

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



**FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL CRECIMIENTO EN
NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

Tesis presentada por las enfermeras:

FACTOR CARRILLO, ESTHER SULIANA

CAMPANO CORNEJO, ROXANA JEANETH

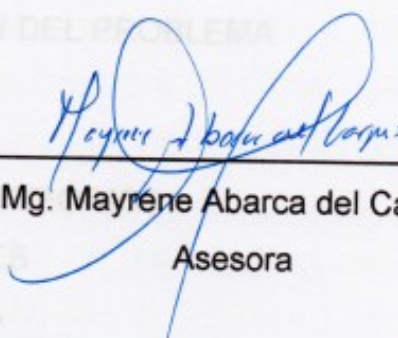
Para obtener el Título de Segunda
Especialidad en Enfermería: Crecimiento y
Desarrollo

AREQUIPA – PERÚ

2018

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

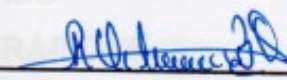
La presente tesis, FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.


Mg. Mayrene Abarca del Carpio
Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Magda Zea Rodríguez	Presidenta
Mg. Mayrene Abarca del Carpio	Vocal
Mg. Roxana Ochoa Begazo	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 22 de enero del 2018, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.


Mg. Roxana Ochoa Begazo

Secretaria

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
B. OBJETIVOS	16
C. HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	18
B. BASE TEÓRICA	20
C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	51
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	52
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	53
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	53
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	54
D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	55
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	80
B. RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIOECONÓMICOS NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	56
TABLA N° 2 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES CULTURALES EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	59
TABLA N° 3 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES NUTRICIONALES EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	61
TABLA N° 4 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MORBILIDAD EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	63
TABLA N° 5 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	64
TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y EL CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	65
TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y EL CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	66
TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIALES Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	68

TABLA N° 9	RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES ECONÓMICOS Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	70
TABLA N° 10	RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES CULTURALES Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	72
TABLA N° 11	RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES NUTRICIONALES Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	74
TABLA N° 12	RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES NUTRICIONALES Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	76
TABLA N° 13	RELACIÓN ENTRE MORBILIDAD Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017	78

RESUMEN

El presente estudio denominado FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017, tuvo como objetivo analizar los factores que se relacionan con el crecimiento en niños de años del puesto de salud Lara Arequipa -2017. Estudio de tipo descriptivo correlacional que se aplicó a 121 niños que acuden al Puesto de Salud Lara Arequipa.

Concluyéndose que el crecimiento en niños de 3 años mediante el indicador talla / edad en el Puesto de Salud Lara Socabaya Arequipa es adecuado en un 67.8%. Los factores socioeconómicas que guardan relación con el crecimiento son la edad de la madre, el número de hijos de los padres, el estado civil de los padres, el tipo de familia, ocupación de los padres, ingresos económicos, grado de instrucción de los padres, lugar de procedencia del padre. Los factores nutricionales que se relación con el crecimiento son la lactancia materna exclusiva y complementaria, edad de inicio de la alimentación complementaria, numero de comidas que reciben al día y la recepción de suplementos nutricionales y con respecto a la morbilidad y al crecimiento todas las enfermedades guardan relación con el crecimiento.

Palabras clave: Factores, crecimiento, niños, 3 años.

ABSTRACT

The present study called FACTORS THAT ARE RELATED TO GROWTH IN CHILDREN 3 YEARS OF AGE IN LARA AREQUIPA HEALTH - 2017 aimed to analyze the factors that are related to growth in children under the age of Lara Arequipa health post -2017. Correlational descriptive type study that was applied to 121 children who come to the Lara Arequipa Health Post.

Concluding that the growth in children 3 years by the size / age indicator in the Health Post Lara Socabaya Arequipa is adequate in 67.8%. The socioeconomic characteristics that are related to the growth are the age of the mother, the number of children of the parents, the marital status of the parents, the type of family, occupation of the parents, economic income, degree of instruction of the parents , place of origin of the father. The nutritional characteristics that are related to growth are exclusive and complementary breastfeeding, age at the start of complementary feeding, number of meals received per day and the receipt of nutritional supplements and with respect to morbidity and growth all diseases they are related to growth.

Keywords: factors, growth, children, 3 years.

INTRODUCCIÓN

Las grandes encuestas nacionales sobre el estado nutricional de la población peruana han permitido conocer la magnitud del problema de la desnutrición de los niños en el Perú. Sus resultados muestran que la desnutrición crónica infantil, particularmente la de menores de 5 años, es uno de los mayores desafíos para la salud pública del país. Además de su conocida repercusión negativa en el desarrollo de la niñez y de la extensa morbilidad que suele acompañarla. En la desnutrición, se reconocen distintos factores de riesgo y su alta prevalencia en una comunidad determinada, está íntimamente ligada al subdesarrollo económico, a la injusticia social y al bajo nivel cultural.

En niños menores de cinco años se han señalado diversos factores de riesgo nutricional relacionados con el individuo, los padres, el medio familiar y el ambiente en general, por lo que este trabajo de investigación

tiene como propósito incentivar a las personas que se encuentran interesadas en mejorar el nivel de crecimiento que un niño o niña puede alcanzar, para intervenir efectivamente en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño, pues sabemos que éste proceso no depende solamente del factor genético con que el niño viene al mundo, sino también de la influencia de las relaciones que establece con su medio ambiente.

En este contexto el presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores relacionados con el crecimiento en niños de 3 años en el Puesto de Salud de Lara de la Microred Socabaya, lo cual nos permitió el abordaje de forma integral del niño menor de 3 años, priorizando las intervenciones de enfermería y los recursos, lo que repercutirá positivamente en la recuperación de su salud y en el mantenimiento de la misma de manera sostenida.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Crecimiento, proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, genéticos y neuroendocrinos.

Crecimiento Inadecuado, Condición en la niña o niño que evidencia, pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla. (Norma Técnica MINSA ,2011)

La Organización Mundial de la Salud Confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima

desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Por supuesto, existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es notablemente similar. Por ejemplo, los niños de la India, Noruega y el Brasil registran patrones de crecimiento similares si se les proporcionan las condiciones para un crecimiento sano en la primera infancia. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños en el mundo de este grupo edad. (OMS, 2017)

En Etiopía, también se identificaron como factores determinantes del retardo del crecimiento, la pertenencia del individuo a familias numerosas, a la condición de hijos de madres trabajadoras, a una LM menor de 2 años, y aquellos que teniendo LM menos de los 6 meses de nacido, son alimentados con biberón. (FIDACU, 2014)

Asimismo en los estados más pobres del Brasil se ha observado una disminución de la prevalencia de retardo del crecimiento, reportando que en la actualidad llega al 10.9% de los niños, encontrándose una asociación con los bajos niveles educativo de las madres y con los bajos niveles socioeconómicos. En un estudio que encontró retardo del crecimiento del 10.9% en niños en edad preescolar, indicó que los factores determinantes fueron el bajo nivel de escolaridad de la madre, bajo ingreso económico, bajo nivel socioeconómico y el hecho que los niños habían tenido menos de seis controles pre-natales. (RAMOS, 2014)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) , Según la encuesta en los últimos tres años la desnutrición crónica infantil, definida como el retardo en el crecimiento de la talla para la edad en niñas y niños

menores de cinco años, disminuyó 3,1 puntos porcentuales a nivel nacional, al pasar de 17,5% en el 2013 a 14,4% en el 2015. Cabe precisar que durante los últimos cinco años disminuyó en 5,1%. En ese mismo año la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años en el área rural alcanzó 27,7%, habiéndose reducido en 4,6% en los últimos tres años y 9,3% en los últimos cinco años. En el área urbana, la desnutrición crónica infantil disminuyó en 1,1% en los últimos tres años.

En el año 2015, solo el departamento de Huancavelica registró una tasa de desnutrición crónica infantil superior al 30,0%; sin embargo en los últimos años disminuyó en 16,2%; asimismo, se reportaron reducciones importantes en los departamentos de Cajamarca (10,3%), Apurímac (9,9%), Loreto (9,1%) y Huánuco (6,7%).

En el año 2015, la anemia definida principalmente como la condición de insuficiencia de hierro en la sangre, alcanza al 43,5% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, cifra menor en 3,3% con relación al año anterior. Entre los factores asociados a la anemia en las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses, se considera la condición de pobreza, falta de control prenatal durante el embarazo de la madre del niño y ser madre adolescente, principalmente. En el área rural los niveles de prevalencia de anemia en las niñas y niños de 6 y menores de 36 meses afectaron al 51,1%, habiendo descendido en 6,4%, comparado con el año anterior. En el área urbana este porcentaje alcanzó el 40,5% en el 2015, inferior en 1,8% respecto al 2014.

En el año 2015, los mayores niveles de anemia a nivel departamental se reportaron en Puno (76,0%), seguido de Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%) y Loreto (55,6%). En tanto, los departamentos con niveles inferiores al 36% son: La Libertad (34,0%), Provincia Constitucional del Callao (34,3%), provincia de Lima y Cajamarca (35,5% cada uno) y Piura (35,9%).

En el año 2015, se disminuye lactancia materna exclusiva la proporción de niñas y niños menores de seis meses en un 65,2%; resultados inferior en 3,2% comparado con el año 2014. Cabe precisar, que una de las principales razones que impiden la lactancia exclusiva es el problema de succión/no tiene leche (56,1%) y madres que trabajan o el niño rehusó (33,5%).

En el área rural la lactancia exclusiva de los niños menores de seis meses representó el 79,2%, mayor en casi 20% comparado con el área urbana (59,4%). Los departamentos con mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva son Apurímac (94,5%), Huancavelica (86,9%), Ayacucho (84,5%), Amazonas (83,9%), Huánuco (82,1%) y Ucayali (80,0%).

