

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

CUMPLIMIENTO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO Y SALUD GENERAL EN NIÑOS MENORES
DE UN AÑO. ACLAS LAS MORAS - HUÁNUCO 2017.

Para Optar el Título Profesional de :
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

Bach. HUACACHINO GUILLERMO, Yulit

ASESOR

LIC. ENF. BORNEO CANTALICIO, Eler

Huánuco - Perú

2018



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 03:00 pm horas del día 17 del mes de octubre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Mg. Diana K. Palma Lozano **Presidenta**
- Mg. Nidia Rosales Córdova **Secretaria**
- Lic. Enf. Armando Navarte Leiva **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°1602-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "CUMPLIMIENTO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y SALUD GENERAL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO, ACLAS LAS MORAS - HUÁNUCO 2017", presentado por la Bachiller en Enfermería Srta. Yulit Florinda HUACACHINO GUILLERMO, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 14 y cualitativo de Aprobado.

Siendo las 4:47 pm horas del día 17 del mes de Octubre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstract	IV
Introducción	V
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Objetivo general	08
1.4. Objetivos específicos	08
1.5. Justificación de la investigación	09
1.6. Limitaciones de la investigación	10
1.7. Viabilidad de la investigación	10
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.2. Bases teóricas	17
2.3. Definiciones conceptuales	20
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	33
2.5.1. Variable dependiente	33

2.5.1. Variable independiente	33
2.6. Operacionalización de variables (Dimensiones e indicadores)	34
CAPÍTULO III. METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación	35
3.1.1. Enfoque	35
3.1.2. Alcance o nivel	35
3.1.3. Diseño	35
3.2. Población y muestra	36
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.3.1. Para la recolección de datos	38
3.3.2. Para la presentación de datos	39
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de datos	41
4.2. Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis	54
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1. Contrastación de los resultados del trabajo de investigación	61
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

DEDICATORIA

A DIOS, por iluminarme, derramar sus bendiciones sobre mi persona y permitirme terminar mi formación profesional.

A MIS PADRES, Agrepino y Valentina con profundo amor, cariño e infinita gratitud, pues con sacrificio y comprensión hicieron posible mi anhelo profesional.

A MIS HERMANOS, por el apoyo incondicional brindado hicieron posible la culminación de mis estudios profesionales.

A MI ESPOSO, por el apoyo incondicional y comprensión hicieron posible la culminación de mi anhelo profesional.

A MI HIJA, con profundo amor, infinito cariño, pues con paciencia y comprensión hicieron posible la culminación de mis estudios profesionales.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis; LIC. ENF. BORNEO CANTALICIO ELER, por su constante orientacion en el desarrollo de la tesis, quien demostro ser un exelente profesional, producto de ello es que se dio culminacion al presente trabajo de investigacion.

Asimismo a todas aquellas personas que, directamente e indirectamente hisieron posible el desarrollo de la tesis y colaboraron a realizar el trabajo de campo, que fue laborioso.

III

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año. **MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio correlacional con 64 niños menores de un año del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017. En la recolección de datos se utilizó una ficha de registro. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia. **RESULTADOS:** En general, 43,8% (28 niños) tuvieron control completo de crecimiento y desarrollo, y sobre la salud general, 18,8% (12 niños) tuvieron sobrepeso, 10,9% (7 niños) talla baja, 14,1% (9 niños) mostraron riesgo en su desarrollo psicomotor, uno de ellos enfermedad diarreica aguda, 4,7% (3 niños) infección respiratoria aguda y 29,7% (19 niños) presentaron anemia. Por otro lado, existe relación significativa entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general del niño en talla para la edad ($p \leq 0,047$), desarrollo psicomotor ($p \leq 0,033$) y anemia ($p \leq 0,042$). **CONCLUSIONES:** Existió relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en talla para la edad, desarrollo psicomotor y anemia en niños menores de un año.

Palabras clave: control CRED, salud general, desnutrición crónica, anemia.

IV

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the fulfillment of control of growth and development and general health in children under one year.

METHODS: A correlational study was carried out with 64 children under one year of the ACLAS Las Moras - Huánuco, 2017. A registration form was used in the data collection. For the inferential analysis of the results, the Chi square test of independence was used.

RESULTS: Overall, 43.8% (28 children) had complete control of growth and development, and on general health, 18.8% (12 children) were overweight, 10.9% (7 children) were short, 14,1 % (9 children) showed risk in their psychomotor development, one of them acute diarrheal disease, 4.7% (3 children) acute respiratory infection and 29.7% (19 children) presented anemia. On the other hand, there is a significant relationship between compliance with growth and development control and general health of the child in height for age ($p \leq 0.047$), psychomotor development ($p \leq 0.033$) and anemia ($p \leq 0.042$).

CONCLUSIONS: There was a relationship between compliance with growth and development control and general health in height for age, psychomotor development and anemia in children under one year of age.

Keywords: *CRED control, general health, chronic malnutrition, anemia.*

INTRODUCCION

La infancia que comprende a los niños menores de un año, constituye una etapa categórica en la capacidad del desarrollo, es una etapa elemental de aprendizaje, búsqueda, bienestar y evolución para madurar las capacidades físicas, intelectuales y emotivas, etapa más sensible del crecimiento. En esta etapa es fundamental ofrecerles el mayor cuidado ya que se establecen las capacidades fundamentales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones para que tomen seguridad y autoestima fundamental para ello el contexto de la madre como el niño debe ser propicio y sin riesgos, llevar una buena nutrición, para el infante es fundamental la lactancia materna ya que es soporte de la mayor parte de los nutrientes básicas para su crecimiento y desarrollo¹.

El desarrollo completo de la infancia es trascendental para el desarrollo humano y la cimentación de capital social, componentes considerados principales e imprescindibles para quebrar el ciclo de pobreza y disminuir las brechas de inequidad². El estado peruano impulsa la salud preventiva en los infantes mediante dos acciones principales: la vacunación completa y oportuna y el monitoreo regular del control de crecimiento y desarrollo, especialmente en la primera infancia³. Además, según lo determinado por el Ministerio de Salud (MINSA) el control de crecimiento y desarrollo (CRED) está concebido como el conjunto de acciones periódicas y sistemáticas, con el propósito de vigilar de forma oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños a fin de identificar de manera temprano, riesgos o trastornos, así como la aparición de enfermedades, suministrando su diagnóstico e intervención pertinente⁴.

En este contexto cobra importancia la promoción de la salud, iniciativa de la nueva salud pública que emerge como resultado de una importante evolución en el concepto y la teoría de la salud pública. La " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" conceptualiza la promoción de salud como el camino que facilita a las personas aumentar el control sobre los determinantes de la salud y en resultados, mejorarla. La Promoción de la Salud traspasa la transmisión de contenidos y agrega los objetivos de mejorar las capacidades de las personas y de cambiar los contextos sociales, ambientales y económicos, con el fin de reducir su impacto negativo en la salud individual y poblacional⁵.

Por tal motivo, este trabajo de investigación tuvo el objetivo de determinar la relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, durante el periodo 2017.

Asimismo, la investigación se constituyó en cinco capítulos. En el primero se aborda el problema de investigación, la formulación del problema, los objetivos, justificación, limitaciones y viabilidad de la investigación.

En el segundo capítulo, se aprecia el marco teórico, organizada por los antecedentes de investigación, las bases teóricas y las definiciones conceptuales, la hipótesis y las variables.

El tercer capítulo lo conforma la metodología de la investigación, constituyéndose por las siguientes partes: tipo de estudio, población y muestra y técnicas de recolección de datos.

Además, en el cuarto capítulo se comunican los resultados del estudio, apartados en resultados descriptivos y prueba de hipótesis.

Por último, en el quinto capítulo se analiza la discusión de los resultados. A continuación se sustentan las conclusiones y las recomendaciones. También se tuvieron en cuenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La desnutrición se comprende como uno de los enormes flagelos que hace frente el mundo en los últimos tiempos y han sido considerados como importantes problemas de salud pública y poseen serias repercusiones en la morbilidad y mortalidad de numerosos países del mundo⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ alrededor del 30,0% de la población mundial menor de 5 años posee retraso del crecimiento y el 18,0% se encuentra con bajo peso para su talla, aclarados en su mayoría por una nutrición deficiente.

En México, la prevalencia de desnutrición crónica permanece en 13,6% de los preescolares, lo que equivale aproximadamente 1.5 millones de menores de cinco años⁸. Es más, la prevalencia es también elevada en los grupos sociales con enormes desventajas, por ejemplo, en la población indígena la prevalencia es de alrededor de 33,0%⁹.

Del mismo modo, la prevalencia de desnutrición crónica en la infancia es heterogénea en el Perú. Según los reportes de la ENDES 2015, en el primer semestre del año la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años habría descendido a nivel nacional solamente 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 14,6% a 14,2%. En el año 2014, la desnutrición crónica infantil disminuyó 2,9 puntos porcentuales, descendiendo de 17,5 a 14,6%. A nivel de regiones,

se evidenció que el 24,8% de los niños de la región Huánuco fueron afectados con desnutrición crónica¹⁰.

