que el cumplimiento adecuado del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) permite detectar oportunamente alteraciones en el desarrollo infantil y garantizar intervenciones tempranas, mientras que su incumplimiento, ya sea absoluto o relativo, reduce la eficacia del programa y favorece la aparición de diagnósticos tardíos. Asimismo, el Ministerio de Salud del Perú (3), junto con Pender (19) y otros estudios nacionales (23,24), establece que el cronograma contempla siete controles entre los 36 y 59 meses de edad, distribuidos en los intervalos de 36–47 y 48–59 meses, lo que permite clasificar la asistencia como completa, parcial o en riesgo según el número y la calidad de los controles efectuados.

Carmona (21), Hernández (22) y otros autores (24) señalan que la cartilla de CRED y herramientas de evaluación como el EEDP y el TEPSI constituyen instrumentos esenciales para el registro, monitoreo y seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. Del mismo modo, el Ministerio de Salud del Perú (1), Andersen (2), el Ministerio de Salud (3), Ávila y

Medina (14), Layme y Tinco (18) y Carmona (20) coinciden en que factores personales, socioculturales e institucionales, como la edad materna, el idioma, la disponibilidad de citas y el trato del personal de salud, influyen significativamente en la asistencia al CRED. Asimismo, estos autores sostienen que las condiciones socioeconómicas, entre ellas el ingreso familiar, la ocupación y el número de hijos, ejercen una mayor influencia sobre el incumplimiento del programa que las variables exclusivamente institucionales (1,18,20). En este contexto, Ávila y Medina (14) destacan que el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la evaluación y seguimiento del niño, así como en la educación del cuidador y la coordinación comunitaria para fortalecer la adherencia al programa.

El Ministerio de Salud del Perú (3), Pender (19), Hernández (22) y otros estudios (24) refieren que la evaluación del cumplimiento del CRED se realiza comparando los controles registrados con los programados para la edad correspondiente, considerando además la oportunidad de la atención y la ejecución integral de los componentes establecidos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (26) define al niño sano como aquel que, además de cumplir con el esquema de controles, presenta un desarrollo adecuado y se desenvuelve en un entorno familiar favorable.

Finalmente, UNICEF (12) y la Organización Mundial de la Salud (26) señalan que el CRED forma parte de estrategias internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), reforzando su carácter preventivo y su contribución al derecho a la salud infantil. En consecuencia, estos organismos destacan la importancia de implementar enfoques culturalmente pertinentes y metodologías estandarizadas que fortalezcan la aplicación del programa en contextos multilingües y con alta diversidad cultural, como la región del Cusco.

Factores asociados

Levesque *et al.* (34) señalan que, en el ámbito de la enfermería comunitaria, los factores asociados al comportamiento en salud corresponden a las condiciones personales, sociales, económicas, culturales e institucionales que influyen en la adopción de prácticas de cuidado, como la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED).

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (40) plantea que estos factores se clasifican en determinantes estructurales, relacionados con el nivel educativo, los ingresos y la cultura, y determinantes intermedios, vinculados con las condiciones de acceso a los servicios de salud y la percepción de autoeficacia. Asimismo, Bronfenbrenner (41), mediante el modelo ecológico, explica que la conducta en salud está influenciada por múltiples niveles de interacción, comprendiendo el microsistema (relación madre-hijo), el mesosistema (interacción entre la familia y los servicios de salud) y el exosistema (políticas, normas y condiciones del entorno).

Caballero y Huamaní (36), junto con otros investigadores (42,43), organizan estos factores en categorías personales, como la edad y el nivel educativo de la madre; institucionales, relacionadas con la calidad de la atención y la infraestructura de los establecimientos de salud; y socioculturales, que incluyen las creencias, costumbres y el apoyo familiar, elementos que condicionan la asistencia a los controles preventivos.

Desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, las percepciones de barreras, beneficios y soporte interpersonal son claves para fomentar conductas como la asistencia regular al CRED (34).

Finalmente, políticas nacionales como la NTS N.º 238-MINSA y la Política Nacional para el Desarrollo Infantil Temprano reconocen estos factores como elementos esenciales para una atención equitativa, exigiendo respuestas integrales por parte del personal de enfermería (35).

Factores asociados a la asistencia

Levesque *et al*. (34) y Andersen (35) sostienen que la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) durante la primera infancia está influenciada por diversos factores personales, institucionales y socioculturales que condicionan la utilización de los servicios de salud y la adherencia al seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Caballero y Huamaní (36) señalan que, entre los factores personales, destacan el nivel educativo, la edad, el estado civil, el número de hijos y el conocimiento del cuidador principal. Sus hallazgos evidencian que un mayor nivel educativo y un mejor conocimiento

sobre la importancia del CRED favorecen una mayor asistencia a los controles, debido a que los cuidadores comprenden mejor los beneficios del seguimiento preventivo para la salud y el desarrollo integral del niño.

En el ámbito institucional, aspectos como la accesibilidad geográfica, disponibilidad de citas, calidad del trato del personal y condiciones de infraestructura inciden directamente en la decisión de acudir al CRED. Según Penchansky y Thomas, dimensiones como disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del servicio son claves para su uso efectivo (37). Así, deficiencias en horarios o ambientes poco adecuados pueden reducir la asistencia, como evidencian Benites y Gaona (33).

Los factores socioculturales, por su parte, abarcan creencias, normas de género y redes de apoyo. La autoeficacia y el modelado social, planteados por Bandura (38), y el involucramiento familiar, según Carmona (39), refuerzan la adherencia. Por ello, enfermería debe actuar como mediadora, diseñando estrategias familiares, interculturales y equitativas, en línea con la PNMDIT y la NTS para el CRED (35).

Enfoque teórico integrador

El modelo conductual de Andersen (1995) establece que la asistencia al CRED depende de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, considerando tanto las características individuales como el entorno familiar y social (53).

Complementariamente, el modelo de acceso de Levesque *et al*. (2013) plantea que el uso de servicios se produce cuando hay coincidencia entre la oferta del sistema (las cinco A) y las capacidades del usuario (60). Por su parte, la OMS resalta que los determinantes sociales como ingreso, educación, empleo y acceso a información clara, estructuran las condiciones que afectan la equidad en salud infantil (72).

Categorías conceptuales de los factores asociados

González *et al*. (8) y Bronfenbrenner (71) señalan que los factores asociados al incumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) pueden agruparse en categorías interrelacionadas. Entre los factores demográficos destacan la edad del

cuidador, la multiparentalidad y la maternidad en solitario, condiciones que pueden dificultar la adherencia a los controles programados.

Benites y Gaona (43), junto con Levesque *et al*. (72), sostienen que los factores económicos comprenden aspectos como el bajo ingreso familiar, el empleo informal y las limitaciones para costear el transporte, condiciones que afectan la asequibilidad y el acceso oportuno a los servicios de salud.

Nutbeam (49) y Solar e Irwin (73) indican que, en el ámbito cultural y cognitivo, la limitada alfabetización en salud y la persistencia de creencias tradicionales disminuyen la valoración del control preventivo, reduciendo la continuidad de la asistencia al CRED. Asimismo, Mondragón y Santin (60) y la Organización Panamericana de la Salud (6) refieren que factores institucionales, como horarios de atención poco flexibles, tiempos prolongados de espera y experiencias negativas durante la atención, favorecen el abandono progresivo de los controles.

Finalmente, Levesque *et al*. (72) y Solar e Irwin (73) destacan que los factores psicosociales, entre ellos la violencia familiar, la ausencia de redes de apoyo y otras condiciones de vulnerabilidad social, generan entornos desfavorables que limitan el acceso de los niños a los servicios preventivos y afectan la continuidad del cuidado infantil.

Factores sociales

Castillo *et al*. (27) señalan que los factores sociales comprenden el entorno familiar, la red de apoyo, la estructura del hogar, el acompañamiento de familiares o miembros de la comunidad y las condiciones de convivencia que favorecen o limitan la utilización de los servicios preventivos de salud. Estos autores evidencian que las personas que cuentan con apoyo familiar presentan mejores conductas de autocuidado que aquellas que afrontan solas las responsabilidades relacionadas con el cuidado de la salud.

Ávila y Medina (29) sostienen que este principio también se aplica al cuidado infantil, ya que las madres, padres o cuidadores que disponen de apoyo para el cuidado de otros hijos, acompañamiento familiar, medios de transporte y tiempo suficiente tienen mayores posibilidades de asistir oportunamente a las citas del Control de Crecimiento y Desarrollo

(CRED). En concordancia con la teoría del capital social, estos autores destacan que las redes de apoyo funcionan como un recurso que facilita el cumplimiento de conductas saludables. Por ello, aspectos como la carga laboral del cuidador, la disponibilidad de tiempo, el acceso al transporte y la participación en redes comunitarias pueden influir directamente en la asistencia a los controles. Asimismo, se ha observado que, tanto en programas preventivos como en el seguimiento de enfermedades crónicas pediátricas, las condiciones de equidad social y la disponibilidad de servicios comunitarios accesibles favorecen una mayor adherencia al seguimiento de la salud infantil (29).

Factores demográficos

Andersen (53) señala que los factores demográficos constituyen una dimensión fundamental para comprender el cumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), ya que incluyen variables como la edad, el nivel de instrucción, el estado civil, el número de hijos y el lugar de residencia, las cuales influyen en la priorización del cuidado infantil. Desde su modelo conductual, estos elementos corresponden a factores predisponentes que, aunque no determinan por sí solos la utilización de los servicios de salud, condicionan la probabilidad de que los cuidadores asistan a los controles preventivos. En el mismo sentido, Orem (28) sostiene que dichas características influyen en la capacidad de agencia de autocuidado del cuidador, al afectar su posibilidad de organizar el tiempo, tomar decisiones y cumplir con las actividades orientadas a la protección de la salud infantil.

Nutbeam (49) refiere que los cuidadores de mayor edad y experiencia suelen presentar una mejor adherencia a los controles preventivos, mientras que aquellos más jóvenes, con menor nivel educativo o mayores responsabilidades familiares, enfrentan mayores dificultades para asistir regularmente al CRED. De manera similar, Caballero y Huamaní (71) reportan que investigaciones realizadas en Perú, México y Ecuador evidenciaron asociaciones significativas entre la escolaridad, la multiparidad y el lugar de residencia con el cumplimiento de los controles preventivos. En el contexto de la región Cusco, estos autores identificaron que el bajo ingreso económico y el mayor número de

hijos se relacionaron con el incumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo (71).

Factores económicos

Andersen (53) sostiene que los factores económicos constituyen determinantes fundamentales que influyen directamente en la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años, debido a que condicionan el acceso y la continuidad de los servicios preventivos. Desde su modelo conductual, estos factores corresponden a elementos facilitadores, al representar recursos como el ingreso económico, el transporte y el tiempo disponible, los cuales pueden favorecer o limitar la utilización de los servicios de salud. En este sentido, las familias con bajos ingresos, empleo informal o dificultades de movilidad enfrentan mayores barreras para asistir oportunamente a los controles, aun cuando reconozcan la importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Levesque *et al.* (60) plantean, desde el modelo de acceso a los servicios de salud, que la asequibilidad y la capacidad de costear y mantener la atención dependen de condiciones económicas como la estabilidad laboral, los gastos de traslado y los costos de oportunidad derivados del tiempo invertido en acudir a los establecimientos de salud. Estas condiciones influyen directamente en la adherencia a los controles preventivos y en la continuidad del cuidado infantil.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (61) reconoce que el ingreso económico, el empleo y la protección social constituyen determinantes estructurales que generan desigualdades en la salud infantil, al influir tanto en la disponibilidad de recursos para acceder a los servicios como en la alfabetización en salud de los cuidadores. En escenarios de vulnerabilidad económica, las necesidades básicas del hogar suelen priorizarse sobre las acciones preventivas, lo que disminuye la asistencia al CRED.

Finalmente, Andersen (53), Levesque *et al.* (60) y la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (61) coinciden

en que el análisis de los factores económicos debe considerar dimensiones como el ingreso familiar, la pobreza de tiempo, la accesibilidad geográfica, la cobertura de aseguramiento en salud y la alfabetización en salud, debido a que estos elementos condicionan la oportunidad y continuidad de la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo.

Factores culturales

Leininger (59) sostiene que los factores culturales influyen de manera significativa en la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), debido a que las creencias, valores y prácticas familiares orientan la forma en que los cuidadores interpretan la salud infantil y la necesidad de participar en los controles preventivos. Desde esta perspectiva, cada familia otorga significado al cuidado según sus propios referentes culturales, los cuales pueden favorecer o limitar la utilización de los servicios de salud.

Campinha (57) señala que la competencia cultural de los servicios de salud constituye un elemento esencial para lograr la aceptación y continuidad de la atención, ya que el respeto por la lengua, las creencias y las prácticas culturales fortalece la relación entre el personal de salud y las familias. De manera complementaria, Bourdieu (55) plantea que el capital cultural, expresado en los hábitos de crianza, las experiencias familiares y la forma de tomar decisiones relacionadas con la salud, puede facilitar o dificultar la comprensión y el cumplimiento de las recomendaciones brindadas por los profesionales.

Rosenstock (52), Ajzen (54), Bandura (58) y otros autores (64) explican, a través del Modelo de Creencias en Salud, la Teoría del Comportamiento Planificado y la Teoría Social Cognitiva, que la asistencia al CRED está influenciada por la percepción de beneficios y barreras, la autoeficacia y las normas familiares, factores que orientan la conducta preventiva de los cuidadores. Asimismo, Bronfenbrenner (56), desde la teoría ecológica del desarrollo humano, sostiene que este comportamiento resulta de la interacción entre el entorno familiar, la comunidad, las políticas locales y el contexto sociocultural, los cuales condicionan la utilización de los servicios preventivos y la continuidad del cuidado infantil.

Factores institucionales

Donabedian (30) señala que los factores institucionales comprenden las características organizativas de los servicios de salud que brindan el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), tales como la accesibilidad, los horarios de atención, el tiempo de espera, el trato del personal, la disponibilidad de citas, la continuidad del seguimiento, las condiciones de la infraestructura y los mecanismos de recordatorio para los usuarios. Desde el enfoque de calidad de la atención, este autor sostiene que la organización del servicio y la experiencia del usuario influyen directamente en la utilización y permanencia en los programas preventivos, evidenciando que los establecimientos con mejores estándares de calidad institucional alcanzan resultados más favorables en la salud infantil (30).

González y Quiroz (26) refieren que las barreras institucionales, como los horarios de atención poco flexibles, la distancia al establecimiento, las limitaciones de infraestructura y otras dificultades relacionadas con la organización del servicio, reducen la utilización de los programas de crecimiento y desarrollo, afectando la continuidad de los controles preventivos.

El Ministerio de Salud del Perú (1) establece que el Control de Crecimiento y Desarrollo debe garantizar una atención continua, accesible, oportuna e integral, de acuerdo con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025. En el contexto nacional, diversos estudios han evidenciado que los factores institucionales no siempre se relacionan de manera directa con el incumplimiento del CRED; sin embargo, actúan como elementos que pueden potenciar o disminuir el efecto de factores sociales, económicos y culturales sobre la asistencia. En ese sentido, la presente investigación consideró los factores institucionales como una dimensión que condiciona la efectividad del programa CRED y que representa una oportunidad para fortalecer la organización de los servicios y mejorar la adherencia de los niños de 3 a 5 años a los controles preventivos.

3.3. Definición de términos

- Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED): es una intervención integral y periódica dirigida a menores de cinco años, que incluye evaluación antropométrica, desarrollo, consejería, vacunación y seguimiento según normativa nacional, siendo operativamente la asistencia efectiva y registrada a las citas programadas (31,32).
- Factores asociados: Conjunto de determinantes vinculados estadística o conceptualmente al incumplimiento del CRED.
- Factores Sociodemográficos: Características del cuidador (edad, nivel educativo, número de hijos) y del niño (edad, sexo). (3,32)
- Factores Sociales/socioeconómicos y laborales: Condiciones del hogar (ingresos, empleo del cuidador, disponibilidad de tiempo, sobrecarga doméstica) que restringen la posibilidad de acudir al servicio (11,32).
- Factores Culturales/cognitivos: Conocimientos, creencias y actitudes sobre el CRED y la salud infantil, así como la alfabetización en salud del cuidador (32,33).
- Factores Institucionales: Características del servicio (disponibilidad de citas, horarios, tiempos de espera, trato del personal, infraestructura, calidad del registro) que influyen en la oportunidad y completitud del control (3,11).
- Cumplimiento del CRED: Participación oportuna (en la ventana temporal indicada por la norma), completa (todas las actividades del paquete del control) y regular (cobertura conforme al cronograma) en el programa. Su opuesto es el incumplimiento (ausencia, tardanza o parcialidad) (31,32).
- Periodicidad del CRED (3–5 años): Frecuencia de controles establecida por la norma técnica y los instrumentos programáticos nacionales; la oportunidad se valora contra esa periodicidad (31,32).
- Determinantes maternos/cuidador principal: Variables del cuidador (con frecuencia, el encuestado), que inciden en la asistencia (edad, paridad, estado civil,

escolaridad, ocupación, ingresos, carga de cuidados), y que, en estudios locales, muestran asociación con el incumplimiento (3,33).