En el año 2015, la incidencia respiratoria aguda en las niñas y niños menores de 36 meses de edad alcanzó el 16,3%, resultado menor en 1,2% con relación al 2014. En el área urbana, la incidencia llegó al 15,4% y en la rural al 18,4%. Las enfermedades diarreicas agudas llegó al 15,5%, lo que representó una ligera disminución de 0,2% comparado con el año 2014. En el área urbana fue de 14,6% y en la rural 17,8%. (INEI, 2016)

En nuestro país, la anemia constituye un problema de salud pública grave dada la elevada prevalencia de 43.6%, entre los niños de 06 a 35 meses, al 2016, y casi 6 de cada 10 niños, entre los 6 y 12 meses, se encuentran con anemia (59.3%). Se estima que hay 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia, durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior está relacionada con la desnutrición infantil. Los niveles de anemia a nivel nacional se han reducido de 60.9% a 43.6% entre el año 2000 y el 2016. Sin embargo se aprecia un estancamiento entre el 41.6% y 43.6% entre el 2011 y el 2016. En ámbito urbano afecta al 39.9% de los niños y niñas de 06 a 35 meses, mientras que en la zona rural alcanza al 53.4%. La anemia es un problema generalizado, tanto en las áreas urbana y rural y también atraviesa todos los estratos socioeconómicos del país. Afecta a un 53.8% de niños de 6 a 35 meses de hogares de quintiles

socioeconómicos más bajos, y también a un 28.4% del quintil superior. (MINSA, 2017)

El Ministerio de Salud (Minsa), en el marco del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, enfatiza la prevención de la parasitosis por las múltiples consecuencias que este padecimiento genera en la población fundamentalmente en los niños en pleno crecimiento y desarrollo. (MINSA, 2017)

Según informa el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSA), en los establecimientos de salud del país se estima que tres de cada cuatro consultas médicas que se atienden son infecciones respiratorias agudas, las cuales se presentan principalmente entre los meses de abril a agosto, que coincide con la temporada de bajas temperaturas. Los factores que contribuyen a que las niñas y niños tengan IRA son: bajo peso al nacer, la lactancia materna no exclusiva (durante los primeros 4 meses de vida), la falta de inmunización, la contaminación al interior de la vivienda y el hacinamiento.

En el Perú, el Ministerio de Salud viene implementando el “Plan de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud frente a Bajas Temperaturas 2016-2017”, que tiene por finalidad proteger la vida y la salud de las personas frente a las bajas temperaturas. Su objetivo general es reducir la morbimortalidad que ocasionan los daños y otros factores externos por la temporada de heladas y friaje. De acuerdo con el Decreto Supremo N° 033-2016-PCM, las regiones priorizadas de atención por bajas temperaturas son: Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Junín, Puno, Moquegua, Pasco, Tacna (por heladas) y Madre de Dios, Ucayali, Loreto y San Martín (por friajes). (MINSA, 2017)

En la región Arequipa, la proporción de Desnutrición Crónica muestra en el tiempo una tendencia a la disminución del 2005 al 2015 un total de 5.3%, Al I Semestre 2016, la desnutrición crónica, se han incrementado

en los grupos etareos, de 6-11 meses, 12-23 meses, 24-35 meses, 36 -47 meses y los niños menores de un año son los que menores cambios han presentado en las proporciones, de menos de 0.4% por año.

La desnutrición crónica a nivel regional es del 7.9%, siendo la provincia de la Unión que presenta 37.2% lo que representa 454 casos, siendo de alta prevalencia, sin embargo, en la provincia de Arequipa se tiene 4275 niños con desnutrición crónica, lo que representa el 6.9% seguido de la Provincia de Caylloma con 934 niños con desnutrición crónica y 11.5%.

La desnutrición crónica a nivel de la Red Arequipa Caylloma se tiene 5355 niños(as) observándose que el establecimiento de salud de Sandrita Pérez del Pedregal tiene 256 niños, Ciudad de Dios 201 niños(as), Maritza Campos 198 niños(as) Javier Llosa Hunter 138 niños(as), C.S. Independencia 137 niños(as) Ciudad Municipal 120 niños(as), C.S. Alto Selva Alegre 103 niños(as), C.S. Chivay 99 niños(as) y Caylloma 96 niños(as). Red Camaná al I semestre tiene 539 niños (as) observándose que los establecimientos de salud con mayor número son Chala 48 niños (as), Secocha 48 niños(as), Acarí tiene 40 niños (as). Red Castilla Condesuyos La Unión al I semestre tiene 887 niños(as) observándose que los establecimientos de salud con mayor número Orcopampa 118 niños(as), Puyca 74 niños(as), Chuca 64 niños(as) y Chuquibamba 62 niños(as). Red Islay al I semestre tiene 95 niños (as) observándose que los establecimientos de salud con mayor número Matarani 25 niños (as), Alto Inclán 23 niños (as). (GERESA Arequipa, I Semestre 2016).

Los niños que viven en zonas urbanas o zonas rurales se encuentran a menudo en situación de precariedad. Debido a la enorme pobreza, no pueden satisfacer apropiadamente sus necesidades elementales, como una buena nutrición, el acceso a los servicios sanitarios o la escolarización, y están expuestos a la inseguridad. Así mismo, los accidentes viales y la violencia forman parte de su vida cotidiana. La malnutrición o desnutrición es un estado patológico muy frecuente y es idéntica en zonas urbanas y rurales.

Sus efectos a corto y largo plazo (retraso del desarrollo mental, mayor exposición a las enfermedades infecciosas y riesgo de padecer enfermedades crónicas durante la edad adulta) son múltiples.

En los países con ingresos bajos, la malnutrición es a menudo consecuencia de la pobreza, que se asocia normalmente a un nivel económico familiar bajo, al medio ambiente, a condiciones difíciles de vivienda, un acceso insuficiente a la alimentación, ingesta de agua insalubre y falta de información y cuidados médicos.

Motivada por el contexto antes descrito es que formulo el problema de siguiente manera.

¿Cuáles son los factores que se relacionan con el crecimiento en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa - 2017?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que se relacionan con el crecimiento en niños de 3 años del puesto de salud Lara Arequipa -2017.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Caracterizar a la población de estudio según sexo y lugar de nacimiento.
- 2.2. Determinar los factores socioeconómicos, culturales, nutricionales y de morbilidad en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa -2017.
- 2.3. Identificar el crecimiento en niños de 3 años mediante el indicador talla / edad en el Puesto de Salud Lara Arequipa - 2017.

C. HIPÓTESIS

Ha: Existen factores que están relacionados con el crecimiento en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa -2017.

Ho: No existen factores que están relacionados con el crecimiento en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa -2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

CORONADO, H (2013) Guatemala. En su estudio “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, Realizado en el puesto de salud del valle de Palajuno Quetzaltenango, Guatemala”, la prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% , de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales.

ASENCIO, L. Y MUÑOZ, K. (2012) Ecuador. En su estudio “Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San pablo Santa Elena”- Ecuador: Concluyendo el 77% niños/as con peso normal, el 12% niños/as con desnutrición o bajo peso, el 7% con riesgo de sobrepeso y el 4% con obesidad. En el momento de la encuesta por madres y cuidadoras existen mucho desconocimiento sobre nutrición, y a nivel socioeconómico existe un promedio medio ya que tienen un sueldo indefinido por lo tanto esto afecta a la alimentación de los niños/as.

ENRIQUEZ, A. Y PEDRAZA, V. (2017) Perú. En su estudio, “Factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del distrito de Reque – 2016. ”, es de tipo cuantitativo, y diseño descriptivo de corte transversal; tuvo como población a 902 madres con niños de 1 a 4, con una muestra de 207 madres a quienes se les evaluó con un cuestionario. Se concluye que el 58% de las madres tienen ocupación amas de casa, un 50.7% son convivientes; el motivo de inasistencia es el quehacer en el hogar con un 24.2% y el 41.5% de las madres manifiesta que solo se pesa y talla en los controles del niño(a).

AREVALO, J. (2014) Perú. En su estudio, “Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolome – Perú 2014”. Tuvo como resultado una mayor frecuencia de desnutrición aguda leve (61,9%), seguido de desnutrición crónica (36,5%) y solo se presentó un caso de desnutrición aguda severa. La mayoría de pacientes con desnutrición tenían menos de 2 años (73,0%). Se comprobó que la edad menor a 2 años se asocia a la prevalencia de desnutrición. Por otro lado, 9 de cada 10 pacientes (88,9%) con desnutrición provenían de familias con un nivel socioeconómico bajo, el nivel socioeconómico bajo se asocia a la prevalencia de desnutrición, el peso pequeño para la edad gestacional al nacimiento y la no exclusividad de la

lactancia materna se asocian a la prevalencia de la desnutrición. Sobre las características de la madre, se determinó que la edad ≤ 20 años se asocia a la prevalencia de desnutrición.

FARFÁN, C. (2012) Perú. En su estudio, “Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau 2012”, es de tipo descriptivo, donde se tuvo una muestra de 187 niños. Se recolectó la información a partir de las historias clínicas y de la evaluación antropométrica. Se encontró que el 48,7% presentaron anemia ferropénica y el 51,3% tuvieron niveles de hemoglobina dentro de los valores normales. En cuanto al diagnóstico nutricional, se encontró que el 3,7% de niños tuvieron desnutrición crónica, el 0.5% presentaron desnutrición aguda, el 93.6% estuvieron dentro de los rangos normales concluyendo que No existe relación entre el estado nutricional y la anemia ferropénica, teniendo un buen estado nutricional existen diversos factores que ocasionan la anemia.

B. BASE TEÓRICA

1. CRECIMIENTO

Se define como el proceso de incremento de la masa corporal del ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. (MINSA, 2011)

1.1 Crecimiento adecuado o normal

Se le define así a la condición en la cual el niño o niña, evidencia ganancia de peso, asimismo incremento de su longitud o talla, de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (± 2 DE). La tendencia de la curva

es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia que se encuentra vigente.