Según Instituto Nacional de estadísticas e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF): Indican que la desnutrición, anemia y deficiencia de Vitamina A son indicadores del estado nutricional como también la vacunaciones una manera sencilla de evitar que los niños se contagien con enfermedades que en algunos casos pueden tener complicaciones graves.¹¹

Según UNICEF, de acuerdo con la información registrada por Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV), el 6,7% del total de la población menor de 3 años acudió a su control de crecimiento durante las últimas cuatro semanas (“Control del niño sano”). Donde el 5,1% de los niños menores de 3 años que viven en condiciones de pobreza extrema contó con esta atención, mientras que entre los pobres no extremos y los no pobres, el porcentaje que tuvo la atención de “Control del niño sano” fue de 8,3% y 5,9%, respectivamente. Sin embargo, 58,6% de los niños menores de 3 años fueron llevados a consulta por otros motivos.¹²

En el 2013 según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el I semestre el 46,7% de los niños menores de 36 meses recibieron sus controles, y con respecto al año 2012 que fue 50,8% donde en el área rural fue 24,0 % y en el área urbana 23,9%. En el 2011 fue de 47,3%; en el 2010 40,0%; en el 2009 27,7%; en el 2007 24,0%; y el departamento que tuvo como

mayor puntaje para el año 2012 fue Huancavelica con 77,2% y el que tuvo menor puntaje fue Ucayali con 31,9%; y en el departamento de Huánuco para el año 2012 fue 68,9%; en el 2011 72,3; en el 2010 69,9%; en el 2009 47,8%; en el 2007 24,1%. De acuerdo a los resultados resalta que cada año que pasan aumentan los números de cumplimiento de controles.¹³

Según Monitoreo Nacional De Indicadores Nutricionales (MONIN) la prevalencia de desnutrición crónica a nivel nacional en niños menores de 5 años fue 17.9%, y el bajo peso al nacer en menores de un año fue de 6.8%, a su vez la anemia en niños de 6 a 35 meses fue de 43.6%, con predominio en los niños entre 6 a 11 meses, y el 56.8% menores de 6 meses tuvieron lactancia materna exclusiva y el 22.2% menores de 36 meses reciben alimentación complementaria, como a su vez 3.8% de los niños entre 6 a 35 meses reciben suplementos de hierro (6 a más veces por semana). La prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en los niños menores de tres años fue de 29.2%, siendo la zona rural en donde se reporta mayor casos y la prevalencia de Infección Respiratoria Aguda fue 9,1%, siendo más predominante en la zona rural, también un 18.2% de los niños menores de un año cuentan con número de controles de Crecimiento y Desarrollo de acuerdo a su edad a nivel nacional.¹⁴

Estrada, San Martín y Barragán¹⁵, realizaron un estudio donde obtuvieron que 72% afirma estar enterado de la existencia del programa de CRED, de esto 98% se enteraron por el personal de

salud y solo el 2% por personal ajeno a la institución, entre una de las causas es el olvido de la cita programada un 31% y 26% asiste al servicio de urgencias, de esta cifra 80% asiste con motivo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA). Por tanto los factores sociales, económicos, culturales y de educación están directamente relacionados con los motivos de inasistencia al programa de CRED.

En el estudio realizado por Lavado¹⁶, se obtuvo que 4,3% poseía un nivel bajo de conocimientos sobre Control de Crecimiento y Desarrollo y 89,36% tienen un nivel medio y sólo un 6,38% tiene los conocimientos altos. Las madres que cumplieron seis controles fue 6,4%; y un 40,4% en el primer año de vida sólo llevaban a sus hijos a 3 controles. Por tanto hay relación entre la edad de la madre y el nivel de conocimientos. A si mismo hay una baja correlación entre el nivel de conocimientos y el cumplimiento de los controles y además no existe correlación entre aplicación de estrategia y nivel de conocimientos como tampoco aplicación de estrategias y cumplimiento de los controles.

También Gonzales¹⁷, realizó un estudio donde obtuvo que 68% de niños menores de un año tiene el calendario de vacunación completa y el 32% incompleta de acuerdo a su edad, por lo que se puede evidenciar en los Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año, el 59% refieren que los factores están presentes y 41% ausentes y los aspectos que están presentes está dado por el

ingreso económico, la aplicación de las vacunas al niño son gratuitas, trato del personal de Enfermería y los aspectos ausentes están dados por ocupación de la madre, contraindicación de la vacunación, accesibilidad al servicio.

Del mismo modo Vílchez y Gorriti¹⁸, realizaron un estudio donde identificaron que el Nivel de crecimiento y desarrollo fue de un 89,4% en niños que presenta alteración del desarrollo psicomotor y 10,6% fueron normales, en el Nivel de calidad del cuidado de Enfermería percibido por los cuidadores familiares de los niños fue 61,7% regular, 21,3% malo y el 17%, buena. El nivel de calidad del cuidado de Enfermería percibido por los cuidadores familiares y el crecimiento y desarrollo se observa de 47 cuidadoras, 39% percibieron que era regular y malo (83,0%); de ellas, sus niños presentaron crecimiento y desarrollo alterado. Dentro del 17% percibieron que era buena; 10,6% de sus niños presentó un crecimiento y desarrollo normal; y 6,4%, alterado.

Del mismo modo Aranciaga¹⁹, realizó un estudio en donde encontraron que en cuanto a conocimientos de la madre 46,7% eran buenos, regulares 19,3% y malos 18% y con respecto a las actitudes positivas fueron 66.7% y negativas 33.3% también las prácticas adecuadas fueron 70,7% e inadecuadas 29,35. Respectivamente encontrándose una razón establecida, concluyendo que el programa de Control de Crecimiento y Desarrollo tiene un impacto favorable en relación a los conocimientos, actitudes, y prácticas de las madres mientras las que no asistieron tienen conocimientos, actitudes y

prácticas de alimentación, para sus hijos ,arraigados en su idiosincrasia, propias de su desarrollo y nivel socioeconómico y cultural.

Por lo tanto, Lavado¹⁶, refiere que los efectos que trae el incumplimiento de los controles de Control de Crecimiento y Desarrollo son muchos, entre los cuales se encuentra, en primer lugar, la detección tardía de la desnutrición en el niño, que ocasiona a largo plazo la disminución del nivel intelectual; en segundo lugar, está la pérdida de oportunidades de educar a las madres en cuanto a prevenir las enfermedades infectocontagiosas como las diarreas y las infecciones respiratorias agudas; por otro lado, no se detectaría el retraso en el desarrollo físico y por tanto no se daría un tratamiento rehabilitador oportuno.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla

en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?

- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?

1.3. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños

menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

1.4. Objetivos específicos

- ❖ Identificar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.
- ❖ Conocer la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.
- ❖ Medir la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017
- ❖ Valorar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.
- ❖ Contrastar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.
- ❖ Conocer la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

- ❖ Establecer la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

1.5. Justificación e importancia

A nivel teórico:

Los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades; ya que son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y al retardo en el desarrollo psicomotor. Así, estos niños se ven expuestos a una privación de estímulos que podrían determinar un deterioro en su calidad de vida al producir limitaciones en su desarrollo biopsicosocial y estado nutricional; y que en un plazo no muy lejano puede dificultar el acceso a una recreación y escolaridad normal.²⁰

Es muy importante detectar a tiempo estos problemas para poder intervenir y prevenir futuras consecuencias, por lo que es imperioso el cumplimiento del programa de control de crecimiento y desarrollo, para mantener un estado de salud general óptimo en el niño menor de un año.²¹

A nivel práctico:

El estudio permitió establecer la implementación, intervención y evaluación oportuna y adecuada durante la niñez con el programa de Crecimiento y Desarrollo impactara en forma positiva en la disminución a futuro de complicaciones tales

como la desnutrición, enfermedades inmunoprevenibles, trastornos de tipo motriz, hospitalizaciones por deshidratación y enfermedades respiratorias, entre otros; motivo por el cual se considera de gran importancia estudiar la población para analizar el control de crecimiento y desarrollo relacionado con la Salud General del niño. ¹⁵

A nivel metodológico:

El valor metodológico estuvo dado por la elaboración de un instrumento confiable y valido que servirá como guía para futuras investigaciones. Y así mismo se tendrán en cuenta los diseños planteados en dicha investigación.

1.6. Limitaciones de la investigación

Según lo planteado, nuestra investigación no presentó problemas de tipo metodológico tanto en el apartado del diseño de investigación, muestreo ni en procedimientos de recolección de datos.