- Control oportuno: Realizado dentro de la ventana temporal programada y con todos los componentes (31,32).
- Control inoportuno: Realizado fuera de la ventana temporal programada (31,32).
- Control completo/incompleto: Con/ sin todos los componentes (antropometría, evaluación del desarrollo, consejería/registro, intervenciones) (31,32).
- Cobertura del CRED: Proporción de niñas y niños que, en un período dado, acceden a los controles conforme a la periodicidad y al paquete definidos por la norma; es indicador de desempeño del servicio (31).

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

La presente investigación fue de tipo básico, ya que buscó ampliar el conocimiento científico sobre los factores asociados a la asistencia o incumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años, sin un fin aplicado inmediato, pero con potencial impacto en el diseño de políticas públicas y estrategias sanitarias (45). Asimismo, adoptó un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recolección y análisis de datos numéricos mediante instrumentos estructurados, lo cual permitió establecer relaciones objetivas y sistemáticas entre las variables de estudio (46).

El nivel de alcance fue descriptivo-correlacional, dado que permitió no solo caracterizar la asistencia al CRED, sino también identificar la relación existente entre esta y diversos factores personales, sociales y del sistema de salud, sin que se haya intervenido o manipulado las variables (47). el nivel descriptivo permitió detallar las características de la población estudiada y del comportamiento de las variables, mientras que el componente correlacional posibilitó identificar asociaciones estadísticas entre los factores evaluados y la asistencia al CRED, sin que se haya intervenido ni manipulado deliberadamente las variables de estudio (47). En coherencia con ello, el diseño fue no experimental y de corte transversal, debido a que los fenómenos se observaron en su entorno natural y los datos se recolectaron en un único momento temporal (48).

Esta elección metodológica se sustentó en el marco conceptual de la Teoría del Autocuidado de Orem (49) y el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (50), los cuales permitieron comprender la conducta de las madres o cuidadores frente al cumplimiento de los controles de salud infantil. Asimismo, este enfoque resultó coherente con los principios

de la enfermería comunitaria, orientados a la promoción de la salud y al fortalecimiento de la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil en contextos específicos como el cusqueño.

El presente estudio se desarrolló con un nivel de alcance descriptivo-correlacional, dado que permitió no solo caracterizar la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años, sino también analizar la relación existente entre dicha asistencia y diversos factores asociados de carácter sociodemográfico, familiar, económico, cultural e institucional. Este nivel de alcance facilitó una comprensión integral del fenómeno estudiado, considerando que la utilización de los servicios de salud infantil estuvo influenciada por múltiples determinantes que interactuaron en el entorno del cuidador.

Desde la perspectiva cuantitativa, el componente descriptivo permitió detallar las características de la población, así como la distribución y comportamiento de las variables en estudio; mientras que el componente correlacional facilitó identificar relaciones estadísticas entre variables como la edad, el nivel educativo, el acceso a los servicios de salud, las condiciones familiares y las percepciones culturales, sin que se haya pretendido establecer relaciones de causalidad (46).

Este enfoque resultó coherente con los marcos teóricos aplicados, tales como el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, el cual destacó la influencia de factores individuales y ambientales en la adopción de conductas saludables, y la Teoría del Autocuidado de Orem, que enfatizó la importancia del entorno familiar en las prácticas de cuidado y en la toma de decisiones relacionadas con la salud (34,49).

En este sentido, la metodología empleada permitió generar evidencia científica relevante para la comprensión de los factores que influyeron en la asistencia al CRED, aportando elementos fundamentales para el diseño de intervenciones desde la enfermería comunitaria. Dichas intervenciones estuvieron orientadas a fortalecer la adherencia a los programas preventivos, mejorar el acceso a los servicios de salud y promover el seguimiento oportuno del crecimiento y desarrollo infantil.

4.2. Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló bajo un diseño descriptivo-correlacional, orientado a analizar la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años y su relación con factores demográficos, sociales, económicos, culturales e institucionales. Este diseño permitió abordar el fenómeno desde una perspectiva integral, considerando la interacción de múltiples determinantes que influyeron en la utilización de los servicios de salud infantil.

En coherencia con el nivel de alcance planteado, el estudio se enmarcó dentro de un diseño no experimental, dado que las variables no fueron manipuladas deliberadamente, sino observadas en su contexto natural. Asimismo, presentó un corte transversal, ya que la recolección de datos se efectuó en un único momento temporal, lo cual permitió obtener una visión situacional de la población estudiada. Según Hernández *et al*. (45) y Creswell (101), este tipo de diseño permitió examinar asociaciones significativas entre variables sin intervención directa, garantizando la validez del análisis en estudios de carácter correlacional.

Este enfoque metodológico facilitó la identificación de patrones de asistencia al CRED, así como la determinación de perfiles de riesgo y factores asociados que influyeron en la adherencia a los controles. De igual manera, permitió comprender de forma más amplia las condiciones familiares, sociales y del sistema de salud que condicionaron la conducta de los cuidadores, aportando evidencia relevante para la mejora de la cobertura y continuidad del seguimiento infantil (36).

En este sentido, el diseño adoptado permitió generar evidencia empírica sólida que contribuyó a sustentar la toma de decisiones en la gestión de programas preventivos, así como a fortalecer las estrategias de intervención desde la enfermería comunitaria, orientadas a promover el desarrollo infantil temprano y garantizar una atención integral en el primer nivel de salud.

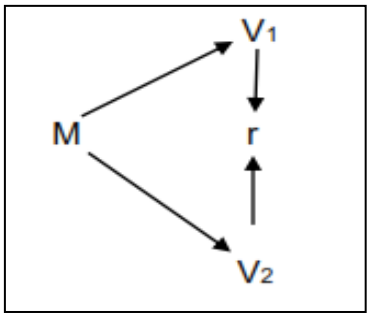
Donde:

M: Muestra.

V1: Variable independiente

V2: Variable dependiente

r: Relación entre variables.



Donde:

M = 100 (madres, padres o cuidadores) de niños de 3 a 5 años que acudieron al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

V1 = Factores asociados

V2 = Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED)

r = Relación entre los factores asociados y el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro.

4.3. Ámbito temporal y especial

Ámbito temporal

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud CLAS Ttio, ubicado en el distrito de Wánchaq, provincia y departamento del Cusco, Perú. El establecimiento correspondió al primer nivel de atención y brindó servicios orientados a la promoción, prevención y atención integral de la población, entre ellos el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. En este escenario se desarrolló el estudio, considerando la asistencia de los niños de 3 a 5 años al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

La elección de este establecimiento se relacionó con la necesidad de estudiar la asistencia al CRED dentro del contexto cotidiano de las familias atendidas. Asimismo, permitió considerar las condiciones sociales, demográficas, económicas, culturales e institucionales que estuvieron relacionadas con la asistencia de los cuidadores a los controles programados.

En cuanto a la delimitación poblacional, participaron madres, padres o cuidadores de niños y niñas de 3 a 5 años inscritos en el programa de CRED del Centro de Salud

CLAS Ttio. Se consideró a este grupo debido a que los cuidadores tuvieron un papel directo en las decisiones relacionadas con el cumplimiento de los controles de salud infantil. La población estuvo constituida por 100 madres, padres o cuidadores, de acuerdo con los registros considerados para el desarrollo del estudio.

Ámbito especial

La investigación se desarrolló durante el segundo semestre del año 2025, periodo establecido para la ejecución del estudio y la recopilación de la información correspondiente a las variables investigadas. Durante este periodo se consideró a las madres, padres o cuidadores de niños de 3 a 5 años que fueron atendidos o estuvieron vinculados al servicio de CRED del Centro de Salud CLAS Ttio. La matriz de consistencia de la investigación también estableció expresamente este periodo como parte del ámbito de estudio.

4.4. Población y muestra

Población

La población del presente estudio se estimó con base en los registros preliminares del servicio, considerando una población censal de 100 usuarios, lo que proporcionó un marco viable y representativo para el desarrollo del análisis.

Por ende, la población estuvo conformada un total de 100 (madres, padres o cuidadores) de niños y niñas de 3 a 5 años inscritos en el programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud CLAS Ttio, en el distrito de Wánchaq, Cusco, durante el año 2025. Según Hernández *et al*. (45), la delimitación precisa de la población fortaleció la validez externa de los hallazgos, mientras que Arias (51) resaltó la importancia de establecer límites espaciales, temporales y conceptuales para reducir posibles sesgos.

Esta población fue definida considerando el rol fundamental del cuidador en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia al CRED, en concordancia con el enfoque de enfermería transcultural de Leininger (52), el cual enfatizó la importancia del contexto sociocultural en las prácticas de cuidado.

Muestra

La muestra tuvo un muestreo no probabilístico por conveniencia, con carácter censal, al incluir a toda la población accesible de madres, padres o cuidadores de niños de 3 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud Clas Ttio durante el primer semestre de 2025, acorde al enfoque descriptivo-correlacional y la factibilidad operativa (45,48). Este método permitió reducir el error muestral y lograr una representación completa del fenómeno, fortaleciendo la validez de los resultados (45), siendo pertinente en contextos accesibles y específicos (51).

La selección consideró criterios de inclusión como consentimiento informado y capacidad de respuesta, excluyendo casos con limitaciones comunicativas o cuestionarios incompletos, garantizando principios éticos. Este enfoque permitió comprender de manera integral el contexto social y cultural de las familias, aportando información representativa para analizar los factores asociados a la asistencia al CRED (54).

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

La presente investigación utilizó la técnica de encuesta, debido a su eficacia para recolectar información cuantificable y comparable sobre diversas variables desde la perspectiva de los cuidadores, siendo adecuada para estudios descriptivos y correlacionales (34,45).

Instrumentos

El instrumento empleado fue un cuestionario estructurado de elaboración propia, dirigido a madres o cuidadoras de niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. Dicho instrumento fue diseñado con base en la revisión teórica y empírica de los factores que influyeron en el incumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

El cuestionario estuvo conformado por preguntas cerradas de tipo dicotómico y de opción múltiple, organizadas en función de las dimensiones de estudio. Su aplicación se realizó de manera presencial, garantizando en todo momento la confidencialidad de la

información y el consentimiento informado de las participantes. Asimismo, se emplearon escalas de medición nominal y ordinal para facilitar el análisis de los datos.

El instrumento fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos en enfermería comunitaria y metodología de la investigación, lo que permitió asegurar su pertinencia y claridad. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto con el fin de estimar la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, garantizando así la rigurosidad metodológica y la calidad de los datos obtenidos.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

En la presente investigación se garantizó la validez y confiabilidad del cuestionario mediante la aplicación de procedimientos metodológicos rigurosos. La validez de contenido fue evaluada a través del juicio de tres expertos en enfermería pediátrica, salud pública e investigación, quienes valoraron la pertinencia, claridad y congruencia de los ítems en relación con las dimensiones teóricas del estudio (34,45,46).

Asimismo, se aplicó una validación aparente con la finalidad de asegurar la comprensión semántica del cuestionario por parte del grupo objetivo, en concordancia con lo planteado por Creswell (101). Este proceso permitió verificar que las preguntas fueran claras, comprensibles y culturalmente adecuadas para la población participante.

En cuanto a la confiabilidad, esta se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto a cuidadores con características similares a la muestra de estudio. A partir de ello, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, estableciéndose como criterio mínimo aceptable un valor de 0,70, según lo señalado por Valderrama (55).

De este modo, se garantizó la consistencia interna del instrumento, fortaleciendo la calidad de los datos obtenidos y el rigor metodológico de la investigación.

Tabla 2.

Validez del instrumento

Ítems	Apellidos y Nombres del Experto	Código del instrumento	Opinión de aplicabilidad	Promedio de valoración (%)
01	Pinares Bonnett Mitsy Yamil	GO	Es aplicable	85%
02	Echevarria Diaz Rosa Yaneth	GO	Es aplicable	85%
03	Sayago Rodas Digna	GO	Es aplicable	100%

4.6. Análisis de datos

El procedimiento metodológico se desarrolló de forma sistemática y rigurosa. En una primera etapa, se realizó la revisión bibliográfica para sustentar teóricamente las variables y elaborar el instrumento. Luego, se gestionaron las autorizaciones en el Centro de Salud CLAS Ttio y se aplicó el cuestionario a madres, padres o cuidadores, previa firma del consentimiento informado, garantizando privacidad y comprensión adecuada. En una tercera etapa, los datos fueron codificados, organizados y digitados para su análisis, asegurando calidad y confiabilidad (45).

El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial usando IBM SPSS v22.0 (45). Se emplearon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para caracterizar variables, y la prueba Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$) para determinar asociaciones. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con criterios de claridad y coherencia, facilitando su interpretación y sustentando conclusiones relevantes, en concordancia con lo señalado por Balestrini (100).

4.7. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en salud, garantizando la dignidad, autonomía y derechos de los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado de cada madre, padre o cuidador, quienes fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, su carácter académico y el uso confidencial de la información proporcionada.

Se aseguró el anonimato de los participantes, evitando la recopilación de datos que permitieran su identificación personal. Asimismo, la información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando su resguardo y confidencialidad.

El investigador actuó con responsabilidad, respeto e imparcialidad durante todo el proceso, evitando cualquier tipo de sesgo o manipulación de los datos. En concordancia con la Declaración de Helsinki y los lineamientos éticos establecidos para la investigación científica, se garantizó que el estudio no generara ningún tipo de riesgo físico, psicológico o social para los participantes.

Asimismo, se respetaron los principios de integridad científica y propiedad intelectual, citando adecuadamente las fuentes utilizadas y evitando cualquier forma de plagio, conforme a las normativas vigentes. Este enfoque ético fortaleció la credibilidad y validez del estudio, asegurando su contribución al conocimiento en el campo de la enfermería comunitaria (100).

V. Resultados y discusión

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de un instrumento estructurado dirigido a madres o cuidadoras de niños en el rango de edad establecido, seleccionadas según criterios de inclusión definidos. Dicho instrumento permitió obtener información relacionada con factores sociodemográficos, conocimientos sobre el control CRED y aspectos institucionales vinculados al acceso y uso de los servicios de salud. Este proceso se realizó respetando los principios éticos de la investigación en salud, garantizando la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado de las participantes.

El procesamiento y análisis de la información se efectuó mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial, organizando los resultados en tablas y figuras según las variables de estudio. Asimismo, se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas para determinar la asociación entre los factores identificados y la asistencia al control CRED, considerando un nivel de significancia de 0,05. Este abordaje permitió describir de manera objetiva el comportamiento de las variables y establecer relaciones relevantes para la comprensión del fenómeno estudiado.

Durante el desarrollo del trabajo empírico, se evidenciaron algunas limitaciones relacionadas con la disponibilidad de tiempo de las participantes y la accesibilidad al establecimiento de salud; no obstante, mediante una adecuada coordinación con el personal de enfermería y la organización de los tiempos de recolección, se logró obtener información válida y representativa. En este contexto, se reconoció que la asistencia al control de crecimiento y desarrollo constituye una práctica esencial para la vigilancia integral de la salud infantil, influenciada por factores individuales, familiares e institucionales (1,2).

En relación con la discusión de los resultados, se evidenció que los hallazgos del estudio fueron consistentes con investigaciones previas, las cuales señalaron que la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) está influenciada por factores multifactoriales, especialmente aquellos relacionados con la organización del tiempo

familiar y las características del servicio de salud. Estudios en contextos similares identificaron que los horarios poco flexibles, los tiempos de espera prolongados y la limitada disponibilidad de citas constituyen barreras importantes para la continuidad de los controles, coincidiendo con lo encontrado en esta investigación (12,14,15). Asimismo, estos resultados se sustentaron en el modelo de Andersen, que explica que la utilización de los servicios de salud depende de la interacción de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad (2), y se alinearon con lo señalado por organismos internacionales sobre la importancia de la accesibilidad y calidad de la atención para mejorar la adherencia a programas preventivos (1).

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 3.