1.2 Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento

Se considera así a la condición del niño o niña que evidencia, pérdida, ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por la tanto la tendencia de la curva que muestra no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, pese a que los indicadores P/E o T/E, se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

1.3 Monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, las cuales son de referencia fundamental para el conocimiento del crecimiento de los niños y niñas, desde el primer año hasta los seis años de vida. A partir de una investigación realizada en seis países del mundo, pudieron establecerse patrones comunes que sirven para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento (desnutrición, sobrepeso y obesidad) de los niños y niñas. (UNICEF, 2012)

Por tanto para el monitoreo del crecimiento del niño y la niña se abarca un conjunto de actividades las cuales se aplican de manera individual, periódica y secuencial, que como finalidad es la de promover un crecimiento favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento.

El monitoreo es individual, destacando a cada niño como un ser, quien posee características propias, específicas por lo tanto debe ser visto desde su propio contexto y entorno, asimismo el monitoreo debe ser periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido para cada niño y de acuerdo a la edad de la niña o niño.

Dado que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como

normales, conlleva a realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso.

1.3.1 Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo

El personal encargado de realizar el Control de Crecimiento y Desarrollo, requiere lo siguiente:

- Historia Clínica estandarizada, la cual forma parte de una carpeta familiar, la cual incluye:
 - Plan de atención
 - Datos de filiación y antecedentes
 - Evaluación de la alimentación
 - Formato de consulta
- Carnet de atención integral del menor de 5 años.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS, u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud del niño y la niña.
- Curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta Breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

1.3.2 Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado

- El profesional de salud responsable del control del crecimiento y desarrollo en el Establecimiento de Salud, socializa con los padres o cuidadores la importancia en el Plan de atención individualizado de cada niño y niña, se indica el número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, esquema de inmunizaciones, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.
- El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas, quienes se encuentran en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y a respectivos programas de complementación nutricional o de registro de identidad, asimismo facilita el poder identificar y potenciar factores del desarrollo integral del niño y la niña.

1.3.3. Valoración antropométrica: peso, longitud/talla y perímetro cefálico

Para evaluar los indicadores del estado nutricional del niño y niña; se realiza las mediciones antropométricas, como el peso y la estatura, las cuales nos brindan información veraz cuando se aplican de manera adecuada.

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

- Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.
- Identificar precozmente a estos niños.
- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz.

Sin embargo, aunque se considera una técnica sencilla, económica y de fácil aplicación, en la práctica la exactitud y precisión de estas mediciones no son del todo satisfactorias, pues se piensa que son extremadamente fáciles de realizar y por lo tanto se pone poco cuidado y atención al pesar o medir. Para cualquier uso, estas mediciones deben ser tomadas y registradas de manera exacta y así asegurar la buena evaluación del crecimiento del niño. Con la finalidad de que cuente con los elementos necesarios para que realice una adecuada medición, a continuación presentaremos la forma de preparar al niño o la niña para ser pesados y medidos, así como la técnica para que pueda realizar una medición exacta y precisa.

a. Consideraciones

Cabe indicar que la nueva referencia para evaluar el crecimiento de los niños y niñas desarrollada por la OMS, introduce cambios en los modos de instrumentar las mediciones:

- La medición de la estatura en posición de acostado se hacía hasta los 3 años 11 meses y 29 días, ahora se hace en esta posición hasta 1 año 11 meses y 29 días
- Se reemplaza la curva de P/T, por la curva de IMC/E.
- Como recursos nuevos Se debe disponer de un disco gráfico para calcular la edad del niño. Así como la tabla y gráfica de IMC; así también de un Software para procesar los datos.
- Por tanto en el cambio de prácticas; la medición de la longitud (acostado: hasta el año 11 meses y 29 días) y para la medición de la talla (desde los dos años). Si por alguna causa es imposible medir a un niño mayor de dos años parado, se lo podrá medir acostado y para graficarlo deberá restarse 0,7cm de su talla. (UNICEF, 2012)

b. Medición del peso

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

- Obtener la edad cronológica exacta, así como considerar el sexo del examinado para posteriormente evaluar los datos antropométricos, debido a que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, si se registra la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y estado nutricional de la niña o el niño será incorrecta.
- Se ha de utilizar la balanza pediátrica en enfermería y para controles en domicilio se usará balanzas de pilón o digital. La balanza pediátrica tiene una capacidad máxima de 16 kg y el pilón 30 kg.
- Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla.
- Estado emocional del niño
- Vestimenta ligera del niño (pañal o ropa interior y chaqueta o polo).
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
- Contar con sistema de control de calidad eficiente.

c. Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

- **Equipo**

Se requiere de una balanza pediátrica calibrada con graduaciones cada 10 gramos; para realizar el control de peso del niño, se necesita dos personas, una de ellas puede ser la madre, o responsable del niño para que sujete y de confianza al niño, protegiéndolo de caídas, mientras que el personal de salud, se encarga de realizar la medición y registro correspondiente.

- **Procedimiento**

- Fijar la balanza en una superficie horizontal y firme, evitando así una medida incorrecta.
- Verificar si se encuentra calibrada.

- Cubrir el platillo o superficie con un género o papel de cambio.
- Calibrar la balanza en cero antes de cada control de peso.
- Solicitar a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
- Colocar al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y buscar su equilibrio. Verificar que se encuentre en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte.
- Deslizar primero la pesa que mide incrementos de 1 kg para obtener el peso aproximado.
- Deslizar luego la pesa que mide incrementos de 10 g para obtener el peso exacto, es decir cuando el fiel o barra quede en equilibrio. Si este peso se encuentra entre dos medidas se considerará la menor.
- Situarse frente a la balanza y proceder a la lectura del peso marcado.
- Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
- Registrar el peso en los documentos y formatos correspondientes y comparar el valor con el peso esperado para la edad.
- Equilibrar la balanza hasta que quede en “cero”.

d. Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses

- **Equipo**

Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos.

- **Procedimiento**

- Colocar la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza.
- Equilibrar la balanza en cero.
- El niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias, colocando los pies sobre las huellas de la plataforma para distribuir el peso en ambos pies.
- Sobre el brazo principal, mover la pesa hasta sobrepasar el peso y luego retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos).
- Registrar el peso en los documentos y formatos correspondiente.
- Equilibrar la balanza en “cero”.

e. Medición de la longitud

- **Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad**

La longitud corporal en posición horizontal debe medirse hasta los 2 años. Para niños mayores de 2 años la longitud deberá ser medida en posición de pie.

- **Equipo**

Se requiere de un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra. Asimismo se puede utilizar una cinta métrica metálica graduada en cm y mm, yuxtapuesta a una superficie horizontal plana y dura, ejemplo pediómetro o de lo contrario en una mesa.

En caso de que un menor de 2 años no permita ser acostado boca arriba para medir la longitud, médale la estatura en posición de pie y sume 0,7 cm para convertirla a longitud.

- **Procedimiento**

- El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
- Si se utiliza una cinta métrica para medir la longitud del niño o niña, se debe apoyar la cinta métrica sobre la superficie horizontal, haciendo coincidir el cero de la escala con el borde de la superficie, colocando un tope fijo (superficie vertical fija).
- Verificar la ubicación perpendicular de las cintas respecto a la superficie vertical fija, que debe estar en escuadra con el plano horizontal. (OMS, 2014).
- Colocar al niño en posición horizontal (decúbito supino) sobre la cinta, de manera tal que el cero de la escala quede a la altura de la cabeza.
- Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puedes otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño.
- Colocar al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
- La cabeza debe quedar en posición que el plano formado por el borde orbitario inferior del ojo y el conducto auditivo externo quede en posición perpendicular a la superficie horizontal.
- El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.

- El personal de salud encargado de la medición debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
- Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
- Mantener el tope móvil.
- Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
- Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
- Una vez realizada la medición, registrar la medición en cm y mm, en el carnet del niño como en la Historia Clínica.

GRÁFICO N° 1

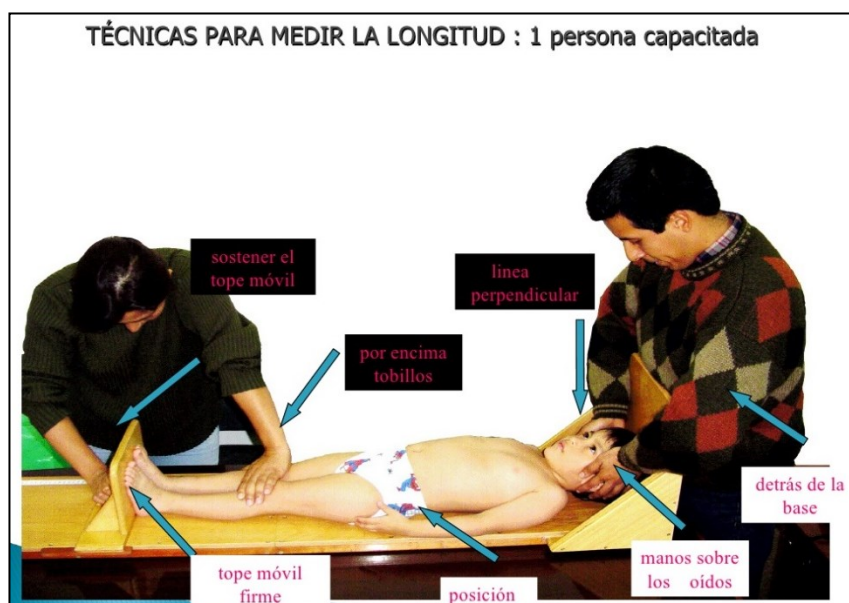


GRÁFICO N° 2

PLANO DE FRANKFURT



f. Medición de la longitud para la niña o niño mayor de 24 meses de edad

Se realizará la medición de la longitud en posición de bipedestación a partir de los 2 años.

- **Equipo**

Un tallímetro de pie de madera, así como también se puede utilizar una cinta métrica metálica graduada en cm y mm sobre la pared o superficie lisa, sin bordes ni zócalos (superficie vertical).

En caso que un niño o niña de 2 años de edad o más no sea capaz de ponerse de pie, mida la longitud en posición acostado boca arriba y restar 0,7 cm para convertirlo a estatura.