1.7. Viabilidad de la investigación

Nuestro estudio de investigación fue viable, debido a que se tuvo los recursos propios para llevarlo a cabo, concediendo recursos económicos y materiales necesarios para su ejecución.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

- En Venezuela, en el año 2015, Cáceres²² planteó como objetivo comprobar el cumplimiento o no del control, determinar los factores que pueden afectar el mismo, establecer si el cumplimiento afecta la morbilidad del servicio de emergencia y examinar si el cumplimiento de la consulta es por cumplir inmunizaciones. Elaboró un instrumento para el estudio de las variables. La muestra lo conformo 150 participantes que acudieron al Servicio de la Emergencia del Hospital de Niños. Para lo cual, concluyó que, las madres cumplen en su gran mayoría atención primaria en salud, es decir, la consulta de niño sano y el incumplimiento, es lo que origina la dificultad en el seguimiento y detección de situaciones que pueden conllevar a enfermedades.
- En Brasil, en el año 2014, Falleiros, Pereira, Pancieri, Ramallo, Pamplona y Malone²³ realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar los cuidados maternos a menores de un año para la promoción de la seguridad infantil en el domicilio. Estudio exploratorio, con análisis cualitativo de los datos, modalidad temática, fundamentado en el cuadro conceptual de las necesidades esenciales del niño, a partir de entrevistas grabadas con 16 madres. Resultados: el análisis de las narraciones maternas

mostró elementos facilitadores de la promoción de la seguridad infantil: presencia y participación de los padres; vigilancia constante para protección física y emocional; experiencias estimuladoras del desarrollo; redes de amparo para el cuidado del niño en el domicilio; y, elementos inhibidores de la seguridad infantil (poca percepción de las características del desarrollo infantil y de las singularidades del niño, sobreprotección y dificultades para establecimiento de límites). Concluyó que el estudio amplía la comprensión sobre el cuidado domiciliario en la promoción de la salud infantil, orientando acciones profesionales para garantizar relaciones sustentadoras continuas, protección, respeto a las diferencias individuales, experiencias adecuadas al desarrollo, establecimiento de límites y construcción de redes sociales estables y de amparo. También reafirma la relevancia de considerar las perspectivas maternas en el cuidado de la salud del niño, como la estrategia para aprender aspectos relacionados al suministro de las necesidades del crecimiento y desarrollo, particularmente para la promoción de la seguridad infantil en el domicilio.

Antecedente nacional:

- En Lambayeque- Perú, en el año 2015, Hernández y Montalvo²⁴ desarrollaron una investigación cualitativa con enfoque de estudio de caso, pretendió describir y caracterizar el cuidado enfermero al lactante menor en los consultorios de CRED de la MICRORED

Chiclayo. La muestra fue por saturación, siendo 6 enfermeras y 14 madres que participaron voluntariamente, aplicándoles una entrevista semiestructurada. Como referentes se utilizaron la teoría de Watson del cuidado humano, conceptos de Waldow como cuidar-cuidado, el modelo de Nola Pender de promoción de la salud y el cuidado intercultural de Leeninger. Entre los resultados se encontraron las siguientes categorías: Proceso de atención integral en el cuidado de enfermería al lactante menor y limitaciones en el cuidado enfermero brindado al lactante menor. Develando que el accionar de enfermería prioriza la dimensión biológica durante la evaluación del niño seguida de la dimensión social valiéndose de acciones preventivas y detección de anomalías en el desarrollo psicomotor para brindar un cuidado óptimo, así como en la educación para la salud mediante la consejería integral; sin embargo, se evidenció que no abordan la dimensión moral y espiritual pues manifiestan que el tiempo para su evaluación es limitado. Asimismo, hicieron énfasis las limitaciones que existen para la atención como la gran demanda poblacional, escasez de material didáctico, falta de personal, factor tiempo, falta de compromiso de las madres, barreras culturales que influyen directamente en el cuidado de enfermería brindado.

- Gonzales, Huamán, Aparco, Pillaca y Gutiérrez²⁵ realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio

de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012. Estudio de casos-contróles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ($p < 0,05$) y como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR) para muestras pareadas (IC 95%). Resultados: siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC 95% 0,41-0,81).

- Jauregui²⁶ llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, con enfoque de Estudio de Caso Cualitativo titulado: El Componente de Crecimiento y Desarrollo: Significado para las Madres de Niños de 1 a 4 Años del AAHH Nueva Unión, con el objetivo de Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada a doce madres y una abuela, y las observaciones realizadas en el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio, la recolección de datos se realizó en

el período de agosto del 2009 a enero del 2010. Para el análisis de los datos éstos fueron codificados y categorizados; finalmente emergieron los siguientes temas: Concepción de las madres sobre salud - enfermedad del niño, Concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo, Razones por las que las madres acuden o no al Componente CRED, Interrelación Madre – Enfermera - Niño. Los temas revelan el significado que las madres tienen sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño de 1 a 4 años, estableciéndose que las madres consideran como eje central de la atención de CRED la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño.

Antecedente local:

- Miguel²⁷ llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos e institucionales asociados en el cumplimiento de esquema de control de Crecimiento y Desarrollo de niños de 1 a 3 años en el Centro de Salud de Supte San Jorge 2016. Estudio observacional, relacional. La muestra lo conformó 118 niños de 1 a 3 años. Resultados: El 36.4% de las niños tenían 1 año, el 34.7% (2 años) y 28.8% (3 años), el 55.9% fueron de sexo masculino, el 75.4% tenían control CRED completo para su edad. Los factores sociales asociados al cumplimiento de control de Crecimiento y desarrollo fueron la distancia del domicilio ($p= 0.045$), ocupación de la madre ($p= 0.01$), grado de instrucción materna ($p=$

0.03). Para los factores demográficos asociados fueron la edad de la madre con ($p= 002$), integrantes de la familia con el que vive el menor ($p= 006$). Para los factores Institucionales asociados son, el tiempo para llegar al establecimiento de salud ($p 0.037$), trato de personal de salud ($p=0.024$) y costo de la atención ($p 0.042$). Concluyó que la distancia del domicilio, ocupación de la madre, nivel educativo, edad materna, distancia al establecimiento de salud y trato del personal de salud, son factores relacionados al cumplimiento del esquema CRED en niños atendidos en el Centro de salud de Supte.

- Y, en Huánuco, 2004, Aranciaga H¹⁹, realizó el estudio de investigación que lleva como título “Influencia del programa de crecimiento y desarrollo en relación a la alimentación para lactantes. Centro de salud Aparicio Pomares”, cuyo objetivo fue Determinar el nivel de influencia del programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) aplicado por el profesional de enfermería a las madres dirigido al cambio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación al niño menor de un año en el C.S. Aparicio Pomares, el tipo de estudio es descriptivo, prospectivo, correlacional y longitudinal modalidad de evolución de grupo, para lo cual se aplicó un tés después de las 4 sesiones, evaluándose la evolución en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación del menor de un año, el grupo muestral fue constituida por un grupo de 150 madres donde el tipo de muestreo fue probabilístico, donde se tuvo en cuenta el factor de inclusión a

madres primerizas que tengan un hijo menor de un año sin importar el tipo de parto o sexo del menor y en el factor de exclusión madres que tenían 2 hijos o más y mujeres que abandonaron el programa por cambio domiciliario siendo reemplazadas por otras madres con las mismas características del estudio y los instrumentos que se utilizaron fueron Guía de observación, Guía de entrevista y consentimiento informado. El resultado que se obtuvo fue que el programa de Control de Crecimiento y Desarrollo tiene un impacto favorable en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, mientras las que no asistieron tiene conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación, para su hijo, arraigados en su idiosincrasia, propia de su desarrollo y nivel socio económico y cultural.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

Una de las teorías de enfermería que se halla asociada al tema de estudio es la de Nola Pender, conocida como Modelo de Promoción de la Salud, que considera las interrelaciones que constan entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que intervienen en las conductas que favorecen la salud²⁸.

En enfermería Pender²⁹ fomenta e instituye el modelo de promoción de salud, el mismo que se sustenta en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. Este modelo posee una estructura parecida al de creencias en la salud, pero no se restringe a analizar la conducta

preventiva de la enfermedad sino que comprende también las conductas que ayudan la salud, en un sentido muy amplio. Pender, establece los factores cognoscitivos perceptivos del sujeto que se han cambiado por las características situacionales, personales e interpersonales que se descifran en la participación del individuo y comunidad en el cuidado de la salud.

El modelo de Pender establecida en Marriner³⁰ determina la importancia de la salud, los beneficios sentidos de las conductas que fomentan la salud y las barreras que se perciben para comportamientos promotoras de la salud. Estos elementos se modifican por los perfiles demográficos y biológicos y por dominios interpersonales, así como también por factores de entorno y comportamientos. La definición personal de salud para uno mismo posee más importancia que una afirmación amplia sobre la salud. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como contexto positivo de muy alto nivel, se asume como propósito hacia el cual se esfuerza una persona. El modelo propuesto por Pender inserto también la autoeficacia percibida concebida como el juicio de las capacidades del sujeto para lograr cierto nivel de desenvolvimiento para ejecutar comportamientos promotoras de salud. Los grados de autoeficacia pueden acrecentar o reducir la motivación.

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido manejado por los profesionales de Enfermería en la última década, con mucha frecuencia en distintos contextos que van desde la práctica segura de la utilización de guantes hasta la percepción de la salud de los individuos, pero

particularmente encaminado a la promoción de conductas saludables en los sujetos, lo que innegablemente es una parte fundamental del cuidado enfermero tal como se muestra en investigaciones publicados los cuáles guardan un interés legítimo e implícito hacia el cuidado, la mejora de la salud y la reproducción de conductas que previenen la enfermedad³¹.