Resultados descriptivos del factor social y la asistencia al control

Factores sociales		Asistencia al control						Total	
		Asiste		Asiste eventualmente		No asiste			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
El horario de trabajo le dificulta llevar a su niño(a) al CRED	Sí	6	5.45%	4	3.64%	30	27.27%	40	36.36%
	No	36	32.73%	8	7.27%	26	23.64%	70	63.64%
El cuidado de otros hijos le impide asistir al CRED con su hijo(a)	Sí	4	3.64%	4	3.64%	13	11.82%	21	19.09%
	No	38	34.55%	8	7.27%	43	39.09%	89	80.91%
Los quehaceres del hogar le dificultan asistir al control CRED	Sí	9	8.18%	6	5.45%	25	22.73%	40	36.36%
	No	33	30.00%	6	5.45%	31	28.18%	70	63.64%

La Tabla 3 presentó los resultados descriptivos correspondientes a los factores sociales y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. En términos generales, los datos evidenciaron que las responsabilidades laborales, familiares y domésticas constituyeron situaciones frecuentes entre los cuidadores, las cuales se asociaron con diferentes niveles de asistencia a los controles preventivos.

Respecto a la variable “el horario de trabajo le dificulta llevar a su niño(a) al CRED”, se observó que el 36,36% (40) de los participantes manifestó que sus actividades laborales

representaban una dificultad para acudir a los controles programados. Dentro de este grupo, el 27,27% (30) indicó que no asistía al CRED, el 5,45% (6) asistía regularmente y el 3,64% (4) lo hacía de manera eventual. En contraste, el 63,64% (70) señaló que su horario laboral no interfería con la asistencia; de ellos, el 32,73% (36) cumplía con los controles, el 7,27% (8) asistía eventualmente y el 23,64% (26) no asistía. Estos resultados permitieron apreciar que la coincidencia entre la jornada laboral y los horarios de atención del establecimiento representó una de las principales dificultades para mantener la continuidad del seguimiento del niño.

En relación con el cuidado de otros hijos, el 19,09% (21) de los cuidadores refirió que esta responsabilidad limitaba su asistencia al CRED. De este grupo, el 11,82% (13) no acudía a los controles, mientras que el 3,64% (4) asistía regularmente y otro 3,64% (4) lo hacía de manera eventual. Por otro lado, el 80,91% (89) manifestó que el cuidado de otros hijos no constituía un impedimento; entre ellos, el 34,55% (38) asistía a los controles programados, el 7,27% (8) lo hacía ocasionalmente y el 39,09% (43) no asistía. Estos hallazgos reflejaron que, aunque la mayoría de los participantes no percibía esta responsabilidad como una barrera directa, el cuidado simultáneo de varios hijos continuó representando una condición que podía dificultar la organización del tiempo destinado al cuidado preventivo.

En cuanto a los quehaceres del hogar, el 36,36% (40) expresó que las actividades domésticas dificultaban su asistencia al CRED. Dentro de este grupo, el 22,73% (25) no asistía a los controles, el 8,18% (9) mantenía una asistencia regular y el 5,45% (6) acudía eventualmente. En cambio, el 63,64% (70) indicó que las labores del hogar no representaban una limitación; de ellos, el 30,00% (33) asistía regularmente, el 5,45% (6) asistía de manera eventual y el 28,18% (31) no asistía. Estos resultados permitieron observar que las responsabilidades domésticas continuaron ocupando una parte importante del tiempo de los cuidadores, reduciendo en algunos casos la posibilidad de cumplir oportunamente con los controles establecidos.

De manera descriptiva, los resultados mostraron que las obligaciones relacionadas con el trabajo, el cuidado de otros hijos y las actividades del hogar estuvieron presentes en una proporción importante de la población estudiada. Estas situaciones reflejaron las múltiples responsabilidades que asumieron madres, padres y cuidadores en su vida cotidiana, las cuales pudieron limitar la disponibilidad de tiempo para acudir a los controles de crecimiento y desarrollo. En este contexto, los hallazgos resaltaron la importancia de fortalecer estrategias de organización de los servicios de salud, promoviendo horarios más accesibles y alternativas que favorezcan la participación de las familias en las actividades preventivas, en concordancia con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, la cual establece que el seguimiento del crecimiento y desarrollo debe garantizar una atención continua, oportuna y adaptada a las necesidades de la población infantil y sus cuidadores.

Tabla 4.

Resultados descriptivos del factor demográfico y la asistencia al control

Factores demográficos		Asistencia al control						Total	
		Asiste		Asiste eventualmente		No asiste			
		fi	fi	fi	%	fi	%	fi	%
Edad de la persona que acompaña al niño(a):	Menor de 17 años	0	0.00%	0	0.00%	1	0.91%	1	0.91%
	18 a 29 años	2	1.82%	2	1.82%	14	12.73%	18	16.36%
	30 a 59 años	40	36.36%	10	9.09%	41	37.27%	91	82.73%
Ocupación principal:	Ama de casa	15	13.64%	20	18.18%	3	2.73%	38	34.55%
	Trabajadora independiente	16	14.55%	24	21.82%	4	3.64%	44	40.00%
	Trabajadora dependiente	11	10.00%	11	10.00%	5	4.55%	27	24.55%
	Estudiante	0	0.00%	1	0.91%	0	0.00%	1	0.91%
Grado de instrucción:	Primaria	2	1.82%	0	0.00%	1	0.91%	3	2.73%
	Secundaria	13	11.82%	3	2.73%	13	11.82%	29	26.36%
	Superior (técnica o universitaria)	27	24.55%	9	8.18%	42	38.18%	78	70.91%
Estado civil:	Soltera	4	3.64%	4	3.64%	11	10.00%	19	17.27%
	Casada	8	7.27%	1	0.91%	18	16.36%	27	24.55%
	Conviviente	29	26.36%	7	6.36%	27	24.55%	63	57.27%
	Viuda	1	0.91%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.91%
Número de hijos a su cargo:	1 hijo	16	14.55%	6	5.45%	26	23.64%	48	43.64%
	2 hijos	17	15.45%	5	4.55%	22	20.00%	44	40.00%
	3 hijos	8	7.27%	1	0.91%	8	7.27%	17	15.45%
	4 a más hijos	1	0.91%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.91%
Procedencia del hogar:	Zona urbana	40	36.36%	11	10.00%	55	50.00%	106	96.36%
	Zona rural	2	1.82%	1	0.91%	1	0.91%	4	3.64%

La Tabla 4 presentó los resultados descriptivos relacionados con los factores demográficos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. Los resultados permitieron identificar las características sociodemográficas de las personas responsables del cuidado del niño y su comportamiento frente a la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo. En conjunto, se observó que la mayor parte de los cuidadores correspondió al grupo de adultos entre 30 y 59 años, con predominio de personas convivientes, con estudios superiores y

procedentes de zonas urbanas, características que describieron el perfil predominante de la población incluida en el estudio.

En cuanto a la edad de la persona que acompañó al niño(a), se encontró que el 82,73% (91) tenía entre 30 y 59 años, constituyendo el grupo de mayor representación. Dentro de este grupo, el 37,27% (41) no asistía a los controles de CRED, el 36,36% (40) asistía de manera regular y el 9,09% (10) lo hacía eventualmente. Por otro lado, el 16,36% (18) tenía entre 18 y 29 años, de los cuales el 12,73% (14) no asistía, mientras que el 1,82% (2) asistía regularmente y el mismo porcentaje acudía de manera eventual. Solo el 0,91% (1) correspondió a un acompañante menor de 17 años, quien no asistía al control. Estos resultados mostraron que la población estuvo conformada principalmente por adultos en edad productiva, quienes, además de asumir el cuidado del menor, también afrontaban otras responsabilidades familiares y laborales que pudieron influir en la continuidad de los controles preventivos.

Respecto a la ocupación principal, se observó que el 40,00% (44) desempeñaba actividades como trabajadora independiente, siendo el grupo más numeroso. Dentro de esta categoría, el 21,82% (24) asistía eventualmente, el 14,55% (16) asistía regularmente y el 3,64% (4) no asistía. Asimismo, el 34,55% (38) correspondió a amas de casa, entre quienes predominó la asistencia eventual con 18,18% (20), seguida de la asistencia regular con 13,64% (15) y un 2,73% (3) que no asistía. En el caso de las trabajadoras dependientes, que representaron el 24,55% (27), el 10,00% (11) asistía regularmente, otro 10,00% (11) acudía eventualmente y el 4,55% (5) no asistía. Finalmente, solo el 0,91% (1) era estudiante y registró asistencia eventual. En términos descriptivos, estos resultados reflejaron que la ocupación representó una condición importante dentro de la dinámica familiar, ya que las actividades laborales o domésticas demandaron tiempo y organización para cumplir con los controles de salud del niño.

En relación con el grado de instrucción, se identificó que el 70,91% (78) poseía estudios superiores técnicos o universitarios, constituyendo el grupo predominante. Entre ellos, el 38,18% (42) no asistía a los controles, el 24,55% (27) asistía regularmente y el

8,18% (9) lo hacía eventualmente. El 26,36% (29) tenía estudios secundarios, donde tanto la asistencia regular como la no asistencia alcanzaron el 11,82% (13) cada una, mientras que el 2,73% (3) asistía eventualmente. Solo el 2,73% (3) contaba con educación primaria, predominando la asistencia regular con 1,82% (2). Aunque la mayoría presentó un nivel educativo superior, los resultados descriptivos evidenciaron que este aspecto, por sí solo, no garantizó una asistencia constante al CRED, debido a que también intervinieron otros factores propios de la realidad familiar y social.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 57,27% (63) convivía con su pareja, constituyendo el grupo más representativo. Dentro de esta categoría, el 26,36% (29) asistía regularmente, el 24,55% (27) no asistía y el 6,36% (7) acudía eventualmente. Las personas casadas representaron el 24,55% (27), predominando la no asistencia con 16,36% (18), seguida de la asistencia regular con 7,27% (8). En el grupo de personas solteras, que representó el 17,27% (19), el 10,00% (11) no asistía, mientras que tanto la asistencia regular como la eventual registraron un 3,64% (4). Finalmente, solo una persona era viuda (0,91%), quien asistía regularmente al control. Estos resultados describieron una mayor presencia de familias conformadas por parejas convivientes, situación que reflejó la composición familiar predominante de la población estudiada.

Respecto al número de hijos a cargo, el 43,64% (48) manifestó tener un hijo, seguido del 40,00% (44) con dos hijos. Entre quienes tenían un hijo, el 23,64% (26) no asistía al control, el 14,55% (16) asistía regularmente y el 5,45% (6) acudía eventualmente. En las familias con dos hijos, el 20,00 % (22) no asistía, el 15,45% (17) asistía regularmente y el 4,55% (5) lo hacía eventualmente. Por su parte, el 15,45% (17) tenía tres hijos, observándose porcentajes similares entre asistencia y no asistencia (7,27% en ambos casos). Solo una persona (0,91%) reportó tener cuatro o más hijos y asistía regularmente. Estos resultados permitieron apreciar que, independientemente del número de hijos, persistieron casos de inasistencia, lo que indicó que la cantidad de responsabilidades familiares pudo influir en la disponibilidad de tiempo para cumplir con los controles preventivos.

Finalmente, en la procedencia del hogar, el 96,36% (106) pertenecía a la zona urbana, mientras que únicamente el 3,64% (4) provenía de la zona rural. Entre los residentes urbanos, el 50,00% (55) no asistía a los controles, el 36,36% (40) asistía regularmente y el 10,00% (11) lo hacía de manera eventual. En cambio, entre quienes provenían de zonas rurales, el 1,82% (2) asistía regularmente y tanto la asistencia eventual como la no asistencia representaron el 0,91% (1). Estos resultados evidenciaron que la población atendida estuvo conformada casi en su totalidad por familias residentes en el área urbana, lo que reflejó el ámbito de influencia del establecimiento de salud y permitió observar que la cercanía geográfica al servicio no siempre aseguró el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo.

En términos generales, la descripción de los resultados mostró que la mayor parte de los cuidadores correspondió a adultos de 30 a 59 años, trabajadoras independientes o amas de casa, con estudios superiores, convivientes y residentes en zonas urbanas. A pesar de estas características, se identificó una proporción importante de personas que no asistían regularmente al CRED, lo que permitió comprender que la asistencia a los controles infantiles no dependió únicamente de las características demográficas, sino también de otros factores personales, familiares y sociales que formaron parte de la realidad cotidiana de los cuidadores. Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos resaltaron la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento familiar, educación para la salud y accesibilidad a los servicios, con el propósito de favorecer una mayor continuidad en los controles preventivos durante la primera infancia.

Tabla 5.

Resultados descriptivos del factor económico y la asistencia al control

Factores económicos		Asistencia al control						Total	
		Asiste		Asiste eventualmente		No asiste			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ingreso mensual aproximado de su hogar	Bajo (menos de S/1,130)	4	3.64%	1	0.91%	8	7.27%	13	11.82%
	Medio (S/1,130 a S/2,260)	13	11.82%	3	2.73%	9	8.18%	25	22.73%
	Alto (más de S/2,260)	25	22.73%	8	7.27%	39	35.45%	72	65.45%
El horario de trabajo le dificulta llevar a su niño(a) al CRED	SIS	41	37.27%	10	9.09%	52	47.27%	103	93.64%
	EsSalud	1	0.91%	1	0.91%	3	2.73%	5	4.55%
	Seguro privado	0	0.00%	1	0.91%	0	0.00%	1	0.91%
	No tiene	0	0.00%	0	0.00%	1	0.91%	1	0.91%
Cubre el gasto del traslado al centro de salud	Sí	39	35.45%	12	10.91%	54	49.09%	105	95.45%
	No	3	2.73%	0	0.00%	2	1.82%	5	4.55%
Deja de asistir al CRED por falta de dinero	Sí	6	5.45%	1	0.91%	9	8.18%	16	14.55%
	No	36	32.73%	11	10.00%	47	42.73%	94	85.45%

La Tabla 5 mostró los resultados descriptivos correspondientes al factor económico y su relación con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. Los resultados permitieron describir las principales condiciones económicas de las familias participantes, considerando aspectos como el ingreso mensual del hogar, el tipo de seguro de salud, la capacidad para asumir los gastos de traslado y la influencia de la disponibilidad económica en la asistencia a los controles. En conjunto, se observó que la mayoría de los hogares contaba con ingresos superiores al sueldo mínimo, estaba afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), podía cubrir el costo del traslado al establecimiento y manifestó que la falta de dinero no constituía el principal motivo para dejar de asistir al CRED.

En relación con el ingreso mensual aproximado del hogar, se encontró que el 65,45% (72) de las familias percibía un ingreso alto (más de S/ 2 260), siendo este el grupo

con mayor representación. Dentro de esta categoría, el 35,45% (39) no asistía al control de crecimiento y desarrollo, el 22,73% (25) asistía regularmente y el 7,27% (8) acudía de manera eventual. Asimismo, el 22,73% (25) reportó un ingreso medio (entre S/ 1 130 y S/ 2 260), observándose que el 11,82% (13) asistía al CRED, el 8,18% (9) no asistía y el 2,73% (3) lo hacía eventualmente. Finalmente, el 11,82% (13) presentó un ingreso bajo (menos de S/ 1 130), donde el 7,27% (8) no asistía al control, el 3,64% (4) asistía regularmente y el 0,91% (1) acudía eventualmente. Estos resultados evidenciaron que, aunque predominó un nivel de ingreso económico relativamente favorable, continuó observándose una proporción importante de familias que no cumplía con la asistencia periódica al CRED, lo que indicó que la capacidad económica, por sí sola, no aseguró la continuidad de los controles preventivos.

Respecto al tipo de seguro de salud, se observó que el 93,64% (103) de los participantes estaba afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), constituyendo ampliamente el grupo predominante. Dentro de esta población, el 47,27% (52) no asistía al control, el 37,27% (41) asistía regularmente y el 9,09% (10) acudía eventualmente. Por otro lado, el 4,55% (5) contaba con EsSalud, registrándose un 2,73% (3) que no asistía y un 0,91% (1) tanto para la asistencia regular como para la asistencia eventual. Solo el 0,91% (1) tenía seguro privado y asistía eventualmente, mientras que otro 0,91% (1) no contaba con ningún tipo de seguro y no asistía al CRED. Estos hallazgos mostraron que la mayoría de las familias disponía de cobertura sanitaria, principalmente a través del SIS; sin embargo, la existencia de un seguro de salud no garantizó por sí misma la asistencia continua a los controles de crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la capacidad para cubrir los gastos de traslado hacia el establecimiento de salud, los resultados evidenciaron que el 95,45% (105) manifestó que sí podía asumir este gasto. Dentro de este grupo, el 49,09% (54) no asistía al CRED, el 35,45% (39) asistía regularmente y el 10,91% (12) lo hacía de manera eventual. En contraste, únicamente el 4,55% (5) señaló que no podía cubrir el costo del traslado, de los cuales el 2,73% (3) asistía regularmente y el 1,82% (2) no asistía al control. En términos descriptivos, estos resultados

permitieron apreciar que el gasto relacionado con el transporte no representó una limitación para la mayoría de los participantes; sin embargo, aun cuando las familias manifestaron tener la posibilidad de costear el desplazamiento, persistieron niveles importantes de inasistencia al CRED.