GRÁFICO N° 3

- **Procedimiento**

- Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso, en caso que se utilice una cinta métrica, se debe Yuxtaponer la cinta a la superficie vertical, haciendo coincidir el cero de la escala con el suelo.
- Verificar la verticalidad de la cinta usando una plomada o un objeto pesado.
- Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición en los niños.
- Solicitar a la madre que le quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño.
- Parar al niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.
- El asistente debe asegurarse que el niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.
- Colocar la cabeza del niño con la mano (izquierda) sobre la barbilla, de manera tal, que forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la parte superior del pabellón auricular, con la longitud del cuerpo del niño (Plano de Frankfurt).
- Asegurarse que el niño tenga los hombros rectos, brazos a los costados, piernas estiradas, rodillas juntas y que los puntos de contacto (cabeza, omóplato, glúteo, pantorrillas y talones estén en contacto con la superficie del tallímetro, no debe agarrarse de la tabla, qué los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los costados del cuerpo).

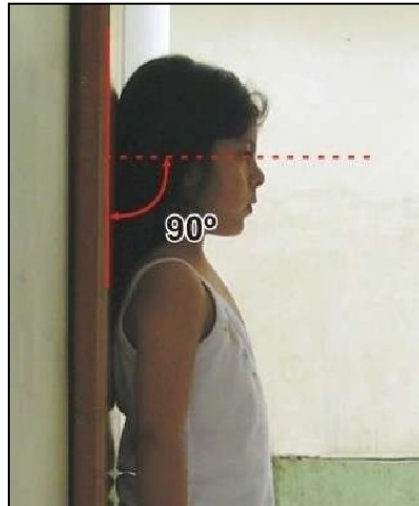
- Deslizar el tope móvil sobre el tallímetro o plano vertical con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza del niño pero sin presionar.
- Retirar a la persona levemente inclinada, manteniendo el tope móvil en la posición.
- Tomar lectura del número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 mm al número obtenido. En caso de que éste sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de “rayas” o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
- Registrar el dato correspondiente expresando los valores de la medición de la longitud en el carnet y en la Historia Clínica.

GRÁFICO N° 4



GRÁFICO N° 5

PLANO DE FRANKFURT



g. Consideraciones a tener en cuenta en la medición de la longitud en niños mayores de 2 años

- Niños con Genu Valgo.
- Niños con Genu Varo.
- Niños con rodillas grandes.
- Niños con una pierna más larga que la otra.
- Niños con Talones ovalados.
- Niños con contextura poco firme.

h. Errores a considerar en medición de la longitud del niño menor de 2 años

- Que la cabeza se encuentre torcida, por causa de llanto o incomodidad del niño.
- Que el niño se encuentre desalineado de la superficie del tallímetro y no al centro.

- Que el niño se encuentre con la cabeza alejada del tope.
- Que el niño se encuentre extendiendo las puntas de os pies.
- Que el niño se encuentre con la cabeza hacia abajo.
- No verificar que los dedos del colaborador se encuentren en el hombro del niño.
- No revisar que las manos del auxiliar se encuentren en el cuello del niño.

i. Errores a considerar en medición de la longitud del niño mayor de 2 años

- Que el niño se encuentre con las caderas ladeadas o hacia un costado.
- Que el niño se coja del tallímetro.
- Que los talones se encuentre elevados de la superficie del tallímetro y con el pie de puntas.
- Que el niño se encuentre con los pies alejados del respaldar.
- Que el niño se encuentre con las rodillas dobladas
- Que el niño se encuentre con la mirada hacia arriba.
- Que el niño se encuentre con la mirada hacia abajo.
- Que el tope móvil se encuentre en posición incorrecta.
- Que la mano del encargado de medir la longitud, se encuentre en el cuello del niño.
- Que la mano del encargado de la medición de la longitud, se encuentre tapando la boca del niño.

1.4. Control de calidad de los equipos

Para realizar un buen diagnóstico nutricional es preciso realizar una verificación periódica de la balanza, que se encuentre en adecuadas condiciones, que sea la que se requiere para la medición del niño de acuerdo a su edad, es fundamental verificar que la balanza se encuentre en buen estado antes de realizar una evaluación antropométrica. Las balanzas deben calibrarse al comenzar la jornada, pesando objetos de peso conocido. El procedimiento a realizar consiste:

- Colocar un objeto de peso conocido en la balanza, por ejemplo, bolsas de azúcar o cajas de leche de una medida conocida (1 kg).
- Si el resultado obtenido no es el mismo se procederá a calibrar como se indica a continuación y con el dispositivo correspondiente que tiene cada balanza:

La calibración del equipo; de las balanzas pediátricas: en el borde lateral superior izquierdo tienen una placa redonda con la inscripción “regulador”, al destaparla se observa el tornillo regulador y una barra metálica. Se introduce un destornillador o cuchillo en la ranura del tornillo, haciendo girar el eje suavemente, hacia atrás o adelante, hasta que el fiel quede en posición media, respecto al orificio lateral derecho.

1.5. Control de calidad de la evaluación antropométrica

- Se encuentra basado en la disposición de equipos antropométricos (balanza y tallímetros) en adecuadas condiciones.
- En la estandarización de la técnica antropométrica del personal de salud encargado de la valoración.
- En el correcto registro del dato antropométrico.

1.6. Orientación de la información antropométrica

- Medición adecuada: Peso y talla reales.

- Realizar un diagnóstico adecuado.
- Valoración del estado nutricional del individuo.
- Determinación del estado nutricional de la población.
- Adecuada toma de decisiones basadas en la información antropométrica.

1.7. Oportunidades y velocidad del crecimiento y desarrollo del ser humano

El ser humano cuenta con una potencial capacidad de crecimiento o maduración, desarrollo desde su gestación, nacimiento, en progresión su niñez, adolescencia. A continuación se muestra la siguiente tabla, donde se observa la velocidad del crecimiento del niño:

1.8. Valoración del crecimiento

a. Crecimiento adecuado

Considerando la tendencia de la curva de crecimiento. Se define como crecimiento adecuado a la condición en el niño o en la niña que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). Siendo la tendencia de la curva paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento inadecuado

Se define así a la condición en el niño o niña que no evidencia ganancia. Presentando aplanamiento de la curva, o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E, se encuentran dentro de los puntos de corte de la normalidad (± 2 DE). Según se describe en el siguiente esquema:

CUADRO N° 1

EDAD (meses)	PESO (kg)	Cada mes aumenta	TALLA (cm)	Cada mes aumenta
0	3,3	> 900 g/mes	50,5	> 3,5 cm/mes
3	6,0	> 600 g/mes	61,1	> 2,2 cm/mes
6	7,8	> 460 g/mes	67,8	> 1,5 cm/mes
9	9,2	> 330 g/mes	72,3	> 1,3 cm/mes
12	10,2	> 215 g/mes	76,1	> 1,0 cm/mes
18	11,5	> 180 g/mes	82,4	> 0,9 cm/mes
24	12,6	> 170 g/mes	87,6	> 0,7 cm/mes
35	14,5		95,8	

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

Para lo cual se debe tener como referencia los indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de referencia vigentes, según la OMS:

CUADRO N° 2

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS

Punto de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
+ 2 a - 2	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Si se evidencia que los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tenencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional.

d. Clasificación Nutricional en niñas y/o niños de 5 años a 9 años 11 meses 29 días

Se utiliza como referencia la siguiente tabla, como puntos de corte y clasificación:

CUADRO N° 3

TALLA PARA LA EDAD

Punto de corte (p)	Clasificación
> P95	Alto
>P85 y P95	Ligeramente alto
P10 a P90	Normal
P5 a < P10	Riesgo de talla baja
< P5	Talla baja

Fuente: Center for Disease Control (CDC 2000). Growth charts.

La atención de niños (as) con problemas identificados de malnutrición: desnutrición, obesidad o talla baja deberán ser atendidos siguiendo las Guías de Práctica Clínica en casos de Malnutrición.

Las tablas de referencia utilizados en la presente guía están sujetas a actualización del documento: Normas de Valoración Nutricional Antropométrica según etapas de vida de acuerdo a las Estrategias de Alimentación y Nutrición a cargo del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (MINSa, 2012)

1.9. El Retraso de Crecimiento o Talla baja

Es necesario hacer de referencia los puntos de corte y clasificación que se presentan en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 4

TALLA PARA LA EDAD

Punto de corte (p)	Clasificación
>P95	Alto
>P85 y P95	Ligeramente alto
P10 a P90	Normal
P5 a <P10	Riesgo de talla baja
<P5	Talla baja

Fuente: Center for Disease Control 2000 Growth charts.

El indicador Talla para la edad (T/E); refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Asimismo se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo, reflejando la historia nutricional del niño.

Se habla de talla baja en un niño cuando ésta se sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) para la edad y sexo del niño. El concepto de hipocrecimiento engloba también a aquellos niños con una velocidad de crecimiento baja de forma mantenida, es decir, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 durante más de 2-3 años consecutivos. (AGUIRRE, 2006)

El crecimiento en talla es más lento que en peso, así al año de edad mientras que un niño ha triplicado su peso de nacimiento, solo incrementa la talla en un 50%. Se considera que el déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica, es una condición prácticamente irreversible. Interpretación de resultados: Talla baja: Está asociada a

deficiencias nutricionales por largos y repetidos períodos, que puede ser producto de mala absorción o problemas de ingestión inadecuada. La recuperación de la talla es más lenta y difícil, pero el peso se recupera al reanudar una adecuada alimentación. (USAID, 2008)

Observaciones con relación a valoración nutricional antropométrica durante el primer año

- Niños alimentados con lactancia materna exclusiva no considerar para intervención como obesos o con sobrepeso a niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
- Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) presentan mayor velocidad de crecimiento en el primer trimestre, el aplanamiento de la curva luego del 4to mes no debe ser motivo de suspensión de la LME o introducción de suplementos lácteos.
- La ganancia de peso debe ser analizada en relación al canal de crecimiento y al examen cuidadoso del niño.
- En el caso de los niños prematuros o con bajo peso al nacer es importante que la curva de crecimiento sea en sentido ascendente en forma paralela a las curvas de referencia.