Además, se puede asociar esta teoría con el presente tema de estudio de la siguiente manera²⁸:

- Beneficios valorados de acción, son las consecuencias positivas que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo adecuado del niño, así como la identificación temprana de problemas.
- Barreras sentidas, como trato en la atención, desinterés, falta de tiempo entre otros.
- La auto-eficacia percibida reducirá las barreras existentes, afecto asociado con la actividad, mientras la madre perciba que el control de crecimiento y desarrollo es importante para la salud del niño, su actitud será positiva.
- Influencias interpersonales, el influjo de los que se encuentran en su ambiente (familia, amigas), cómo reaccionan frente a la atención y los conocimientos que poseen frente al control de crecimiento y desarrollo.
- Influencias situacionales, está asociado al consultorio de crecimiento y desarrollo, a la sala de espera, experiencias

preliminares tanto positivas y negativas asociadas con el control.

En nuestra opinión, el modelo de promoción de la salud nos ayuda a identificar conceptos relevantes sobre los comportamientos de promoción de la salud, es decir, este modelo se cimienta en la educación de los sujetos sobre cómo cuidarse y seguir una vida saludable, por lo tanto el tema asunto de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año es trascendental para vigilar y llevar un control oportuno, efectuar una buena educación a los progenitores de los niños y esto trascenderá en la salud general del niño.

2.3. Definiciones conceptuales:

2.3.1. Crecimiento y desarrollo

2.3.1.1. Crecimiento:

Se define al crecimiento como al “resultado de la multiplicación y/o del aumento del tamaño celular como consecuencia de factores de crecimiento. Es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo. Es un fenómeno cuantitativo”³².

También es el 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). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.²⁰

2.3.1.2. Desarrollo:

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social, influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales ²⁰

2.3.1.3. Control del Crecimiento y Desarrollo:

Conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo.³³

2.3.1.4. Controles en el primer año de vida:

De 0 a 28 días 2 controles entre 7 y 15 días,

De 1 a 11 meses 11 controles Mensuales.

Aspectos que no pueden ser separados, por lo que se emplea la expresión crecimiento y desarrollo en sentido unitario que abarca tanto la magnitud como la calidad de los cambios de maduración.³⁴

2.3.1.5. El crecimiento del niño considerando la tendencia se clasifica:

a. Crecimiento adecuado:

Condición del niño que evidencia ganancia de peso e incremento de talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su

edad(± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.²⁰

b. Crecimiento inadecuado:

Condición del niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de talla, y en el caso del peso incluye pérdida 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 normalidad (± 2 DE)²⁰

Dentro del control de crecimiento y desarrollo se aplica la inmunización y/o vacunación para los niños y niñas menores de 1 año los cuales son los siguientes:

1 Mes: BCG HVB

2 Meses: 1º APO, Pentavalente, Rotavirus, Neumococo.

4 Meses: 2º APO, Pentavalente, Rotavirus, Neumococo.

6 Meses: 3º APO, Pentavalente, Rotavirus.

7 Meses: 1º Influenza

8 Meses: 2º Influenza.³⁵

Así mismo para la prevención de las deficiencias por micro nutrientes (Hierro, Yodo y Vitamina A) se evalúan lo siguiente:

- Deficiencias nutricionales: se evalúa, la anemia, deficiencia de vitamina A y yodo.
- Suplemento con Hierro: es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de

hierro, tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica, endocrina y funcional.

Infantes y niños menores de 2 años:1 – 2 mg/Kg/día(Desde 4 – 6 meses de edad por 6 meses).
--

Niños de bajo peso al nacer (menos de 2500 gr):2 mg/Kg/día (Desde los 3 meses hasta los 12 meses)

- Suplemento con Vitamina A: ayuda a proteger nuestra salud de varias maneras: reduce la gravedad de infecciones, mayores perspectivas de supervivencia, favorece crecimiento, Es vital para el funcionamiento adecuado de la visión.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Niños: 6 - 11 meses 100,000 UI una vez cada 6 meses. ³⁵ |
|--|

- Signo de Alarma:

EDA: En los últimos 15 días, el niño tuvo deposiciones líquidas o semilíquidas y se obtuvo por referencia de la madre del niño.

IRA: En los últimos 15 días tuvo tos y se obtuvo por referencia de la madre del niño.¹⁴

2.3.2. Salud general en el niño menor de un año:

2.3.2.1. Desarrollo psicomotor: los parámetros a seguir son:

- **Crecimiento y desarrollo físico:** Modificaciones en el tamaño y función del organismo.
- **Crecimiento y desarrollo intelectuales:** Maduración de la conducta y del sistema nervioso, los cuales son difíciles de diferenciar en la primera infancia.

- **Crecimiento y desarrollo emocionales:** Capacidad de niños en establecer lazos afectivos con personas que para él tienen mayor significado.

2.3.2.1.1. Estimulación Temprana:

Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales²⁰

a).-DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL

- ❖ Edad: 0 A 28 días

Motor Gruesa: Posición flexionada.

Motor Fina: Succión – deglución, prensión, sigue objetos con la mirada.

Social: Reacciona a sonidos.

Lenguaje: Lloro por incomodidad o hambre.

- ❖ Edad: 1 Mes

Motor Gruesa: Sostiene cabeza en decúbito supino y en decúbito ventral, reflejos primarios positivos.

Motor Fina: Prensión palmar, succión, búsqueda.

Social: Fija la mirada en los rostros y los sigue a 180°

Lenguaje: Emite sonidos para expresar placer.

- ❖ Edad: 2 Meses

Motor Gruesa: En posición decúbito ventral, levanta la cabeza a 45°, reflejos primarios positivos.

Motor Fina: Succión y búsqueda positivo

Social: Sonríe frente a rostros familiares.

Lenguaje:Vocaliza (a, e, u)

❖ Edad: 3 Meses

Motor Gruesa: Sostiene la cabeza sentado, en posición prona levanta la cabeza.

Motor Fina: Sostiene sonajero por un momento y explora sus manos.

Social: Sonríe ante situaciones de placer.

Lenguaje:Presta atención a voces conocidas, realiza Gorgoreo y balbucea.

❖ Edad: 4 Meses

Motor Gruesa: Control de cabeza completo, vuelta completa de decúbito ventral a dorsal.

Motor Fina: Estira mano para tomar objetos.

Social: Ríe a carcajadas.

Lenguaje:Grita para llamar la atención, busca la fuente sonora con la mirada.

❖ Edad: 5 Meses

Motor Gruesa: Acostado boca abajo soporta su peso en las manos, se mantiene sentado un corto tiempo con apoyo anterior, reflejo de Moro débil.

Motor Fina: Pinza Gruesa, Mira objetos distantes.

Social: Intercambia miradas con el adulto Conocido, sonríe al mirarse en un espejo.

Lenguaje: Imita los sonidos del habla.

❖ Edad: 6 Meses

Motor Gruesa: Mantiene el tronco erecto sentado en una silla.

Motor Fina: Rescata el cubo que se le cae, comienza a masticar.

Social: Lloro si le quitan un objeto.

Lenguaje: Repite sílabas con ritmo (ba, ba, ba.)

❖ Edad: 7 Meses

Motor Gruesa: Sentado sostiene la cabeza, se da la vuelta de boca abajo a boca arriba

Motor Fina: Toma los objetos a su alcance y los sostiene, toma un cubo en cada mano y los examina

Social: Explora todo lo que está a su alcance, se da cuenta del enojo del adulto

Lenguaje: Emite sílabas dobles (ba-ba, ga-ga), está atento cuando le habla una persona conocida.

❖ Edad: 8 Meses

Motor Gruesa: Acostado boca abajo gira en forma circular, inicia apoyo en pies y manos para gateo

Motor Fina: Saca el cuboó juguete de un frasco de boca ancha, revuelve con la cuchara por imitación.

Social: Se asusta con personas desconocidas, encuentra objetos que se le ocultan bajo un trapo.

Lenguaje: Cuando le hablan, emite diferentes sonidos como respuesta.

❖ Edad: 9 Meses

Motor Gruesa: Se mantiene sentado diez minutos sin apoyo, iniciagateo apoyándose sobre manos y rodillas.

Motor Fina: Destapa un juguete que ha sido cubierto, toma un cubo con participación de dedo pulgar (pinza inferior),

Social: Juega a tirar objetos y a esconderse, no mide el peligro.

Lenguaje: Comienza a imitar gestos simples, reconoce su nombre.

❖ Edad: 10 Meses

Motor Gruesa: Se sienta sólo sin ayuda y con la espalda recta, se levanta sólo apoyándose de un mueble.

Motor Fina: Mira figuras en un libro, desenvuelve un envuelto delante de él.

Social: Juega a la pelota con el adulto.

Lenguaje: Dice una palabra para referirse a diferentes cosas o personas, entiende la palabra "NO".

❖ Edad: 11 Meses

Motor Gruesa: Camina apoyado de ambas manos a los muebles, gatea.