Respecto a la variable deja de asistir al CRED por falta de dinero, se encontró que el 85,45% (94) respondió que no dejaba de asistir por motivos económicos. Dentro de este grupo, el 42,73% (47) no asistía al control, el 32,73% (36) asistía regularmente y el 10,00% (11) acudía eventualmente. Por otra parte, el 14,55% (16) manifestó que sí dejaba de asistir debido a la falta de dinero, observándose que el 8,18% (9) no asistía al CRED, el 5,45% (6) asistía regularmente y el 0,91% (1) lo hacía eventualmente. Estos resultados describieron que, para la mayor parte de los cuidadores, la disponibilidad económica no fue señalada como la principal causa de abandono de los controles; sin embargo, un grupo menor sí reconoció que las limitaciones financieras influyeron en la continuidad de la atención preventiva de sus hijos.

De manera general, los resultados descriptivos del factor económico mostraron que la población estudiada estuvo conformada principalmente por familias con ingresos superiores a S/ 2 260, afiliadas al Seguro Integral de Salud y con capacidad para cubrir los gastos de traslado al establecimiento de salud. Asimismo, la mayoría manifestó que la falta de dinero no era el principal motivo para dejar de asistir al control de crecimiento y desarrollo. No obstante, se observó que, incluso en familias con mejores condiciones económicas y acceso a un seguro de salud, continuaron registrándose porcentajes elevados de inasistencia. Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos permitieron comprender que el acceso económico constituye un elemento importante para facilitar el uso de los servicios de salud, pero no resulta suficiente para garantizar la asistencia continua al CRED. En este contexto, también intervienen otros aspectos relacionados con la organización familiar, la disponibilidad de tiempo, el nivel de compromiso de los cuidadores y la valoración que estos otorgan a los controles preventivos durante la infancia.

Tabla 6.

Resultados descriptivos del factor culturales y la asistencia al control

Factores culturales		Asistencia al control						Total	
		Asiste		Asiste eventualmente		No asiste			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Dificultades para comunicarse en el centro de salud por su lengua materna	Sí	4	3.64%	0	0.00%	4	3.64%	8	7.27%
	No	38	34.55%	12	10.91%	52	47.27%	102	92.73%
Su creencia religiosa le ha dificultado asistir al CRED	Sí	4	3.64%	3	2.73%	9	8.18%	16	14.55%
	No	38	34.55%	9	8.18%	47	42.73%	94	85.45%
Frases que representa mejor su creencia sobre el CRED	"El CRED previene enfermedades"	41	37.27%	11	10.00%	51	46.36%	103	93.64%
	"Solo se debe ir si el niño está enfermo"	1	0.91%	1	0.91%	4	3.64%	6	5.45%
	"No es necesario ir"	0	0.00%	0	0.00%	1	0.91%	1	0.91%
Usa prácticas tradicionales antes que ir al CRED	Sí	7	6.36%	6	5.45%	14	12.73%	27	24.55%
	No	35	31.82%	6	5.45%	42	38.18%	83	75.45%

La Tabla 6 presentó los resultados descriptivos correspondientes a los factores culturales y su relación con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. Se analizaron aspectos relacionados con las dificultades de comunicación por la lengua materna, la influencia de las creencias religiosas, las percepciones acerca de la importancia del CRED y el uso de prácticas tradicionales antes de acudir al establecimiento de salud. En términos generales, los resultados evidenciaron que la mayoría de los cuidadores no presentó barreras de comunicación, manifestó que sus creencias religiosas no limitaron la asistencia al CRED, reconoció el carácter preventivo de estos controles y señaló que no recurría prioritariamente a prácticas tradicionales; sin embargo, también se identificó un grupo de participantes que mantuvo creencias y prácticas culturales susceptibles de influir en la continuidad de la atención preventiva.

En relación con las dificultades para comunicarse en el centro de salud debido a la lengua materna, se observó que el 92,73% (102) de los cuidadores manifestó no presentar dificultades de comunicación, constituyendo el grupo mayoritario. Dentro de esta categoría, el 47,27% (52) no asistía al CRED, el 34,55% (38) asistía regularmente y el 10,91% (12) acudía de manera eventual. Por otro lado, el 7,27% (8) indicó que sí tenía dificultades para comunicarse, registrándose un 3,64% (4) que asistía regularmente y otro 3,64% (4) que no asistía al control, sin encontrarse participantes con asistencia eventual. Estos resultados permitieron apreciar que, aunque las barreras lingüísticas afectaron a una proporción reducida de la población, continuaron representando un aspecto que podría dificultar la interacción entre el personal de salud y algunos cuidadores, especialmente en contextos donde predomina la diversidad cultural y lingüística.

Respecto a la variable creencia religiosa que dificulta asistir al CRED, el 85,45% (94) respondió que sus creencias religiosas no interferían con la asistencia a los controles. En este grupo se observó que el 42,73% (47) no asistía al CRED, el 34,55% (38) asistía regularmente y el 8,18% (9) acudía de forma eventual. En contraste, el 14,55% (16) manifestó que sus creencias religiosas sí representaban una dificultad, registrándose un 8,18% (9) que no asistía, un 3,64% (4) que asistía regularmente y un 2,73% (3) que lo hacía de manera eventual. Desde una perspectiva descriptiva, estos resultados mostraron que las creencias religiosas no constituyeron una limitación para la mayoría de los participantes; sin embargo, en un grupo minoritario sí pudieron influir en la decisión de acudir o no a los controles preventivos.

En cuanto a la creencia que los cuidadores tenían sobre el control de crecimiento y desarrollo, se evidenció que el 93,64% (103) consideró que el CRED previene enfermedades, reflejando una percepción favorable sobre la utilidad del programa. Dentro de este grupo, el 46,36% (51) no asistía al control, el 37,27% (41) asistía regularmente y el 10,00% (11) acudía eventualmente. Asimismo, el 5,45% (6) manifestó que solo se debía acudir cuando el niño estaba enfermo, observándose un 3,64% (4) que no asistía y un 0,91% (1) tanto para la asistencia regular como para la asistencia eventual. Finalmente, el

0,91% (1) indicó que no era necesario asistir al CRED, correspondiendo este caso al grupo que no asistía a los controles. Estos resultados permitieron identificar que, aunque predominó una adecuada valoración del carácter preventivo del CRED, aún persistieron algunas percepciones erróneas respecto a la finalidad del programa, las cuales podrían afectar la continuidad del seguimiento infantil.

En relación con el uso de prácticas tradicionales antes de acudir al establecimiento de salud, el 75,45% (83) manifestó que no recurría primero a prácticas tradicionales, mientras que el 24,55% (27) indicó que sí las utilizaba. Entre quienes no empleaban estas prácticas, el 38,18% (42) no asistía al CRED, el 31,82% (35) asistía regularmente y el 5,45% (6) acudía eventualmente. Por su parte, dentro del grupo que sí recurría inicialmente a prácticas tradicionales, el 12,73% (14) no asistía al control, el 6,36% (7) asistía regularmente y el 5,45% (6) lo hacía de manera eventual. Estos resultados mostraron que, aunque la mayoría de los cuidadores priorizó la atención en el establecimiento de salud, una proporción importante continuó utilizando prácticas tradicionales como primera alternativa de cuidado, lo cual reflejó la coexistencia de prácticas culturales propias con los servicios formales de salud.

De manera general, los resultados descriptivos permitieron evidenciar que la mayor parte de los cuidadores presentó características culturales favorables para la utilización del servicio de crecimiento y desarrollo, como la ausencia de barreras de comunicación, la percepción de que las creencias religiosas no limitaban la atención y el reconocimiento del carácter preventivo del CRED. Sin embargo, también se identificó un grupo de participantes que enfrentó dificultades relacionadas con el idioma, mantuvo creencias que podían influir en la asistencia o priorizó prácticas tradicionales antes de acudir al establecimiento de salud. Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos resaltaron la importancia de fortalecer la comunicación intercultural, promover una educación sanitaria respetuosa de las creencias y costumbres de las familias y desarrollar estrategias de orientación que permitan reforzar la comprensión sobre la importancia de los controles preventivos durante la etapa preescolar, favoreciendo así una atención integral y culturalmente pertinente.

Tabla 7.

Resultados descriptivos del factor institucionales y la asistencia al control

Factores institucionales		Asistencia al control						Total	
		Asiste		Asiste eventualmente		No asiste			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
El personal de salud le trata con amabilidad durante el CRED	Sí	38	34.55%	9	8.18%	50	45.45%	97	88.18%
	No	4	3.64%	3	2.73%	6	5.45%	13	11.82%
Entiende claramente la información que le brinda el personal de salud	Sí	40	36.36%	11	10.00%	52	47.27%	103	93.64%
	No	2	1.82%	1	0.91%	4	3.64%	7	6.36%
El horario de atención del centro de salud le parece adecuado	Sí	35	31.82%	4	3.64%	33	30.00%	72	65.45%
	No	7	6.36%	8	7.27%	23	20.91%	38	34.55%
El tiempo de espera para su turno es razonable	Sí (espera breve)	36	32.73%	7	6.36%	38	34.55%	81	73.64%
	No (espera muy larga)	6	5.45%	5	4.55%	18	16.36%	29	26.36%
La consulta durante el CRED es completa y sin apuro	Sí	41	37.27%	11	10.00%	46	41.82%	98	89.09%
	No	1	0.91%	1	0.91%	10	9.09%	12	10.91%
Los consultorios del CRED están en buenas condiciones	Sí	40	36.36%	12	10.91%	49	44.55%	101	91.82%
	No	2	1.82%	0	0.00%	7	6.36%	9	8.18%
Considera que hay suficiente personal para la atención CRED	Sí	26	23.64%	7	6.36%	31	28.18%	64	58.18%
	No	16	14.55%	5	4.55%	25	22.73%	46	41.82%
Tuvo dificultades para obtener una cita para el CRED	Sí	8	7.27%	5	4.55%	35	31.82%	48	43.64%
	No	34	30.91%	7	6.36%	21	19.09%	62	56.36%
Cree que el número de citas diarias en el servicio es suficiente	Sí	36	32.73%	6	5.45%	34	30.91%	76	69.09%
	No	6	5.45%	6	5.45%	22	20.00%	34	30.91%

La Tabla 7 presentó los resultados descriptivos correspondientes a los factores institucionales y su relación con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. Se evaluaron aspectos vinculados con la calidad de la atención brindada, la organización del servicio y la accesibilidad, tales como el trato del personal de salud, la comprensión de la información proporcionada, la adecuación de los horarios de atención, el tiempo de espera, la percepción de la consulta, las condiciones de los consultorios, la disponibilidad de personal, las dificultades para obtener citas y la suficiencia de los cupos diarios. En conjunto, los

resultados mostraron que la mayoría de los cuidadores tuvo una percepción favorable respecto al trato recibido y a la calidad de la atención; sin embargo, también se identificaron dificultades relacionadas principalmente con la organización del servicio y el acceso oportuno a las citas, aspectos que podrían afectar la continuidad de los controles preventivos.

En relación con la percepción sobre si el personal de salud trataba con amabilidad durante el CRED, se observó que el 88,18% (97) de los cuidadores respondió afirmativamente. Dentro de este grupo, el 45,45% (50) no asistía al control, el 34,55% (38) asistía regularmente y el 8,18% (9) acudía de manera eventual. En contraste, el 11,82% (13) manifestó no haber recibido un trato amable, registrándose un 5,45% (6) que no asistía, un 3,64% (4) que asistía regularmente y un 2,73% (3) que asistía de forma eventual. Estos resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes percibió un trato cordial por parte del personal de salud, aspecto que favoreció una experiencia positiva durante la atención y fortaleció la relación entre el profesional de enfermería y las familias.

Respecto a la comprensión de la información brindada por el personal de salud, el 93,64% (103) manifestó que comprendía claramente las orientaciones recibidas durante el control. Dentro de este grupo, el 47,27% (52) no asistía al CRED, el 36,36% (40) asistía regularmente y el 10,00% (11) lo hacía de manera eventual. Por otro lado, el 6,36% (7) indicó que no comprendía completamente la información proporcionada, observándose un 3,64% (4) que no asistía, un 1,82% (2) que asistía regularmente y un 0,91% (1) que acudía eventualmente. Estos resultados permitieron apreciar que la comunicación entre el personal de salud y los cuidadores fue percibida como adecuada por la mayoría de los participantes, lo que constituye un elemento importante para fortalecer la educación sanitaria y el seguimiento del niño.

En cuanto a la percepción sobre si el horario de atención del establecimiento era adecuado, el 65,45% (72) consideró que los horarios sí respondían a sus necesidades. En este grupo se registró un 31,82% (35) de asistencia regular, un 30,00% (33) de inasistencia y un 3,64% (4) de asistencia eventual. Por el contrario, el 34,55% (38) manifestó que los

horarios no eran adecuados, observándose un 20,91% (23) que no asistía, un 7,27% (8) que acudía eventualmente y un 6,36% (7) que asistía regularmente. Estos hallazgos permitieron evidenciar que una parte importante de los cuidadores percibió limitaciones relacionadas con los horarios de atención, situación que podría dificultar la compatibilidad entre las actividades familiares, laborales y el cumplimiento de los controles programados.

En relación con el tiempo de espera para recibir atención, el 73,64% (81) señaló que el tiempo de espera era breve o razonable. Dentro de este grupo, el 34,55% (38) no asistía, el 32,73% (36) asistía regularmente y el 6,36% (7) acudía de manera eventual. En contraste, el 26,36% (29) consideró que la espera era muy prolongada, encontrándose un 16,36% (18) que no asistía, un 5,45% (6) que asistía regularmente y un 4,55% (5) que acudía eventualmente. Estos resultados mostraron que, aunque la mayoría calificó favorablemente el tiempo de espera, una proporción considerable percibió demoras durante la atención, aspecto que puede afectar la satisfacción del usuario y la continuidad de los controles preventivos.

Respecto a la percepción de que la consulta durante el CRED fue completa y sin apuro, el 89,09% (98) respondió afirmativamente. Dentro de este grupo se registró un 41,82% (46) que no asistía, un 37,27% (41) que asistía regularmente y un 10,00% (11) que acudía eventualmente. En comparación, el 10,91% (12) manifestó que la consulta no fue completa o se realizó con rapidez excesiva, observándose un 9,09% (10) que no asistía y un 0,91% (1) tanto para la asistencia regular como para la asistencia eventual. Estos resultados reflejaron que la mayoría de los cuidadores valoró positivamente la calidad del tiempo dedicado durante la consulta, aspecto que favorece la confianza en el servicio y la educación brindada por el profesional de enfermería.

En cuanto a las condiciones físicas de los consultorios del CRED, el 91,82% (101) consideró que estos se encontraban en buenas condiciones. Dentro de este grupo se observó un 44,55% (49) que no asistía, un 36,36% (40) que asistía regularmente y un 10,91% (12) que acudía eventualmente. Por otro lado, el 8,18% (9) manifestó que las condiciones del consultorio no eran adecuadas, registrándose un 6,36% (7) que no asistía

y un 1,82% (2) que asistía regularmente. Estos resultados permitieron apreciar que las condiciones físicas del servicio fueron valoradas favorablemente por la mayoría de los usuarios, constituyendo un aspecto que contribuye a brindar una atención segura y confortable.

Respecto a la percepción sobre la suficiencia del personal para la atención del CRED, el 58,18% (64) consideró que existía personal suficiente para atender la demanda. Dentro de este grupo se registró un 28,18% (31) que no asistía, un 23,64% (26) que asistía regularmente y un 6,36% (7) que acudía eventualmente. En contraste, el 41,82% (46) opinó que el número de profesionales era insuficiente, encontrándose un 22,73% (25) que no asistía, un 14,55% (16) que asistía regularmente y un 4,55% (5) que asistía de forma eventual. Estos hallazgos evidenciaron que una proporción importante de cuidadores percibió limitaciones relacionadas con la disponibilidad del recurso humano, situación que podría influir en la capacidad resolutiva del servicio y en la oportunidad de la atención.

En relación con las dificultades para obtener una cita para el CRED, el 56,36% (62) manifestó no haber presentado inconvenientes para acceder a una cita. Dentro de este grupo, el 30,91% (34) asistía regularmente, el 19,09% (21) no asistía y el 6,36% (7) acudía eventualmente. Sin embargo, el 43,64% (48) indicó que sí tuvo dificultades para conseguir una cita, observándose un 31,82% (35) que no asistía, un 7,27% (8) que asistía regularmente y un 4,55% (5) que acudía eventualmente. Estos resultados mostraron que casi la mitad de los participantes enfrentó problemas para acceder oportunamente a una cita, aspecto que representó una de las principales limitaciones organizacionales del servicio.