2. FACTORES RELACIONADOS CON EL CRECIMIENTO

El crecimiento normal de un niño, es regulado finamente por la interacción de diversos factores, los cuales han sido tema de varios y complejos estudios en el campo de la salud, pese a ser un tema difícil de abordar, no solamente por su complejidad.

El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por múltiples factores de origen nutricionales, socioculturales, psicoemocionales, sociales y culturales.

2.1 Factores Socioeconómicos

Son situaciones que por su carácter relacional afectan el desarrollo psicoemocional del niño y poseen efectos en su maduración somática afectando así a su crecimiento; situaciones como:

- Madres adolescentes o mayores de 35 años.
- Grado de instrucción de la madre o cuidadora.
- Déficit en el acceso a servicios básicos y de salud.
- Déficit de conocimientos en prácticas de promoción y prevención de salud.
- Precarias expectativas de desarrollo en el hogar.
- Pobreza extrema.
- Déficit de conocimientos en la ingesta calórico- proteica.
- Violencia infantil o familiar.
- Madre trabajadora fuera del hogar.
- Problemas de salud mental en la familia, así como consumo de drogas y alcohol.
- Espacio Intergenésico corto.

Todos estos aspectos constituyen elementos que inciden negativamente sobre la población infantil de los países en desarrollo, sobre todo en áreas marginales, es evidenciado que la derivación social puede originar el respectivo déficit del crecimiento y desarrollo del niño, que se corrige espontáneamente cuando se separa a los niños de un ambiente hostil.

En un estudio reciente en el Perú se observó una asociación estadísticamente significativa entre el retardo del crecimiento y las áreas

de residencia, dominios, altitud, peso al nacimiento, edad del niño, educación de la madre y niveles de pobreza ($p < 0.001$). Por otro lado, se estableció que los factores determinantes de riesgo del retardo del crecimiento son: habitar en áreas rurales y en ciudades situadas por encima de los 3000 msnm, bajo peso al nacer (< 2500 gr), niños menores de 5 meses de edad, la condición de analfabetismo de la madre y el nivel de pobreza de la familia.

El proceso biológico de crecimiento y desarrollo se crea, organiza y mantiene en un medio natural como es la familia; el recién nacido por su maduración progresiva, depende en gran parte de un núcleo familiar quienes son parte fundamental en su crecimiento y desarrollo y respectivos procesos madurativos.

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. (Roche, 2006) El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, (RAE, 2001) lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Las familias se clasifican básicamente en los siguientes tipos:

- Familia nuclear: formada por los progenitores y uno o más hijos
- Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental: en la que el hijo o hijos viven con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre).
- Familia ensamblada, reconstituida o mixta: en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores.

- Familia homoparental: aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños.
- Familia de padres separados: en la que los padres se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren.

Considerando el tipo de familia, grado de instrucción de los padres, ocupación de los padres.

Independientemente de las diferentes prevalencias que muestran los países, sus determinantes son bastante parecidas, incluso hay una, (bajo nivel educativo de la madre), que se encuentra presente en todas las mencionadas. Sin embargo no se debe perder de vista que una madre que no ha alcanzado un nivel educativo razonable encubre otras variables que están íntimamente asociadas y que son generadas por la pobreza, que sería el principal determinante. No olvidemos que la mayor causa que deriva de este factor es la pobreza.

Por tanto el factor familiar y su constitución es de gran relación y vínculo en la maduración física, psicológica y social del niño.

La ocupación de los padres es una de las actividades más importantes que se desarrollan en una familia, ya que de ella va a depender la cantidad de dinero que ingrese al hogar, lo cual incrementa la capacidad adquisitiva de una familia, con lo cual se podrá satisfacer las necesidades de los niños. Esto se verá reflejado en la cantidad de dinero que perciben los jefes de hogar. La retribución mínima a la que tiene derecho el trabajador no calificado, por su labor durante la jornada normal, se denominó en un primer momento sueldo o salario mínimo vital, sea que se trate de empleados u obreros.

Desde mayo del 2016 la remuneración mínima, en nuestro país en la actividad privada es de 850 soles, poco más de 260 dólares. Dada la diversidad del costo de vida en distintas circunscripciones, se propuso

contar con remuneraciones diferenciadas geográficamente. Incluso se ha planteado la existencia de dispares remuneraciones básicas calculadas en función del tamaño de la empresa.

Según la concepción ideológica que se adopte, la remuneración mínima puede ser entendida como la garantía de un ingreso equitativo y justo, o un elemento que distorsiona el funcionamiento correcto del mercado laboral. (Serkovic, 2017)

Diversos estudios confirman que la desnutrición en los primeros años de vida afecta el crecimiento del cerebro y el desarrollo intelectual. Los problemas nutricionales afectan especialmente a los estratos socioeconómicos más derivados de la sociedad. Este fenómeno tiene un origen estructural vinculado al desarrollo socioeconómico de la comunidad. No es consecuencia directa ni efecto de la aplicación coyuntural de determinadas políticas. Debe señalarse no obstante, que si las políticas sociales aplicadas en el presente no posibilitan mejores condiciones de vida en un futuro inmediato, éstas estarán incidiendo directamente en la formación de los desnutridos crónicos del mañana. (PAJUELO, 2016)

2.2 Factores Culturales

En la cultura occidental, la niñez como construcción cultural sólo surge alrededor del siglo XVIII, consolidándose posteriormente. Anterior a ello, la alta mortalidad infantil hacía que los adultos estuviesen preparados para la muerte de sus hijos y la fragilidad de los menores hacía que éstos tuviesen un escaso valor en términos económicos, dado que no podían aportar recursos a la familia porque el tipo de trabajo de la época no lo hacía posible. Recordemos que en este período la familia era entendida como una sociedad que aseguraba la supervivencia de sus miembros, y no se le veía como un espacio de afecto, concepto que hoy sí existe.

Los niños que viven en zonas urbanas o zonas rurales, no pueden satisfacer apropiadamente sus necesidades elementales, como una

buena nutrición, el acceso a los servicios sanitarios o la escolarización, La malnutrición o desnutrición. Se asocia normalmente a un nivel económico familiar bajo, al medio ambiente, a condiciones difíciles de vivienda, un acceso insuficiente a la alimentación, ingesta de agua insalubre y falta de información y cuidados médicos. (Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe)

2.3. Factores Nutricionales

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado como prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: el promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad, garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes.

La adecuada alimentación por su calidad y cantidad juega un rol muy fundamental en el control del crecimiento. Por tanto, un niño que se alimenta inadecuadamente: crece y se desarrolla deficientemente, las carencias nutricionales, excesos, mala absorción, conllevará a graves consecuencias para su futuro.

En la especie humana existen numerosas observaciones que ponen de manifiesto la relación entre nutrición o calidad de la dieta y crecimiento. Estudios realizados en Chile y en otros países han demostrado que la diferencia entre peso y talla entre grupos étnicos muy significativas, de hasta 8 y 10 centímetros en la talla final. Esto se debe a que para asegurar el funcionamiento mínimo del organismo, sin tener que recurrir a las reservas, el aporte energético diario de un niño es de 1300 a 18080 calorías por día, dependiendo de la edad, y de 2000 a 2700 calorías por día, en los adolescentes. (MATAMORROS, 2016)

El organismo de un niño reserva entre el 25 y el 30% de estas calorías para el crecimiento. Esta cantidad de calorías es suministrada al

organismo por la alimentación diaria que debe recibir, pero también es fundamental tener presente la calidad en su consumo.

Para la prevención y protección de enfermedades, se debe garantizar intervenciones como:

- Informar y monitorizar el esquema completo de inmunización.
- Promover prácticas de higiene del niño y en el hogar.
- Difundir prácticas de protección del estado nutricional como: Poseer adecuadas medidas de preparación de alimentos y brindar al niño una adecuada nutrición, acorde a sus requerimientos o necesidades; Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años como mínimo, alimentación complementaria adecuada, alimentación correcta en los periodos de enfermedad; verificar la accesibilidad a los alimentos, ingreso económico estable, la higiene y conservación adecuada de los alimentos. así como promover interacción familiar al compartir comidas y en ambiente de armonía (comensalidad).
- Promover el cuidado apropiado en el hogar: tomar medidas adecuadas de higiene personal y en el hogar, lavado de manos frecuente, estilos de vida saludables; prevención y control de lesiones y accidentes, evitar el maltrato y el descuido de los niños, asegurar la participación de los hombres en el cuidado de los hijos y su vinculación en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia. Práctica de actividad física en forma regular y programada.
- Para la de atención en salud: reconocer el momento en que los niños enfermos requieran tratamiento en un Establecimiento de Salud y llevarlos a tiempo a recibir la atención en salud, por ello se debe informar a los padres de familia de las principales señales de alarma en el niño, asimismo indicar a la madre o responsables del niño, seguir las recomendaciones en cuanto se refiere a tratamiento y

seguimiento de las enfermedades, del mismo modo poder asegurarse que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada.

A nivel nacional El Ministerio de Salud viene universalizando de manera progresiva la suplementación con hierro y otros micronutrientes a niños menores de 3 años. Para tal efecto, el Minsa entrega gratuitamente a todo niño menor de tres años que asista a los establecimientos a nivel nacional, sobres con micronutrientes que sirven para prevenir la anemia y desnutrición crónica infantil.

Es así que para el 2014, se ha distribuido 131 millones de sobres de micronutrientes en polvo para el 65% de niñas y niños menores de 3 años, para 712 mil beneficiarios. Para el 2016, tiene como meta cubrir al 95% de niñas y niños.

Los sobres con micronutrientes que entrega el Minsa contienen hierro, ácido fólico, Vitamina A, Vitamina C y zinc. Se utilizan para fortificar los alimentos de manera casera, agregándosele a la comida de los niños, en forma diaria por doce meses continuos. Así mismo son una alternativa para reducir la desnutrición crónica, porque:

- Son de comprobada eficacia.: Países de Asia, África y América han utilizado este producto con resultados positivos.
- Mayor aceptabilidad y adherencia. Comparado con jarabes de sulfato ferroso, tiene mayor aceptación por los niños debido a su mejor sabor y fácil administración.
- Se mezclan fácilmente con los alimentos. Se agrega un sobrecito a una pequeña porción de comida del bebé, se mezcla y se le da al menor. (MINSA, 2015)

2.4. Factores de Morbilidad

Estos factores están representados por todo aquello que se convierte en amenaza, alterando de manera significativa el proceso normal e integral del

niño y la niña. Constituyéndose como características, circunstancias o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. Entre los principales padecimientos o enfermedades que afectan la salud del niño se tiene:

a. Infecciones Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son un grupo de enfermedades causadas por virus, bacterias y hongos, siendo su complicación más grave; la Neumonía, enfermedad que afecta al aparato respiratorio y que es la causa principal de muertes en niñas y niños menores de 5 años en el país.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud como ente rector ha elaborado el Plan de Información, Comunicación y Movilización social, el cual sirve de guía, tanto en el ámbito nacional como en los niveles regionales y locales, para la realización de acciones preventivas de las IRA y neumonía, especialmente en localidades donde las bajas temperaturas y el friaje son las principales causas de mortalidad infantil y adultos mayores.

- Lávate las manos con jabón y agua a chorro.
- Al toser o estornudar, cúbrete la boca con el antebrazo.
- Ventila y asea las habitaciones de la vivienda diariamente.
- Si escupes, hazlo en un papel higiénico, y bóttalo inmediatamente al tacho.

b. Anemia

La anemia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a:

- Deficiencia de hierro en el organismo.
- Infecciones y enfermedades inflamatorias y otras causas.

Se considera que un niño de 6 meses a 5 años cumplidos tiene anemia cuando tiene 11 g/dl de Hemoglobina en sangre.

- **Anemia leve:** 10 a 10.9 g/dl de Hemoglobina en sangre.
- **Anemia moderada:** 7 a 9.9 g/dl de Hemoglobina en sangre.
- **Anemia severa:** menos de 7 g/dl de Hemoglobina en sangre. (OMS, 2011)

c. Parasitosis

Es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, generalmente en los intestinos, haciéndonos daño. Es además contagiosa y afecta a las personas de todas las edades, especialmente a niñas y niños pequeños. Esta estrategia de desparasitación se realizará durante los próximos cinco años, con campañas nacionales cada seis meses, con la finalidad de reducir la vulnerabilidad de los niños a sufrir anemia o desnutrición crónica, como consecuencia de los parásitos que interfieran con una buena nutrición.

Una de las formas de prevención de la parasitosis es tener buenas prácticas de higiene como el lavado de las manos (antes de la preparación y consumo de alimentos y después de ir al baño), y la conservación adecuada del agua en los recipientes. Los parásitos más comunes que afectan la salud de las personas en nuestro país,

especialmente los niños, son los denominados trichuris trichiura, áscaris, enterobius, necátor y oxiuros; que causan problemas de salud, como dolor de barriga, diarrea, falta de apetito y anemia. Estos tipos de parásitos se alojan en los intestinos y absorben los nutrientes evitando que los niños crezcan adecuadamente, asimismo los niños con este mal presentan bajo rendimiento escolar, se quejan de molestias, se sienten débiles y somnolientos. (MINSA, 2017)

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. CRECIMIENTO INADECUADO

Implica un aumento de estatura insuficiente o anormalmente lento en un niño menor de 5 años de edad, comparado con los estándares o desviaciones estándar que considera el Ministerio de Salud del Perú.

2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

3. FACTORES CULTURALES

Modo de vida, costumbres y conocimientos propios del núcleo familiar que pueden interferir en el adecuado crecimiento de los niños que integran la familia.

4. FACTORES NUTRICIONALES

Aspectos que determinan el estado nutricional del niño como son la lactancia materna exclusiva, la alimentación diaria, la cual si es inadecuada traerá problemas en el crecimiento del niño.

5. FACTORES DE MORBILIDAD

Enfermedades más comunes y prevalentes que pueden interferir en el crecimiento del niño y condicionar una talla baja final.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados obtenidos en el presente estudio podrán ser generalizados a poblaciones con características similares.

2. LIMITACIONES

No se encontró limitaciones.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional, permite describir las variables de estudio en niños de 3 años atendidos hasta su último control de crecimiento y desarrollo y relacionarlos con los factores socioeconómicos, culturales, nutricionales y de morbilidad.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El área en que se realizara el estudio de investigación en el Puesto de Salud Lara, ubicada en el Pueblo joven de Lara del Distrito de Socabaya, perteneciente a la Provincia de Arequipa.

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población estuvo constituida por niños de 3 años que acudan al Puesto de Salud Lara Arequipa durante los meses de Abril, Mayo y Junio del presente año, 121 niños, que cumplan los siguientes criterios de inclusión.

- Inclusión: menores de 3 años que hayan nacido a término y cuyas madres firmen consentimiento informado
- Exclusión; recién nacidos , niños menores de 6 meses, niños (as) que presentan alteraciones congénitas, historias clínicas incompletas, madres que se niegan a participar en la encuesta.

D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como método se utilizara la encuesta como técnica el cuestionario, que consta de 21 ítems sobre los niños y sus padres, los cuales determinan los factores socioeconómicos, culturales, nutricionales y de morbilidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos en la investigación en base a los objetivos e hipótesis planteados. Los resultados obtenidos se presentan de la siguiente manera:

Tabla 1-4: Población de estudio según factores socioeconómicos, culturales, nutricionales y de morbilidad.

Tabla 5: Población de estudio según crecimiento.

Tabla 6-13: Relación entre los factores socioeconómicos y el crecimiento.

TABLA N° 1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIOECONÓMICOS
NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

FACTORES SOCIOECONÓMICOS	N°	%
EDAD NIÑO		
6 a 12 meses	31	25.6
13 a 24 meses	34	28.1
25 a 36 meses	17	14.0
37 a 47 meses	39	32.2
SEXO NIÑO		
Femenino	79	65.3
Masculino	42	34.7
EDAD MADRE		
16 a 19 años	11	9.1
20 a 24 años	46	38.0
25 a 54 años	64	52.9
EDAD PADRE		
16 a 19 años	10	8.3
20 a 24 años	38	31.4
25 a 54 años	73	60.3
NÚMERO DE HIJOS		
Un hijo	48	39.7
Dos hijos	39	32.2
Tres hijos a más	34	28.1

ESTADO CIVIL		
Sin pareja	20	16.5
Con pareja	101	83.5
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	52	43.0
Monoparental	24	19.8
Compuesta	45	37.2
OCUPACIÓN MADRE		
Dependiente	10	8.3
Independiente	58	47.9
Ama de casa	53	43.8
OCUPACIÓN PADRE		
Dependiente	61	50.4
Independiente	60	49.6
INGRESO ECONÓMICO		
Menor a mínimo	38	31.4
Mínimo o más	83	68.6
Total	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar en su gran mayoría que los niños de 3 años, la mayoría tiene de 37 a 47 meses asimismo en su mayoría son de sexo femenino, la edad de los padres corresponde a una etapa adulta, en su mayoría son hijos únicos.

Es importante recalcar que los padres de los niños de 3 años evaluados tienen a sus padres juntos, forman parte de familias nucleares, cuyas madres en su mayoría son independientes a diferencia de los padres que son dependientes, más de la tercera parte de los padres de los menores de 3 años evaluados perciben ingresos económicos que se encuentran por encima del sueldo mínimo.

TABLA N° 2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES CULTURALES EN
NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

FACTORES CULTURALES	N°	%
GRADO INSTRUCCIÓN MADRE		
Primaria	4	3.3
Secundaria	86	71.1
Técnico	26	21.5
Superior	5	4.1
GRADO INSTRUCCIÓN PADRE		
Secundaria	69	57.0
Técnico	49	40.5
Superior	3	2.5
LUGAR PROCEDENCIA MADRE		
Arequipa	84	69.4
Fuera de Arequipa	37	30.6
LUGAR PROCEDENCIA PADRE		
Arequipa	74	61.2
Fuera de Arequipa	47	38.8
Total	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla se puede apreciar que los padres de los niños de 3 años tienen un grado de instrucción de nivel secundario en su mayoría, así mismo son de Arequipa.

TABLA N° 3

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES NUTRICIONALES EN
NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

FACTORES NUTRICIONALES	N°	%
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 6 MESES		
Sí	69	57.0
No	52	43.0
LACTANCIA MATERNA 6 A 24 MESES		
Sí	71	58.7
No	50	41.3
EDAD INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		
6 meses	60	49.6
Antes 6 meses	46	38.0
Después 6 meses	15	12.4
COMIDAS/DÍA		
5 veces	55	45.5
4 veces	64	52.9
3 o menos	2	1.7
SUPLEMENTO NUTRICIONAL		
Siempre	48	39.7
A veces	67	55.4
Nunca	6	5.0
Total	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla puede apreciarse que la población de estudio reciben lactancia materna hasta los 24 meses en su mayoría, casi la mitad inician su alimentación complementaria a los 6 meses pese a todas las recomendaciones emitidas por el ministerio de Salud, poco más de la mitad recibe 4 comidas al día y más de la mitad a veces reciben suplementos nutricionales.

TABLA N° 4

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MORBILIDAD EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017

MORBILIDAD	N°	%
ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS		
Presentó	46	38.0
No presentó	75	62.0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		
Presentó	71	58.7
No presentó	50	41.3
ANEMIA		
Presentó	46	38.0
No presentó	75	62.0
PARASITOSIS		
Presentó	43	35.5
No presentó	78	64.5
Total	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla puede apreciarse que más de la mitad no presento enfermedades diarreicas agudas, caso contrario a las infecciones respiratorias agudas que estuvo presente en las de la mitad de la población de estudio así mismo más de la mitad no presentaron anemia ni parasitosis.

TABLA N° 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3
AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017**

CRECIMIENTO	N°	%
Adecuado	82	67.8
Inadecuado	39	32.2
Total	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En esta tabla puede apreciarse que más de la mitad de la población de estudio presenta un crecimiento adecuado en base a los datos antropométricos obtenidos, los cuales fueron evaluados según los aspectos señalados por el MINSA.

TABLA N° 6

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIECONÓMICOS Y EL
CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO
DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017**

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAD NIÑO						
6 a 12 meses	26	83.9	5	16.1	31	100.0
13 a 24 meses	22	64.7	12	35.3	34	100.0
25 a 36 meses	11	64.7	6	35.3	17	100.0
37 a 49 meses	23	59.0	16	41.0	39	100.0
P	0.152 (P ≥ 0.05) N.S.					
SEXO NIÑO						
Femenino	50	63.3	29	36.7	79	100.0
Masculino	32	76.2	10	23.8	42	100.0
P	0.148 (P ≥ 0.05) N.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que no existe relación entre la edad del niño ni en el sexo con el crecimiento adecuado o inadecuado en niños de 3 años del Puesto de Salud de Lara Socabaya.

TABLA N° 7

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y EL
CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO
DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017**

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAD – MADRE						
12 a 19 años	11	100.0	0	0.0	11	100.0
20 a 24 años	31	67.4	15	32.6	46	100.0
25 a 54 años	40	62.5	24	37.5	64	100.0
P	0.049 (P < 0.05) S.S.					
EDAD – PADRE						
12 a 19 años	10	100.0	0	0.0	10	100.0
20 a 24 años	24	63.2	14	36.8	38	100.0
25 a 54 años	48	65.8	25	34.2	73	100.0
P	0.072 (P ≥ 0.05) N.S.					
NÚMERO DE HIJOS						
Un hijo	44	91.7	4	8.3	48	100.0
Dos hijos	24	61.5	15	38.5	39	100.0
Tres hijos a más	14	41.2	20	58.8	34	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que si existe relación altamente significativa entre la edad de la madre y el crecimiento en niños de 3 años del Puesto de Salud de Lara Socabaya. Es necesario señalar que a menor edad de la madre el crecimiento de los niños es mejor y esto probablemente se deba a que ahora existe mayor preocupación por parte del estado en apoyar a las mujeres que se embarazan a menor edad, por otro lado las mujeres que tienen hijos en edad avanzada son mujeres que se dedican a trabajar, lo cual disminuye el tiempo de cuidados que pasan con sus hijos; con respecto a la edad de los padres no existe relación con el crecimiento, por otro lado existe relación entre el número de hijos y el crecimiento, a menor número de hijos el crecimiento de los niños es más adecuado y esto se debe a que los menores reciben más cuidados y se dispone de una gran cantidad de recursos económicos.

TABLA N° 8

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIALES Y EL CRECIMIENTO
EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
ESTADO CIVIL						
Sin pareja	5	25.0	15	75.0	20	100.0
Con pareja	77	76.2	24	23.8	101	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
TIPO DE FAMILIA						
Nuclear	38	73.1	14	26.9	52	100.0
Monoparental	9	37.5	15	62.5	24	100.0
Compuesta	35	77.8	10	22.2	45	100.0
P	0.002 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En esta tabla puede apreciarse que mientras los padres de los niños de 3 años estén unidos, es decir formen una pareja el crecimiento es adecuado ya que se evidencia mayor estabilidad que también va de la mano con una mayor cantidad de recursos económicos lo que da mayor capacidad de compra para suplir las necesidades de los niños, lo cual se ve reflejado en que cuando el tipo de familia es monoparental el crecimiento es más inadecuado.

TABLA N° 9

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES ECONÓMICOS Y EL CRECIMIENTO
EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017**

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
OCUPACIÓN – MADRE						
Dependiente	10	100.0	0	0.0	10	100.0
Independiente	28	48.3	30	51.7	58	100.0
Ama de casa	44	83.0	9	17.0	53	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
OCUPACIÓN – PADRE						
Dependiente	49	80.3	12	19.7	61	100.0
Independiente	33	55.0	27	45.0	60	100.0
P	0.003 (P < 0.05) S.S.					
INGRESO ECONÓMICO						
Menor al mínimo	20	52.6	18	47.4	38	100.0
Mínimo o más	62	74.7	21	25.3	83	100.0
P	0.015 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla se puede apreciar que cuando los padres tienen un trabajo dependiente el crecimiento de los niños es adecuado, lo cual podría justificarse en el hecho de que los padres al tener un sueldo fijo mensual pueden brindar unos cuidados permanentes y con las mismas FACTORES a sus hijos, lo que se ve reafirmado en el hecho de que a ingresos económicos mayores se da un crecimiento adecuado.

TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES CULTURALES Y EL CRECIMIENTO
EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA
AREQUIPA – 2017

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
GRADO INSTRUCCIÓN MADRE						
Primaria	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Secundaria	52	60.5	34	39.5	86	100.0
Técnico	23	88.5	3	11.5	26	100.0
Superior	5	100.0	0	0.0	5	100.0
P	0.017 (P < 0.05) S.S.					
GRADO INSTRUCCIÓN PADRE						
Secundaria	35	50.7	34	49.3	69	100.0
Técnico	44	89.8	5	10.2	49	100.0
Superior	3	100.0	0	0.0	3	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
LUGAR PROCEDENCIA MADRE						
Arequipa	58	69.0	26	31.0	84	100.0
Fuera de Arequipa	24	64.9	13	35.1	37	100.0
P	0.652 (P ≥ 0.05) N.S.					
LUGAR PROCEDENCIA PADRE						
Arequipa	61	82.4	13	17.6	74	100.0
Fuera de Arequipa	21	44.7	26	55.3	47	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla se aprecia de que si existe relación entre el grado de instrucción de la madre y el padre con el crecimiento ya que a mayor grado de instrucción el crecimiento es adecuado, por otro lado el lugar de procedencia de la madre no tiene relación con el crecimiento caso contrario al lugar de procedencia del padre que si guarda relación con el crecimiento del niño de 3 años y esto se evidencia debido a que si el padre procede de Arequipa el crecimiento es adecuado.

TABLA N° 11

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES NUTRICIONALES Y EL
CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE
SALUD LARA AREQUIPA – 2017**

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 6 MESES						
Sí	52	75.4	17	24.6	69	100.0
No	30	57.7	22	42.3	52	100.0
P	0.040 (P < 0.05) S.S.					
LACTANCIA MATERNA 6 A 24 MESES						
Sí	54	76.1	17	23.9	71	100.0
No	28	56.0	22	44.0	50	100.0
P	0.020 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que existe relación ente la lactancia materna exclusiva hasta los meses con el crecimiento adecuado; así mismo existe relación entre la lactancia materna de modo complementario hasta los 24 meses con el crecimiento adecuado; lo cual es una clara evidencia de todas las ventajas que ofrece el consumo de la lactancia materna tal como lo recomienda el Ministerio de salud.

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES NUTRICIONALES Y EL
 CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE
 SALUD LARA AREQUIPA – 2017

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAD INICIO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA						
6 meses	52	86.7	8	13.3	60	100.0
Antes 6 meses	18	39.1	28	60.9	46	100.0
Después 6 meses	12	80.0	3	20.0	15	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
COMIDAS/DÍA						
5 veces	48	87.3	7	12.7	55	100.0
4 veces	32	50.0	32	50.0	64	100.0
3 o menos	2	100.0	0	0.0	2	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
SUPLEMENTO NUTRICIONAL						
Siempre	39	81.3	9	18.8	48	100.0
A veces	43	64.2	24	35.8	67	100.0
Nunca	0	0.0	6	100.0	6	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla se evidencia que existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria con el crecimiento, mientras se inicie a los 6 meses el crecimiento es adecuado, por otro lado a mayor número de comidas que reciba el niño el crecimiento es adecuado, así como los niños que reciben suplementos nutricionales tienen un crecimiento adecuado.

TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE MORBILIDAD Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LARA AREQUIPA – 2017

FACTORES	CRECIMIENTO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAs						
Presentó	23	50.0	23	50.0	46	100.0
No presentó	59	78.7	16	21.3	75	100.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.					
IRAs						
Presentó	43	60.6	28	39.4	71	100.0
No presentó	39	78.0	11	22.0	50	100.0
P	0.043 (P < 0.05) S.S.					
ANEMIA						
Presentó	22	47.8	24	52.2	46	100.0
No presentó	60	80.0	15	20.0	75	100.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
PARASITOSIS						
Presentó	21	48.8	22	51.2	43	100.0
No presentó	61	78.2	17	21.8	78	100.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.					
Total	82	67.8	39	32.2	121	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla puede apreciarse que existe relación entre la presencia de EDAS, IRAS, anemia y parasitosis con el crecimiento, ya que a menor presencia de EDAS, IRAS, anemia y parasitosis se da un crecimiento adecuado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los niños de 3 años que acuden al Puesto de Salud Lara Socabaya de Arequipa son en su mayoría de sexo femenino y el 32.2% tienen de 37 a 47 meses.

SEGUNDA: Los factores socioeconómicos de los niños de 3 años que acuden al Puesto de Salud Lara Socabaya de Arequipa evidencian tener padres en su mayoría adultos (60.3%), ser hijos únicos en un 39.7%, tener a sus padres juntos en un 83.5%, formar parte de una familia nuclear en su mayoría (43%), y sus padres tienen ingresos económicos iguales o mayores al sueldo mínimo actual (68.6%); dentro de las

factores culturales los padres de los niños de 3 años tienen en su mayoría un grado de instrucción secundario y más del 60% proceden de la ciudad de Arequipa, en las factores nutricionales se evidencia que más de la mitad recibió lactancia materna exclusiva y lactancia complementaria hasta los 2 años, asimismo casi la mitad inicio su alimentación complementaria a los 6 meses y más de la mitad recibe 5 comidas al día y a veces recibieron suplementos nutricionales y con respecto a la morbilidad en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara el 62% no presento enfermedades diarreicas agudas, el 58.7% presento infecciones respiratorias agudas, el 62% no presento anemia ni el 64.5% no presento parasitosis.

TERCERA: El crecimiento en niños de 3 años mediante el indicador talla / edad en el Puesto de Salud Lara Socabaya Arequipa es adecuado en un 67.8%.

CUARTA: Los factores socioeconómicos y culturales que guardan relación con el crecimiento son la edad de la madre, el número de hijos de los padres, el estado civil de los padres, el tipo de familia, ocupación de los padres, ingresos económicos, grado de instrucción de los padres, lugar de procedencia del padre. Las factores nutricionales que se relación con el crecimiento son la lactancia materna exclusiva y complementaria, edad de inicio de la alimentación complementaria, numero de comidas que reciben al día y la recepción de suplementos nutricionales y con respecto a la morbilidad y al crecimiento todas las enfermedades guardan relación con el crecimiento.

B. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Establecer acciones multisectoriales que fomenten medidas de protección holística para los niños ab lactantes, ya que los 3 primeros años de vida son fundamentales ya que en esa etapa se da el crecimiento al mayor velocidad, se determina el desarrollo neurológico de la persona, lo cual determinara en gran parte el porvenir de la persona así como su aporte a la sociedad.

SEGUNDA: El crecimiento de los niños es el resultado de múltiples factores, por lo que lo que el estado debe desarrollar políticas de acción que contribuyan a un adecuado crecimiento de los menores a través de la difusión de las factores que se relacionan con el mismo.

TERCERA: Sensibilizar a la madre del niño menor a una nutrición saludable y balanceada, y la importancia de las 5 comidas para el niño, para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado.

CUARTA: Propiciar a los profesionales de salud a la continuación de la realización de estudios de investigación sobre desnutrición en niños y sus factores que se relacionan en su crecimiento y desarrollo y así reducir brechas que afectan a la niñez y por ende al desarrollo del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **MINSA (2011)** Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud.
2. **OMS (2017)** Crecimiento Infantil. Ginebra.
3. **UNICEF (2012)** Evaluación del crecimiento de niños y niñas Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud Disponible en https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
4. **GERESA- AREQUIPA/** Dirección Ejecutiva de Salud de la Personas/ Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable/ Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2016

https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/SIEN%20I%20SEM%202016.pdf
5. **CORONADO, H (2013)** “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, Puesto de salud del valle de Palajunoj- Guatemala ”.

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
6. **ASENCIO L, MUÑOZ K (2012)** “Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guardería “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San pablo Santa Elena”- Ecuador.
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/700/1/TESIS%20MARI%20TA%20ASENCIO%20Y%20KAREN%20MU%C3%91OZ.pdf>
7. **ENRIQUEZ A, PEDRAZA Y (2016)** “ Factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del distrito de Reque . ”

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/2992/1/Tesis%20Enriquez%20y%20Pedraza.pdf>

8. **AREVALO, J. (2014)** “Factores asociados a la prevalencia de desnutrición en pacientes pediátricos Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolome – Peru”.

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1220/1/Arevalo_jl.pdf

9. **FARFÁN, C. (2012)** En su estudio, “Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau”.

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2457/Paranco_Rodriguez_Cyntia.pdf?sequence=1

10. **MAMABOLO (2005)** Delemarre-van de Waal H, Levitt N. Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3 year old black South African children residing in the Central Region of Limpopo Province, South African. Public Health Nutrition;8:501-508

11. **FIDAKU T. (2014)** Factor associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan districts, Gurage Zone, South Etiopia: a case-control study. BMC Public Health

12. **RAMOS C, (2014).** Prevalence and factor associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. J Pediatr. Brasil

13. **HUMANIUM ONG (2017)** Niños en zonas urbanas o zonas rurales. España Consultado el 26 de Agosto del 2017. Disponible en <https://www.humanium.org/es/ninos-zonas-urbanas-rurales/>

14. **AGUIRREZ (2006).**Talla baja: Diagnóstico y seguimiento desde Atención Primaria B. Ministerio de Salud

- 15. CENAN (2005)** Normas Técnicas de Valoración Nutricional Antropométrica Niño Menor de 5 años Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Documento en Revisión Área de Normas Técnicas. Lima
- 16. USAID (2008)** MÓDULO PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO SEGÚN LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD. |Iniciativa de Políticas en Salud, Perú, proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Futures Group International, LLC. Consultado en mayo del 2017. Disponible en

https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_general/modulo_cred_0.pdf
- 17. MATAMOROS. (2016)** Factores que regulan el crecimiento y desarrollo. Disponible en <https://prezi.com/cmgo1c2uim5d/factores-que-regulan-el-crecimiento-y-desarrollo/>
- 18. PAJUELO J. (2016)** El retardo del crecimiento en el Perú. U.N.M.S.M. Perú
- 19. OMS (2011)** Concentraciones de Hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra.
- 20. MINSA (2015)** Suplementación con micronutrientes. Consultado el 17 de Agosto del 2017.. Disponible en

<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/suplementacion.html>
- 21. MINSA (2016)** Control de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 12 años. Revisión ultra rápida. Lima - Perú
- 22. UNICEF (2011)** Estado de la Niñez en el Perú Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Lima – Perú

- 23. FIDAKU T, ASSEGID S, DUBE L. (2014)** Factor associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan districts, Gurage Zone, South Ethiopia: a case-control study. BMC Public Health
- 24. MAMABOLO R, ALBERTS M, STEYN N, DELEMARRE-VAN DE WAAL H, LEVITT N. (2005)** Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3 year old black South African children residing in the Central Region of Limpopo Province, South African. Public Health Nutrition
- 25. MINSA – INS - CONTRERAS MARÍA. (2005)** Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica del niño menor de cinco años (Propuesta). Perú
- 26. MINSA (2007)** Documento Técnico: Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017- 2021.
- 27. MINSA (2005)** Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud
- 28. OFICINA REGIONAL DE EDUCACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2004)** Participación de las familias en la educación inicial Latinoamericana. Chile.
- 29. PAJUELO J, MIRANDA M. (2012)** Coexistencia de problemas nutricionales en niños menores de 5 años en el Perú A publicarse
- 30. SERCOVIC G. (2017)** La remuneración mínima vital. Perú. 2017. Consultado el 20 de Julio del 2017. Disponible en <http://www.elperuano.pe/noticia-la-remuneracion-minima-vital-51149.aspx>

- 31. RAMOS C, DUMITH S, JURACI C. (2014)** Prevalence and factor associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. J Pediatr (Rio J)
- 32. ROCHE, ROBERTO (2006).** Psicología de la pareja y de la familia: análisis y optimización. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. p. 9. Consultado el 7 de agosto de 2015.
- 33. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001).** «Familia». Consultado el 7 de agosto de 2015. Disponible en www.rae.es. Diccionario de la Lengua Española.
- 34. URBANO DURÁND CARLOS. (2008)** Módulo para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño según las normas del Ministerio de Salud. USAID Perú Agosto 2008
- 35. ZONG XN, LI H. (2014)** Physical growth of children and adolescents in China over the past 35 years. Bull World Health Organ

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....de..... años de edad, por este medio hago constar que me han informado acerca del estudio denominado:

“Factores que se relacionan con el crecimiento en niño de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa - 2017” el cual se me ha explicado el objetivo del mismo, por el cual se me ha solicitado mi participación, lo cual declaro que libre de cualquier coacción acepto participar en el mismo a través de los mecanismos estipulados en el estudio, aclarando que en el momento que considere no continuar adelante con el mismo se retirara la presente autorización.

Firma

05 de Abril del 2017

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA ESPECIALIDAD EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO GUÍA DE ENTREVISTA

Título: “Factores que se relacionan con el crecimiento en niños de 3 años en el Puesto de Salud Lara Arequipa – 2017”

I.- DATOS GENERALES DE NIÑO

Nombre del niño:.....

Edad:.....sexo: Peso: Talla:

II.- DATOS DE LOS PADRES

1.- Edad de la madre:

- a.- 16 a 19 años () b.- 20 a 24 ()
c.- 25 a 54() d.- 55 a 64 ()

2.- Edad del padre:

- a.- 16 a 19 años () b.- 20 a 24 ()
c.- 25 a 54() d.- 55 a 64 ()

3.- Número de hijos

- a.- 1 () b.- 2 ()
c.- 3 () d.- 4 a más ()

4.- Estado civil

- a.- Soltero(a) () b.-Casado(a) ()
c.-Divorciado(a)() d.- conviviente ()

5.- Tipo de familia

- a.- Nuclear () b.-monoparental ()
c.- compuesta () d.- otros ()

6.- Ocupación de la madre

- a.-Desempleado () b.-dependiente () c.-Independiente ()
d.-Ama de casa () e.-estudiante ()

7.- Ocupación del padre:

- a.- Desempleado () b.- dependiente ()
c.-Independiente() d.- estudiante ()

8.- Ingreso económico mensual:

- a.- No tiene ingreso () b.- Menor de S/800.00 ()
c.-S/800.00 () d.- Mayor de S/800.00 ()

9.-Grado de instrucción de la madre:

- a.-analfabeta () b.-primaria () c.-secundaria
d.- técnico () e.-superior ()

10.-Grado de instrucción del padre:

- a.-analfabeto () b.-primaria () c.-secundaria
d.- técnico () e.-superior ()

11.- Lugar de procedencia de la madre

- a.- Arequipa () b.- fuera de Arequipa.....

12.- Lugar de procedencia del padre

- a.- Arequipa () b.- fuera de Arequipa.....

13.- Recibió Lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de vida

- a.- Si () b.- No ()

14.-Lactancia Materna desde los 6 meses hasta los 24 meses

- a.- Si () b.- No ()

15.-Comidas al día

a.- 5 veces () b.- 4 veces ()

c.-menos de 3 veces ()

16.- Inicio de alimentación complementaria?

a.- 6 meses () b.- antes de los 6 meses ()

c.- después de 6 meses ()

17.-Consumio su niño suplemento nutricional, cumpliendo correctamente con las indicaciones del personal de salud?

a) Siempre () b) a veces () c) nunca ()

18.- EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

Sí () No ()

19.- IRA: Infecciones Respiratorias Agudas

Si () No ()

20.- Anemia

Si () No ()

21.- Parasitosis

Si () No ()