Motor Fina: Agarra el lápiz en forma rudimentaria, imita

Garabatos.

Social: Imita juegos de “palmaditas”, entrega y recibe juguetes con personas conocidas.

Lenguaje: Señala objetos familiares cuando se le nombran, obedece órdenes sencillas que no van acompañadas de ademanes.

Dos Áreas afectadas en la edad evaluada son igual a retraso en el desarrollo.³⁶

b).-Orientación a la madre de acuerdo a la edad del niño:

Niños de 2 meses:

- Mantenga un diálogo con el niño buscando un contacto Visual (ojo con ojo).
- Estimular visualmente al niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Colocar al niño o niña en posición decúbito ventral para estímulo cervical, y llamar su atención poniéndose al frente y estimulándolo visual y auditivamente.

Niños de 4 meses de edad

- Interactuar con el niño o niña estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Darle oportunidad de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos del niño con pequeños objetos, estimulando a que él o ella los tomen.

Niños de 6 meses de edad:

- Poner juguetes a pequeña distancia del niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle al niño objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleve a la boca.
- Proporcionarle estímulos sonoros, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Estimular al niño batiendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación.

Niños de 9 meses de edad:

- Jugar con el niño o niña a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto.
- Dar al niño o niña juegos fáciles de ser manejados para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con el niño, introduciendo palabras de fácil sonorización (da-da, pa-pa).³⁷

2.3.2.2. Estado nutricional:

a).-Peso:El recién nacido no debe perder más del 10% de su peso en los primeros 5 días, el lactante debe ganar 750 gramos por mes durante los primeros 3 ó 4 meses y al año lo ha triplicado.

b).-Talla o longitud:A los 12 meses mide un 50% más de lo que medía al Nacer, debe medirse considerando longitud y no altura.³⁶

c).- Peso del Nacimiento: Es un indicador de supervivencia o riesgo para el niño, de acuerdo al peso al nacimiento, se clasifica en:

- < 1000 gramos Extremadamente bajo
- 1000 a 1499 gramos Muy bajo peso al nacer
- 1500 a 2499 Bajo peso al nacer
- De 2500 a 4000 gramos Normal
- > 4000 gramos Macrosómico²⁰

d).-Peso para la edad (P/E): Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo, Se clasifica:

- >+ 2 Sobrepeso
- + 2 a – 2 Normal
- < - 2 a – 3 Desnutrición.³⁸

e).-Talla para la edad (T/E): Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo, se clasifica.

- >+ 2 Alto
- + 2 a – 2 Normal
- < - 2 a – 3 Talla baja

f).-Peso para la talla (P/T): Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad, se clasifica:

- >+ 3 Obesidad
- >+ 2 Sobrepeso

- + 2 a – 2 Normal
- < - 2 a – 3 Desnutrición Aguda
- < - 3 Desnutrición severa.³⁹

Según la INS, la alimentación durante el primer año de vida es la siguiente:

- Primeros 6 meses: Lactancia materna exclusiva.
- A partir de los 6 meses: Introducción de verduras y frutas en forma de puré, cereales preparados como papilla con leche materna.
- A partir de 6 a 7 meses: Leguminosas y carnes bien cocidas en puré y picados a tolerancia
- A partir de 8 meses: Lácteos, huevo y pescado a tolerancia.¹⁴

Así mismo la UNICEF desarrolla que los alimentos no aconsejables para los niños son:

Para cuidar la salud de los niños, durante el primer año de vida es necesario evitar los siguientes alimentos, porque pueden contener sustancias que producen daños fiambres, hamburguesas, salchichas y otros embutidos, ya que todos contienen muchas grasas, sal y otras sustancias conservantes que pueden causar daño en la salud, sobre todo de los más chiquitos.³⁸

Por lo que el MAIS señala que la nutrición del niño menor de 6 meses de edad es la siguiente:

Leche materna constituye por sí sola el mejor alimento durante los primeros 6 meses de vida. Es rica en todos los nutrientes que

necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades. También es dar amor, seguridad, placer y compañía.³⁹

Dicho modelo refiere también que la nutrición de la niña o niño de 6 a 24 meses de edad es continuar con la lactancia materna e iniciar la alimentación complementaria. Cuando el niño (a) empieza a comer es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño. Comunicación a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel.³⁹

2.4. Hipótesis

Hipótesis general

Ha: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Hipótesis específicas

Ha₁: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha₂: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha3: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha4: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha5: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha6: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

Ha7: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.

2.5. Variables

2.5.1. Variables Dependiente

Salud general.

Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo.

2.5.2. Variable Independiente

Ninguna

2.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo.	Ninguna	Cualitativa	SI NO	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE				
Salud general	Peso para la Edad	Cualitativo	Sobrepeso Normal	Nominal
	Peso para la Talla	Cualitativo	Sobrepeso Normal	Nominal
	Talla para la Edad	Cualitativo	Alto Normal Talla Baja	Ordinal
	Desarrollo Psicomotor	Cualitativo	Normal Riesgo Trastorno del Desarrollo	Ordinal
	Enfermedad diarreica aguda	Cualitativo	SI NO	Nominal
	Infección respiratoria aguda	Cualitativo	SI NO	Nominal
	Anemia	Cualitativo	SI NO	Nominal
	VARIABLES DE CARACTERIZACION			
Característica del niño(a)	Edad	Numérico	Edad en años	Razón
	Género	Categorico	Masculino Femenino	Nominal, dicotómico

CAPÍTULO III

3. METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación desarrollada corresponde al siguiente tipo de estudio:

- Según la intervención del investigador el proyecto en estudio fue de tipo observacional, por qué se observó y verificó el crecimiento y desarrollo óptimo y la salud general del niño.
- Según la planificación de la medición de la variable en estudio fue prospectivo, porque los datos se registrara a medida que ocurre los fenómenos.
- Según el número de mediciones la variable en estudio fue transversal, porque el estudio se realizara en un tiempo determinado y en una sola medición.
- Según el número de variables es analíticas, porque tuvo dos variables a estudiar cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general.

3.1.1. Enfoque

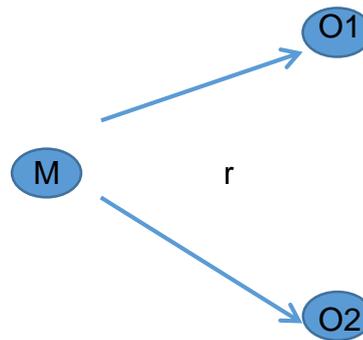
El enfoque del estudio fue cuantitativo.

3.1.2. Alcance o nivel

El alcance o nivel fue relacional, debido que se trabajó con dos variables.

3.1.3. Diseño

Para el estudio se tuvo en cuenta el diseño correlacional. Dicho esquema corresponde:



Dónde:

M: representó la muestra conformada por los niños registrados en el programa de CRED.

O1: fueron las observaciones realizadas al Cumplimiento de Control de Crecimiento y Desarrollo.

O2: fueron las observaciones realizadas a la Salud General.

r: representó la Relación entre Cumplimiento de Control de Crecimiento y Desarrollo y Salud General.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La Población estuvo constituida por las Madres de los 187 niños menores de un año que fueron atendidos en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del ACLAS Moras - Huánuco, según datos obtenidos del registro diario integral de niño y niña.

Criterios de inclusión y exclusión

A. Criterios de inclusión.

- Niños menores de un año.
- Niños con algún apoderado: mamá o papá.

- Que tenga el consentimiento de la madre o padre.
- Niños con parto normal.
- Niños con peso y talla adecuados en el nacimiento.

B. Criterios de exclusión.

- Niños que hayan nacido prematuros
- Niños que sean mayores de un año.
- Niños que estén en población de emigrantes.

Ubicación de la población en espacio y tiempo

a) Ubicación espacio: El presente estudio estuvo ubicada en el ACLAS las Moras – Huánuco.

b) Ubicación tiempo: Este estudio se llevó a cabo en el periodo de julio a diciembre del 2017.

3.2.2. Muestra y muestreo

Unidad de análisis: niño menor de un año.

Unidad de muestreo: niño menor de un año

Marco muestral: Seguimiento integral y Carnet de Control.

Tamaño de la muestra:

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 187}{0.10^2(187-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$N = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 544}{0.1 (186) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$N = \frac{179,5948}{2,8204}$$

$$N = 64 \text{ NIÑOS.}$$

Donde

$$Z_{\alpha^2}=1,96^2$$

$p=0,5$

$q=0,5$

$e=0,10$

$N=187$

Tipo de muestreo: la selección de la muestra fue mediante el muestreo aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos

Empleamos los siguientes instrumentos

- **Ficha de Registro (Anexo 01):** este instrumento fue construido con la finalidad de evaluar el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general. Está comprendido por 4 dimensiones (datos generales del niño, datos del control de CRED, datos generales del estado nutricional y evaluación del desarrollo psicomotor, enfermedades prevalentes de la infancia) y de 20 ítems; de los cuales la puntuación responde solo para las proposiciones afirmativas.

- **Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Los instrumentos han sido sometidos a juicio de expertos para su validez, participaron profesionales que laboran en el Área de Control de Crecimiento y Desarrollo y el área de investigación,

cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, nos sirven a contribuir para mejorar los instrumentos.

Procedimientos de recolección de datos

- Solicitud de permiso a la Dirección del ACLAS las Moras Huánuco.
- Capacitación a un encuestador para la recolección de datos.
- Aplicación o evaluación del instrumento de recolección de datos, en la cual consistió en la revisión del registro mensual del control de CRED, en aproximadamente de 4 semanas.
- Procesamiento de datos.
- Análisis e interpretación de datos.
- Elaboración del informe final.

3.3.2. Para la presentación de datos

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos

- ❖ Para el análisis descriptivo se utilizó los porcentajes y frecuencias.
- ❖ En el análisis inferencial, se tuvo en cuenta la prueba de Chi cuadrada de Pearson de independencia. En la significancia estadística de las pruebas se considerara el valor $p \leq$ de 0,05; y el procesamiento de la información fue mediante el paquete estadístico SPSS versión 18 para Windows.

CAPITULO IV
RESULTADOS.

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.

4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Tabla 01. Género de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Género	Frecuencia	%
Masculino	34	53,1
Femenino	30	46,9
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto al género de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 53,1% (34 niños) fueron del sexo masculino y en cambio el 46,9% (30 niños) correspondieron al sexo femenino.

4.1.2. CARACTERISTICAS DE CONTROL DE SALUD DEL NIÑO:

Tabla 02. Control completo de CRED en niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Frecuencia	%
SI	28	43,8
NO	36	56,3
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Referente al control completo de CRED de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 56,3% (36 niños) no presentaron control completo de CRED, sin embargo, el 43,8% (28 niños) tuvieron control completo de CRED.

Tabla 03. Vacunas completas para su edad en niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Vacunas completas para su edad	Frecuencia	%
SI	57	89,1
NO	7	10,9
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En razón a las vacunas completas para su edad de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 89,1% (57 niños) recibieron vacunas completas para su edad, en cambio, el 10,9% (7 niños) no recibieron vacunas completas para su edad.

Tabla 04. Suplemento completo de Sulfato Ferroso en niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Suplemento completo de Sulfato Ferroso	Frecuencia	%
SI	53	82,8
NO	11	17,2
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Concerniente al suplemento completo de Sulfato Ferroso de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 82,8% (53 niños) recibieron suplemento completo de Sulfato Ferroso, sin embargo, el 17,2% (11 niños) no fueron suplementados.

Tabla 05. Suplemento de Micronutrientes "Chispitas o estrellitas" en niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Suplemento de Micronutrientes "Chispitas o estrellitas"	Frecuencia	%
SI	63	98,4
NO	1	1,6
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En relación al suplemento de Micronutrientes "Chispitas o estrellitas" de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 98,4% (63 niños) recibieron suplemento de Micronutrientes "Chispitas o estrellitas", sin embargo, el uno de ellos no fueron suplementados.

Tabla 06. Suplemento de vitamina A en niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Suplemento de vitamina A	Frecuencia	%
SI	33	51,6
NO	31	48,4
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Con respecto al suplemento de vitamina A de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 51,6% (33 niños) recibieron suplemento de vitamina A, sin embargo, el 48,4% (31 niños) no fueron suplementados con vitamina A.

4.1.3. CARACTERÍSTICAS DE SALUD GENERAL DEL NIÑO:

Tabla 07. Peso para la Edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Peso para la Edad	Frecuencia	%
Sobrepeso	12	18,8
Normal	52	81,3
Bajo Peso	0	0,0
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto al peso para la Edad de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 81,3% (52 niños) presentaron peso para la edad normal y por otro lado, el 18,8% (12 niños) tuvieron sobrepeso.

Tabla 08. Peso para la Talla de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Peso para la Talla	Frecuencia	%
Sobrepeso	1	1,6
Normal	63	98,4
Desnutrición aguda	0	0,0
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Concerniente al peso para la talla de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 98,4% (63 niños) presentaron peso para la talla normal y por otro lado, uno de ellos tuvo sobrepeso.

Tabla 09. Talla para la Edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Talla para la Edad	Frecuencia	%
Alto	16	25,0
Normal	41	64,1
Talla Baja	7	10,9
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En lo que respecta al talla para la edad de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 64,1% (41 niños) presentaron talla para la edad normal, asimismo, el 25,0% (16 niños) mostraron talla para la edad alta y por otro lado, el 10,9% (7 niños) tuvieron talla baja.

Tabla 10. Desarrollo Psicomotor de niños menores de un año del ACLAS
Las Moras - Huánuco 2017

Desarrollo Psicomotor	Frecuencia	%
Normal	55	85,9
Riesgo	9	14,1
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Referente al desarrollo psicomotor de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 85,9% (55 niños) presentaron desarrollo psicomotor normal y en cambio, el 14,1% (9 niños) mostraron riesgo en su desarrollo psicomotor.

Tabla 11. Enfermedad diarreica aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Enfermedad diarreica aguda	Frecuencia	%
SI	1	1,6
NO	63	98,4
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En razón a la enfermedad diarreica aguda de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 98,4% (63 niños) no tuvieron enfermedad diarreica aguda y en cambio, uno de ellos tuvo enfermedad diarreica aguda.

Tabla 12. Infección respiratoria aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Infección respiratoria aguda	Frecuencia	%
SI	3	4,7
NO	61	95,3
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto a la infección respiratoria aguda de los niños menores de un año en estudio, se encontró que la mayoría del 95,3% (61 niños) no presentaron infección respiratoria aguda y en cambio, el 4,7% (3 niños) evidenciaron infección respiratoria aguda.

Tabla 13. Anemia de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Anemia	Frecuencia	%
SI	19	29,7
NO	45	70,3
Total	64	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Referente a la presencia de anemia de los niños menores de un año en estudio, se encontró que el 29,7% (19 niños) presentaron anemia y sin embargo, el 70,3% (45 niños) no presentaron anemia.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Tabla 14. Relación entre control completo de CRED y peso para la edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Peso para la Edad				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Sobrepeso		Normal		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	6	9,4	22	34,4	28	43,8		
NO	6	9,4	30	46,9	36	56,3	0,23	0,628
Total	12	18,8	52	81,3	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En concordancia a la relación entre control completo de CRED y peso para la edad de niños menores de un año en estudio, observamos que el 34,4% de los niños tuvieron control completo de CRED y a la vez presentaron peso para la edad normal. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultó significativo estadísticamente ($X^2=0,23$; $P\leq 0,628$); es decir el control completo de CRED no se relaciona significativamente con peso para la edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 15. Relación entre control completo de CRED y peso para la talla de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Peso para la Talla				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Sobrepeso		Normal		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	1	1,6	27	42,2	28	43,8		
NO	0	0,0	36	56,3	36	56,3	1,31	0,253
Total	1	1,6	63	98,4	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto a la relación entre control completo de CRED y peso para la talla de niños menores de un año en estudio, observamos que el 42,2% de los niños tuvieron control completo de CRED y a la vez presentaron peso para la talla normal. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultó significativo estadísticamente ($X^2=1,31$; $P\leq 0,253$); es decir el control completo de CRED no se relaciona significativamente con peso para la talla de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 16. Relación entre control completo de CRED y talla para la edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Talla para la Edad						Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Alto		Normal		Talla Baja					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	8	12,5	20	31,3	0	0,0	28	43,8		
NO	8	12,5	21	32,8	7	10,9	36	56,3	6,12	0,047
Total	16	25,0	41	64,1	7	10,9	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Concerniente a la relación entre control completo de CRED y talla para la edad de niños menores de un año en estudio, observamos que el 31,3% de los niños presentaron control completo de CRED y a la vez tuvieron talla para la edad normal. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=6,12$; $P\leq 0,047$); es decir el control completo de CRED se relaciona significativamente con la talla para la edad de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 17. Relación entre control completo de CRED y desarrollo psicomotor de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Desarrollo Psicomotor				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Normal		Riesgo		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	27	42,2	1	1,6	28	43,8		
NO	28	43,8	8	12,5	36	56,3	4,53	0,033
Total	55	85,9	9	14,1	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Con respecto a la relación entre control completo de CRED y desarrollo psicomotor de niños menores de un año en estudio, observamos que el 42,2% de los niños presentaron control completo de CRED y a la vez tuvieron desarrollo psicomotor normal. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,53$; $P\leq 0,033$); es decir el control completo de CRED se relaciona significativamente con el desarrollo psicomotor de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 18. Relación entre control completo de CRED y enfermedad diarreica aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Enfermedad diarreica aguda				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	0	0,0	28	43,8	28	43,8		
NO	1	1,6	35	54,7	36	56,3	0,79	0,374
Total	1	1,6	63	98,4	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Referente a la relación entre control completo de CRED y enfermedad diarreica aguda de niños menores de un año en estudio, observamos que el 43,8% de los niños tuvieron control completo de CRED y a la vez no presentaron enfermedad diarreica aguda. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultó significativo estadísticamente ($X^2=0,79$; $P\leq 0,374$); es decir el control completo de CRED no se relaciona significativamente con enfermedad diarreica aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 19. Relación entre control completo de CRED e infección respiratoria aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Infección respiratoria aguda				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	0	0,0	28	43,8	28	43,8		
NO	3	4,7	33	51,6	36	56,3	2,45	0,118
Total	3	4,7	61	95,3	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Referente a la relación entre control completo de CRED e infección respiratoria aguda de niños menores de un año en estudio, observamos que el 43,8% de los niños tuvieron control completo de CRED y a la vez no presentaron infección respiratoria aguda. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultó significativo estadísticamente ($X^2=2,45$; $P\leq 0,118$); es decir el control completo de CRED no se relaciona significativamente con infección respiratoria aguda de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

Tabla 20. Relación entre control completo de CRED y anemia de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco 2017

Control completo de CRED	Anemia				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	12	18,8	16	25,0	28	43,8		
NO	7	10,9	29	45,3	36	56,3	4,14	0,042
Total	19	29,7	45	70,3	64	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Y, en cuanto a la relación entre control completo de CRED y anemia de niños menores de un año en estudio, observamos que el 25,0% de los niños presentaron control completo de CRED y a la vez no presentaron anemia. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,14$; $P\leq 0,042$); es decir el control completo de CRED se relaciona significativamente con la anemia de niños menores de un año del ACLAS Las Moras - Huánuco.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Según los resultados anteriormente expuestos, se logró establecer una relación significativa entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en talla para la edad ($p \leq 0,047$), desarrollo psicomotor ($p \leq 0,033$) y anemia ($p \leq 0,042$).

Al respecto, estos resultados son corroborados por la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida⁴⁰ quienes informan que los controles en forma periódicos de salud de los niños sobre todo menores de 5 años son esenciales para monitorear su crecimiento e identificar de manera adecuada si muestran algún problema relacionada a la nutrición como la anemia, talla baja, sobrepeso o bajo peso.

Asimismo, un meta-análisis mostrado en la publicación “The Lancet Maternal and Child Nutrition Series”⁴¹, sustenta que los controles de salud en niños al extenderse hasta un 90%, conseguirían una disminución de la desnutrición crónica infantil en un 20%, y el índice de mortalidad infantil alrededor del 15%.

También, Abdullah⁴² concluyó que el monitoreo de un crecimiento y desarrollo saludable, es decir, la vigilancia de los indicadores de crecimiento y desarrollo infantil para dilucidar si el niño está creciendo normalmente o si muestra algún problema de crecimiento, representa una estrategia clave para prevenir la desnutrición o también la obesidad infantil.

Igualmente, el Servicio de Salud Colombia⁴³ comunica que las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición crónica y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos de visión y auditivos son barrera para el bienestar de los niños y entorpecen su desarrollo. Las indicadas situaciones se pueden prevenir y controlar mediante la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo, informa.

Cáceres²² concluyó que las madres si cumplen con el control de niño sano de sus niños y concurren al servicio de la emergencia para solucionar algún problema de salud que anticipadamente fue canalizado en el centro más cercano a su domicilio.

Asu vez, Tellez⁴⁴ informa que cada control de crecimiento y desarrollo del niño brinda una oportunidad única para detectar problemas reales, intervenir de forma oportuna en trastornos potenciales y efectuar derivaciones tempranas en caso de identificar problemas graves o que excedan el nivel terapéutico de la atención primaria de salud.

Finalmente, el estudio de investigación efectuado consigue un adelanto en nuestra línea de investigación y suministra una base sólida en integral para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El 43,8% (28 niños) tuvieron control completo de crecimiento y desarrollo.
- Asimismo, sobre la salud general, el 18,8% (12 niños) tuvieron sobrepeso, el 10,9% (7 niños) tuvieron talla baja, el 14,1% (9 niños) mostraron riesgo en su desarrollo psicomotor, uno de ellos tuvo enfermedad diarreica aguda, 4,7% (3 niños) evidenciaron infección respiratoria aguda y 29,7% (19 niños) presentaron anemia.
- Por otro lado, existe relación significativa entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general del niño en talla para la edad ($p \leq 0,047$), desarrollo psicomotor ($p \leq 0,033$) y anemia ($p \leq 0,042$).

RECOMENDACIONES

Se sugieren:

- Considerar los resultados del presente estudio de investigación con el propósito de fortalecer al personal de enfermería para la atención en los consultorios de crecimiento y desarrollo.
- Reforzar la capacitación de los profesionales en el cuidado enfermero del niño menor de un año en el control de crecimiento y desarrollo.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben desarrollar o promover estrategias para mejorar la calidad de los servicios prestados, garantizando la satisfacción materna y con ello la mejora de la continuidad del control de crecimiento y desarrollo
- Promover la importancia sobre la asistencia al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año en diferentes reuniones tanto asistenciales como comunitarias.
- Implementar normas administrativas que faciliten acceder con mayor facilidad a los consultorios de monitorización de crecimiento infantil.
- Fomentar la temprana y constante evaluación del acceso a los programas de salud infantil, como los consultorios de crecimiento y desarrollo, para la prevención oportuna de las desfavorables consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guzmán N. Prevención, control y vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño menor de 5 años. 2016. [internet]. [Consultado marzo 2018]. Disponible en: <http://nutriciondelninomenorde5anos.blogspot.pe/2016/04/introduccion-la-infancia-que-comprende.html>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Encuentro Nacional para la presentación de dos experiencias innovadoras en salud, reconocidas por el premio en innovación social en América Latina y el Caribe y presentación de la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo del niño [Internet]. Lima: CEPAL; 2010 [citado el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/innovacionsocial/encuentrolima/Programa.pdf>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la Niñez en el Perú. Lima: UNICEF/INEI; 2011.
4. Ministerios de Salud del Perú. PpR Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013. Lima: MINSA; 2012.
5. Martínez F. Salud Pública. Madrid: Edit. McGraw Hill Interamericana de España; 1998.
6. Black RE, Vitoria CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. La desnutrición infantil y el sobrepeso en los países de ingresos bajos y medianos ingresos. Lancet. 2013;382(9890):427–51.
7. Organización Mundial de la Salud [internet]. Alimentación del Lactante y del Niño pequeño; Nota Descriptiva Número 342, 2010 [Consultados abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>
8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de

Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: INSP, 2012. ISBN: 978-607-511-037-0

9. Rivera-Dommarco JA, Cuevas-Nasu L, González de Cosío T, Shamah-Levy T, García-Feregrino R. Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:s161-s169.
10. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú (INEI). Ficha técnica: Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES 2014. Lima: INEI; 2015.
11. UNICEF/ INEI. Estado de la niñez en el Perú. [Internet]. [Consultado 2011 Febrero]. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url>
12. Unicef. Homo Sapiens Alimentando al cerebro [internet]. [Consultado 1996-2006]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/crecimiento_y_desarrollo.pdf
13. ENDES. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos [Internet]. [Consultado 2013 Agosto]. Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/images/ppr2013_1s.pdf.
14. MONIN. Indicadores del Programa Articulado Nutricional [Internet]. [Consultado 2008 _ 2010]. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=.](http://www.google.com.pe/url?sa=)
15. Estrada E, Sanmartín V, Barragán M. Motivos de Inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo. [Especialización en Gerencia de la Salud Pública]. Caldas _ Antioquia: Universidad CES Medellín. 2010.
16. Lavado Trujillo C. Correlación entre el conocimiento de las madres, el número de controles del niño menor de un año y la aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo en la micro red Santa Fe – Callao. [Tesis de grado previa a la obtención del título de: licenciada en enfermería]. Lima: Universidad San Martín de Porras. Facultad de Enfermería; 2008.

17. Gonzales Sotelo DC. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de mala. [Título de Especialista en Enfermería Pediátrica]. Lima: universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana; 2011.
18. Vílchez M, Gorritti C. Calidad del cuidado de enfermería percibido por el cuidador familiar y crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años. Chimbote. Puesto de Salud Santa Ana. [Título de Especialista en Maestría]. Chimbote: ULADECH-Católica. Facultad de Enfermería; 2007.
19. Aranciaga H A. Influencia del Programa de crecimiento y Desarrollo en relación a la alimentación para lactantes. Centro de Salud Aparicio Pomares_ Huánuco. [Grado de Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria]. Huánuco: Universidad nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Enfermería; 2004.
20. MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1ª ed. Lima Perú. 2011.
21. CNPLSDLIA. Estimulación Temprana Lineamientos Técnicos. Versión Final. Mayo 2002.
22. Cáceres R. Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Periodo Mayo-Julio, 2015. [Tesis de especialidad]. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2017.
23. Falleiros D, Pereira NC, Pancieri L, Ramallo ML, Pamplona VL, Malone M. La seguridad del niño en la perspectiva de las necesidades esenciales. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul.-ago. 2014;22(4):604-10.
24. Hernández FM, Montalvo MP. Cuidado de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del lactante menor, micro red asistencial de Chiclayo 2015. [Tesis de pregrado]. Lambayeque- Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.

25. Gonzales E, Huamán L, Aparco JP, Pillaca J, Gutiérrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, may. 2016;33(2):224-232.
26. Jauregui JL. El Componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas-2009. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2010.
27. Miguel DL. Factores socio demográficos e institucionales asociados en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 1 a 3 años en el Centro de Salud Supte San Jorge - Tingo María 2016. [Tesis de pregrado]. Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco; 2017.
28. Marriner, Ann y Col. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2007.
29. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *La promoción de la salud en la práctica de enfermería*. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.
30. Marriner, A y Raile, M. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6° Ed. Madrid: Elsevier; 2007.
31. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ* 2011;8(4):16-23.
32. UNR. *El niño sano y su contexto*. Ed. UNR; Rosario; 2000.
33. MAIS. *Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño*. Código CIE- 10: Z00.1. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/.../Documento%20AIEPI.doc.
34. DGR, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. *Niñas y Niños Bien Desarrollados “Manual de Atención”* 1ª ed. México. 2002.

35. CENETEC. Control y Seguimiento de la Nutrición, el Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años. Guía de Práctica Clínica: IMSS – 029 – 08. Disponible: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/Catalogo>.
36. OPS. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington. D C. 2006.
37. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Manual del Agente de Desarrollo Comunal. ed. PERU.
38. UNICEF. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. ed. 500 Ejemplares. Argentina. 2012.
39. MAIS. Manual para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. [Internet]. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/.../Documento%20AIEPI.doc
40. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. Los controles de salud de niños y niñas de 0 a 5 años contribuyen a la erradicación de la desnutrición infantil. [internet]. [Consultado enero 2018]. Disponible en: <http://www.todaunavida.gob.ec/los-controles-de-salud-de-ninos-y-ninas-de-0-a-5-anos-contribuyen-a-la-erradicacion-de-la-desnutricion-infantil/>
41. The Lancet. Nutrición materna e infantil. Series from the Lancet journals, 2013;6.
42. Abdullah A. The Double Burden of Undernutrition and Overnutrition in Developing Countries: an Update. Curr Obes Rep. 2015;4(3):337-49.
43. Servicio de Salud Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Resolución Número 00412 DE 2000.
44. Tellez A. Bases diagnósticas de la atención pediátrica. En: Menegello Pediatría. 6ªed. 2013: 61-63.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ENFERMERIA



ANEXO 01

FECHA: / /

CÓDIGO:

TITULO

“CUMPLIMIENTO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y SALUD GENERAL EN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL ACLAS LAS MORAS_2017”.

FICHA DE REGISTRO

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas que a continuación se le presenta y luego conteste.

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO

1.1 Género:

Masculino ()

Femenino ()

1.2 Nombre del Sector:.....

II. DATOS DEL CONTROL DE CRED

2.1 Control completo de CRED:

SI ()

NO ()

2.1.1 En caso **NO** números de controles:.....

2.2 Cuenta con vacunas completas para su edad:

SI ()

NO ()

2.2.1 En caso **NO** que vacuna le falto:

2.3 Recibió suplemento completo de Sulfato Ferroso:

SI ()

NO ()

2.3.1 En caso **NO** a qué edad le faltó:.....

2.4 Recibió suplemento de Micronutrientes “Chispitas o estrellitas”:

SI ()

NO ()

2.4.1 En caso **NO** a qué edad le faltó:.....

2.5 Recibió suplemento “vitamina A”:

SI ()

NO ()

III. DATOS GENERALES DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO

3.1 Peso para su Edad:

Obesidad ()

Sobrepeso ()

Normal ()

Desnutrición Aguda ()

Desnutrición Severa ()

3.2 Peso para su Talla:

Obesidad ()

Sobrepeso ()

Normal ()

Desnutrición Aguda ()

Desnutrición Severa ()

3.3 Talla para su Edad:

Alto ()

Normal ()

Talla Baja ()

3.4 Evaluación del Desarrollo Psicomotor:

Normal ()

Riesgo ()

Trastorno del Desarrollo ()

IV. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

4.1 Tuvo EDA:

SI ()

NO ()

4.1.1 Complicada ()

4.1.2 No Complicada ()

4.2 Tuvo IRA:

SI ()

NO ()

4.2.1 Complicada ()

4.2.2 No Complicada ()

4.3 Tuvo Anemia por deficiencia de hierro:

SI ()

NO ()

Gracias.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. .A. P DE ENFERMERÍA



ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

DNI.....

Entiendo que la participación es voluntaria. Asumo y los acepto Expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN sobre “Cumplimiento de Control de crecimiento y Desarrollo y salud general en los niños menores de un año en el ACLAS las Moras_ Huánuco 2017”. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma de autorización del apoderado

ANEXO 03

CONSTANCIAS DE VALIDACION CUALITATIVA

ANEXO: N° 1

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Vilma Rojas Eugenio

Especialidad: Licenciada en Enfermería

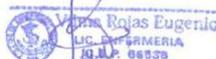
II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	Apreciación		Observación
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	✓		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que sean tomados en cuenta son adecuadas para la elaboración de los instrumentos?	✓		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	✓		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es adecuado?	✓		
8	¿Los ítems de los instrumentos son válidos?	✓		
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?	✓		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?	✓		

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma y sello

ANEXO: N° 2

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Lic ARMANDO CRUC MARTEL

Especialidad: Esp: EMERGENCIAS Y DESASTRES

II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	Apreciación		Observación
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	X		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que sean tomados en cuenta son adecuadas para la elaboración de los instrumentos?	X		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es adecuado?	X		
8	¿Los ítems de los instrumentos son válidos?	X		
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?	X		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?	X		

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:


 ARMANDO CRUC MARTEL
 ENFERMERIA
 CEP 4202

Firma y sello

ANEXO: N° 3

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Lic Emy Yvelanda Jucila Andrés Juncope.

Especialidad: Enfermera

II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	Apreciación		Observación
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	X		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que sean tomados en cuenta son adecuadas para la elaboración de los instrumentos?	X		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?		X	
7	¿El número de ítems es adecuado?	X		
8	¿Los ítems de los instrumentos son válidos?	X		
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?	X		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		X	

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:


 Yvelanda Jucila Andrés Juncope
 LIC ENFERMERIA
 F.P. 50879

Firma y sello

ANEXO: N° 4

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Violibto Jimenez Basilio

Especialidad: lic. enfermería

II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	Apreciación		Observación
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	X		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que sean tomados en cuenta son adecuadas para la elaboración de los instrumentos?	X		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es adecuado?	X		
8	¿Los ítems de los instrumentos son válidos?	X		
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?		X	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?	X		

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:



Firma y sello

ANEXO: N° 5

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Luz Patricia Gonzales Sanchez

Especialidad: Exp. en cuidados de Nefrología

II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	Apreciación		Observación
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	X		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que sean tomados en cuenta son adecuadas para la elaboración de los instrumentos?	X		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es adecuado?	X		
8	¿Los ítems de los instrumentos son válidos?	X		
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?	X		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		X	

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Ninguna o Apto para aplicar.

Luz Patricia
Luz Patricia Gonzales Sanchez
Lic. Enfermería - Esp. Nefrología
CEP 59587 RNE 10724

Firma y sello

ANEXO: N° 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Ha: Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y salud general en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017</p>	<p>Salud general.</p> <p>Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y relacional.</p> <p>Diseño: Correlacional.</p>
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</p> <p>Identificar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (1)</p> <p>Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>	<p>Salud general: Peso para la Edad.</p> <p>Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>Muestra: 64 niños.</p> <p>Instrumento: Ficha de registro.</p>
<p>PROBLEMA ESPECIFICO</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA</p>	<p>Salud general: Peso para</p>	

(2) ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?	(2) Conocer la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.	(2) Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Peso para la Talla en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.	la Talla. Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo	
PROBLEMA ESPECIFICO (3) ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?	OBJETIVO ESPECIFICO (3) Medir la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.	HIPOTESIS ESPECIFICA (3) Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y Talla para la Edad en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.	Salud general: Talla para la Edad. Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo	
PROBLEMA ESPECIFICO (4) ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?	OBJETIVO ESPECIFICO (4) Valorar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017	HIPOTESIS ESPECIFICA (4) Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y desarrollo psicomotor en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.	Salud general: Desarrollo Psicomotor. Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo	

<p>PROBLEMA ESPECIFICO (5)</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (5)</p> <p>Contrastar la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (5)</p> <p>Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>	<p>Salud general: Enfermedad diarreica aguda.</p> <p>Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo</p>	
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (6)</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (6)</p> <p>Conocer la relación que existe entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (6)</p> <p>Existe relación entre el cumplimiento de control de crecimiento e infección respiratoria aguda en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>	<p>Salud general: Infección respiratoria aguda.</p> <p>Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo</p>	
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (7)</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (7)</p> <p>Establecer la relación que existe entre el</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (7)</p> <p>Existe relación entre el cumplimiento de control de</p>	<p>Salud general: Anemia.</p> <p>Cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo</p>	

<p>cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017?</p>	<p>cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017</p>	<p>crecimiento y desarrollo y anemia en niños menores de un año, del ACLAS Las Moras – Huánuco, 2017.</p>		
--	---	---	--	--