Finalmente, respecto a la percepción sobre si el número de citas diarias disponibles era suficiente, el 69,09% (76) respondió afirmativamente. Dentro de este grupo se observó un 32,73% (36) que asistía regularmente, un 30,91% (34) que no asistía y un 5,45% (6) que acudía eventualmente. Por otro lado, el 30,91% (34) consideró insuficiente la cantidad de citas ofrecidas por el establecimiento, registrándose un 20,00% (22) que no asistía y un 5,45% (6) tanto para la asistencia regular como para la asistencia eventual. Estos

resultados evidenciaron que, aunque la mayoría percibió disponibilidad suficiente de citas, cerca de un tercio de los cuidadores consideró que la oferta resultaba limitada, situación que podría afectar el acceso oportuno al programa CRED.

En términos generales, los resultados descriptivos permitieron identificar que la mayoría de los cuidadores valoró favorablemente aspectos relacionados con la calidad humana de la atención, la comunicación con el personal de salud y las condiciones del establecimiento. No obstante, persistieron dificultades relacionadas con la organización del servicio, especialmente en lo referente a los horarios de atención, los tiempos de espera, la disponibilidad de personal y el acceso a citas, aspectos que pueden convertirse en barreras para la continuidad del control de crecimiento y desarrollo. Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, estos hallazgos resaltaron la importancia de fortalecer la gestión del servicio, optimizar los procesos de programación de citas y promover estrategias organizacionales que faciliten el acceso oportuno de las familias, en concordancia con los lineamientos establecidos por la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, la cual promueve una atención integral, continua, accesible y centrada en las necesidades del niño y su familia.

Tabla 8.

Resultados descriptivos de los factores asociados y la asistencia al control

	Asistencia al control						**Total**	
	Asiste		**Asiste eventualmente**		**No asiste**			
	fi	**%**	**fi**	**%**	**fi**	**%**	**fi**	**%**
Factores asociados	42	38.18%	12	10,91%	56	50,91%	110	100.00%

La Tabla 8 presentó la distribución descriptiva de la variable factores asociados en relación con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio. La información permitió conocer el comportamiento general de la asistencia al programa CRED dentro de la población estudiada, constituyendo una visión global del nivel de adherencia de madres, padres y cuidadores a los controles preventivos establecidos para esta etapa de vida.

Los resultados evidenciaron que, de los 110 cuidadores evaluados, el 50,91% (56) no asistió al control de crecimiento y desarrollo, representando el grupo con mayor frecuencia dentro de la muestra. Asimismo, el 38,18% (42) manifestó que asistía regularmente a los controles programados, mientras que el 10,91% (12) indicó que asistía de manera eventual, es decir, acudía solo a algunos controles o lo hacía de forma irregular.

Estos resultados descriptivos permitieron observar que más de la mitad de los cuidadores no mantuvo una asistencia continua al programa CRED, lo que reflejó dificultades para garantizar el seguimiento periódico del crecimiento y desarrollo de los niños durante la etapa preescolar. Aunque una proporción importante de participantes cumplió con los controles establecidos, el predominio de la inasistencia evidenció que aún persistieron barreras que limitaron el acceso y la continuidad de este servicio preventivo.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, este comportamiento resultó relevante debido a que el control de crecimiento y desarrollo constituye una intervención esencial para vigilar el estado nutricional, evaluar el desarrollo psicomotor, identificar oportunamente factores de riesgo y fortalecer la educación dirigida a madres, padres y cuidadores. En consecuencia, la baja asistencia observada podría reducir las oportunidades para detectar precozmente alteraciones del crecimiento, retrasos del desarrollo o situaciones que requieran intervención inmediata, limitando el cumplimiento de las acciones preventivas promovidas en el primer nivel de atención.

Asimismo, la distribución de los resultados permitió inferir que la asistencia al CRED no dependió exclusivamente de la voluntad del cuidador, sino que estuvo influenciada por múltiples factores presentes en su entorno familiar, social, económico, cultural e institucional. Esta situación coincidió con el enfoque de los determinantes sociales de la salud y con el modelo conductual de Andersen, los cuales sostienen que la utilización de los servicios de salud responde a la interacción de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, más que a una decisión individual aislada.

En conjunto, los resultados descriptivos evidenciaron la existencia de una brecha importante entre la cobertura esperada del programa CRED y la asistencia real de la

población estudiada. Estos hallazgos pusieron de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud, educación sanitaria, seguimiento familiar y organización del servicio, con el propósito de incrementar la adherencia a los controles preventivos y favorecer un seguimiento oportuno del crecimiento y desarrollo durante la etapa preescolar.

5.2. Contrastación de hipótesis

La presente sección presento la demostración de las hipótesis planteadas en la investigación, partiendo de la hipótesis general que postuló la existencia de una relación significativa entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años, así como de las hipótesis específicas orientadas a analizar la relación entre los factores sociodemográficos, institucionales y de conocimiento con dicha asistencia.

5.2.1. Contrastación de hipótesis general

H_0: No existe una relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025.

H_1: Existe una relación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco, 2025.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Prueba de normalidad

Con el fin de determinar la distribución de los datos correspondientes a las variables objeto de estudio, se recurrió al estadístico Kolmogorov-Smirnov, una técnica comúnmente utilizada para evaluar la normalidad de variables cuantitativas o categóricas ordinales en muestras grandes.

Tabla 9.

Prueba de normalidad para las variables factores asociados y asistencia al control

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	Sig.
Factores asociados	0,153	110	0,000
Asistencia a los controles	0,401	110	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la Tabla 3 se presentaron los resultados de la prueba de normalidad aplicada a las variables factores asociados y asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años. Para ello, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, considerando una muestra de 110 participantes.

Los resultados evidenciaron que la variable factores asociados obtuvo un estadístico de 0,153 con un nivel de significancia de $p = 0,000$; mientras que la variable asistencia a los controles presentó un estadístico de 0,401 con un valor de significancia igualmente de $p = 0,000$. En ambos casos, los valores de significancia fueron inferiores al nivel crítico establecido ($p < 0,05$), lo que indicó que las variables no siguieron una distribución normal.

Desde una perspectiva analítica, estos hallazgos permitieron inferir que los datos recolectados presentaron una distribución asimétrica, lo cual resultó frecuente en estudios de salud pública, donde las conductas humanas, condiciones sociales y acceso a servicios sanitarios no se distribuyen de manera homogénea en la población. En este contexto, la variabilidad observada en la asistencia al control CRED y en los factores asociados respondió a la naturaleza multifactorial del fenómeno estudiado.

En consecuencia, al no cumplirse el supuesto de normalidad, se justificó el uso de pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis inferencial, como la prueba de Chi-cuadrado, las cuales permitieron evaluar la relación entre variables sin requerir distribución normal. Este criterio metodológico fue coherente con investigaciones similares en el ámbito de enfermería, donde se evidenció que los factores socioeconómicos, culturales e

institucionales influyeron significativamente en el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo.

Asimismo, estos resultados reflejaron que la asistencia al control CRED no dependió de un comportamiento uniforme, sino de múltiples determinantes relacionados con el entorno familiar, las creencias culturales y las condiciones de acceso a los servicios de salud. En ese sentido, el profesional de enfermería cumplió un rol fundamental en la identificación de estas variaciones, promoviendo intervenciones educativas, preventivas y comunitarias orientadas a mejorar la adherencia a los controles infantiles.

Tabla 10.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para los factores asociados y asistencia al control

Correlaciones			
	Asistencia al control		
	Chi-cuadrado de Pearson	**gl**	**Sig.**
Factores asociados	62,073	12	p = 0,000

La Tabla 10 mostró los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada para determinar la existencia de asociación entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

Los resultados evidenciaron un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 62,073, con 12 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de p = 0,000. Debido a que el valor de significancia fue menor al nivel de error establecido ($p < 0,05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. En consecuencia, se comprobó que existió una asociación estadísticamente significativa entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en los niños de 3 a 5 años de la población estudiada.

Este hallazgo permitió comprender que la asistencia al programa CRED no se presentó de manera aleatoria, sino que estuvo relacionada con diferentes condiciones

presentes en el entorno del niño y su familia. En otras palabras, la frecuencia con la que los padres o cuidadores llevaron a los niños a los controles estuvo influenciada por diversos factores que favorecieron o dificultaron la continuidad de esta práctica preventiva. Por ello, el comportamiento observado en la asistencia respondió a un conjunto de circunstancias que intervinieron en la decisión de acudir o no a los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la enfermería, estos resultados resaltaron la importancia de valorar de forma integral los aspectos familiares, sociales, económicos, culturales y relacionados con la organización de los servicios de salud, ya que todos ellos influyeron en la utilización de las actividades preventivas. El profesional de enfermería, como responsable del seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil en el primer nivel de atención, desempeñó un papel fundamental en la identificación de las barreras que limitaron la asistencia y en el fortalecimiento de estrategias educativas, acciones de seguimiento domiciliario y actividades de promoción de la salud dirigidas a las familias con mayor riesgo de incumplimiento.

Asimismo, la existencia de una asociación estadísticamente significativa indicó que las intervenciones destinadas a incrementar la cobertura del control de crecimiento y desarrollo no debieron centrarse únicamente en convocar a los usuarios, sino también en abordar los factores que condicionaron su asistencia. Entre estos aspectos destacaron las características del cuidador, las condiciones del hogar, la accesibilidad al establecimiento de salud, el nivel de información sobre la importancia del control, la disponibilidad de tiempo y otros elementos que influyeron en la continuidad de los controles preventivos.

Es importante señalar que la prueba de Chi-cuadrado permitió demostrar la existencia de una asociación estadísticamente significativa, pero no estableció una relación de causalidad entre las variables. Por tanto, los resultados indicaron que los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo estuvieron relacionados dentro de la población estudiada; sin embargo, no fue posible afirmar que dichos factores constituyeran la causa directa de la asistencia o inasistencia al programa CRED.

La evidencia estadística obtenida respaldó el planteamiento central de la investigación, al demostrar que los factores asociados guardaron una relación significativa con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños de 3 a 5 años. Estos resultados aportaron evidencia para orientar la planificación de intervenciones de enfermería enfocadas en disminuir las barreras de acceso, fortalecer la educación sanitaria y promover una mayor participación de las familias en el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, contribuyendo así a mejorar la continuidad de la atención preventiva y la protección de la salud de la población infantil.

5.2.2. Contrastación de hipótesis especifica 01

H_0.1: No existe una relación entre el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.1: Existe una relación entre el factor social y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% (α = 0.05). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 11.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor social y la asistencia al control

Correlaciones	
	Asistencia al control
	Sig.
Factores sociales	0,000
El horario de trabajo le dificulta llevar a su niño(a) al CRED	0,000
El cuidado de otros hijos le impide asistir al CRED con su hijo(a)	0,044
Los quehaceres del hogar le dificultan asistir al control CRED	0,010
Chi-cuadrado de Pearson = 49,818; gl = 4	

La Tabla 11 presentó los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada con el propósito de determinar la asociación entre el factor social y la

asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

Los resultados mostraron un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 49,818, con 4 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de p = 0,000. Al encontrarse este valor por debajo del nivel de significancia establecido (p < 0,05), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. Esto permitió afirmar que existió una asociación estadísticamente significativa entre el factor social y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo de los niños incluidos en el estudio.

Este resultado indicó que las condiciones sociales que rodearon a las madres o cuidadores influyeron de manera importante en el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo. La asistencia al establecimiento de salud no dependió únicamente del interés de los padres por cuidar la salud de sus hijos, sino también de las responsabilidades y actividades que formaron parte de su vida cotidiana. En ese sentido, las obligaciones familiares y laborales representaron elementos que condicionaron la posibilidad de acudir oportunamente a las citas programadas.

Al analizar cada uno de los indicadores del factor social, se observó que el horario de trabajo dificultó llevar al niño(a) al control CRED, obteniéndose un nivel de significancia de p = 0,000, lo que evidenció una asociación altamente significativa con la asistencia al programa. Este hallazgo permitió comprender que las jornadas laborales, los horarios poco flexibles o la imposibilidad de solicitar permisos limitaron la disponibilidad de tiempo de los padres o cuidadores para acudir al establecimiento de salud. En muchos casos, la necesidad de cumplir con las actividades laborales prevaleció sobre la asistencia al control preventivo, especialmente cuando el trabajo constituyó la principal fuente de ingresos del hogar.

Asimismo, se encontró que el cuidado de otros hijos también estuvo asociado con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, al obtenerse un valor de p = 0,044, resultado que confirmó una asociación estadísticamente significativa. Esta situación reflejó que las familias con más de un hijo enfrentaron mayores dificultades para organizar sus

actividades diarias y trasladarse al establecimiento de salud, debido a que debieron distribuir su tiempo entre el cuidado de varios niños y otras responsabilidades familiares. Esta condición pudo generar retrasos o inasistencias a los controles programados, aun cuando existiera el deseo de cumplir con ellos.

De igual manera, los resultados evidenciaron que los quehaceres del hogar se relacionaron significativamente con la asistencia al control CRED, al registrarse un nivel de significancia de p = 0,010. Este hallazgo puso de manifiesto que las actividades domésticas representaron una carga importante para muchas madres o cuidadores, quienes priorizaron el cumplimiento de las labores del hogar antes que la asistencia a los servicios preventivos. Las tareas relacionadas con la limpieza, preparación de alimentos, organización del hogar y cuidado de la familia redujeron el tiempo disponible para acudir a los controles, principalmente cuando estas responsabilidades recayeron sobre una sola persona.

Desde la perspectiva de la enfermería, estos resultados resaltaron que los factores sociales constituyeron un componente determinante para garantizar la continuidad del control de crecimiento y desarrollo. El profesional de enfermería no solo cumplió funciones asistenciales durante la atención del niño, sino que también desempeñó un papel importante al identificar las dificultades sociales que enfrentaron las familias y al proponer estrategias orientadas a facilitar el acceso a los servicios de salud. Entre estas acciones destacaron la educación permanente a los cuidadores, la programación de horarios más accesibles, la coordinación de actividades comunitarias y el fortalecimiento de las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a familias con mayores limitaciones para asistir a los controles.

Por otra parte, estos hallazgos evidenciaron la necesidad de fortalecer la organización de los servicios de salud, considerando las características sociales de la población atendida. La implementación de horarios más flexibles, campañas de sensibilización y estrategias de seguimiento por parte del personal de enfermería podrían

contribuir a disminuir las barreras que dificultaron la asistencia al programa CRED y favorecer una mayor participación de las familias en las actividades preventivas.

Es importante señalar que la prueba de Chi-cuadrado de Pearson permitió establecer la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor social y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo; sin embargo, esta prueba no permitió demostrar una relación de causa y efecto. En consecuencia, los resultados indicaron que ambas variables estuvieron relacionadas dentro de la población estudiada, sin afirmar que los factores sociales fueran la causa directa de la asistencia o inasistencia al programa.

La evidencia estadística permitió concluir que las condiciones sociales influyeron significativamente en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo de los niños de 3 a 5 años. Estos resultados reforzaron la importancia de desarrollar intervenciones de enfermería centradas en las necesidades reales de las familias, promoviendo acciones que reduzcan las barreras sociales y favorezcan la continuidad de los controles preventivos, con el propósito de contribuir al adecuado crecimiento, desarrollo y bienestar infantil.

5.2.3. Contrastación de hipótesis especifica 02

H_0.2: No existe una relación entre el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.2: Existe una relación entre el factor demográfico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 12.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor demográfico y la asistencia al control

Correlaciones	
	Asistencia al control
	Sig.
Factores demográficos	0,000
Edad de la persona que acompaña al niño(a)	0,024
Ocupación principal	0,853
Grado de instrucción	0,369
Estado civil	0,009
Número de hijos a su cargo	0,044
Procedencia del hogar	0,620
Chi-cuadrado de Pearson = 63,291; gl = 8	

La Tabla 12 presentó los resultados de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada con la finalidad de determinar la relación entre los factores demográficos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

De manera global, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 63,291, con 8 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de $p = 0,000$. Al ser este valor inferior al nivel de significancia establecido ($p < 0,05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. En consecuencia, se comprobó que existió una asociación estadísticamente significativa entre los factores demográficos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, lo que indicó que determinadas características del cuidador estuvieron relacionadas con el cumplimiento de los controles preventivos.

Este resultado permitió comprender que las características demográficas no actuaron de manera aislada, sino que influyeron conjuntamente en la decisión de asistir o no a los controles CRED. Aspectos como la edad del cuidador, la composición familiar y las responsabilidades derivadas de la dinámica del hogar condicionaron la disponibilidad de tiempo, la organización de las actividades diarias y la priorización del cuidado preventivo del niño.

Al analizar cada uno de los indicadores, se encontró que la edad de la persona que acompañó al niño(a) presentó una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED (p = 0,024). Este hallazgo permitió inferir que la etapa de vida del cuidador estuvo relacionada con el cumplimiento de los controles, debido a que cada grupo etario enfrentó responsabilidades y condiciones particulares que pudieron facilitar o dificultar la asistencia. Los cuidadores de mayor edad, además de asumir el cuidado infantil, frecuentemente desempeñaron responsabilidades laborales y familiares que influyeron en la continuidad de los controles programados.

En relación con la ocupación principal, se obtuvo un nivel de significancia de p = 0,853, resultado que indicó la ausencia de una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED. Esto permitió interpretar que el tipo de ocupación desempeñada por el cuidador, ya fuera como ama de casa, trabajadora independiente, dependiente o estudiante, no constituyó por sí solo un elemento determinante para asistir a los controles. Este comportamiento sugirió que otras condiciones, como la organización del tiempo, la flexibilidad laboral o el apoyo familiar, pudieron ejercer una influencia mayor que la ocupación propiamente dicha.

Respecto al grado de instrucción, el análisis mostró un valor de p = 0,369, evidenciándose que no existió una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo. Aunque el nivel educativo suele favorecer una mayor comprensión de las actividades preventivas, en la población estudiada este factor no explicó por sí mismo la asistencia al CRED. Este resultado permitió considerar que disponer de un mayor nivel educativo no garantizó necesariamente el cumplimiento de los controles cuando coexistieron otras barreras sociales, familiares o institucionales.

Por otra parte, el estado civil presentó una asociación estadísticamente significativa (p = 0,009) con la asistencia al programa CRED. Este resultado indicó que la estructura familiar y la presencia de una pareja o red de apoyo pudieron influir en la organización del cuidado infantil. En ese sentido, la distribución de responsabilidades dentro del hogar pudo

facilitar o dificultar la asistencia al establecimiento de salud, favoreciendo una mayor continuidad en aquellas familias donde existió un mejor apoyo para el cuidado de los niños.

Asimismo, el número de hijos a cargo mostró una asociación significativa con la asistencia al CRED (p = 0,044). Este hallazgo evidenció que el incremento de responsabilidades familiares constituyó un elemento relacionado con el cumplimiento de los controles preventivos. A medida que aumentó el número de hijos bajo el cuidado de una misma persona, también se incrementaron las demandas de tiempo, atención y recursos, situación que pudo limitar la posibilidad de acudir oportunamente a las citas programadas para el seguimiento del crecimiento y desarrollo.

En contraste, la procedencia del hogar no evidenció una asociación estadísticamente significativa (p = 0,620) con la asistencia al CRED. Este resultado indicó que, en la población estudiada, residir en una zona urbana o rural no representó un factor diferenciador para el cumplimiento de los controles preventivos. Este comportamiento pudo estar relacionado con las características del ámbito de estudio, donde la mayoría de los participantes pertenecía al área urbana y tenía acceso relativamente similar al establecimiento de salud.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, estos resultados resaltaron la importancia de valorar las características demográficas de las familias durante el seguimiento del niño, ya que permitieron identificar grupos con mayor probabilidad de presentar dificultades para mantener la continuidad de los controles. La identificación oportuna de cuidadores con múltiples responsabilidades familiares, escasa red de apoyo o condiciones particulares de organización doméstica facilitó la planificación de intervenciones educativas y de acompañamiento orientadas a fortalecer la adherencia al programa CRED.

Asimismo, estos hallazgos fueron coherentes con el Modelo Conductual de Andersen, el cual plantea que las características demográficas constituyen factores predisponentes que influyen en la utilización de los servicios de salud, aunque su efecto depende de la interacción con otros factores sociales, económicos, culturales e

institucionales. Del mismo modo, guardaron relación con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, que reconoce la necesidad de brindar una atención centrada en la familia, considerando las características y condiciones propias de cada hogar para favorecer la continuidad del seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Es importante precisar que la prueba de Chi-cuadrado de Pearson permitió establecer la existencia de una asociación estadísticamente significativa, mas no una relación de causalidad entre las variables estudiadas. Por ello, los resultados indicaron que algunos factores demográficos estuvieron relacionados con la asistencia al CRED dentro de la población evaluada; sin embargo, no permitieron afirmar que dichos factores constituyeran la causa directa del cumplimiento o incumplimiento de los controles.

La evidencia estadística permitió concluir que los factores demográficos influyeron significativamente en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, especialmente aquellos relacionados con la edad del cuidador, el estado civil y el número de hijos a cargo. Estos resultados respaldaron la necesidad de fortalecer intervenciones de enfermería con enfoque familiar, orientadas a reconocer las características demográficas de la población y a diseñar estrategias diferenciadas que favorezcan la adherencia al programa CRED y la continuidad del cuidado infantil.

5.2.4. Contrastación de hipótesis especifica 03

H_0.3: No existe una relación entre el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.3: Existe una relación entre el factor económico y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 13.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor económico y la asistencia al control

Correlaciones	
	Asistencia al control
	Sig.
Factores económicos	0,000
Ingreso mensual aproximado de su hogar	0,026
El horario de trabajo le dificulta llevar a su niño(a) al CRED	0,561
Cubre el gasto del traslado al centro de salud	0,030
Deja de asistir al CRED por falta de dinero	0,952
Chi-cuadrado de Pearson = 164,909; gl = 6	

La Tabla 13 presentó los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada con el propósito de determinar la relación entre los factores económicos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

De manera general, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 164,909, con 6 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de $p = 0,000$. Al encontrarse este valor por debajo del nivel de significancia establecido ($p < 0,05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. En consecuencia, se confirmó que existió una asociación estadísticamente significativa entre los factores económicos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, evidenciando que las condiciones económicas de las familias guardaron relación con la continuidad de los controles preventivos.

Este hallazgo permitió comprender que la situación económica de los cuidadores constituyó un elemento importante para el acceso y la permanencia en el programa CRED. Aunque el control de crecimiento y desarrollo forma parte de las prestaciones preventivas del primer nivel de atención y es brindado de manera gratuita por los establecimientos del Ministerio de Salud, las familias continuaron enfrentando gastos indirectos relacionados con el transporte, el tiempo destinado para acudir al establecimiento y otras responsabilidades económicas que pudieron limitar la asistencia oportuna a los controles programados.

Al analizar cada uno de los indicadores, se encontró que el ingreso mensual aproximado del hogar presentó una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED (p = 0,026). Este resultado indicó que el nivel de ingresos influyó en la continuidad de los controles preventivos, debido a que las familias con menores recursos económicos enfrentaron mayores dificultades para organizar los gastos asociados al traslado, la alimentación y otras necesidades del hogar. En ese contexto, la limitada disponibilidad de recursos pudo llevar a priorizar otras obligaciones económicas sobre la asistencia al establecimiento de salud, afectando el seguimiento regular del crecimiento y desarrollo del niño.

En relación con el tipo de seguro de salud, el análisis mostró un nivel de significancia de p = 0,561, resultado que indicó la ausencia de una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED. Este comportamiento permitió interpretar que la modalidad de aseguramiento no constituyó un factor determinante en la utilización del servicio. Probablemente, esta situación estuvo relacionada con el predominio del Seguro Integral de Salud (SIS) dentro de la población estudiada y con el hecho de que el control CRED forma parte de las prestaciones preventivas garantizadas en el primer nivel de atención, reduciendo las diferencias derivadas de la cobertura de salud.

Por otra parte, la capacidad para cubrir el gasto del traslado al centro de salud mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0,030) con la asistencia al programa. Este hallazgo evidenció que los costos de desplazamiento constituyeron una barrera para algunas familias, especialmente cuando los recursos económicos fueron limitados. Aunque el servicio de salud no generó costos directos para los usuarios, el transporte representó un gasto adicional que pudo dificultar el cumplimiento oportuno de las citas programadas, principalmente en hogares con ingresos reducidos o con varias personas dependientes.

En contraste, el indicador “deja de asistir al CRED por falta de dinero” obtuvo un nivel de significancia de p = 0,952, por lo que no presentó una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo. Este resultado permitió

inferir que la percepción de la falta de dinero no fue identificada de manera aislada como la principal causa de inasistencia. Es posible que esta condición se encontrara relacionada con otros factores, como las responsabilidades familiares, los horarios laborales, las dificultades para obtener citas o la organización del servicio, los cuales actuaron de manera simultánea e influyeron conjuntamente en la decisión de acudir a los controles.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, estos resultados pusieron de manifiesto que las condiciones económicas continuaron representando un componente importante en la utilización de los servicios preventivos de salud. En consecuencia, el profesional de enfermería desempeñó un papel relevante al identificar tempranamente a las familias con mayor vulnerabilidad económica, brindar consejería personalizada y promover estrategias que facilitaran la continuidad del seguimiento infantil. Asimismo, estos hallazgos respaldaron la necesidad de fortalecer acciones intersectoriales orientadas a reducir las barreras económicas indirectas que aún limitaron el acceso a los controles de crecimiento y desarrollo.

Los resultados también guardaron concordancia con el Modelo Conductual de Andersen, el cual reconoce que los recursos económicos constituyen factores facilitadores que influyen en la utilización de los servicios de salud, ya que disponer de recursos suficientes favorece el acceso y la continuidad de la atención. Del mismo modo, coincidieron con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, la cual promueve el acceso oportuno, continuo y equitativo a los controles de crecimiento y desarrollo, considerando las características sociales y económicas de las familias para garantizar un seguimiento integral del niño.

Es importante precisar que la prueba de Chi-cuadrado de Pearson permitió demostrar la existencia de una asociación estadísticamente significativa, pero no estableció una relación de causa y efecto entre las variables. Por ello, los resultados evidenciaron que determinados factores económicos estuvieron relacionados con la asistencia al CRED dentro de la población estudiada; sin embargo, no permitieron afirmar que dichos factores fueran la causa directa del cumplimiento o incumplimiento de los controles.

La evidencia estadística permitió concluir que los factores económicos influyeron significativamente en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, especialmente aquellos relacionados con el ingreso familiar y la capacidad para cubrir los gastos de traslado al establecimiento de salud. Estos resultados reforzaron la importancia de desarrollar intervenciones de enfermería con enfoque de equidad, dirigidas a disminuir las barreras económicas que aún afectan la continuidad del cuidado preventivo y a fortalecer el acceso oportuno de los niños a los servicios de salud.

5.2.5. Contrastación de hipótesis especifica 04

H_0.4: No existe una relación entre el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.4: Existe una relación entre el factor cultural y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% (α = 0.05). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 14.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor cultural y la asistencia al control

Correlaciones	
	Asistencia al control
	Sig.
Factores culturales	0,000
Dificultades para comunicarse en el centro de salud por su lengua materna	0,047
Su creencia religiosa le ha dificultado asistir al CRED	0,024
Frases que representa mejor su creencia sobre el CRED	0,038
Usa prácticas tradicionales antes que ir al CRED	0,013
Chi-cuadrado de Pearson = 158,182; gl = 4	

La Tabla 14 presentó los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada con la finalidad de determinar la relación entre los factores culturales

y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

De manera general, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 158,182, con 4 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de p = 0,000. Al ser este valor inferior al nivel de significancia establecido (p < 0,05), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. En consecuencia, se comprobó que existió una asociación estadísticamente significativa entre los factores culturales y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, lo que evidenció que las creencias, costumbres y formas de comprender el cuidado infantil estuvieron relacionadas con la continuidad de los controles preventivos.

Este resultado permitió comprender que la asistencia al programa CRED estuvo influenciada por elementos propios del contexto sociocultural de las familias. Las formas de interpretar la salud, las prácticas tradicionales, la comunicación con el personal de salud y las creencias religiosas influyeron en las decisiones de los padres o cuidadores respecto a la participación en los controles periódicos del niño. Por ello, la adherencia al CRED no dependió únicamente de la disponibilidad del servicio, sino también de la manera en que las familias comprendieron la utilidad del control preventivo y establecieron prioridades para el cuidado infantil.

Al analizar cada uno de los indicadores, se encontró que las dificultades para comunicarse en el centro de salud debido a la lengua materna mostraron una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED (p = 0,047). Este hallazgo indicó que las barreras lingüísticas influyeron en la utilización del servicio, debido a que una comunicación limitada entre el profesional de salud y el cuidador pudo dificultar la comprensión de las orientaciones, la importancia de los controles y las recomendaciones brindadas durante la atención. En un contexto multicultural como el de Cusco, donde una parte de la población tiene como lengua materna el quechua, estos resultados resaltaron la necesidad de fortalecer una atención con enfoque intercultural que facilite una comunicación clara, respetuosa y comprensible.

Asimismo, las creencias religiosas presentaron una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (p = 0,024). Este resultado permitió inferir que determinadas convicciones espirituales o religiosas influyeron en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud infantil. Si bien la mayoría de las familias no percibió sus creencias como una limitación para asistir al CRED, en un grupo de cuidadores estas sí condicionaron la continuidad de los controles, lo que evidenció la importancia de brindar una atención respetuosa de la diversidad de creencias, promoviendo el diálogo y la confianza entre el personal de salud y la familia.

En relación con las creencias sobre la importancia del control CRED, el análisis mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0,038). Este hallazgo puso de manifiesto que la forma en que los cuidadores comprendieron la finalidad del programa influyó directamente en su decisión de asistir a los controles. Aquellos padres que reconocieron al CRED como una estrategia para prevenir enfermedades y vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo mostraron una mayor predisposición para mantener el seguimiento de sus hijos. Por el contrario, quienes consideraron que el establecimiento de salud solo debía visitarse cuando el niño presentaba algún problema de salud tuvieron mayor probabilidad de interrumpir los controles preventivos. Este resultado destacó la importancia de fortalecer la educación sanitaria desde el primer nivel de atención para promover una cultura orientada hacia la prevención.

De igual manera, el uso de prácticas tradicionales antes de acudir al CRED presentó una asociación estadísticamente significativa (p = 0,013). Este resultado evidenció que las prácticas culturales propias de las familias formaron parte de las decisiones relacionadas con el cuidado infantil. En algunos casos, la preferencia inicial por tratamientos tradicionales, remedios caseros o conocimientos transmitidos dentro de la comunidad pudo retrasar la asistencia al establecimiento de salud. Sin embargo, este hallazgo no implicó que dichas prácticas fueran incompatibles con la atención profesional, sino que resaltó la necesidad de desarrollar intervenciones de enfermería que integren el respeto por la cultura local con la promoción de prácticas preventivas sustentadas en evidencia científica.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, estos resultados reafirmaron la importancia de brindar una atención con enfoque intercultural, donde las características culturales de las familias fueran consideradas durante el proceso de atención. El profesional de enfermería desempeñó un papel esencial al establecer una comunicación efectiva, respetar las costumbres de cada familia y ofrecer información comprensible que fortaleciera la confianza de los cuidadores y favoreciera la continuidad del seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Asimismo, estos hallazgos guardaron concordancia con la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, la cual sostiene que los cuidados de enfermería alcanzan mejores resultados cuando son culturalmente congruentes y respetan los valores, creencias y prácticas de las personas. De igual manera, coincidieron con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, la cual establece que el control de crecimiento y desarrollo debe brindarse bajo un enfoque integral, familiar e intercultural, promoviendo el respeto por la diversidad cultural y garantizando una atención accesible y pertinente para toda la población infantil.

Es importante señalar que la prueba de Chi-cuadrado de Pearson permitió establecer la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre los factores culturales y la asistencia al CRED; sin embargo, esta prueba no permitió demostrar una relación de causalidad entre las variables estudiadas. En consecuencia, los resultados indicaron que las características culturales estuvieron relacionadas con la asistencia a los controles preventivos dentro de la población evaluada, sin afirmar que constituyeran la causa directa del cumplimiento o incumplimiento del programa.

La evidencia estadística permitió concluir que los factores culturales influyeron significativamente en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, especialmente aquellos relacionados con la comunicación por lengua materna, las creencias religiosas, la percepción sobre la importancia del CRED y el uso de prácticas tradicionales. Estos resultados respaldaron la necesidad de fortalecer estrategias de enfermería con enfoque intercultural, orientadas a mejorar la comunicación con las familias, promover la educación

sanitaria y respetar la diversidad cultural como parte fundamental del cuidado integral del niño.

5.2.6. Contrastación de hipótesis especifica 05

H_0.5: No existe una relación entre el factor institucionales y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

H_1.5: Existe una relación entre el factor institucionales y la asistencia al control CRED en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio - Cusco.

Para este análisis, se estableció un nivel de significancia del 5% (α = 0.05). En ese marco, si el valor p resultante de la prueba estadística es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 15.

Resultado de correlación según Chi-cuadrado de Pearson para el factor institucional y la asistencia al control

Correlaciones	
	Asistencia al control
	Sig.
Factores institucionales	0,000
El personal de salud le trata con amabilidad durante el CRED	0,606
Entiende claramente la información que le brinda el personal de salud	0,588
El horario de atención del centro de salud le parece adecuado	0,002
El tiempo de espera para su turno es razonable	0,024
La consulta durante el CRED es completa y sin apuro	0,024
Los consultorios del CRED están en buenas condiciones	0,303
Considera que hay suficiente personal para la atención CRED	0,534
Tuvo dificultades para obtener una cita para el CRED	0,000
Cree que el número de citas diarias en el servicio es suficiente	0,003
Chi-cuadrado de Pearson = 99,455; gl = 7	

La Tabla 15 presentó los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, aplicada con la finalidad de determinar la relación entre los factores institucionales y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud CLAS Ttio.

De manera global, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 99,455, con 7 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de p = 0,000. Al ser este valor inferior al nivel de significancia establecido (p < 0,05), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. En consecuencia, se confirmó que existió una asociación estadísticamente significativa entre los factores institucionales y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, lo que evidenció que la forma en que se organizó y brindó el servicio de salud guardó relación con la continuidad de los controles preventivos.

Este resultado permitió comprender que la asistencia al programa CRED no dependió únicamente de las condiciones propias del cuidador o de la familia, sino también de la organización del establecimiento de salud. Aspectos relacionados con los horarios de atención, el acceso a citas, el tiempo de espera y la calidad del proceso de atención influyeron en la decisión de los padres o cuidadores de continuar asistiendo a los controles programados, lo que resaltó la importancia de fortalecer la gestión de los servicios para garantizar una atención accesible, oportuna y centrada en las necesidades de la población.

Al analizar cada uno de los indicadores, se observó que el trato amable del personal de salud no presentó una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED (p = 0,606). Este resultado indicó que, aunque la mayoría de los cuidadores percibió un trato cordial durante la atención, este aspecto no constituyó un elemento diferenciador para decidir asistir o no a los controles. No obstante, ello no disminuyó su importancia, ya que el trato humanizado continuó siendo un componente esencial para fortalecer la confianza entre el profesional de enfermería y la familia.

De igual manera, la comprensión de la información brindada por el personal de salud tampoco mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0,588). Este hallazgo permitió interpretar que, en la población estudiada, la claridad de la información proporcionada durante la consulta no explicó por sí sola la continuidad de la asistencia al CRED. Sin embargo, una adecuada educación sanitaria siguió siendo indispensable para fortalecer los conocimientos de los cuidadores y favorecer prácticas preventivas relacionadas con el crecimiento y desarrollo infantil.

En contraste, el horario de atención del establecimiento presentó una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al CRED (p = 0,002). Este resultado evidenció que la compatibilidad entre los horarios del servicio y las actividades cotidianas de las familias influyó de manera importante en el cumplimiento de los controles. Cuando los horarios fueron percibidos como adecuados, los cuidadores tuvieron mayores posibilidades de organizar sus actividades laborales y familiares para acudir al establecimiento de salud; por el contrario, los horarios poco flexibles representaron una barrera para la continuidad del seguimiento infantil.

Asimismo, el tiempo de espera para recibir atención mostró una asociación significativa con la asistencia (p = 0,024). Este hallazgo indicó que las demoras prolongadas durante la atención desmotivaron la asistencia de algunos cuidadores, especialmente cuando debieron conciliar la visita al establecimiento con responsabilidades laborales o domésticas. En consecuencia, la reducción de los tiempos de espera se constituyó en un aspecto importante para mejorar la satisfacción de los usuarios y favorecer la permanencia en el programa CRED.

Del mismo modo, la percepción de que la consulta fue completa y realizada sin apuro presentó una asociación estadísticamente significativa (p = 0,024). Este resultado permitió inferir que la calidad percibida de la atención influyó en la continuidad de los controles, debido a que las familias valoraron positivamente aquellas consultas en las que recibieron una evaluación integral del niño, orientación suficiente y el tiempo necesario para resolver sus dudas. Este hallazgo fue consistente con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, la cual establece que el control CRED debe desarrollarse de manera integral, considerando la valoración del crecimiento, desarrollo, estado nutricional, consejería y acompañamiento familiar durante cada atención.

Por otra parte, las condiciones físicas de los consultorios no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la asistencia (p = 0,303). Este resultado indicó que, aunque disponer de ambientes adecuados favoreció la calidad del servicio, este

aspecto no representó un factor determinante para que los cuidadores decidieran acudir a los controles programados.

De igual forma, la percepción sobre la suficiencia del personal de salud tampoco evidenció una asociación significativa (p = 0,534). Este hallazgo permitió interpretar que la cantidad de profesionales disponibles no fue percibida como un elemento que condicionara directamente la asistencia al programa. Sin embargo, mantener un número suficiente de profesionales continuó siendo importante para asegurar una atención oportuna y disminuir los tiempos de espera.

Uno de los resultados más relevantes correspondió a las dificultades para obtener una cita para el CRED, variable que presentó una asociación altamente significativa con la asistencia (p = 0,000). Este hallazgo evidenció que la disponibilidad y facilidad para acceder a una cita constituyeron uno de los principales factores institucionales relacionados con la continuidad de los controles. Cuando los cuidadores encontraron dificultades para programar una atención o debieron esperar varios días para obtener una cita, aumentó la probabilidad de incumplimiento del seguimiento establecido para el niño.

Asimismo, la percepción de que el número de citas diarias era suficiente también mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0,003). Este resultado indicó que la capacidad resolutiva del servicio y la disponibilidad de cupos influyeron en la asistencia al programa, ya que una oferta limitada de citas dificultó el acceso oportuno al control CRED y favoreció el retraso o la suspensión de los controles programados.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, estos hallazgos pusieron de manifiesto que la organización de los servicios de salud desempeñó un papel determinante en la continuidad del cuidado infantil. El profesional de enfermería, además de desarrollar actividades asistenciales y educativas, participó activamente en la gestión del programa CRED mediante la organización de agendas, el seguimiento de usuarios inasistentes, la educación permanente y la coordinación de estrategias orientadas a facilitar el acceso de las familias a los controles preventivos.

Estos resultados guardaron concordancia con el Modelo Conductual de Andersen, el cual reconoce que las características organizacionales de los servicios constituyen factores facilitadores que condicionan la utilización de la atención sanitaria. Del mismo modo, coincidieron con la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025, que establece que el control de crecimiento y desarrollo debe brindarse con criterios de oportunidad, continuidad, calidad e integralidad, garantizando horarios accesibles, disponibilidad de citas y una atención centrada en el niño y su familia.

Es importante precisar que la prueba de Chi-cuadrado de Pearson permitió demostrar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre los factores institucionales y la asistencia al CRED; sin embargo, esta prueba no permitió establecer una relación de causa y efecto entre las variables. En consecuencia, los resultados indicaron que determinados componentes de la organización del servicio estuvieron relacionados con la asistencia a los controles, sin afirmar que constituyeran la causa directa del cumplimiento o incumplimiento del programa.

La evidencia estadística permitió concluir que los factores institucionales influyeron significativamente en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, especialmente aquellos relacionados con los horarios de atención, el tiempo de espera, la calidad percibida de la consulta, la facilidad para obtener citas y la disponibilidad de cupos diarios. Estos resultados respaldaron la necesidad de fortalecer la gestión del programa CRED mediante intervenciones orientadas a mejorar la organización de los servicios, optimizar el acceso oportuno y garantizar una atención integral, humanizada y centrada en las necesidades de los niños y sus familias.

5.3. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidenciaron que la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años estuvo significativamente influenciada por factores sociales, demográficos e institucionales, lo cual permitió dar cumplimiento al objetivo general del estudio. Estos hallazgos confirmaron que la adherencia al CRED constituye un fenómeno multifactorial, en el que intervienen no solo

características individuales del cuidador, sino también condiciones del entorno familiar y del sistema de salud.

En relación con los antecedentes internacionales, se observó que los resultados de la presente investigación guardaron coherencia con lo reportado por Fernández M., Abreu J. P. y Marrero C., quienes evidenciaron que el 83% de las familias percibía ingresos menores a 400 dólares, lo cual reflejaba condiciones socioeconómicas desfavorables que impactaban negativamente en la salud infantil. Este hallazgo porcentual fue consistente con los resultados del estudio actual, donde se identificó que la asistencia al control CRED estuvo condicionada por factores sociales y económicos; sin embargo, la investigación actual avanzó más allá del enfoque descriptivo al demostrar inferencialmente una asociación altamente significativa entre estos factores y la asistencia (p = 0,000), lo que permitió confirmar estadísticamente dicha relación (24).

Asimismo, Ayunda K. D., Buanasita A., Intiyati A. y Hindaryani N., reportaron que el 59,2% de las madres presentó conocimientos deficientes y que el 67,3% de los niños evidenció un crecimiento no adecuado, encontrando asociaciones estadísticamente significativas entre el conocimiento materno y la tendencia de crecimiento (p=0,000), así como entre el cumplimiento de las visitas y el crecimiento infantil (p=0,001). Estos resultados coincidieron con los obtenidos en la presente investigación, donde también se evidenció una relación significativa entre los factores asociados y la asistencia al control CRED (p=0,000), particularmente respecto al conocimiento y la percepción de la importancia del control. Sin embargo, desde una perspectiva crítica, ambos estudios difirieron en el desenlace evaluado. Mientras Ayunda et al. analizaron el efecto del conocimiento sobre el crecimiento infantil como resultado final, la presente investigación centró su análisis en la asistencia al CRED como conducta preventiva que antecede al adecuado seguimiento del crecimiento y desarrollo. En consecuencia, los hallazgos complementaron la evidencia disponible al demostrar que el conocimiento del cuidador no solo influye en los resultados del crecimiento infantil, sino también en la decisión de mantener la continuidad de los controles, aspecto fundamental para cumplir con las

actividades preventivas establecidas en la Norma Técnica de Salud N.° 238-MINSA/DGIESP-2025 y favorecer la detección oportuna de alteraciones del crecimiento y desarrollo (25).

Por otro lado, González G. E. y Quiroz J. A., identificaron barreras relacionadas con la accesibilidad y la organización del servicio, aunque sus resultados se centraron principalmente en la descripción de factores como el uso de lenguaje técnico y los tiempos de desplazamiento. En contraste, la presente investigación no solo describió estas limitaciones, sino que evidenció inferencialmente su impacto significativo en la asistencia al CRED (p = 0,000), lo que permitió establecer con mayor rigor estadístico que los factores institucionales influyeron directamente en la adherencia. Esta diferencia evidenció una fortaleza metodológica del estudio actual al integrar análisis inferencial en la explicación del fenómeno (26).

De igual manera, Castillo C. F., Chalan B. M. y Riofrio A. C., señalaron, desde una revisión sistemática, que los factores sociodemográficos, culturales y organizacionales influyeron de manera conjunta en el incumplimiento de intervenciones preventivas. Aunque su estudio no presentó resultados porcentuales específicos ni análisis inferencial propio, sus conclusiones coincidieron con la presente investigación, en la cual se demostró estadísticamente que los factores sociales, económicos, culturales e institucionales se asociaron significativamente con la asistencia al control CRED (p = 0,000). En este sentido, se pudo afirmar que la tesis aportó evidencia empírica cuantificable que respaldó y fortaleció los planteamientos teóricos de dicho antecedente (27).

En cuanto al estudio de Vázquez J. K. y Fuentes A. B., se observó que el 59,1% de los padres no asistía a los controles, pese a presentar niveles bajos de conocimiento; sin embargo, no se evidenció asociación estadísticamente significativa (p>0,05). En contraste, en la presente investigación sí se identificó relación significativa entre los factores asociados y la asistencia al CRED (p=0,000), lo que sugiere que, en este contexto, el conocimiento sí interactuó de manera más directa con otros factores estructurales. Esta diferencia puede explicarse por la inclusión de variables más amplias en el presente

estudio, como factores institucionales y sociales, que fortalecieron la capacidad explicativa del modelo (28).

En relación con Ávila M. A. y Medina K. P., quienes reportaron una inasistencia del 69,4% y tiempos de espera prolongados en el 85,5%, los resultados mostraron concordancia con el presente estudio, donde los factores sociales e institucionales también se asociaron significativamente ($p<0,05$), evidenciando que la carga familiar y las condiciones del servicio influyeron en la adherencia. Esta similitud refuerza la consistencia externa de los hallazgos (29).

Por su parte, Mondragón I. Y. y Santin S. C., desde un enfoque cualitativo, destacaron la percepción materna como determinante clave, sin análisis inferencial; no obstante, el presente estudio complementó esta evidencia al demostrar estadísticamente que los factores institucionales se asociaron significativamente con la asistencia ($p<0,05$), aportando mayor solidez cuantitativa a dicha relación (30).

En cuanto a Paredes A. E., quien evidenció asociación significativa entre conocimiento y asistencia ($\chi^2=24,070$; $p=0,000$), los resultados fueron concordantes con el presente estudio, donde los factores culturales también mostraron significancia ($p<0,05$), reafirmando el peso del componente cognitivo en la conducta preventiva (31).

Asimismo, Córdova M. A., Melendrez M. K. y Méndez S. E. (32) identificaron influencia significativa de factores sociodemográficos, lo cual coincidió con el presente estudio ($p<0,05$), mientras que Benites C. V. y Gaona A. (33) resaltaron barreras institucionales, hallazgo igualmente confirmado ($p=0,000$). A nivel regional, Caballero R. y Huamaní F. (12) reportaron inasistencia del 60% con asociaciones significativas ($p<0,05$), lo que se alineó con los resultados actuales. No obstante, Layme R. M. y Tinco M. (13) encontraron que los factores institucionales no fueron significativos ($p=0,187$), a diferencia del presente estudio, donde sí lo fueron ($p=0,000$), lo que sugiere que en contextos urbanos estas variables adquieren mayor peso.

VI. Conclusiones

Primera. Se determinó que existió una relación estadísticamente significativa entre los factores asociados y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Salud Clas Ttio – Cusco, evidenciándose que la adherencia al programa estuvo condicionada por la interacción de factores sociales, demográficos, económicos, culturales e institucionales, lo cual reafirmó su carácter multifactorial dentro del enfoque de los determinantes sociales de la salud. Se reafirmo que la asistencia al control CRED no dependió de un único determinante, sino de la interacción dinámica de múltiples factores, lo que evidenció la necesidad de intervenciones integrales desde la enfermería comunitaria orientadas a mejorar la accesibilidad, fortalecer la educación en salud y promover una atención humanizada y culturalmente pertinente.

Segunda. Se evidenció que el factor social se relacionó significativamente con la asistencia al control CRED, observándose que la carga de responsabilidades familiares, las actividades laborales y la disponibilidad de redes de apoyo influyeron en la capacidad del cuidador para cumplir con las citas programadas, coincidiendo con lo planteado en estudios que resaltan el rol del entorno familiar en la conducta de salud.

Tercera. Se determinó que el factor demográfico se relacionó de manera significativa con la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED), evidenciándose que variables como la edad del cuidador, el estado civil y el número de hijos influyeron en la continuidad de los controles, al estar asociadas con la organización del cuidado y la disponibilidad de tiempo dentro del entorno familiar. Sin embargo, otras variables como la ocupación, el grado de instrucción y la procedencia no mostraron una influencia significativa, lo que permitió inferir que los factores demográficos no actuaron de forma aislada, sino en interacción con otros determinantes sociales. Estos hallazgos coincidieron con la evidencia que señala que las características sociodemográficas condicionan el acceso a los servicios de salud cuando se combinan con factores contextuales y familiares.

Cuarta. Se analizó que el factor económico se asoció de manera significativa con la asistencia al control CRED, evidenciándose que las limitaciones económicas, el tipo de

empleo y los costos indirectos como transporte o tiempo influyeron negativamente en la continuidad de los controles, lo cual coincide con la evidencia que señala el impacto de los determinantes estructurales en el acceso a los servicios de salud.

Quinta. Se estableció que el factor cultural tuvo una relación significativa con la asistencia al CRED, observándose que las creencias, el nivel de conocimiento sobre el control y la percepción de su importancia influyeron en la decisión de acudir a los servicios, lo cual fue consistente con el Modelo de Promoción de la Salud de Pender y con estudios que destacan la influencia del componente cognitivo en la conducta preventiva.

Sexta. Se evaluó que el factor institucional se relacionó significativamente con la asistencia al control CRED, evidenciándose que aspectos como los horarios de atención, los tiempos de espera, la calidad del trato del personal de salud y la accesibilidad del servicio condicionaron la adherencia de las madres, lo cual se alinea con el modelo de calidad de atención de Donabedian y con estudios previos en contextos similares.

VII. Recomendaciones

Primera. Al director de la Microred o Red de Salud correspondiente; se recomienda impulsar estrategias comunitarias de promoción de la salud infantil, mediante visitas domiciliarias, campañas informativas y articulación con agentes comunitarios, con el fin de fortalecer la participación familiar y mejorar la asistencia al control CRED.

Segunda. Al coordinador del servicio de crecimiento y desarrollo (CRED); se recomienda reorganizar los procesos de atención, priorizando la adecuación de los horarios, la optimización del sistema de citas y la disminución de los tiempos de espera, con el propósito de facilitar el acceso oportuno de los usuarios y reducir las barreras institucionales identificadas.

Tercera. Al profesional de enfermería responsable del programa CRED en el Centro de Salud Clas Ttio; se recomienda fortalecer las estrategias de educación sanitaria dirigidas a madres y cuidadores, enfatizando la importancia del control como medida preventiva y de seguimiento del desarrollo infantil. Asimismo, se sugiere brindar consejería personalizada y continua, adaptada al nivel sociocultural de la población, con el fin de mejorar la adherencia a los controles.

Cuarta. Al personal de salud encargado de la atención directa en el servicio CRED; se recomienda incorporar un enfoque intercultural y humanizado en la atención, promoviendo una comunicación clara, respetuosa y adaptada a las creencias y costumbres de la población, con el fin de mejorar la confianza de los usuarios y favorecer la continuidad de los controles.

Quinta. Al sub director de la Escuela Profesional de Enfermería; se recomienda fomentar la formación en salud comunitaria, promoción de la salud y enfoque intercultural, a fin de preparar profesionales capaces de intervenir de manera integral en los determinantes sociales que influyen en la salud infantil.

Sexta. A las madres y cuidadores de niños de 3 a 5 años; se recomienda fortalecer la organización del tiempo y priorizar la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo,

reconociendo su importancia en la detección temprana de problemas de salud y en la promoción del desarrollo integral del niño, con el apoyo del entorno familiar.

VIII. Referencias

1. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años [Internet]. Lima (PE): MINSA; 2017. https://www.gob.pe/minsa
2. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1–10. California, EE.UU.: American Sociological Association.
3. World Health Organization. Immunization coverage: are we losing ground? [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2024. https://www.who.int Repositorio UNFV
4. UNICEF. Immunization: keeping children alive and healthy [Internet]. New York (US): UNICEF; 2024. https://data.unicef.org Repositorio UNFV
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2008. Repositorio UNFV
6. Pan American Health Organization. Immunization in the Americas: 2023 summary [Internet]. Washington, DC (US): PAHO; 2023.
7. UNICEF. Crece la ola de sobrepeso en la niñez: ¿demasiado tarde para revertir la marea en América Latina y el Caribe? [Internet]. Panamá (PA): UNICEF LACRO; 2023.
8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2): resultados principales [Internet]. Buenos Aires (AR): MSAL; 2019. Resumido en: Nutrición humana [Internet]. Wikipedia; 2024.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023: Indicadores de resultados de los programas estratégicos [Internet]. Lima (PE): INEI; 2024.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023: Resultados de salud infantil [Internet]. Lima (PE): INEI; 2024.
11. Damaceno Valdivia MN. Factores asociados a la inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 4 años del Centro de Salud Aparicio

Pomares Huánuco 2022 [tesis]. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco; 2023. https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/4259/Damaceno%20Valdivia%2c%20Mayra%20Naylu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Caballero Quispe R, Huamaní Quispe F. Factores relacionados a la inasistencia de madres al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años, Paruro – Cusco 2023 [tesis]. Cusco (PE): Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024.
13. Layme Mendoza RM, Tinco Taype M. Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años en el Puesto de Salud de Alccavictoria–Chumbivilcas–Cusco–2023 [Tesis de Segunda Especialidad]. Callao (Perú): Universidad Nacional del Callao; 2023. https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/dd82f3ca-1728-4ce0-a362-84682c1abf15/content
14. Choque Alvarez JY. Factores asociados al incumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo en madres de niños menores de 1 año, Puesto de Salud de Poroy – Cusco, 2024 [Tesis]. Cusco (Perú): Universidad Andina del Cusco; 2025. https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/23f99534-8899-44fd-8310-a708fdb4033b/content
15. Quispe Quispe RL, Minauro Lezama N. Determinantes maternos relacionados al incumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años del Centro de Salud Urcos-Cusco 2023 [tesis de licenciatura]. Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024. https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8808/253T20240318_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años – NTS N.° 137-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. Lima (PE): MINSA; 2011. https://www.gob.pe/minsa

17. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. New York (US): UN; 1989. https://www.ohchr.org
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743–8. Chicago, IL, United States: American Medical Association. doi:10.1001/jama.260.12.1743
19. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure–process–outcome quality of care model: a framework to evaluate how trauma system performance affects trauma outcomes. J Trauma Acute Care Surg. 2015;78(6):1168-75. doi:10.1097/TA.0000000000000663.
20. World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2019. https://www.who.int
21. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1–10.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2008. https://www.who.int/social_determinants
23. UNICEF. Early childhood development: UNICEF's vision for every child [Internet]. New York (US): United Nations Children's Fund; 2023. https://www.unicef.org
24. Fernández Rodríguez, M., Abreu Fernández, J. P., Y Marrero Batista, C. Factores limitantes del desarrollo infantil de los niños hasta 5 años en la comunidad Batallón del suburbio de Guayaquil. Sinergias Educativas, Vol. E1. Instituto Superior Tecnológico Espíritu Santo, Guayaquil (Ecuador). 2022.
25. Ayunda KD, Buanasita A, Intiyati A, Hindaryani N. The correlations of knowledge and mother's visit compliance with growth trends of children under five post pandemic at Integrated Service Post Program in Sidoarjo District. J Nutr Explor. 2023;1(4):174–85. Surabaya, Indonesia: Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya. doi:10.36568/jone.v1i4.284. https://doi.org/10.36568/jone.v1i4.284

26. González Vargas GE, Quiroz Brunes JA. Barreras de acceso a la salud en el cumplimiento del esquema de vacunación a menores de 5 años. Más Vita. Revista de Ciencias de Salud. 2023;5(2):19–33. Ambato, Ecuador. doi:10.47606/ACVEN/MV0194. https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/549/1358
27. Castillo Acaro CF, Chalan Lozano BM, Riofrio Porras AC. Factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en menores de 5 años. Una revisión sistemática de alcance. Enfermería Investiga [Internet]. Ambato (Ecuador): Universidad Técnica de Ambato; 2024 Jul–Sep;9(3):90–97. doi: 10.31243/ei.uta.v9i3.2532.2024. https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2532/3014
28. Vázquez Barragán JK, Fuentes Hernández AB. Relación entre el nivel de conocimiento sobre control de niño sano en padres de niños menores de 5 años y el cumplimiento a citas de control en la Unidad de Medicina Familiar No. 73. Ocronos. 2023;6(2):90.2–s/p. Cádiz, España: Editorial Científico-Técnica Ocronos. https://revistamedica.com/cumplimiento-citas-control-nino-sano/
29. Ávila Giron MA, Medina Sarmiento KP. Factores asociados a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo del niño en una institución pública de salud Chimbote 2024 [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Trujillo, Perú: Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/159693
30. Mondragón Córdova IY, Santin Rojas SC. Percepción materna sobre el control de crecimiento y desarrollo en menores de cinco años en un Centro de salud de Chiclayo, 2024 [tesis de licenciatura]. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024. https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/13206
31. Paredes Rupay AE. Conocimientos y cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo en madres de menores de 5 años del centro de salud Collique III zona, Comas 2024 [tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad María Auxiliadora; 2024.

https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2302/TESIS-PAREDES%20RUPAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32. Córdova Linares MA, Melendrez Díaz MK, Méndez Conde SE. Factores sociodemográficos y el cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años que acuden al centro de salud Señor de los Milagros de Huaycán Lima, 2023 [tesis de segunda especialización]. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao; 2023. https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/26f8fe7e-8cda-47c9-acf9-09fb617586f6/content
33. Benites Ruiz CV, Gaona Huaygua A. Factores que se asocian a la asistencia del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años del C.S Santa Julia – Piura [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2022. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111648/Benites_RCV-Gaona-HA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. Boston, USA: Pearson; 2011.
35. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, NTS N.° 238-MINSA/DGIESP-V.02. Lima, Perú: MINSA; 2025.
36. Capcha Zevallos EP, Chura Puma DV. Factores que condicionan la asistencia al control de CRED en madres de niños menores de 1 año en un centro de salud MINSA, 2019 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe
37. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127–140. doi:10.1097/00005650-198102000-00001.
38. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004;31(2):143–164. doi:10.1177/1090198104263660.

39. Carmona González S, Gamboa Segura NT, Ríos Santacruz LV. Percepción de la calidad en la atención del programa de crecimiento y desarrollo según las experiencias de los cuidadores. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2025.
40. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852
41. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge (MA), Estados Unidos: Harvard University Press; 1979.
42. Carmona GA. Factores que inciden en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en madres de zonas urbano-marginales [Tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2025.
43. Hernández Alarcón M. Correlaciones del conocimiento sobre el control del niño sano y la asistencia al programa CRED [Artículo]. México D.F., México: Revista Médica Panamericana; 2024.
44. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud N° 137-MINSA/2017/DGIESP: Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima, Perú: MINSA; 2017.
45. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6ª ed. México D.F. (México): McGraw-Hill; 2014.
46. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health; 2021.
47. Díaz Bravo L, et al. Metodología de la investigación cuantitativa en salud. 1.ª ed. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2020.
48. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MP. Fundamentos de investigación: la investigación en ciencias de la salud. 3.ª ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Education; 2022.
49. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis, USA: Mosby; 2001.

50. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th ed. Boston, USA: Pearson; 2019.
51. Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. 7.ª ed. Caracas, Venezuela: Episteme; 2016.
52. Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York, USA: McGraw-Hill; 2002.
53. Bernal C. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4.ª ed. Bogotá, Colombia: Pearson Educación; 2010.
54. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería. 9.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2022.
55. Valderrama J. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. 2.ª ed. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
56. Ayala Cordero B, Ataurima Mañuico J, Morales Nolasco NM. Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años en el Puesto de Salud Morro de Arica-Ayacucho 2023 [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería]. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao; 2023. https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/77b49e30-2f38-4a5e-8b97-7e76c0bc7b7c/content
57. Rivera Reynaga N. Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año del Policlínico de EsSalud, diciembre 2022 [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima (Perú): Universidad María Auxiliadora; 2022. https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1194/TRABAJO%20ACADEMICO-RIVERA%20REYNAGA.pdf?sequence=1
58. Basauri Ccuro JN. Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años del Centro de Salud Medalla Milagrosa,

SJL, 2024 [Trabajo de segunda especialidad en Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024. https://orcid.org/0000-0001-7314-4222

59. Fernández Rodríguez, M., Abreu Fernández, J. P., Y Marrero Batista, C. Factores limitantes del desarrollo infantil de los niños hasta 5 años en la comunidad Batallón del suburbio de Guayaquil. Sinergias Educativas, Vol. E1. Instituto Superior Tecnológico Espíritu Santo, Guayaquil (Ecuador). 2022. http://sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/
60. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. Londres, Reino Unido: BioMed Central. doi:10.1186/1475-9276-12-18. Disponible en: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18
61. Mendoza Gil M. Factores asociados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo de niños(as) menores de cinco años del centro de salud El Álamo del distrito de Comas - 2022 [tesis de segunda especialidad]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. https://orcid.org/0000-0002-1852-1838
62. Bonifacio Quispe A. Factores de incumplimiento en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años. Policlínico Policial Santa Rosa, Cusco, 2022 [Trabajo académico de Segunda Especialidad]. Lima, Perú: Universidad María Auxiliadora; 2023. https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1593/TRABAJO%20ACADEMICO-%20BONIFACIO%20QUISPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
63. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Lima, Perú: MINSA; 2023. Disponible en: https://www.diresacusco.gob.pe
64. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. Geneva, Switzerland: WHO; s. f. http://www.oms.int/childgrowth

65. Hernández Cataño M, Prada Comas M, Briñez Guzmán E, López Benavides I. Factores que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil. Revista Neuronum. 2020;6(3):25–39. https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/269/295
66. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: reflexión para su comprensión. Enfermería Universitaria. 2018; IV (8):16-23.
67. Cisneros F. Introducción a las teorías y modelos de enfermería. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca; 2002. https://es.scribd.com/doc/91784910/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria
68. Peraza CX, Nicovalde MI. El pensamiento de Leininger y su vinculación con la sociedad. Recimundo. 2022;7(1):99-107.
69. Roldán Delgado YF. Factores asociados al incumplimiento de las madres al CRED del niño(a) <1 año, Lima–Perú 2022. Tesis. Lima, Perú; 2022.
70. Coico Mestanza R. Factores institucionales y conocimientos maternos relacionados al control CRED en preescolares [Tesis]. Lima, Perú; 2021.
71. Aruhuanca Ccama A, Ccoapaza Arocotipa M. [Documento académico] Control de crecimiento y desarrollo: periodicidad y cumplimiento en preescolares. Cusco, Perú; 2025.
72. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. Lima, Perú: MINSA; 2017. http://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/cred/NORMATIVA%20CRED.pdf
73. Gobierno del Perú. Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para menores de 11 años. Lima, Perú: Gob.pe; 2024. https://www.gob.pe/32588-control-de-crecimiento-y-desarrollo-cred-para-menores-de-11-anos
74. Essalud. Documento Técnico Orientador: Atención del Crecimiento y Desarrollo. Lima, Perú: Essalud; 2021. https://www.essalud.gob.pe/downloads/doc_tecnico_orientador_CRED_17_8_VF.pdf

75. Región Huancavelica. “Control de Crecimiento y Desarrollo son vitales para identificar riesgos en la salud de infantes”. Noticias Huancavelica; 2022. https://old.regionhuancavelica.gob.pe/index.php/servicios/noticias/noticias-abril-2022/3488-control-crecimiento
76. Urbano Duránd C. Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño según las normas del Ministerio de Salud. Lima, Perú: OITF/USAID; 2008.
77. Gonzales Martinez R, Haisma H. The Multidimensional Index of Child Growth (MICG) of the Task Force "Towards a Multidimensional Approach for Child Growth". arXiv preprint arXiv:2511.01607; 2025.
78. Xie Z, et al. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors. BMC Public Health. 2020;20:927.
79. Hadipour A, et al. What is the role of institutional quality in health outcomes? International Journal of Health Planning and Management. 2023;38(1):e387-e402.
80. Shi Q, et al. Facilitators and Barriers to Access to Pediatric Medical Homes for Children with Special Health Care Needs. J Prim Care Community Health. 2020;11:2150132720904518. Brooklyn, Nueva York, EE. UU.: SAGE Publications. doi:10.1177/2150132720904518. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720904518
81. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de modelos médicos hegemónicos a modelos de atención multidimensionales. Cien Saude Colet. 2009;14(1):221-232. São Paulo, Brasil: SciELO. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100029
82. Bustamante CE, Rueda J, Martínez L. Barreras sociales y organizativas para el acceso al control de niño sano. Revista Peruana de Enfermería. 2022;25(2):117-126. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
83. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington D.C., EE. UU.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

84. García Ramírez M, Luque Ribelles V, Suárez Hernández L. Tareas domésticas y salud: una revisión crítica desde la perspectiva de género. Rev Int Psicol Salud. 2019;9(1):45–61. Sevilla, España: Universidad Pablo de Olavide.
85. Rutter M. Desarrollo psicosocial: progreso y desafíos. Arch Pediatr Urug. 2012;83(2):89-100. Montevideo, Uruguay: Sociedad Uruguaya de Pediatría.
86. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona, España: Paidós; 2002.
87. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
88. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. Am J Sociol. 1988;94(Suppl):S95-S120. Chicago, Illinois, EE. UU.: The University of Chicago Press. doi:10.1086/228943.
89. Organización Mundial de la Salud (OMS). os hechos probados [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health
90. Sen A. Desarrollo y libertad. Ciudad de México, México: Planeta; 1999.
91. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Public health in Mexico: 20 years of progress and challenges. Lancet. 2010;375(9728):1297-1309. Londres, Reino Unido: Elsevier.
92. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9(3):208–220. Rockville, EE. UU.: National Center for Health Services Research.
93. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención del Niño (CRED) con Enfoque Intercultural. Lima, Perú: MINSA; 2015. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/nt/nrmtecnica-nino-cred-intercultural.pdf

94. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas. Washington D.C., EE. UU.: OPS; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-pueblos-indigenas

95. Leininger M. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. Nueva York, EE. UU.: National League for Nursing; 1991.

96. Helman C. Culture, health and illness. Londres, Reino Unido: Hodder Arnold; 2007.

97. Ausubel D. The Psychology of Meaningful Verbal Learning. Nueva York, EE. UU.: Grune & Stratton; 1983.

98. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179–211.

99. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing. 1994;19(6):1178–84.

100. Balestrini M. Cómo se elabora el proyecto de investigación. 5.ª ed. Caracas, Venezuela: BL Consultores; 2002.

101. Creswell JW. Investigación cualitativa y diseño de investigación: elegir entre cinco enfoques. 3.ª ed. Ciudad de México, México: Editorial Paidós; 2013.

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes