



“UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INFORME DE TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CURVA PLANA EN
EL CRECIMIENTO DEL NIÑO SANO DE 6 A 12 MESES DE
EDAD DEL CENTRO DE SALUD MORAS”**

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA : MINAYA VICENTE, Anthony Milner

ASESOR : Dra. RODRIGUEZ ACOSTA, Gladys
Liliana

HUÁNUCO - PERÚ

2017



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 17:30 horas del día 26 del mes de mayo del año dos mil diecisiete, 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:

- Lic. Enf. Elier Borneo Cantalicio Presidente
- Lic. Enf. Nidia Victoria Rodales Cordero Secretaria
- Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano Vocal

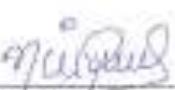
Nombrados mediante Resolución N°694-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA CURVA PLANA EN EL CRECIMIENTO DEL NIÑO SANO DE 6 A 12 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD MORAS", presentada por el Bachiller en Enfermería Sr. Anthony Milner MINAYA VICENTE, para optar el Título Profesional de Licenciado 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, declarándose (a) Aprobado por Alto rendimiento, con el calificativo cuantitativo de 10 y cualitativo de Excelente.

Siendo las 18:45 horas del día 26 del mes de Mayo del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

Mi carrera culmina y todos los esfuerzos puestos en ella quiero dedicar de manera especial al ser que me ha acompañado en el transcurso de mi vida y cada día me inspira y me impulsa a avanzar con honestidad, Jesús mi fiel pastor y amigo que me alentó para superarme y alcanzar mi meta y hoy ser mejor que ayer, también lo dedico a mi familia a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos que me acompañaron en el transcurso de mi carrera, a mis amigos y compañeros con quienes compartí situaciones difíciles así como buenos momentos.

A todos ellos que me incentivaron y alentaron en todo momento dedico este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Mi profundo agradecimiento a mi amada institución la Universidad de Huánuco, Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Enfermería que me acogió en sus aulas, a mis maestros que me impartieron su conocimiento para formarme y convertirme en una persona profesional y ser un aporte importante para mi región.

Un especial reconocimiento de gratitud a mi asesora de tesis Dra. Gladys Rodríguez Acosta, quien con su experiencia, capacidad y paciencia me supo orientar de la manera adecuada en todo el proceso de este trabajo investigativo.

Al jurado revisor que contribuyó de una manera muy profesional a mejorar la calidad de la investigación y al Centro de Salud las moras por brindarme total apertura para realizar mi proyecto de investigación

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 meses a 12 meses de edad,

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio correlacional con 166 niños de 6 a 12 meses seleccionados por muestreo aleatorio simple, en el control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de las Moras en el 2016. En la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista y una ficha de registro de curva de crecimiento. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia con significancia al 0,05.

RESULTADOS: El 56,0% (93 niños) presentaron curva plana de crecimiento. Por otro lado, se encontró relación significativa estadísticamente entre la curva plana y las variables estado civil soltera ($\chi^2=6,89$; $P\leq 0,009$), grado de instrucción bajo ($\chi^2=8,75$; $P\leq 0,003$), ocupación fuera de casa ($\chi^2=9,76$; $P\leq 0,001$), composición de familia extensa ($\chi^2=7,24$; $P\leq 0,002$), talla materna < 157 cm ($\chi^2=8,75$; $P\leq 0,003$), paridad multípara y gran multípara ($\chi^2=19,33$; $P\leq 0,000$), abandono de la lactancia materna ($\chi^2=6,89$; $P\leq 0,009$), uso de biberón ($\chi^2=7,85$; $P\leq 0,002$), problemas para comer ($\chi^2=8,76$; $P\leq 0,003$), frecuencia de alimentos menor a 3 veces al día ($\chi^2=14,26$; $P\leq 0,000$), consumo de alimentos líquidos ($\chi^2=7,53$; $P\leq 0,001$), diarreas en los últimos tres meses ($\chi^2=8,72$; $P\leq 0,002$), parasitosis ($\chi^2=9,64$; $P\leq 0,001$), escasa información de nutrición en enfermedad ($\chi^2=6,84$; $P\leq 0,007$) e inasistencia al establecimiento en enfermedad ($\chi^2=8,62$; $P\leq 0,008$) y deficiente acceso a servicio de agua ($\chi^2=6,79$; $P\leq 0,008$) resultaron significativos estadísticamente.

. **CONCLUSIONES:** Los factores sociodemográficos, los factores maternos, los factores alimentarios, los factores de morbilidad, los factores

de acceso a los servicios de salud y los factores de acceso a los servicios básicos se relacionan significativamente con la curva plana de crecimiento en el control de crecimiento y desarrollo del centro de salud de las moras.

Palabras clave: *curva plana, factores, niños de 6 a 12 meses.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors associated with the flat curve in healthy child growth from 6 months to 12 months of age. METHODS: A correlational study was carried out with 166 children aged 6 to 12 months selected by simple random sampling in the Growth control and development of the Moras Health Center in 2016. An interview guide and a growth curve registration card were used for data collection. For the inferential analysis of the results, the Chi Square test of independence was used, with a significance of 0.05. RESULTS: 56.0% (93 children) presented a flat growth curve. On the other hand, a statistically significant relationship was found between the flat curve and the single marital status variable ($\chi^2 = 6.89$, $P \leq 0.009$), low educational level ($\chi^2 = 8.75$, $P \leq 0.003$), occupation outside ($\chi^2 = 9.76$, $P \leq 0.001$), extended family composition ($\chi^2 = 7.24$, $P \leq 0.002$), maternal height <157 cm ($\chi^2 = 8.75$, $P \leq 0.003$), multiparous and large parity ($\chi^2 = 19.33$, $P \leq 0.000$), abandonment of breastfeeding ($\chi^2 = 6.89$, $P \leq 0.009$), bottle use ($\chi^2 = 7.85$, $P \leq 0.002$), eating problems ($\chi^2 = 7.53$, $P \leq 0.003$), food frequency less than 3 times a day ($\chi^2 = 14.26$, $P \leq 0.000$), consumption of liquid foods ($\chi^2 = 7.53$, $P \leq 0.001$), diarrhea in ($\chi^2 = 8.72$, $P \leq 0.002$), parasitosis ($\chi^2 = 9.64$, $P \leq 0.001$), low nutrition information on disease ($\chi^2 = 6.84$, $P \leq 0.007$) and absence of establishment in Disease ($\chi^2 = 8.62$, $P \leq 0.008$) and poor access to water service ($\chi^2 = 6.79$, $P \leq 0.008$) were statistically significant and.

. CONCLUSIONS: Socio-demographic factors, maternal factors, food factors, morbidity factors, factors of access to health services and factors of access to basic services are significantly related to the flat growth curve in the control of Growth and development of the health center of blackberries.

Key words: Flat curve, factors, “Growth and development, children from 6 to 12 months.

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos tienen características comunes a

todos los individuos de la misma especie, lo que los hace previsible, pero también presentan algunas diferencias entre los sujetos debidas al carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo¹.

Este patrón típico deriva de la interacción de factores genéticos y ambientales que establecen, por una parte, el potencial del crecimiento y, por otra, la magnitud en que ese potencial se expresa. La información genética establece de forma muy precisa la secuencia y los tiempos en que los mencionados procesos deben ocurrir, de modo que si alguna anomalía actúa en estos períodos impidiendo que un evento ocurra en los plazos establecidos, puede producirse un trastorno definitivo del crecimiento y del desarrollo. Son los denominados períodos críticos. La misma anomalía, si actúa en otro momento del desarrollo, puede no producir alteración o, si la produce, esta puede ser reversible².

La influencia ambiental está determinada por diversos factores del ambiente físico, psicosocial y sociocultural de los individuos, siendo especialmente importantes los referidos al nivel de educación e ingreso familiar, así como a la composición y estabilidad de la familia. La interacción negativa entre todos ellos crea las condiciones de riesgo para contraer enfermedades. Dentro de los factores ambientales, la nutrición y las enfermedades infectocontagiosas son particularmente importantes en las comunidades en desarrollo. Esto hace que la evaluación del crecimiento y el desarrollo sea un buen indicador de las condiciones de salud del individuo o del grupo poblacional evaluado³.

En este contexto el presente estudio tuvo por objetivo determinar los factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6

meses a 12 meses de edad, del centro de salud de las moras, el mismo que fue estructurado en cinco capítulos, tal como se describe a continuación

En el primer capítulo se aborda el problema de investigación el mismo que contiene la descripción del problema, formulación del problema, objetivo, tanto general como específicos; hipótesis, identificación de variables, Operacionalización de variables, y la justificación de la investigación de manera teórica, práctica y metodológica.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico el mismo que contiene la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, bases teóricas, bases conceptuales, y definición de términos operacionales. En el tercer capítulo se aborda al marco metodológico el cual está compuesto de las siguientes partes: tipo, diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de datos, análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se exhibe al análisis de resultados el mismo que contiene los resultados descriptivos e inferenciales. En el quinto capítulo se muestra a la discusión de los resultados significativos. Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

INDICE	Pág.
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
Abstract	VI
Introducción	VIII

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	08
1.3. Objetivos	09
1.4. Hipótesis	10
1.5. Variables	12
1.6. Operacionalización de las variables	13
1.7. Justificación e importancia	14
1.7.1. A nivel teórico	14
1.7.2. A nivel práctico	15
1.7.3. A nivel metodológico	15

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación	16
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Bases conceptuales	23

CAPÍTULO III**3. MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de estudio	40
3.2. Diseño del estudio	40
3.3. Nivel de investigación	41
3.4. Población	41
3.5. Muestra y muestreo	42
3.6. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación	43
3.7. Procedimientos de recolección de datos	46
3.8. Elaboración de los datos	47
3.9. Análisis de los datos	47
3.10. Consideraciones éticas	48

CAPÍTULO IV**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Resultados descriptivo	50
4.2. Resultados inferenciales	71

CAPÍTULO V**DISCUSIÓN**

5.1. Discusión de los resultados	80
----------------------------------	----

CONCLUSIONES	85
---------------------	----

RECOMENDACIONES	86
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
-----------------------------------	----

ANEXOS	94
---------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estado civil de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras	50
Tabla 2. Grado de Instrucción de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	51
Tabla 3. Ocupación de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	52
Tabla 4. Composición familiar de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	53
Tabla 5. Edad en años de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	54
Tabla 6. Talla de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	55
Tabla 7. Paridad de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	56
Tabla 8. Características alimentarias referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	57
Tabla 9. Características de morbilidad referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	58
Tabla 10. Características de acceso a los servicios de salud referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	59
Tabla 11. Características de acceso a los servicios básicos referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.	60
Tabla 12. Curva de Crecimiento de niños en estudio Centro de Salud las Moras.	61
Tabla 13. Distribución por grupo etario de los niños en estudio Centro de Salud las Moras.	62

Tabla 14.	Distribución por género de los niños en estudio Centro de Salud las Moras.	63
Tabla 15.	Distribución por controles crecimiento y desarrollo de los niños en estudio Centro de Salud las Moras.	64
Tabla 16.	Factores sociodemográficos de la madre (estado civil soltera, grado de instrucción bajo, ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) de niños en estudio Centro de salud las Moras.	65
Tabla 17.	Factores maternos (Edad menor de 18 y mayor de 35 años, Talla menor de 157 cm, Paridad: Multípara y gran multípara) de madres de niños en estudio Centro de salud las Moras.	66
Tabla 18.	Factores alimentarios referidos por la madre (abandono de la lactancia materna, uso de biberón, problemas para comer, frecuencia de consumo de alimentos menor a 3 veces al día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) de niños en estudio Centro de salud las Moras.	67
Tabla 19.	Factores de morbilidad (diarreas en los últimos 3 meses, enfermedades respiratorias y parasitos) de niños en estudio Centro de salud las Moras.	68
Tabla 20.	Factores de acceso a los servicios de salud (Controles completos para su edad, recibió información de nutrición en enfermedad, acude al establecimiento de salud en enfermedad) en niños en estudio Centro de salud las Moras.	69
Tabla 21.	Factores de acceso a los servicios básicos (agua, desagüe Luz) referidos por las madres de niños en estudio Centro de Salud las Moras.	70
Tabla 22.	Relación entre factor sociodemográficos (Estado civil soltera, Grado de instrucción bajo, Ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	71
Tabla 23.	Relación entre factores maternos (Edad materna <18 años, >35 años, Talla materna < 157 cm, multípara, gran multípara) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	72

Tabla 24.	Relación entre factores alimentarios (Abandono de la lactancia materna, Uso de biberón, Problemas para comer, Frecuencia de alimentos menor a 3 veces por día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	73
Tabla 25.	Relación entre factores de morbilidad (Diarrea en los últimos 3 meses, enfermedades respiratorias, parasitosis) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	74
Tabla 26.	Relación entre factores de acceso a los servicios de salud (controles completos, información de nutrición en enfermedad, acude al establecimiento en enfermedad) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	75
Tabla 27.	Relación entre factores de acceso a los básicos (agua, desagüe, luz) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.	76

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos en cantidad y calidad, la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres⁵.

A nivel mundial cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren **desnutrición crónica**. Un 90% vive en Asia y África. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo viven en India, Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. Un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda, y un 5% de ellos desnutrición aguda grave⁶.

En Huánuco en el año 2015 la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 24,8 % , siendo el promedio nacional fue de 17,7% según el patrón de la OMS, es decir Huánuco tenía 1,4 veces más desnutrición crónica que el promedio nacional, con brechas al interior de los distritos⁷.

El distrito con mayor desnutrición crónica en niños menores de 5 años, en el año 2015 fue Puños con 49.2% mientras que el distrito con menor tasa de desnutrición fue el distrito de Jacas Grande 8.8%. Es decir un niño o niña que vive en Miraflores tiene 5,6 veces más probabilidad de padecer desnutrición crónica que un niño o niña que vive en el distrito de Pillcomarca, amarilis, Rupa Rupa y Huánuco tienen la tasas más bajas de desnutrición crónica⁸.

Si bien es cierto que los distritos de Pillcomarca, Huánuco, Rupa Rupa, Amarilis tienen las proporciones más bajas de desnutrición crónica en números absolutos es mayor que los otros distritos por lo que es importante considerar las poblaciones ubicadas en las zonas urbanas marginales de estos distritos⁹.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INEI), en el 2014 la DIRESA alcanzó una cobertura de control de crecimiento y desarrollo (CRED) de 58.3% en niños < de 01 año, inferior en 11,6% respecto al año 2010, evidenciándose una tendencia en el 2014¹⁰.

Las coberturas por distritos presentan diferencias significativas, ya que están oscilan desde (12.2 %) en Queropalca, y en San Buenaventura (103.7%), es decir San Buenaventura tiene 8.5 veces más niños controlados en CRED que en Queropalca¹¹.

Las coberturas por provincias presentan coberturas por debajo del 80%, y las que se aproximan a este porcentaje son Marañón y Puerto Inca con 79.8% y 60.2% respectivamente. Siendo las limitantes la carencia de infraestructuras y profesionales de enfermería¹².

La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones¹³.

Según la Encuesta ENDES 2014 la Malnutrición Crónica, es decir, una deficiencia en la talla/edad es la desnutrición más grave que padecen los niños en Huánuco, ya que los padres no se preocupan por ella, “el retardo en talla es invisible”. Se estima que uno de cada cuatro niños/as menores de cinco años tiene desnutrición crónica¹⁴.

La desnutrición crónica se produce fundamentalmente antes de los 2 años de edad y los principales factores de riesgo identificados son: bajo peso al nacer, lactancia artificial, lactancia mixta, alimentación complementaria inadecuada, hábitos alimentarios inadecuados, déficit en el saneamiento básico, falta de acceso a los servicios de salud y enfermedades agudas infecciosas a repetición¹⁵.

La desnutrición en la niñez menor de cinco años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta a su estado de salud de por vida. Atender a este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños¹⁶.

Muchas son las causas que en forma directa e indirecta contribuyen a la existencia de los problemas nutricionales. Entre estas se pueden indicar, como causas directas, el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes. Las causas indirectas están relacionadas estrechamente con el índice de pobreza e incluyen la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular los prestadores de cuidados, las cuales redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, falta de acceso y mala calidad de los servicios básicos, de salud, falta de información y educación pertinentes.

El crecimiento y desarrollo se refiere al incremento del peso, la estatura y de los órganos vitales (crecimiento), y a la maduración de sus funciones (desarrollo)¹⁷.

El fenómeno del crecimiento es un proceso dinámico, que refleja el estado psicosocial, económico, nutricional, cultural, ambiental y de homeostasis orgánica en el que se desarrolla un individuo¹⁸.

Los padres heredan a sus hijos la capacidad de crecimiento (genotipo), y que en condiciones ideales son similares para todos los hijos del mismo sexo (fenotipo), pero su expresión final (epigenotipo) depende de las condiciones ambientales de cada individuo en lo particular¹⁹.

El hecho de que el ritmo y la velocidad de crecimiento sean menores a los esperados, y la longitud alcanzada sea mayor, se debe sospechar que existen condiciones patológicas que están limitando la

expresión fenotípica del genoma, si los hijos crecen en mejores condiciones que los padres, es frecuente encontrar fallas finales superiores, llamado “incremento secular del crecimiento”. Resulta importante determinar la estatura final mínima esperada para un niño, y definir en base a ésta, las tallas que debe expresar a las distintas edades, estableciendo la existencia de un crecimiento normal de acuerdo a su talla epigenotípica²⁰.

Los factores que regulan el crecimiento después de que el niño ha nacido (crecimiento post natal) es más acabado. El crecimiento normal de un niño está finamente regulado a través de una interacción de muchos factores. Esto ha motivado numerosos y complejos estudios en el campo de la medicina. Es un tema difícil de abordar, no solo por su complejidad, sino porque para una adecuada exposición se requieren a lo menos algunos conocimientos básicos de anatomía, fisiología, química y genética²¹.

Es evidente que los factores genéticos o herencia juegan un papel muy importante en el crecimiento y desarrollo de un individuo, pues después del nacimiento sigue con la misma carga genética (cromosomas y genes) que traía desde el momento de la concepción²².

Una adecuada alimentación en calidad y cantidad juega un papel muy importante en el control del crecimiento. En otras palabras, un niño que se alimenta mal crece y se desarrolla mal, lo que acarreará graves consecuencias para su futuro. Estudios realizados en Chile y en otros países han demostrado que la diferencia entre peso y talla entre grupos étnicos es significativa, de hasta 8 y 10 centímetros en la talla final. Esto se

debe a que para asegurar el funcionamiento mínimo del organismo, sin tener que recurrir a las reservas, el aporte energético diario de un niño es de 1300 a 18080 calorías por día aproximadamente ²³.

Los factores psicosociales tienen una marcada influencia sobre el equilibrio afectivo, el desarrollo intelectual y el crecimiento somático. Sin embargo, resulta muy difícil separar las consecuencias de la carencia afectiva de las alteraciones dependientes de la desnutrición, ya que la derivación psicosocial suele asociarse a carencias nutritivas e infecciones crónicas, bajo nivel cultural y, en general, al conjunto de factores que inciden negativamente sobre la población infantil, hoy parece probado que la derivación social es capaz de originar una disminución del crecimiento y desarrollo debido a un déficit de GH que se corrige espontáneamente cuando se separa a los niños afectados del medio familiar hostil²⁴.

No existe quizás mejor argumento para abogar por el crecimiento y desarrollo temprano que el derecho de todos los niños a tener un buen comienzo en la vida. La razón fundamental es que si este derecho es satisfecho plenamente, el niño estará preparado para demandar la satisfacción de sus demás derechos ²⁵.

La problemática mayormente encontrada en un estado nutricional es la desnutrición infantil que es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y

saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación²⁶.

En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. La desnutrición causa un daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, y más adelante la capacidad productiva laboral²⁷.

Se tiene como determinantes de la nutrición infantil, diversas variables, una de las más importantes son los factores que influye en el deterioro de la salud del niño.

A nivel del Departamento de Huánuco no se ha encontrado registros para curva plana de crecimiento solo para controles de control de crecimiento con valoración antropométrica para los índices antropométricos. Peso para la edad, Peso para la Talla y talla para la edad con la clasificación que corresponde, sin embargo la Lic. Edith Estela Ponce²⁸ quien fue coordinadora del Área Niño a nivel de la Dirección Regional de salud Huánuco hasta el año 2014. Manifiesta que para identificar tendencias en el crecimiento de una niña o niño, se debe observar los puntos colocados en las gráficas de los indicadores de crecimiento durante los controles realizados. Las tendencias pueden indicar que una niña o niño está creciendo bien o pueden mostrar que tiene un problema de crecimiento o está en riesgo de presentarlo por lo que debe ser reevaluado pronto.

La carencia de alimento no es la única causa que produce desnutrición crónica, la misma que se produce antes de los 2 años de edad y se inicia con la disminución en la ganancia ponderal lo que ocasiona un aplanamiento en la curva de crecimiento, es por eso que se realizó este estudio con el fin determinar los “Factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño de 6 meses a 12 meses de edad que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud las Moras

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?

1.2.2. Problema específico

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?
- ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?
- ¿Cuáles son los factores alimentarios nutricionales asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?

- ¿Cuáles son los factores de morbilidad asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?
- ¿Cuáles son los factores de acceso a los servicios de salud asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?
- ¿Cuáles son los factores de acceso a servicios básicos asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 meses a 12 meses de edad, del centro de salud de las moras.

1.3.2. Objetivo específico

- Establecer los factores sociodemográficos asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- Valorar los factores maternos asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- Evaluar los factores alimentarios nutricionales asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.

- Determinar los factores de morbilidad asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- Describir los factores de acceso a los servicios de salud asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- Identificar los factores de acceso a servicios básicos a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

H_a: Los factores están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras

H₀: Los factores no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras

1.4.2. Hipótesis específicas

- **H_{a1}:** Los factores sociodemográficos (estado civil soltera, grado de instrucción bajo, ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- **H₀₁:** Los factores sociodemográficos (estado civil soltera, grado de instrucción bajo, ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.

- **Ha₂**: Los factores maternos (edad materna <18 y >35 años, talla materna < 157 cm, paridad multípara y gran multípara) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras
- **H₀₂**: Los factores maternos (edad materna <18 y >35 años, talla materna < 157 cm, paridad multípara y gran multípara) no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras
- **Ha₃**: Los factores alimentarios nutricionales (abandono de la lactancia materna, uso de biberón, problemas para comer, frecuencia de consumo de alimentos menor a 3 veces al día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- **H₀₃**: Los factores alimentarios nutricionales (abandono de la lactancia materna, uso de biberón, problemas para comer, frecuencia de consumo de alimentos menor a 3 veces al día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- **Ha₄**: Los factores de morbilidad (diarreas en los últimos tres meses, enfermedades respiratorias, parasitosis) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.

- **H₀₄:** Los factores de morbilidad (diarreas en los últimos tres meses, enfermedades respiratorias, parasitosis) no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras.
- **Ha₅:** Los factores de acceso a los servicios de salud(número de controles de acuerdo a la edad, el no recibir información, el no acceso al servicio de salud en enfermedad) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras
- **H₀₅:** Los factores de acceso a los servicios de salud(número de controles de acuerdo a la edad, el no recibir información, el no acceso al servicio de salud en enfermedad) no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras
- **Ha₆:** Los factores de acceso a los servicios básicos (agua, luz desagüe) están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras
- **H₀₆:** Los factores de acceso a los servicios básicos (agua, luz desagüe) no están asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud de las moras

1.5. VARIABLES

1.5.1. Variable principal

Variable 1.

Curva plana

Variable 2.

Los factores sociodemográficos, maternos, alimentarios nutricionales, morbilidad, acceso a servicios de salud, acceso a servicios básicos.

1.5.2. Variable caracterización

Características de la madre

Procedencia

Características del niño.

Edad

Género

1.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Curva plana de crecimiento	Ninguna	Curva plana	SI NO	Cualitativa	Nominal
Factores Asociados	Factores Sociodemográficos referidos a la madre	Estado Civil soltera	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Grado de Instrucción Bajo	SI NO		
		Ocupación : fuera de casa	SI NO		
		Composición familiar Extensa	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Factores maternos	Edad materna <18 años >35 años	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Talla materna < 1.57 m	SI NO		
		Paridad Multípara	SI NO	Cualitativa	Nominal

Características del niño	Factores alimentarios Nutricionales	Gran multípara			
		Abandono de la lactancia materna	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Uso de biberón	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Problemas para comer referido por la madre	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Frecuencia de consumo de alimentos menor a 3 veces al día	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Consumo de alimentos sólidos	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Consumo de alimentos líquidos	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Factores de morbilidad	Presencia de diarreas en los últimos 3 meses	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Presencia de enfermedades respiratorias en los últimos 3 meses	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Presencia de parásitos.	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Factores de acceso a servicios de salud	Controles Incompletos para su edad	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Escasa información sobre nutrición en enfermedad	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Inasistencia al establecimiento de salud en enfermedad.	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Factores de acceso a servicios básicos	Deficiente acceso a luz, agua y desagüe.	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Edad	En meses	6 a 12 meses	Cuantitativa	Razón
	Género	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal

1.7. Justificación

1.7.1. A nivel teórico:

El presente trabajo de investigación constituye un antecedente para el inicio de nuevas investigaciones que difundirían aspectos importantes para una mejor promoción de la salud; ampliando así los conocimientos del investigador sobre el tema.

La identificación de los factores asociados a la curva plana en crecimiento del niño de 6 a 12 meses de edad está orientado a brindar una atención integral al niño como parte de la formación de base del desarrollo del potencial físico, intelectual, emocional y social, por lo que es muy importante que la labor que desempeña el profesional de enfermería dentro del componente de crecimiento y desarrollo este destinado a promover la salud física mental y emocional del niño, prevenir enfermedades y brindar una atención con calidad y calidez en forma oportuna. Para ello es necesario conocer los factores asociados a la curva plana de crecimiento ya que es esencial para prevenir en forma temprana cualquier alteración que impida el desarrollo óptimo del niño.

1.7.2. A nivel práctico:

De manera práctica el estudio resulta relevante, ya que la identificación de los factores asociados a la curva plana en el crecimiento en niños de 6 a 12 meses posibilita a los responsables de la atención integral del niño tomar decisiones sobre intervenciones en el campo de la promoción de la salud.

Del mismo modo, esta investigación, contribuirá a la línea de investigación promoción de la salud, asimismo será relevante ya que de acuerdo a los resultados se podrá identificar en forma anticipada los riesgos que traen consigo el no seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, en este sentido merece especial atención las recomendaciones y mandatos que nos comprometen en relación al cuidado de la salud integral como derecho de las personas.

1.7.3. A nivel metodológico:

La investigación desarrollará un instrumento válido y confiable para recolectar datos sobre los factores asociados a la curva plana de crecimiento en niños de 6 a 12 meses. Así mismo se hará un trabajo metodológico que podrá servir como guía para que se desarrollen otras investigaciones de igual o mayor nivel dentro de la misma línea investigativo.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

1.8. Antecedentes de investigación

A continuación citamos los escasos antecedentes de investigaciones internacionales y nacionales realizadas en relación al tema tratado en la presente investigación; para el cuál aludiremos, siguiendo un orden cronológico, destacándose los trabajos que han tenido una gran repercusión

1.8.1. Antecedentes internacionales

En Ecuador (Loja) en el 2012 Jiménez ²⁹, realizó un estudio analítico de corte transversal titulado "Factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden a consulta externa en el Hospital Isidro Ayora Loja período marzo septiembre del 2012." El objetivo principal fue identificar los factores de riesgo para la curva plana así como determinar su prevalencia e incidencia por género y grupo etario. Entre los resultados se encontró que la mayor parte de niños presenta curva plana, en un 56% (53 casos). Al distribuirlos por género y grupo etario predomina el género femenino (55%) y la mayor parte se encuentran distribuidos en el grupo de 6 meses a 1 año (24%), seguido por el grupo de 1 año 7 meses a 2 años 6 meses (23%). El grupo con curva plana pertenecen a una familia extensa (64%) lo que contrasta con el grupo de curva ascendente que pertenece a una familia nuclear (64%). El grupo con curva plana presenta mayor porcentaje de peso bajo al nacer (36%). Los problemas de alimentación están relacionados con rechazo a la

ingestión, dificultad para la administración o rechazo al volumen del alimento, y predominan en el grupo con curva plana (57%) a diferencia del grupo con curva ascendente con un porcentaje mínimo del 15%.

Este estudio nos orienta en los factores de riesgo de retraso en el crecimiento linear en niños, razón por la cual nos sirvió de guía para la elaboración de nuestro instrumento.

En Ecuador (Cotopaxi) en el 2012 Jordán ³⁰, realizó un estudio de descriptivo correlacional, titulado " Factores de Riesgo para que exista una curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años en la parroquia de Cusubamba, del Cantón salcedo Provincia de Cotopaxi", mediante una entrevista con cuestionario estructurado aplicado a 54 madres de niños con curva plana y ascendente. Se llegó a la conclusión de que la edad de la madre y el nivel de educación influyen en la curva plana de crecimiento del niño, se determinó efectos positivos al no encontrar una significancia del 1% del maltrato físico y psicológico de los niños en estudio, por otro lado el número de hijos no influye en la ganancia ponderal de crecimiento de los niños de 6 a 2 años en estudio aceptando la hipótesis nula de investigación: La edad de la madre y el número de hijos no influye en la ganancia mínima ponderal de los niños de 6 a 2 años en estudio.

En Ecuador (Riobamba) en el 2012 Pontón ³¹, realizó un estudio de diseño no experimental de tipo transversal, titulado "Identificación de los Factores de Riesgo en el Retraso del Crecimiento Lineal en Niños y Niñas de 1 a 5 Años de los Centros de Cuidado Infantil del Ilustre Municipio del Cantón Riobamba.", mediante la toma de medidas antropométricas y encuesta dietética aplicada a 155 niños /as, estudiándose las variables:

características generales, socioeconómicas y estado nutricional. Los datos se tabularon mediante los programas Microsoft Excel y JMP 5.1. De los resultados, los infantes en estudio se encuentran en edades comprendidas entre 12 a 59 meses con un promedio de 45 meses de edad con prevalencia del sexo masculino con el 50,9% y femenino del 49% mediante entrevista personal a las madres de los niños y niñas se identificó que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación e higiene son buenos por lo que se sugiere reforzarlos con charlas la evaluación nutricional en base a indicadores antropométricos (P//E, T//E, P//T) encontramos que en Talla//Edad hay desmedro del 65,8%, y talla normal del 34,2%. El BMI//Edad sobrepeso 22,6%, obesidad 10,9%, normal 65,2% y déficit 1,3% Se debería trabajar más con las madres y padres de familia de los menores de 5 años, ya que ellos por ser un grupo vulnerable se pueden lograr la modificación de conductas alimentarias no adecuadas y evitar así complicaciones futuras.

Este estudio nos orienta en los factores de riesgo, razón por la cual nos sirvió de guía para la elaboración de nuestro instrumento.

En México (2008) Vásquez, Ortiz, Romero, Nápoles³², efectuaron un estudio transversal analítico sobre factores de riesgo de retraso en el crecimiento linear en niños, cuyo propósito fue identificar los factores asociados a retraso en el crecimiento en niños de una región semi-rural en Arandas, Jalisco, la muestra fueron 432 niños de 12 a 120 meses. Analizaron variables sociales, demográficas, económicas, dietéticas y patológicas. Utilizaron la puntuación Z del índice talla/edad (< -1 desviación estándar) DE y < -2 DE) para evaluar el déficit de crecimiento.

Con la prueba de chi cuadrada y la razón de momios (RM) intervalo de confianza (IC) 95%, estimaron los factores de riesgo y protección. Los factores de riesgo fueron: > tres niños en la familia [RM 1.71 (1.01, 2.87)], consumo de sodas azucaradas > 4 veces por semana [RM 2.36 (1.19-4.73), ingreso familiar mensual < 200 USA dólares [RM 3.5 (1.28, 9.76)] y gasto per cápita en alimentación < 10% de un salario mínimo (100 USA dólares al mes) [RM 1.81 (1.06, 3.09)]; edad < 24 meses [RM 2.02 (1.09, 3.75)], adición de azúcar al biberón [RM 8.56 (1.84, 54.9)], modificación de la dieta durante la diarrea [RM 2.40 (1.02, 5.77)] ingestión de leche < 4 veces a la semana [RM 2.71 (1.55, 4.73)] y casi significativo: consumo de frijoles [RM 1.75 (0.98, 3.13)]. Factores de protección: familia nuclear [RM 0.28 (0.09, 0.85)] y dilución adecuada de la fórmula de alimentación [RM 0.71 (0.60, 0.85)]. En el modelo de regresión los factores de riesgo fueron: consumo de sodas, frijoles y adición de azúcar u otros edulcorantes al biberón.

Este estudio nos orientó en los factores de riesgo de retraso en el crecimiento linear en niños, razón por la cual nos sirvió de guía para el marco teórico.

2.1.2 Antecedentes nacionales

En Perú (Lima) en el 2009 Valderrama ³³, realizó un estudio descriptivo, comparativo sobre factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad, el objetivo fue Identificar factores de riesgo en niños que asisten al consultorio externo de pediatría, para la recolección de datos realizó entrevistas, por muestreo

aleatorio simple, a 69 madres con hijos entre 6 meses y 2 años de edad. Concluyó que los niños que tienen referencia de sus madres “problemas para comer” probablemente tienen curvas planas de crecimiento y deben de ser rigurosamente evaluados e idealmente en forma multidisciplinaria. Recomendó que se deba considerar la recuperación de la pérdida de peso posterior a los episodios repetitivos de infecciones respiratorias agudas. El peso del nacimiento contribuye a la ganancia ponderal posterior. La estrategia estatal de intervención de crecimiento y desarrollo probablemente no tiene impacto.

Este antecedente presenta proximidad con el estudio que abordamos, en el sentido que ofrece un amplio panorama sobre los factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad, razón por la cual nos guio en todo el proceso de nuestra investigación.

2.1.3 Antecedentes locales

Sin embargo a nivel local no se han encontrado investigaciones al respecto, por lo que nuestra investigación será fundamentalmente en el establecimiento de una línea basal bajo el marco de bienestar psicológico de esta población.

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 encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud, que refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos

perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud ³⁴.

Según Marriner, en la teoría de Nola Pender refiere que el “Modelo de Promoción de Salud” sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos.:

Se puede relacionar esta teoría con el presente tema de estudio de la siguiente manera

- Los factores personales lo relacionaremos con características de las madres, entre ellos los biológicos (edad), psicológicos (el estado de salud percibido y la definición de salud) y sociocultural (raza, etnia, formación y conocimientos)
- Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones.
- Barreras percibidas, como el tiempo de espera para ser atendida, desinterés, falta de tiempo entre otros.
- La auto-eficacia percibida disminuirá las barreras presentes.- Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva.
- Influencias interpersonales, la influencia de los que se encuentran en su entorno (familia, amigas), cómo reaccionan frente a la atención y los conocimientos que tienen frente al control de CRED.

- Influencias Situacionales, está relacionado al consultorio de CRED, a la sala de espera, experiencias anteriores tanto positivas y negativas relacionadas con el control.

Según lo expuesto en la teoría de Nola Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño ³⁵.

2.2.2. Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud, es uno de los modelos más utilizados, fue formulado por Rosenstock ³⁶, quien considera que las decisiones adoptadas por los usuarios en relación con las pautas preventivas o terapéuticas recomendadas guardan una estrecha relación con los valores, creencias y percepciones que el mismo tiene sobre la salud de su niño, la gravedad o amenaza del problema, las posibilidades de resolverlo, la eficacia de la medidas recomendadas y los obstáculos y dificultades para seguirlos y avisos para tomar una acción .

Según Rosenstock ³⁷ y Frías ³⁸, exponen que el modelo de Creencias en Salud se dirige a explicar los factores que intervienen en la

adopción de conducta saludable, la conducta de seguimiento y cumplimiento basado en las condiciones, antecedentes historia, biografía, factores de disposición y factores del medio y las condiciones como los estímulos positivos y negativos.

Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva. En relación al estudio esto va depender de que tan susceptible de enfermar es el niño según la madre, lo que va a condicionar su asistencia al Componente de CRED, así como los beneficios que ofrece éste componente, frente a las barreras, como falta de tiempo y trabajo, desinterés frente al control del niño.

2.3. Bases conceptuales:

2.3.1. Crecimiento y desarrollo

El crecimiento y desarrollo se refiere al incremento del peso, la estatura y de los órganos vitales (crecimiento), y a la maduración de sus funciones (desarrollo)³⁹.

El crecimiento puede manifestarse por:

- **Hiperplasia celular**, aumenta el número de células pero conserva su volumen.
- **Hipertrofia celular**, aumenta el volumen de las células, pero su número se conserva.

- **Acreción**, aumenta la cantidad de tejido intercelular secundario a una mayor síntesis celular, pero tanto el número de células como su volumen se conservan⁴⁰.

2.3.2. Factores que regulan el crecimiento y desarrollo

El fenómeno del crecimiento es un proceso dinámico, que refleja el estado psicosocial, económico, nutricional, cultural, ambiental y de homeostasis orgánica en el que se desarrolla un individuo⁴¹.

Los padres heredan a sus hijos la capacidad de crecimiento (**genotipo**), y que en condiciones ideales son similares para todos los hijos del mismo sexo (**fenotipo**), pero su expresión final (**epigenotipo**) depende de las condiciones ambientales de cada individuo en lo particular⁴².

El hecho de que el ritmo y la velocidad de crecimiento sean menores a los esperados, y la longitud alcanzada sea mayor, se debe sospechar que existen condiciones patológicas que están limitando la expresión fenotípica del genoma.

Si los hijos crecen en mejores condiciones que los padres, es frecuente encontrar fallas finales superiores, llamado “incremento secular del crecimiento”. Resulta importante determinar la estatura final mínima esperada para un niño, y definir en base a ésta, las tallas que debe expresar a las distintas edades, estableciendo la existencia de un crecimiento normal de acuerdo a su talla epigenotípica.

Existen varias maneras de evaluar el “potencial genético de crecimiento”, que se basa en la talla media familiar⁴³:

Niños: talla padre +talla madre +6.5

$$\text{Niñas: } \frac{\text{talla padre} + \text{talla madre}}{2} + 6.5$$

Los factores o mecanismos que intervienen en el crecimiento normal de un niño pueden separarse en:

a) Factores maternos:

Estudios realizados a lo largo de la historia han revelado la importancia de la presencia materna en la salud y bienestar de su hijo, desde el inicio niño recién nacido depende completamente de la madre⁽³⁸⁾.

Por su parte Cotera⁽³⁹⁾ refiere que existe un sin número de factores maternos asociados a las alteraciones del crecimiento del niño, por ejemplo el estado nutricional de la madre que da de lactar, lo que exige inevitablemente la disponibilidad inmediata de calorías y nutrientes.

Varios estudios han demostrado que el peso al nacer de la madre y el de su hijo están muy correlacionados. Esto se ha atribuido a diferencias en el crecimiento del aparato reproductor de mujeres que nacieron pequeñas, lo que a su vez influye en el crecimiento de la siguiente generación de fetos. Es probable que el metabolismo de una mujer esté influído por la programación prenatal cuando ella misma era un feto. Aunque está bien descrito en la bibliografía sobre animales, hay menos pruebas de estos efectos intergeneracionales en poblaciones humanas. Se conoce que la talla del recién nacido correlaciona mejor con la talla de su madre que con la de su padre⁴⁴.

En un estudio sobre descendencia de un cruce de caballos de diferentes razas, con el tamaño de las crías al nacer y posteriormente en su vida, correlaciona mejor con la talla de la madre; en este sentido Shearman, Shut , Smith ⁴⁵ demostraron que mujeres de mayor talla tienen hijos de mayor peso que las madres de menor talla, y que las madres de talla baja tienen hijos más chicos que las madres más altas.

La paridad es otro factor que influye en el tamaño del recién nacido. El primer hijo suele ser más pequeño que el segundo, lo que se podría explicar por una mayor compresión intrauterina, mecanismo similar a lo que sucedería en los embarazos múltiples. Por otra parte los hijos de grandes multíparas son más pequeños, en lo que podría influir una menor suficiencia placentaria, más dificultades socioeconómicas en familias más grandes y por ello más problemas nutricionales^{46, 47}.

En otros contexto en las sociedades contemporáneas en las que se ha producido una disminución de la mortalidad materna, la ausencia de la madre suele deberse al divorcio, separación o porque trabaja fuera del hogar. Mientras esta ausencia puede influir en el bienestar del niño y en su crecimiento no es importante para su supervivencia.

Tal como indica Gómez⁴⁸ la madre contribuye con su presencia no sólo a la alimentación materna y por tanto a la supervivencia del niño, sino que es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, siendo el eje central en la salud de sus hijos. La disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de la madre que favorece el cuidado y desarrollo del niño.

También el nivel educativo y el estilo de vida de la madre determinan el acceso a la información. A mayor nivel educativo mejor estilo de vida, y la información que le va a llegar será más completa, tanto a nivel de cuidados prenatales, como sobre las actitudes⁴⁹, destacar que incluso el éxito de la alimentación materna se ve favorecido por dicha información, recibida de su medio ambiente, de familiares, matronas, enfermeras, médicos, que dan apoyo y consejos sobre las ventajas de su uso. Así, vemos que las madres con un alto nivel educativo son más proclives a dar alimentación materna a sus hijos que aquellas con un bajo nivel educativo⁵⁰.

Si consideramos el crecimiento del niño en éste año de vida en relación con el nivel de estudios de la madre, vemos que los hijos de madres con estudios universitarios son los que más han crecido, aumentando las diferencias observadas al nacimiento, lo que pone de manifiesto la importancia de los cuidados y hábitos familiares.

b) Factores perinatales:

Juega un papel que determinan retraso o anormalidades del desarrollo. En el plano de pequeñas variaciones del desarrollo tienen también influencia los fenómenos de hipoxia leve, hipoglicemias traumáticas, hiperbilirrubinemias tratadas, etc. ya que existe una gradiente de secuelas desde las que producen variaciones de lo normal hasta las que determinan patologías severas⁵¹.

c) Factores familiares:

Es importante destacar la importancia de las características de la familia sobre el desarrollo y crecimiento del niño. Los cuales son: cercanía

afectiva, acuerdo relacional, equilibrio en la cercanía parental, jerarquía parento-filial definida, interacción autónoma con iguales⁵².

d) Factores alimentarios:

Durante el período que se extiende desde el nacimiento hasta los 3 años, la alimentación tiene un papel fundamental para el desarrollo del niño, debido a que la mayoría de los sistemas y órganos maduran durante este tiempo. Los niños subalimentados pueden presentar con el tiempo retraso en el desarrollo motor, físico, sensorial y psicológico⁵³.

Para crecer, el organismo necesita energía que tan sólo puede obtener a través de la alimentación. Dicho crecimiento exige para su normal desarrollo un aporte adecuado de energía y nutrientes, esenciales para cubrir las necesidades para la formación de nuevos tejidos. En lo que respecta a la lactancia materna: Hay que resaltar su importancia. La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros cinco/seis meses de vida⁵⁴.

Alimentación complementaria: A partir del sexto mes la lactancia no cubre todos los requerimientos del lactante por lo que hay que añadir otros alimentos que cubran estas necesidades.

e) Factores de morbilidad:

Se ha comprobado que los niños amamantados tienen menos infecciones intestinales, respiratorias y del tracto urinario⁵⁵. Además son menos proclives a padecer otitis media o meningitis. También existen datos que indican que la incidencia de dolencias en las que están implicados mecanismos inflamatorios (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) o

reacciones auto inmunitario (diabetes mellitus), se dan con menor frecuencia en niños lactados de forma natural.

f) Factores de acceso a los servicios de salud:

Los niños son los recursos básicos y fundamentales para el desarrollo humano, social y económico. Además, figuran entre los grupos más vulnerables que padecen las consecuencias de las necesidades sanitarias insatisfechas; sobrellevan aproximadamente el 40% de la carga mundial de morbilidad⁵⁶.

Según la OMS⁵⁷ el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

Del mismo modo la accesibilidad a los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser factibles a todos dentro de la jurisdicción sin discriminación, con accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.

Los niños y niñas que no tienen acceso a los servicios de salud, sufren la desventaja de no contar con atención médica de evaluación, prevención y control, además de no recibir tempranamente diagnóstico, tratamiento y cura⁵⁸.

Los niños y niñas que no tienen acceso a los servicios de salud, sufren la desventaja de no contar con atención médica de evaluación, prevención y control, además de no recibir tempranamente diagnóstico, tratamiento y cura⁵⁸.

2.3.3 Valoración del crecimiento durante el primer año de vida.

Generalmente los niños nacidos a término recuperan el **peso** del nacimiento hacia los diez días de vida. Doblan el peso del nacimiento a los cinco meses y lo triplican al año de vida.

La **talla** se incrementa al año entre 25 y 30 cm (talla media al nacimiento de 50 cm), se incrementa el tejido subcutáneo alcanzando su capacidad máxima a los nueve meses⁵⁹.

El **perímetrocefálico** se incrementa a 44 cm hacia el sexto mes y a 47 cm al año se igualan los perímetros cefálicos y torácicos⁶⁰.

a) Perímetrocefálico.

El perímetrocefálico en el recién nacido se mide colocando una cinta métrica no elongable justo por encima de cejas pasando sobre la parte más prominente del occipucio. En general el perímetrocefálico es dos veces más grande que el torácico, pero en las primeras mediciones no se obtendrán datos exactos en caso de que la cabeza esté moldeada. El rango normal es de 33 a 37 cm, dependiendo del tamaño general del recién nacido⁶¹.

b) Talla

La talla se mide poco después de que nace para contar con un dato basal a partir del cual se juzgue el crecimiento futuro. La estatura promedio del recién nacido de término es de 51 cm y un 95 % miden de 46 a 56 cm.

Como en general el recién nacido asume una posición algo flexionada es difícil obtener una medición exacta desde la parte superior de la cabeza hasta los talones esta medición se facilita cuando se efectúa sobre una superficie firme y es conveniente que un ayudante sostenga la cabeza del niño⁶².

c) Peso

Constituye la medida antropométrica más usada para medir el crecimiento y el desarrollo en pediatría. En el recién nacido se debe de medir desnudo con la misma pesa, la cual debe estar previamente calibrada y protegida con papel aislante de uso individual. Debemos tener como precaución evitar corrientes de aire durante el proceder.

d) Perímetro torácico.

El perímetro torácico se mide justo por debajo de la línea de los pezones y debe ser poco menor al perímetro cefálico.

e) Longitud.

Resulta de la medición de la longitud del cuerpo humano a todo lo largo del recién nacido, muy útil para diagnosticar retraso del crecimiento y/o prematuridad.

2.3.4. Curvas de crecimiento

Una gráfica de crecimiento es uno de los instrumentos más importantes de la consulta de los niños. El crecimiento debe evaluarse en cada consulta. El niño está en crecimiento constante, por lo tanto si está creciendo quiere decir que su estado de salud es bueno. La talla es un gran indicador del estado de salud, más que el peso, sin embargo, la mayoría de

intervenciones nutricionales se dirigen a la ganancia de peso, en lugar de encaminarse a mejorar el estado nutricional del niño de forma integral.

Siendo tan importantes los datos de peso y talla, se deben obtener datos confiables, una talla mal tomada puede tener hasta cinco centímetros de error.

Los datos de peso y talla no significan nada si no se comparan con los valores de normalidad para la edad y para el propio niño (si se tienen datos previos)⁶³.

Los patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud en 2006 y 2007 para los niños de cero a 18 años, basados en el estudio multicéntrico, sobre el patrón de crecimiento para la obtención de nuevos estándares de crecimiento para niños a partir de una muestra internacional de niños provenientes de seis países: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América. El objetivo de este estudio fue proveer datos que describieran “cómo deben crecer todos los niños y niñas” cuando se siguen condiciones para un óptimo crecimiento como:⁶⁴

- Alimentación ideal.
 - Lactancia materna exclusiva por seis meses.
 - Alimentación complementaria adecuada, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años.
- Medio ambiente ideal.
 - Agua potable.
 - Saneamiento.
 - Vivienda.

- Madre no fumadora.
- Cuidado de salud ideal.
- Inmunizaciones, esquema de vacunación completo.
- Cuidado pediátrico rutinario (asistir regularmente a un programa de crecimiento y desarrollo correctamente establecido).
- Control prenatal ⁶⁵.

El nuevo patrón confirma que si todos los niños del mundo reciben una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen igual potencial de crecimiento infantil hasta los cinco años.

Las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, el medio ambiente y la atención en salud, que de factores genéticos o étnicos⁶⁶.

Una evaluación sencilla del crecimiento y del estado nutricional implica la medición del peso y el crecimiento lineal del niño y la comparación de estas mediciones con estándares de crecimiento. El propósito es determinar si un niño está creciendo “normalmente” o si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento que debe ser intervenido. Estas mediciones antropométricas (peso y talla), son bastante confiables para observar las variaciones en el estado nutricional. Así, si el estado nutricional de un individuo se ve afectado por defecto (presencia de enfermedades infecciosas o carencias en la alimentación), predeciblemente las medidas externas corporales se afectarán por defecto. En igual forma si el estado nutricional se ve afectado por exceso (por ejemplo en la alimentación), las medidas externas corporales se verán afectadas por exceso.

Los indicadores que se utilizarán en la evaluación antropométrica de los niños menores de dos años son:

- Peso para la edad.
- Talla para la edad.
- Peso para la talla. Índice de masa corporal (IMC).
- Perímetrocefálico⁶⁷.

a) Curva de longitud/talla para edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o en talla para la edad de un niño en una consulta determinada.

Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes.

Es un indicador de Baja Talla, también llamada Retraso en talla y mide el proceso de crecimiento lineal del individuo en relación con la edad y su tendencia a través del tiempo. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y de un buen estado nutricional a largo plazo.

La Baja Talla puede ser el resultado de consecuencias acumuladas de retardo en el crecimiento y está asociada a pobres condiciones socioeconómicas de la familia, altos índices de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) y a factores nutricionales. A través de este indicador se compara la Talla del niño con la Talla de otros niños de la misma edad y del mismo sexo⁶⁸.

Para este indicador se utilizan dos gráficos diferentes, uno para el niño menor de dos años y otro para el niño de dos años o mayor. En cada

una de estas curvas, el eje-x presenta la edad y el eje-y la longitud o talla en centímetros. La edad se marca en meses hasta los 12 meses y posteriormente en años y meses cumplidos

b) Curva de peso para la edad

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en una consulta determinada. Este indicador se utiliza para evaluar si un niño presenta bajo peso y peso bajo severo, pero no debe utilizarse para clasificar el sobrepeso u obesidad. Un niño podría con este indicador parecer desnutrido y realmente sólo tener una talla baja o puede presentar edema en ambos pies; la retención de líquido aumentará el peso enmascarando lo que en realidad podría ser muy bajo peso.

Es un indicador de Desnutrición Global. Refleja la situación nutricional global sin especificar la magnitud del problema. Es bastante sensible y útil para clasificar el estado nutricional de los niños hasta los dos años⁶⁹.

c) Interpretación de los puntos marcados para indicadores de crecimiento.

Las líneas que se encuentran en las curvas ayudan a interpretar los registros marcados que representan el estado de crecimiento del niño. La línea marcada como cero en cada curva representa la mediana; lo cual es generalmente el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de puntuación z, las cuales indican la distancia de la mediana. La ventaja de utilizar puntuación z con el uso de la expresión de los indicadores en desviaciones estándar, permite medir la distancia hacia arriba o hacia abajo en relación con la mediana; diferente a los percentiles utilizados

previamente que miden el porcentaje de los niños en ese canal de crecimiento. La mediana y las puntuaciones z de cada curva de crecimiento proceden de mediciones de niños del Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento de la OMS, quienes fueron alimentados y crecieron en un entorno que favoreció su óptimo crecimiento⁷⁰.

Las líneas de la puntuación z de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (1, 2) o negativamente (-1, -2, -3). En general un punto marcado que está lejos de la mediana puede representar un problema, sin embargo deben considerarse otros factores, como la tendencia de crecimiento, las condiciones de salud del niño y la talla de los padres.

La observación de todas las curvas de crecimiento conjuntamente permitirá determinar la naturaleza de los problemas de crecimiento. Será siempre importante considerar las tendencias observadas a lo largo del tiempo.

Los **indicadores peso/ edad (P/E)** desde el nacimiento hasta los dos años en puntuación z son:

Puntos de Corte desviaciones Estándar (D.E.)	Denominación
<-3	Desnutrición global severa
<-2	Desnutrición global
≥-2 a < -1	Riesgo peso bajo para la edad
≤-1 y ≤1	Peso adecuado para la edad

Fuente: Indicador Peso/Edad P/E recopilado de: OPS/OMS y MSP, Colombia. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Bogotá-Colombia 2010

Los **indicadores talla/ edad t/e** desde el nacimiento hasta los cinco años en puntuación z son:

Puntos de Corte desviaciones Estándar (D.E.)	Denominación
<-2	Talla baja para la edad
<-2 a <-1	Riesgo de talla baja
>-1	Talla adecuada para la edad

Fuente: Indicador Talla/Edad T/E recopilado de: OPS/OMS y MSP, Colombia. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Bogotá-Colombia 2010.

El indicador peso/ talla (P/T) desde el nacimiento hasta los cinco años en puntuación z son:

Puntos de Corte desviaciones Estándar (D.E.)	Denominación
<-3	Desnutrición aguda severa
<-2	Desnutrición aguda
>-2 a <-1	Riesgo peso bajo para la talla
>-1 y <=1	Peso adecuado para la talla
>1 y <2	Sobrepeso
>2	Obesidad

Fuente: Indicador Talla/Edad T/E recopilado de: OPS/OMS y MSP, Colombia. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Bogotá-Colombia 2010

2.3.5. Interpretación de las tendencias en las curvas de crecimiento

Para identificar tendencias en el crecimiento de un niño, mire los puntos marcados en diferentes consultas. Las tendencias pueden indicar que está creciendo adecuadamente; o pueden mostrar que tiene un problema de crecimiento, o que el niño está en “riesgo” de un problema y debe ser reevaluado pronto.

Los niños en periodo de crecimiento siguen una tendencia, en general paralela a la mediana y a las líneas de puntuación z. La mayoría crecerán en un “canal” que puede estar abajo o arriba de la mediana. Cuando interprete las curvas de crecimiento debe estar pendiente de las siguientes situaciones, que pueden indicar un problema o sugerir un riesgo: La línea de crecimiento del niño atraviesa una línea de puntuación z.

- Hay un incremento o descenso marcado en la línea de crecimiento del niño.
- La línea de crecimiento se mantiene plana (estancada); por ejemplo no hay ganancia de peso o longitud/talla⁷¹.

Debe interpretarse estos cambios según la posición en que comenzó el cambio y hacia dónde se dirige. Por ejemplo, si un niño ha estado enfermo y perdió peso, el presentar una rápida ganancia de peso puede ser bueno e indicar “recuperación del crecimiento”. Lo mismo puede suceder con un niño con sobrepeso, una curva con leve tendencia a bajar y dirigida hacia la mediana puede indicar una “recuperación de crecimiento” deseable. Por esta razón cuando se interpretan tendencias es muy importante considerar la situación completa del niño.

2.3.6. La línea de crecimiento del niño atraviesa una línea de puntuación Z Curva Plana

Las líneas de crecimiento que atraviesan líneas de puntuación z indican posible riesgo, a pesar que muchas veces las líneas pueden encontrarse todavía entre puntuaciones normales. La interpretación del riesgo se basa en la posición en la que comenzó el cambio de tendencia, la dirección de la tendencia y la historia de salud del niño. Si la línea permanece cerca de la mediana cruzando hacia arriba y hacia abajo de ella, el niño está bien. Si el cambio es hacia la mediana probablemente este es un buen cambio. Si el cambio va en dirección contraria a la mediana, probablemente es un signo de un problema o riesgo de un problema. Si estos riesgos se detectan a tiempo, puede ser posible intervenir tempranamente y prevenir el problema⁷².

2.3.7. Incrementos o descensos drásticos en la línea de crecimiento

Cualquier cambio drástico en la línea de crecimiento de un niño requiere especial atención. Si un niño ha estado enfermo, con un aporte muy deficiente de nutrientes, se espera un incremento importante, durante el tiempo de mejoramiento en la alimentación, a medida que el niño experimenta una “recuperación del crecimiento”. En otros casos, un incremento pronunciado no es bueno, ya que puede ser señal de un cambio en prácticas de alimentación que resultará en sobrepeso.

Si un niño gana rápidamente peso, observe la talla. Si ganó sólo peso, esto es un problema; si el niño creció proporcionalmente en peso y talla, se debe probablemente a recuperación del crecimiento.

Un descenso pronunciado en la línea del crecimiento de un niño con estado nutricional normal o desnutrido indica un problema de crecimiento que debe ser investigado y resuelto. Aunque el niño tenga sobrepeso, no debe tener un descenso pronunciado en la línea de crecimiento, dado que no se pretende una pérdida muy rápida de peso⁷³.

2.3.8. Línea de crecimiento plana (estancamiento).

Una línea de crecimiento plana usualmente indica un problema. Si el peso del niño permanece igual por un tiempo, mientras que la talla aumenta, es muy probable que tenga algún problema. Si la talla permanece igual a lo largo del tiempo, no está creciendo. Se da una excepción, cuando un niño en sobrepeso u obeso es capaz de mantener su peso a lo largo del tiempo, permitiendo que el niño tenga un peso para la talla o IMC para la edad más saludable.

Si el niño con sobrepeso está perdiendo peso a lo largo del tiempo, y la pérdida de peso es razonable, el niño debe continuar creciendo en talla.

Sin embargo, si no experimenta crecimiento en talla a lo largo del tiempo, hay un problema.

CAPÍTULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados del investigador fue de tipo **observacional**, porque solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos.

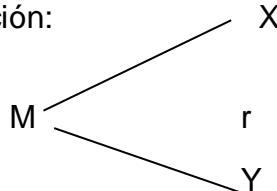
Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue de tipo **prospectivo** porque se estudió a las variables en el momento de los hechos.

Según el tiempo de estudio fue de tipo **transversal**, porque se analizaron los datos de un grupo de sujetos de una población determinada en un momento dado y en un lugar determinado,

De acuerdo a las variables de interés fue de tipo **analítico** porque permitió evaluar la asociación entre los factores de riesgo y la curva crecimiento durante el período de estudio.

3.2. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional como se muestra a continuación:



M = Muestra

X = Variable factores

Y = Variable Curva plana

r = Asociacion

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue relacional, debido al análisis de dos variables (análisis bivariado), sin la demostración de causa-efecto.

3.4. Población:

La población estuvo conformada por todos los niños(as) de 6 a 12 meses de edad que acudieron al Centro de Salud de las Moras al control de Crecimiento y desarrollo, los que en total sumaron 291 niños en los meses de Enero a Julio.

3.4.1. Criterios de inclusión, exclusión y reposición.

Criterios de inclusión: Se incluirán en el estudio al niño(a):

- De 6 a 12 meses usuario del programa CRED en el centro de salud ámbito de nuestro estudio.
- Niños (as) con historia completa.
- Niños (as) que cuenten con tarjeta de control del niño sano, con tres controles consecutivos.
- Niños(as) que no ganaron peso o incrementaron su talla en dos o más controles durante el seguimiento, evidenciado gráficamente en una curva plana de ganancia ponderal en la tarjeta de control del niño sano.
- Niños (as) cuyas madres acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No se considerará al niño(a):

- Que no se encontraron en el rango de edad
- Cuyas madres no acepten participar en el estudio o hayan rechazado el consentimiento informado.
- Niños (as) con enfermedades recurrentes

- Niños (as) con diagnóstico de desnutrición crónica.
- Madres que no portaron el carnet de control del niño sano o no tuvieron graficada la curva de crecimiento ya sea en el carnet o en la historia clínica.

3.4.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo:

Ubicación en espacio: El estudio se realizó en el servicio del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Centro de Salud las Moras de Huánuco.

Ubicación en tiempo: El estudio estuvo comprendido entre los meses de Enero a junio del 2016.

3.5. Muestra y muestreo:

3.5.1. Unidad de estudio: Cada Niño de 6 a 12 meses.

3.5.2. Unidad de muestreo: Fue igual que la unidad de análisis.

3.5.3. Unidad de información: Cada madre de los niños menores de 6 a 12 meses.

3.5.4. Marco muestral: Estuvo conformada por una relación nominal de los niños de 6 a 12 meses de edad del ámbito de estudio.

3.5.5. Tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula de cálculos de muestras para la estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

$$Z^2 = 95\% \text{ confiabilidad}$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 1 - P$$

$$e = \text{error de estimación en } 5\%$$

$$N = 291$$

Cálculo:

$$n.5 = \frac{(1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 291}{(0.05)^2 (291-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{279,476}{1,680}$$

$$\mathbf{n = 166}$$

Por tanto, se trabajó con una muestra mínima total de 166 niños de 6 a 12 meses sanos en estudio.

3.5.6. Tipo de muestreo:

La selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple considerando los criterios de inclusión y exclusión de la unidad de análisis.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Métodos

El método que se utilizó en esta investigación fue la entrevista (anexos, 1,2,) y la observación (anexo3).

3.6.2. Instrumentos documentales

- **Guía de entrevista sobre factores asociados a la curva plana de crecimiento del niño de 6 a 12 meses** (Anexo 1), este instrumento

consta de 20 reactivos en 6 dimensiones: Factores sociodemográficos (4 reactivos); factores maternos (3 reactivos); factores alimentarios (6 reactivos); factores de morbilidad (3 reactivos); factores de acceso a los servicios de salud (3 reactivos); factores de acceso a los servicios básicos (3 reactivos).

Este instrumento tiene respuestas dicotómicas y el valor final fue:

Factores presentes = Más de la mitad de los reactivos evaluados asignándole un valor final (SI, NO).

- **Guía de Observación para registrar la curva de crecimiento** (Anexo 02), en esta ficha de análisis documental, se registró el tipo de curva de crecimiento del niño registrado en las curvas de crecimiento consignadas en la historia clínica, así mismo la edad del niño, el género y el número de controles de acuerdo a su edad

3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos:

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, con el fin de adaptar algunas terminologías que pudieron ser poco entendibles para la muestra en estudio. Seguido a la validación se realizaron las modificaciones necesarias para optimizar los instrumentos y obtener datos confiables y precisos.

Las modificaciones que se efectuaron en los instrumentos de acuerdo a las observaciones de los expertos fueron: Peso al nacimiento, Talla al nacimiento, agregar frecuencia de alimentos.

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del presente estudio de investigación, se realizó una prueba pre-piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña pre-prueba piloto se realizó en otro establecimiento de salud con las mismas características , en una muestra piloto de 20 madres con sus niños ajenos al estudio., cuyos resultados permitieron incorporar preguntas culturalmente aceptables y entendidas por la población.

Con el presente resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el anexo 02 (factores asociados a la curva plana) fue de 0,78 de puntuación, lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad de consistencia interna “alta”, por lo cual lo consideramos confiable para nuestros propósitos investigativos.

3.8. Procedimientos de recolección de datos:

Para los procedimientos de recolección de datos se cumplieron con las siguientes fases:

Se realizó la revisión bibliográfica del tema propuesto, con el fin de fundamentar teóricamente la presente investigación, mediante: libros, revistas científicas, páginas de internet, artículos de internet, etc.

Se solicitó la autorización para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades responsables del Centro de Salud las

Moras, a través de la emisión de oficios y/o solicitudes dirigidas a la Gerencia, jefatura de enfermería y Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del ámbito de estudio.

Para la aplicación de los instrumentos se contó con encuestadores capacitados, quienes aplicaron los instrumentos de medición, previa aceptación del consentimiento informado, según el cronograma actividades establecido; teniendo en consideración que el tiempo promedio para la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 30 minutos.

3.8. Elaboración de los datos:

Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron y se hizo control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguidamente se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.

Posteriormente se realizó la clasificación de los datos, de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Y finalmente se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.9. Análisis e interpretación de datos:

3.9.1. Análisis descriptivo:

Se usó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal

efecto se determinó las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza.

3.9.2. Análisis Inferencial:

Para demostrar la relación de las hipótesis del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado. Esta prueba se usó con datos medibles en una escala nominal.

La hipótesis nula de la prueba Chi Cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra. En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor $p \leq 0,05$.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.10. Aspectos Éticos de la Investigación

Para fines de la investigación se consideró los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y fueron los siguientes:

- El principio de beneficencia: las madres de los niños en estudio, fueron beneficiadas al saber cuáles son los factores asociados a la curva plana. Este estudio se realizó para plantear algunas soluciones a los problemas nutricionales de la población, y se cumplió no dañando ni física ni psicológicamente a la unidad de observación.
- La no maleficencia: Establece que la prioridad en toda investigación es no cometer daño o perjuicio a los sujetos en estudio. Con el presente estudio se respetó el principio manteniendo en completa reserva las

identidades de los niños con sus madres, y los resultados de la aplicación de instrumentos de medición.

- En el principio de autonomía se tomó en cuenta el consentimiento de las madres para ser encuestadas, después de una explicación sencilla y clara sobre la naturaleza de la investigación, respetando la decisión de las madres de no participar en el estudio.
- En el principio ético de justicia todas las madres de los niños en estudio recibieron las mismas indicaciones para el desarrollo de los instrumentos y sin preferencia para ningún grupo durante la recolección de datos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

4.1.1. factores Sociodemográficos

Tabla 01. Estado civil de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	67	40,4
Casada	58	34,9
Conviviente	41	24,7
Total	166	100,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto al estado civil de las madres de los niños en estudio, se encontró que el 40,4% (67 madres) fueron de condición solteras, el 34,9% (58 madres) de condición casadas y el 24,7% (41 madres) estuvieron conviviendo.

Tabla 02. Grado de Instrucción de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	112	67,5
Secundaria	42	25,3
Superior	12	7,2
Total	166	100,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En razón al grado de instrucción de madres de niños de 6 a 12 meses en estudio, se encontró que el 67,5% (112 madres) refiere educación primaria, el 25,3% (42 madres) con secundaria, y el 7,2% (12 madres) con educación superior.

Tabla 03. Ocupación de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	68	41,0
Empleada del hogar	24	14,5
Comerciante informal	62	37,3
Estudiante	12	7,2
Total	166	100,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

De acuerdo a la ocupación de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio, el 41,0 % (68 madres) son amas de casa, el 37,3 % (62 madres) son comerciantes informales, el 14,5 % (24 madres) son empleadas del hogar y el 7,2% (12 madres) son estudiantes.

Tabla 04. Composición familiar de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Composición familiar	Frecuencia	%
Nuclear	42	25,3
Monoparenteral	30	18,1
Extensa	94	56,6
Total	166	100.0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En razón de la composición familiar de los niños en estudio, el 56,6% (94 niños) son de familia extensa, el 25,3 % (42 niños) son de familia nuclear y el 18,1 % (30 niños) pertenecen a familia nomoparenteral.

4.1.2. Características maternas

Tabla 05. Edad en años de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Edad en años	Frecuencia	%
Menor de 18	8	4,8
18 a 35	116	69,9
Mayor de 35	42	25,3
Total	166	100.0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

El 69,9% (116 madres) se encontraban con edades entre 18 a 35 años, asimismo el 25,3% (42 madres) tuvo edad mayor a 35 años y el 4,8% (8 madres) menor de 18 años.

Tabla 06. Talla de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Talla materna	Frecuencia	%
> 160 cm	12	7,2
157 -159 cm	55	33,1
< 157 cm	99	59,6
Total	166	100,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

El 59,6% (99 madres) se encontraban con talla materna menor de 157cm, asimismo el 33,1 % (55 madres) se encontraban con talla entre 157 a 159 cm y el 7,2% (12 madres) se encontraban con talla > 160 cm.

Tabla 07. Paridad de las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Paridad	Frecuencia	%
Primípara	41	24.7
Multípara	60	36.1
Gran multípara	65	39.2
Total	166	100.0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a la paridad, se halló que la mayoría del 39,2% (65 madres) se encontraban en condición de gran multípara, el 36,1% (60 madres) fueron multíparas y el 24,7% (41 madres) fueron primíparas..

4.1.3. factores nutricionales

Tabla 08. Características alimentarias referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Características alimentarias.	SI		NO	
	N	%	N	%
Abandono de la lactancia	81	48,8	85	51,2
Uso del biberón.	91	54,8	75	45,2
Problemas para comer referido por la madre	94	56,6	72	43,4
Frecuencia de consumo de alimentos menor 3 veces día	68	41,0	98	59,0
Consumo de alimentos sólidos	76	45,8	90	54,2
Consumo de alimentos líquidos	94	56,6	72	43,4

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a las características alimentarias en madres, se encontró que el 48,8 % (81 madres) refirieron abandono de la lactancia materna, 54,8 % (91 madres) refirieron uso del biberón, 56,6 % (94 madres) refirieron que sus niños tienen problemas para comer, 41,0 % (68 madres) refirieron que la frecuencia de consumo de alimentos es menor de 3 veces al día, 45,8 % (76 madres) refirieron que el consumo de alimentos es sólido, y el 56 ,6% (94 madres) refirieron consumo de alimentos líquidos.

4.1.4. factores de morbilidad.

Tabla 09. Características de morbilidad referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Características de morbilidad	SI		NO	
	N	(n : 166)	N	%
Diarreas en los últimos tres meses	96	57,8	70	42,2
Enfermedades respiratorias	75	45,2	91	54,8
Parasitos	88	53,0	78	47,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a las características de morbilidad referidas por las madres de los niños en estudio, se encontró que el 57,8 % (96 madres) indicaron presencia de diarreas en los niños en los últimos 3 meses, 45,2% (75 madres) enfermedades respiratorias y el 53,0 % (88 madres) parasitos.

4.1.5. factores de acceso a los servicios de salud.

Tabla 10. Características de acceso a los servicios de salud referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Características de acceso a los servicios de salud	SI		NO	
	(n : 166)			
	N	%	N	%
Controles de crecimiento de acuerdo a la edad.				
la edad.	94	56,6	72	43,4
Recibió información de nutrición en enfermedad.				
enfermedad.	77	46,4	89	53,6
Acude al establecimiento en enfermedad.				
enfermedad.	65	39,2	101	60,8

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a las características de acceso a los servicios de salud referido por las madres de los niños en estudio, se encontró que el 56,6 % (94 madres) llevan a su niños al control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad, 46,4% (77 madres) recibieron información de nutrición en enfermedades y el 39,2% (65 madres) acuden al establecimiento de salud en enfermedad.

4.1.6. factores de acceso a los servicios básicos

Tabla 11. Características de acceso a los servicios básicos referida por las madres de los niños de 6 a 12 meses en estudio del Centro de Salud las Moras.

Características de acceso a los servicios básicos	SI		NO	
	N	%	N	%
Cuenta con servicios de agua	110	66.3	56	33.7
Cuenta con desagüe	82	49.4	84	50.6
Cuenta con servicio de luz eléctrica dentro de la vivienda	125	75.3	41	24.7

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a las características de acceso a los básicos referido por las madres de los niños en estudio, se encontró que el 66,3 %(110 madres) tiene agua dentro de la vivienda, 49,4% (82 madres) cuentan con desagüe y el 75,3 % (125 madres) cuentan con servicio de luz eléctrica.

4.1.7. Características de los niños.

Tabla 12: Curva de Crecimiento de niños en estudio Centro de Salud las Moras.

Curva de Crecimiento	n	%
Ascendente	73	44,0
Plana	93	56,0
Total	166	100,0

Fuente: Guía de observación para registrar curva plana (Anexo 02)

Respecto a la curva de crecimiento de los niños en estudio, se encontró que al 56,0 % (93 niños) presenta una curva plana de crecimiento en 3 controles de seguimiento registrados en el carnet de control del niño y el 44,0 % (73 niños) presentan curva ascendente de crecimiento.

Tabla 13: Distribución por grupo etario de los niños en estudio Centro de Salud las Moras.

Edad en meses	F	%
6 meses	48	28,9
7 meses	34	20,5
8 meses	28	16,9
9 meses	22	13,3
10 meses	18	10,8
11 meses	10	6,0
12 meses	6	3,6
Total	166	100,0

Fuente: Guía de observación para registrar curva plana (Anexo 02)

Respecto a la edad por grupo etario se encontró que el 28,9 % (48 niños) presento edad de 6 meses, el 20,5 % (34 niños) edad de 7 meses, el 16,9% (28 niños) edad de 8 meses, el 13,3 % (22 niños) edad de 9 meses , el 6 ,0% (10 niños) edad de 11 meses y el 3,6 % (6 niños) edad 12 meses.

Tabla 14: Distribución por género de los niños en estudio Centro de Salud las Moras.

Género	f	%
Masculino	86	52,0
Femenino	80	48,0
Total	166	100

Fuente: Guía de observación para registrar curva plana (Anexo 02)

Al determinar la distribución de acuerdo al género, podemos observar que el 52,0 % (86 niños) son de género masculino y 48,0 % (80 niñas) pertenecen al género femenino.

Tabla 15: Distribución por controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad en los niños en estudio Centro de Salud las Moras

Número de Controles	f	%
< de 5 controles	12	7,2
De a 6 a 8 controles	42	25,3
<u>≥</u> de 8 controles	112	67,5
Total	166	100

Fuente: Guía de observación para registrar curva plana (Anexo 02)

En cuanto a los controles de crecimiento y desarrollo podemos observar que el 67,5 % (112 niños) tuvieron más de 8 controles de acuerdo a su edad, el 25,3 % (42 niños) de 6 a 8 controles y el 7,2 %(12 niños) presentaron controles menor a 5.

4.1.8. Factores sociodemográficos

Tabla 16: Factores sociodemográficos de la madre (estado civil soltera, grado de instrucción bajo, ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) de niños en estudio Centro de salud las Moras.

Factores sociodemográficos	Frecuencia (n :166)	%
Estado civil Soltera		
SI	67	40,4
NO	99	59,6
Grado de Instrucción Bajo		
SI	112	67,5
NO	54	32,5
Ocupación fuera de casa		
Si	98	59,0
NO	68	41,0
Composición familiar extensa		
Si	94	56,6
NO	72	43,4

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

En cuanto a los factores sociodemográficos de la madre se encontró que el 40,4 % (67 madres) tuvieron estado civil soltera, el 67,5% (112 madres) grado de instrucción bajo (sin estudios y primaria), el 59,0 % (98 madres) tiene ocupación fuera de casa y el 56,6 % (94 madres) tiene composición familiar extensa.

4.1.9. Factores maternos

Tabla 17: Factores maternos (Edad menor de 18 y mayor de 35 años, Talla menor de 157 cm, Paridad: Multípara y gran multípara) de madres de niños en estudio Centro de salud las Moras

Factores maternos	Frecuencia (n :166)	%
Edad materna <18 años y > 35 años		
SI	50	30,1
NO	116	69,9
Talla materna < 157 cm		
SI	99	59,6
NO	67	40,4
Paridad : multípara, gran multípara		
SI	125	75,3
NO	41	24,7

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto a los factores maternos edad <18 años y > 35 años se encontró que el 30,1 % (50 madres) se encontraban en este rango, el 59,6 % (99 madres) presentaron talla < 157 cm y el 75,3 % (125 madres) fueron multípara y gran multípara.

4.1.10. Factores alimentarios

Tabla 18: Factores alimentarios referidos por la madre (abandono de la lactancia materna, uso de biberón, problemas para comer, frecuencia de consumo de alimentos menor a 3 veces al día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) de niños en estudio Centro de salud las Moras.

Factores alimentarios	Frecuencia (n :166)	%
Abandono de la lactancia materna		
SI	81	48.8
NO	85	51.2
Uso de biberón		
SI	91	54.8
NO	75	45,2
Problemas para comer		
SI	94	56.6
NO	72	43.4
Frecuencia de alimentos menor a 3 veces por día		
SI	68	41.0
NO	98	59.0
Consumo de alimentos sólidos		
SI	76	45.8
NO	90	54.2
Consumo de alimentos líquidos		
SI	94	56.6
NO	72	43.4

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto a los factores alimentarios referidos por la madre, el 51,2 % (85 madres) abandonaron la lactancia materna, el 54,8 % (91 madres) usan biberón, el 56,6% (94 madres) refirieron problemas para comer en los niños, el 41,0% (68 madres) refirieron frecuencia de alimentos menor a 3 veces por día, el 45,8 % (76 madres) refirieron consumo de alimentos sólidos en su niño, y el 56.6 % (94 madres) refirieron consumo de alimentos líquidos.

4.1.10. Factores de morbilidad

Tabla 19: Factores de morbilidad (diarreas en los últimos 3 meses, enfermedades respiratorias y parasitos) de niños en estudio Centro de salud las Moras.

Factores de morbilidad	Frecuencia (n :166)	%
Diarreas en los últimos tres meses		
SI	96	57,8
NO	70	42,2
Enfermedades respiratorias		
SI	75	45,2
NO	91	54,8
Parasitos		
SI	88	53,0
NO	78	47,0

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto a los factores de morbilidad referidos por la madre, el 57,8 % (96 niños) presentaron diarreas en los últimos 3 meses, el 45,2 % (75 niños) presentaron enfermedades respiratorias y el 53,0% (88 niños) presenta parasitos.

4.1.11. Factores de Acceso a los servicios de salud.

Tabla 20: Factores de acceso a los servicios de salud (Controles incompletos para su edad, escasa información sobre nutrición en enfermedad, inasistencia al establecimiento de salud en enfermedad) en niños en estudio Centro de salud las Moras.

Factores de acceso a los servicios de salud	Frecuencia (n :166)	%
Controles incompletos para su edad		
SI	72	43,4
NO	94	56,6
Escasa información sobre nutrición en enfermedad		
SI	89	53,6
NO	77	46,4
Inasistencia al establecimiento en enfermedad		
SI	101	60,8
NO	65	39,2

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto a los factores de acceso a los servicios de salud referidos por la madre, el 43,4 % (72 niños) presentaron controles de crecimiento incompletos para su edad, el 53,6 % (89 madres) escasa información en nutrición en enfermedad y el 60,8% (101 madres) inasistencia al establecimiento de salud en enfermedad.

4.1.12. Factores de Acceso a los servicios básicos.

Tabla 21: Factores de acceso a los servicios básicos (agua, desagüe Luz) referidos por las madres de niños en estudio Centro de Salud las Moras.

Factores de acceso a los servicios de salud	Frecuencia (n :166)	%
Deficiente acceso a servicios de agua		
SI	110	66.3
NO	56	33,7
Deficiente acceso a servicio de desagüe		
SI	82	49.4
NO	84	50,6
Deficiente acceso a servicio de luz eléctrica		
SI	94	56,6
NO	72	43,4

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01).

Respecto a los factores de acceso a los servicios básicos referidos por la madre el 33,7 % (56 madres) no tienen acceso a agua, el 50,6 % (84 madres) no tienen acceso a desagüe y el 43,4 % (72 madres) no tiene acceso a servicio de luz eléctrica.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 22: Relación entre factor sociodemográficos (Estado civil soltera, Grado de instrucción bajo, Ocupación fuera de casa, composición familiar extensa) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.

Factores sociodemográficos	Curva plana				Total	Prueba Chi cuadrada	Significación			
	(n=166)									
	SI	NO	F	%						
	f	%			n					
Estado civil										
Soltera										
SI	60	36,1	7	4,2	67	6,89	0,009			
NO	33	19,9	66	39,8	99					
Grado de Instrucción										
Bajo										
SI	84	50,6	28	16,9	112	8,75	0,003			
NO	9	5,4	45	27,1	54					
Ocupación fuera de casa										
SI	85	51,2	13	7,8	98	9,76	0,001			
NO	8	4,8	60	36,1	68					
Composición familiar extensa										
SI	74	44,6	20	12,0	94	7,24	0,002			
NO	19	11,4	53	45,6	72					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos y la curva plana, observamos que el 36,1% de niños tuvieron madres con estado civil soltera y a la vez presentaron curva plana, el 50,6 % de niños tuvieron madres con grado de instrucción bajo y a la vez presentaron curva plana, el 51,2 % de niños tuvieron madres con ocupación fuera de casa y a la vez presentaron curva plana, y el 44,6 % de niños estuvieron expuestos a la composición familiar extensa y a la vez presentaron curva plana. Mediante

la Prueba de Chi cuadrado la variable estado civil soltera ($X^2=6,89$; $P\leq0,009$), la variable grado de instrucción bajo ($X^2=8,75$; $P\leq0,003$), la variable ocupación fuera de casa ($X^2=9,76$; $P\leq0,001$) y la variable composición de familia extensa ($X^2=7,24$; $P\leq0,002$) resultaron significativos estadísticamente; es decir el estado civil soltera, el grado de instrucción bajo, la ocupación fuera de casa y la composición familiar extensa se asocian significativamente con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del centro de salud las moras.

Tabla 23: Relación entre factores maternos (Edad materna <18 años, >35 años, Talla materna < 157 cm, multípara, gran multípara) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras

Factores maternos	Curva plana				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia			
	(n=166)									
	SI	NO	f	%						
Edad materna <18 años y >35 años										
SI	32	19,3	18	10,8	50	0,23	0,633			
NO	61	36,7	55	33,1	116					
Talla materna < 157 cm										
SI	52	31,3	47	28,3	99	8,75	0,003			
NO	41	24,7	26	15,7	67					
Paridad : multípara, gran multípara										
SI	86	51,8	39	23,5	125	19,33	0,000			
NO	7	4,2	34	20,5	41					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

Y, en cuanto a la relación entre los factores maternos y curva plana, observamos que el 19,3% de los niños estuvieron expuestos a edad materna <18 años y >35 años, el 31,3 % a talla materna < 157 cm, el 51,8 % a paridad multípara y gran multípara y a la vez presentaron curva plana cada uno. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo las variables Talla materna < 157 cm ($\chi^2=8,75$; $P\leq 0,003$), y paridad multípara y gran multípara ($\chi^2=19,33$; $P\leq 0,000$), resultaron significativos estadísticamente es decir la talla materna < 157 cm y paridad multípara y gran multípara se asocian significativamente con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del centro de salud las moras.

Tabla 24: Relación entre factores alimentarios (Abandono de la lactancia materna, Uso de biberón, Problemas para comer, Frecuencia de alimentos menor a 3 veces por día, consumo de alimentos sólidos, consumo de alimentos líquidos) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras

Factores alimentarios	Curva plana (n=166)				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia			
	SI		NO							
	f	%	F	%						
Abandono de la lactancia materna										
SI	78	46,9	3	1,8	81	6,89	0,009			
NO	15	9,0	70	42,2	85					
Uso de biberón										
SI	82	49,4	9	5,4	91	7,85	0,002			
NO	11	6,6	64	38,6	75					
Problemas para comer										
SI	83	50,0	11	6,6	94	8,76	0,003			
NO	10	6,0	62	37,3	72					
Frecuencia de alimentos menor a 3 veces por día										
SI	36	21,7	32	19,3	68	14,26	0,000			
NO	57	34,3	41	24,7	98					
Consumo de alimentos sólidos										
SI	24	14,4	52	31,3	76	0,02	0,893			
NO	69	41,6	21	12,7	90					
Consumo de alimentos líquidos										
SI	73	44,0	21	12,7	94	7,53	0,001			
NO	20	12,0	52	31,3	72					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

Concerniente a la relación entre los factores alimentarios y curva plana observamos que el 46,9% de niños estuvieron expuestos al abandono de la

lactancia materna, el 49,4 % al uso de biberón el 50,0% a problemas para comer, el 21,7 % frecuencia de alimentos menor a tres veces al día, el 14,4 % al consumo de alimentos sólidos y el 44,0 % al consumo de alimentos líquidos y a la vez presentaron curva plana, cada uno. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables abandono de la lactancia materna ($\chi^2=6,89$; $P\leq0,009$), uso de biberón ($\chi^2=7,85$; $P\leq0,002$), problemas para comer ($\chi^2=8,76$; $P\leq0,003$), frecuencia de alimentos menor a 3 veces al día ($\chi^2=14,26$; $P\leq0,000$), consumo de alimentos líquidos ($\chi^2=7,53$; $P\leq0,001$), resultaron significativos estadísticamente es decir el abandono de la lactancia materna, uso del biberón , problemas para comer, frecuencia de alimentos menor a tres veces por día y consumo de alimentos líquidos se asocian significativamente con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del centro de salud las moras.

Tabla 25: Relación entre factores de morbilidad (Diarrea en los últimos 3 meses, enfermedades respiratorias, parasitosis) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras

Factores morbilidad	Curva plana				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia			
	(n=166)									
	SI	NO	F	%						
	f	%	F	%	n					
Diarrea en los últimos 3 meses										
SI	56	33,7	40	24,1	96	8,72	0,002			
NO	37	22,3	33	19,9	70					
Enfermedades respiratorias										
SI	24	14,5	51	30,7	75	0,32	0,743			
NO	69	41,6	22	13,2	91					
Parasitosis										
SI	62	37,3	26	15,7	88	9,64	0,001			
NO	31	18,7	47	28,3	78					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

En cuanto a la relación entre los factores de morbilidad y curva plana observamos que el 33,7 % de niños estuvieron expuestos a diarreas en los últimos 3 meses, el 14,5% a enfermedades respiratorias y el 37,3 % a parasitosis y a la vez presentaron curva plana cada uno. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables diarreas en los últimos tres meses($X^2=8,72$; $P\leq 0,002$), y parasitosis ($X^2=9,64$; $P\leq 0,001$) resultaron significativos estadísticamente es decir, diarreas en los últimos tres meses y parasitosis se asocian con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del centro de salud las moras.

Tabla 26: Relación entre factores de acceso a los servicios de salud (controles completos, información de nutrición en enfermedad, acude al establecimiento en enfermedad) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras

Factores de acceso a los servicios de salud	Curva plana (n=166)				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia			
	SI		NO							
	f	%	F	%						
Controles incompletos para su edad										
SI	63	37,9	9	5,4	72	6,22	0,003			
NO	30	18,1	64	38,6	94					
Escasa información sobre nutrición en enfermedad										
SI	57	34,3	32	19,3	89	6,84	0,007			
NO	36	21,7	41	24,7	77					
Inasistencia al establecimiento en enfermedad										
SI	65	39,1	36	21,7	101	8,62	0,008			
NO	28	16,9	37	22,3	65					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

En la relación entre los factores de acceso a los servicios de salud y curva plana observamos que el 37,9 % de niños estuvieron expuestos a controles incompletos para su edad, 34,3 % de sus madres tuvieron escasa información sobre nutrición en enfermedad, el 39,1 % inasistencia al establecimiento en enfermedad y a la vez presentaron curva plana cada uno. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables controles incompletos para su edad ($\chi^2=6,22$; $P\leq 0,003$), escasa información de nutrición en enfermedad ($\chi^2=6,84$; $P\leq 0,007$) e inasistencia al

establecimiento en enfermedad ($X^2=8,62$; $P\leq0,008$) resultaron significativos estadísticamente es decir, los controles incompletos ,la escasa información de nutrición en enfermedad y la inasistencia al establecimiento en enfermedad se asocian con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del Centro de Salud las Moras.

Tabla 27: Relación entre factores de acceso a los básicos (deficiente acceso a servicio de agua, desagüe, luz) y curva plana en niños en estudio del centro de salud las moras.

Factores de acceso a servicios básicos	Curva plana (n=166)				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia			
	SI		NO							
	f	%	f	%						
Deficiente acceso a servicio de agua										
SI	68	40,9	42	25,3	110	6,79	0,008			
NO	25	15,1	31	18,7	56					
Deficiente acceso a desagüe										
SI	42	25,3	40	24,1	82	3,26	0,624			
NO	51	30,7	33	19,9						
Deficiente acceso a servicio de luz eléctrica										
SI	26	15,7	68	40,9	94	3,28	0,654			
NO	67	40,4	5	3,0	72					

Fuente: Guía de entrevista sobre factores (Anexo 01, Guía de Observación Anexo 02).

Y en la relación entre los factores de acceso a los servicios básicos y curva plana observamos que en el 40,9 % de niños estuvieron expuestos al deficiente acceso de agua, el 24,1 % al deficiente acceso a desagüe y el 40,4 % deficiente acceso a servicio de luz eléctrica y a la vez presentaron curva plana. Mediante la Prueba de Chi cuadrado la variable acceso a agua($\chi^2=6,79$; $P\leq 0,008$) resultó significativo estadísticamente es decir el acceso de agua, se asocia con la curva plana de los niños en el control de crecimiento del centro de salud las moras.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

Esta investigación fue realizada en el Centro de Salud de las Moras, donde se obtuvo una muestra de 166 niños, dentro del rango de edad de 6 meses a 12 meses, los que fueron clasificados en dos grupos, de acuerdo a la curva de crecimiento. Las curvas de crecimiento utilizadas en esta investigación se basan en el estudio multicéntrico realizado por la OMS en el 2007, donde los patrones de crecimiento fueron modificados, a través de la selección de niños saludables que vivían en condiciones favorables que les permitan, de esta forma, alcanzar su potencial genético de crecimiento⁷⁴.

Mediante el presente estudio de investigación, se nos permitió caracterizar cuál de los factores evaluados fueron los significativos estadísticamente para la curva de crecimiento plana en el Centro de Salud de las Moras. Dentro de los cuales encontramos que en los factores sociodemográficos el estado civil soltera ($X^2=6,89$; $P\leq0,009$), el grado de Instrucción Bajo ($X^2=8,75$; $P\leq0,003$), ocupación fuera de casa ($X^2=9,76$; $P\leq0,001$) y la composición familiar extensa ($X^2=7,24$; $P\leq0,002$) resultaron significativos estadísticamente para la presencia de curva plana de crecimiento.

En la literatura también hemos encontrado que dentro de los antecedentes que presentan las madres cuyos hijos desarrollan curva

plana de crecimiento, comúnmente se encuentran descritos los encabezados por grado de instrucción baja y seguida por composición familiar extensa ⁷⁵.

No existen muchos estudios relacionados con este tema, el único estudio encontrado fue el de Valderrama ⁷⁶ sobre “Factores de Riesgo para la Curva Plana de Crecimiento en niño de 6 meses a 2 años de Edad del 2003, en donde de los 69 niños estudiados, la mayor parte (52%) corresponde al grupo con curva plana, datos que presentan similitud con este estudio, en donde se observa que de los 166 niños estudiados el (56%) presenta curva plana de crecimiento en dos o tres controles de acuerdo a lo registrado en el carnet de control del niño sano, lo que nos orienta a pensar que este problema es más común de lo esperado y muchas veces es pasado por alto.

Por otro lado de acuerdo a lo realizado por Jiménez ⁷⁷ se encontró que de 95 niños estudiados el (52 %) presenta curva plana, resultados que presentan similitud con el estudio.

El grupo de madres de familia entrevistadas tienen la característica de ser madres jóvenes entre 18 a 35 años, cuya ocupación es principalmente el de ama de casa, es decir están al cuidado de sus propios hijos. Su nivel de escolaridad (6,0 y 0,5 años en el grupo de curva plana respectivamente) menor al promedio nacional (6 años) ⁷⁸ esto es característica de las poblaciones peri urbanas, que tienen limitaciones al acceso a servicios básicos y servicios de salud. Muy pocas madres son

madres adolescentes y la gran mayoría tienen familias estables, siendo la composición familiar extensa.

En el presente estudio se demostró que el antecedente referido por la madre de “problemas para comer”, considerada en este estudio como: signo de alarma, es un predictor de que el niño tiene una curva plana de crecimiento y que requiere una evaluación e intervención al respecto. Los niños con problemas del apetito no son priorizados o minuciosamente evaluados por los profesionales de la salud que atienden niños⁷⁹, más aún en el sector público. Resultados que coinciden con lo encontrado por Vaderrama⁸⁰.

En esta investigación no se encontró asociación significativa entre los episodios IRA y el aplanamiento de la curva de crecimiento, lo que se diferencia del este estudio de Valderrama⁸¹ que indica que existe una relación directa entre el número de episodios de IRA al año y el riesgo de presentar un aplanamiento de la curva de crecimiento con un 54%.

En este estudio se obtuvo un mayor porcentaje de niños que presentan episodio de EDA en los últimos tres meses en el grupo de niños con curva plana en un 33.7%, lo que nos orienta a pensar que el número de episodios de EDA al semestre está relacionado de manera directa con el aparecimiento de curva plana, datos que difieren con lo encontrado por Valderra⁸² en donde no se encontró una asociación significativa entre los episodios EDA y el aplanamiento de la curva de crecimiento.

El 53.6% de las madres encuestadas refirieron que no recibieron información nutricional en el consultorio externo, después de un episodio agudo como IRAS o EDAS. Se desprende la importancia de la

recuperación ponderal posterior. La población estudiada tiene acceso a los servicios de salud, por lo que el potencial de estos establecimientos y de los profesionales de la salud que atienden a niños para intervenir en este problema, es grande. Hemos observado que algunas madres cuyos niños tenían curvas planas de crecimiento y se les dio información específica, la curva de crecimiento mejoró en sus próximos controles mensuales.

Al finalizar esta investigación se determinó que los factores para que se presente la curva plana de crecimiento en los niños de 6 meses a 12 meses de edad, están asociados a los factores sociodemográficos como ocupación de la madre fuera de casa (59 %), grado de instrucción bajo (67,5 %), composición familiar extensa (56,6%), a los factores maternos, talla materna <157cm (31,3%), multípara y gran multípara (75,3%), a los factores alimentarios, como abandono de la lactancia materna (48,8 %) , uso del biberón (54,8%), problemas para comer (56,6%), consumo de alimentos líquidos (56,6%), a los factores de morbilidad como diarreas en los últimos tres meses (57,8%), parasitosis (53,0%), a los factores de morbilidad como escasa información en nutrición en enfermedad (46,4%), a los factores de acceso a los servicios como deficiente acceso a agua (66,3%) , lo que guarda similitud con el estudio multicéntrico de la OMS, para los Patrones de Crecimiento⁸³ , que sugiere como conclusión fundamental que el crecimiento de los niños y niñas, durante sus primeros cinco años de vida, es similar en todas las regiones y que depende, fundamentalmente, de una alimentación apropiada y de cuidados adecuados de salud y que los factores genéticos tienen menor importancia durante las etapas iniciales de la vida.

Finalmente, las limitaciones de los hallazgos derivan en el diseño transversal del estudio que no permitió establecer explicaciones causales, sino más bien explicaciones de tipo relacional o de asociación, pero permitió generar preguntas hacia la causalidad para futuros estudios. Por otro lado, no se presentó ninguna limitación para la realización del estudio, ya que se contó con el apoyo y disponibilidad de las historias clínicas solicitadas al área de estadística del centro de salud las moras, asimismo se dispuso del presupuesto requerido y del tiempo según programación.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Dentro de los factores socio demográficos, la variable estado civil soltera ($X^2=6,89$; $P\leq0,009$), la variable grado de instrucción bajo ($X^2=8,75$; $P\leq0,003$), la variable ocupación fuera de casa ($X^2=9,76$; $P\leq0,001$) y la variable composición de familia extensa ($X^2=7,24$; $P\leq0,002$) resultaron significativos estadísticamente-
- En cuanto a los factores maternos la variable talla materna < 157 cm ($X^2=8,75$; $P\leq0,003$), y paridad multípara y gran multípara ($X^2=19,33$; $P\leq0,000$), resultaron significativos estadísticamente.
- Respecto a los factores alimentarios las variables abandono de la lactancia materna ($X^2=6,89$; $P\leq0,009$), uso de biberón ($X^2=7,85$; $P\leq0,002$), problemas para comer ($X^2=8,76$; $P\leq0,003$), frecuencia de alimentos menor a 3 veces al día ($X^2=14,26$; $P\leq0,000$), consumo de alimentos líquidos ($X^2=7,53$; $P\leq0,001$) , resultaron significativos estadísticamente.
- Dentro de los factores de morbilidad las variables diarreas en los últimos tres meses($X^2=8,72$; $P\leq0,002$), y parasitos ($X^2=9,64$; $P\leq0,001$) resultaron significativos estadísticamente.
- Respecto a los factores de acceso a los servicios de salud, las variables controles incompleto para su edad ($X^2=6,22$; $P\leq0,003$), escasa información de nutrición en enfermedad ($X^2=6,84$; $P\leq0,007$) e inasistencia al establecimiento en enfermedad ($X^2=8,62$; $P\leq0,008$) resultaron significativos estadísticamente

- Y para los factores de acceso a los servicios básicos la variable deficiente acceso a servicio de agua ($X^2=6,79$; $P\leq0,008$) resulto significativo estadísticamente.

RECOMENDACIONES

Se sugieren lo siguiente:

- Es necesario continuar con el desarrollo de estudios de nivel explicativo relacionados al tema investigado
- El aplanamiento de la curva de crecimiento en los niños muchas veces es pasado por alto y no se le da importancia que le corresponde, ya que si consideramos este es uno de los primeros pasos previos a la desnutrición y es aquí donde es importante intervenir al explicarle a la madre de manera clara como puede mejorar la alimentación de su hijo acorde a la edad en la que se encuentra.
- Los problemas para comer deben ser considerados como un signo de alarma, ya que es un predictor de que el niño presenta o puede presentar curva plana de crecimiento; por lo tanto deben ser priorizados y minuciosamente evaluados logrando de esta manera intervenir de manera oportuna y así mejorar la ganancia de peso ponderal o evitar el aplanamiento de la curva además es esencial establecer controles periódicos con el fin de evaluar constantemente su crecimiento.
- Al terminar esta investigación podemos determinar claramente y de manera real los factores de riesgo para que se presente curva plana de crecimiento en los niños comprendidos en el rango de edad de 6 meses

a 1 año de edad y así intervenir de manera oportuna y adecuada, contribuyendo de forma positiva para prevenir la desnutrición

- Se requiere fortalecer el abordaje integral y articulado de la atención continua durante la primera infancia.
- Se debe considerar de importancia los antecedentes maternos, motivo por el cual se debe educar a la población respecto a la importancia del control prenatal para evitar y prevenir riesgos a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torres, A. Crecimiento y desarrollo. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 14. Número 24. Editorial Medigraphic. Pág 54-57.
2. Miranda, R, Niebla, O, Hernández, m. Crecimiento y Desarrollo en Pediatría. Material de Apoyo a la Docencia. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Habana 2011. Pág: 3-17.
3. Miranda. Op.cit., p. 4
4. Jiménez, D., Rodríguez M, Jiménez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 18-25.(2010)
5. Wisbaum, W. La Desnutrición Infantil: Causas, Consecuencia y Estrategias para la Prevención y Tratamiento. UNICEF. Editorial Punto&Coma. Madrid España. 2011. Pág: 12
6. Dirección General de Epidemiología Huánuco. Análisis de situación de salud del departamento de Huánuco 2014- Url: <http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/Webepl/epi.htm>.
7. Dirección General de Epidemiología, Op.cit., p. 4
8. Dirección General de Epidemiología Op.cit., p. 4
9. Dirección General de Epidemiología Op.cit., p. 4
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales Indicadores. Huánuco marzo 2014.
11. Dirección General de Epidemiología
12. Wisbaum, W .op
13. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-2014- Instituto Nacional de Estadística e Informática. www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

14. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-2014
15. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-2014
16. León A, Terry B, Quintana I. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Feb 02]; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003&lng=es
17. Unicef y Msp, Perú. La Medición de la Talla y el Peso. Guía para el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención. Lima- Perú 2008. Unidad I Pág: 7-9.
18. UNICEF Op.cit., p. 8
19. Torres A, Op.cit., p. 13
20. Torres A, Op.cit., p. 14
21. Torres Op.cit., p. 15
22. López, Cervantes. Factores que Intervienen en el Crecimiento y Desarrollo del Niño. Abril 2011 disponible en: <http://cervanteslopezd.blogspot.com/2011/04/factores-que-intervienen-en-el.html>
23. López Op.cit., p. 34
24. OMS. Manual de Crecimiento y Desarrollo. Capítulo 1.
25. Factores de riesgo para que exista una curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años en la Parroquia Cusubamba, del Cantón Salcedo Provincia de Cotopaxi. <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789>
26. Unicef. Promoción del crecimiento y desarrollo en la primera infancia: buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa buen inicio 2013. 298 p [revista en la internet]. 2011 abr [citado 2016 feb 02] ; 47(1). Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/bibliotecavirtual/promocion-del-crecimiento-y-desarrollo-en-la-primera-infancia-buenas-practicas-y-lecciones-aprendidas-del-programa-buen-inicio/>
27. Unicef. Op.cit., p. 48

28. Estela E. Dirección Regional de Salud Huanuco- Unidad de Epidemiología- Huanuco. 2015
29. Jiménez G. Factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden a consulta externa en el Hospital Isidro Ayora Loja. Periodo marzo septiembre del 2012. [Tesis]. Ecuador- Universidad Nacional de Loja.
30. Jordan E. Factores de Riesgo para que exista una curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años en la parroquia de Cusubamba, del Cantón Salcedo Provincia de Cotopaxi. [Tesis]. Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes- 2012.
31. Pontón M. Identificación de los Factores de Riesgo en el Retraso del Crecimiento Lineal en Niños y Niñas de 1 a 5 Años de los Centros de Cuidado Infantil del Ilustre Municipio del Cantón Riobamba. Escuela superior politécnica de Chimborazo, 2012 [Tesis]. Ecuador.
32. Vásquez E, Ortiz M, Romero E, Nápoles F. Factores de riesgo de retraso en el crecimiento linear en niños de 12 a 120 meses de edad en Arandas, Jalisco, México. ALAN [Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Feb 24] ; 58(4): 336-342. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000400003&lng=es
33. Valderrama A. "Factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad". [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana Unidad de Postgrado; 2008.
34. Pender N., Teoría de enfermería modelo de Promoción de la salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Enfermería Universitaria Vol 8 N°4-2011.
35. Marriner, Ann y Col. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2007.
36. Rosenstock I. Porque la gente utiliza los servicios de Salud. OPS, publicación científica N° 534. Investigación sobre servicios de Salud: una Antología. Kerr White. Washington D. C, 1992
37. Ibid. P. 405.
38. Frías A. Salud Pública y Educación para la salud. España: Editorial Elsevier, 2000.

39. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,(UNICEF), Perú. La Medición de la Talla y el Peso. Guía para el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención. Lima- Perú 2008. Unidad I Pág: 7-9.
40. Torres A, Op.cit., p 54.
41. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,(UNICEF) Op.cit., p 9
42. Torres A, Op.cit., p 56
43. López Op.cit., p. 64
44. Barja I, De La Fuente M, Ballester D, Monckeberg F, Donoso G. Peso y talla de preescolares chilenos de tres niveles de vida. Rev Chilena Pediatr 1965; 36:525-29.
45. Shearman RP, Shut DA, Smith ID. The assesment and control of human fetal growth. In: Size at birth. Ciba Foundation Symposium. Elsevier. 1974. p 27-47.
46. Battaglia, Meschia G. Fetal nutrition. Ann Rev Nutr ;1988.p.8:43-61
47. Pumarino H. Endocrinología y Metabolismo: Andres Bello ,1976
48. Gómez L. Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida. [Internet]. [Consultado 2014 febr. 05]. Disponible en: http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Gomez_Diaz_L.pdf
49. Pumarino H. Op.cit., p
50. Gómez L. Op.cit., p. 14.
51. Gómez L. Op.cit., p. 16
52. Universidad de Colima. Factores que afectan el Desarrollo. [Internet]. [citado 2014 febrero. 14]. Disponible en: http://ciam.ucol.mx/posgrado/neurologia/fac_desa.php?togle=1
53. Ibíd., p. 3.
54. Gómez Díaz L. Op.cit., p. 30.
55. Ibíd., p. 4.

56. Noble S. and the ALSPAC Study Team “Maternal employment and the initiation of breastfeeding” *Acta Paediatr* 2001, 90:423-8
57. Organización mundial de la salud (OMS). Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. [Internet]. [Citado 2014 febrero. 05]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
58. Ibid. p. 14.
59. Miranda, R., Niebla, O., y Hernández, M. Op.cit., p. 8
60. Miranda, R., Niebla, O., y Hernández, M. Op.cit., p. 9
61. Miranda, R., Niebla, O., y Hernández, M. Op.cit., p. 14
62. Miranda, R., Niebla, O., y Hernández, M. Op.cit., p. 17
63. Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud Pública (MSP), Colombia. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Libro Clínico. Serie 2. Segunda Edición. Editorial Procesos Gráficos. Bogotá-Colombia 2010. Sección 1. Pág: 114- 164.
64. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Los Nuevos Patrones de Crecimiento de la OMS. Bolivia Julio 2007. Pág: 1-7.
65. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Op.cit., p. 4
66. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Op.cit., p. 6
67. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Op.cit., p. 116
68. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Op.cit., p. 124
69. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Op.cit., p. 132
70. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS).Op.cit., p. 7

71. Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud Pública (MSP). Op.cit., p. 160
72. Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud Pública (MSP) Op.cit., p. 160
73. Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud Pública (MSP), Op.cit., p. 160
74. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS).Op.cit., p. 7
75. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Los Nuevos Patrones de Crecimiento de la OMS. Bolivia Julio 2007. Pág: 1-7.
76. Pontón M. Op.cit., p. 80
77. Valderrama, A .Op.cit., p. 80
78. Jiménez G, Op.cit., p. 85
79. Estudio del banco mundial. Insuficiencia Nutricional en el Ecuador (Causas, Consecuencias y Soluciones). 1era Edición. Washington D.C. 2008. Pág: 15-27
80. Miranda, R., Niebla, O., y Hernández, M. Op.cit., p. 10
81. Valderrama, A. Op.cit., p. 85
82. Valderrama, A. Op.cit., p. 89
83. Valderrama, A. Op.cit., p. 90
84. Organización Mundial de la Salud (OMS) –Oficina Panamericana de la Salud (OPS).Op.cit., p. 6

ANEXOS

Código_____

Fecha / /

ANEXO: 1**GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA CURVA PLANA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES DE EDAD**

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 12 meses de edad del centro de salud moras de Huánuco".

INTRUCCIONES: Estimada madre de familia, le pedimos por favor se sirva contestar la presente entrevista, la que permitirá conocer los factores asociados a la curva plana de crecimiento; para ello deberá usted responder eligiendo una sola alternativa como respuesta.

Gracias por su colaboración

I.- Factores sociodemográficos**1.- ¿Cuál es su estado civil?**

- Soltera ()
 Casada ()
 Conviviente ()
 Divorciada ()

2.- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Primaria ()
 Secundaria ()
 Superior ()

3.- ¿Cuál es su Ocupación?

- Ama de casa ()
 Empleada del hogar ()
 Comerciante informal ()
 Estudiante ()

4.- Composición familiar

Hijos: Padres:
 Abuelos: Tíos: Primos: Total:

II.- Factores maternos**5.- Edad de la madre**

Menor de 18 años () Mayor de 35 años ()

6.- Estatura de la madre Menor a 1.57 cm

Si ()

No ()

7.- Número de partos:

1-2 ()

3 a más ()

III. Factores alimentarios**7.- ¿Estás dando de lactar a tu menor hijo?**

Si ()

No ()

8.- ¿El niño usa biberón?

Si ()

No ()

9.- ¿El niño tiene problemas para comer? Si () NO ().**10.- ¿Cuantas veces al día consume alimentos el niño?**

0-1 ()

2-3 ()

4 a mas ()

11.- ¿El niño consume alimentos sólidos como mazamorra, segundos, papillas?

Si ()

No ()

12.- ¿El niño consume alimentos líquidos como sopas, caldos y jugos

Si ()

No ()

IV.- Factores de morbilidad**13. ¿Su niño ha tenido diarreas en los últimos tres meses?**

Si ()

No ()

14. ¿Su niño ha tenido enfermedades respiratorias en los últimos tres meses?

Si ()

No ()

15.- ¿Su niño tiene parásitos?

Si ()

No ()

V.- Factores de acceso al servicio de salud

16.- ¿La última vez que su niño enfermo lo llevo al establecimiento de salud?

Si () No ()

17.- ¿Cuántas veces ha asistido al consultorio de crecimiento y desarrollo? _____

18.- ¿La última vez que su niño enfermo de diarrea o resfrió recibió información sobre nutrición durante la consulta en el establecimiento de salud?

Si () No ()

VI.- Factores de acceso a servicios básicos

19.- Agua potable

Si () No ()

19.- Desagüe

Si () No ()

20.- Luz

Si () No ()

Código_____

Fecha / /

ANEXO 2**GUIA DE OBSERVACION PARA REGISTRAR LA CURVA EL
CRECIMIENTO**

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 24 meses de edad del centro de salud moras de Huánuco".

INTRUCCIONES: Sr., Srta. Encuestador(a), le pedimos por favor se sirva registrar de manera precisa la valoración antropométrica del niño de 6 a 12 meses.

Gracias por su colaboración

La curva de crecimiento es: ascendente () plana () en 2 a 3 controles

Datos antropométricos

1.- Edad del niño.....

2.- Género M () F ()

3.- Número de Controles de acuerdo a la edad.

< De 5 controles. ()

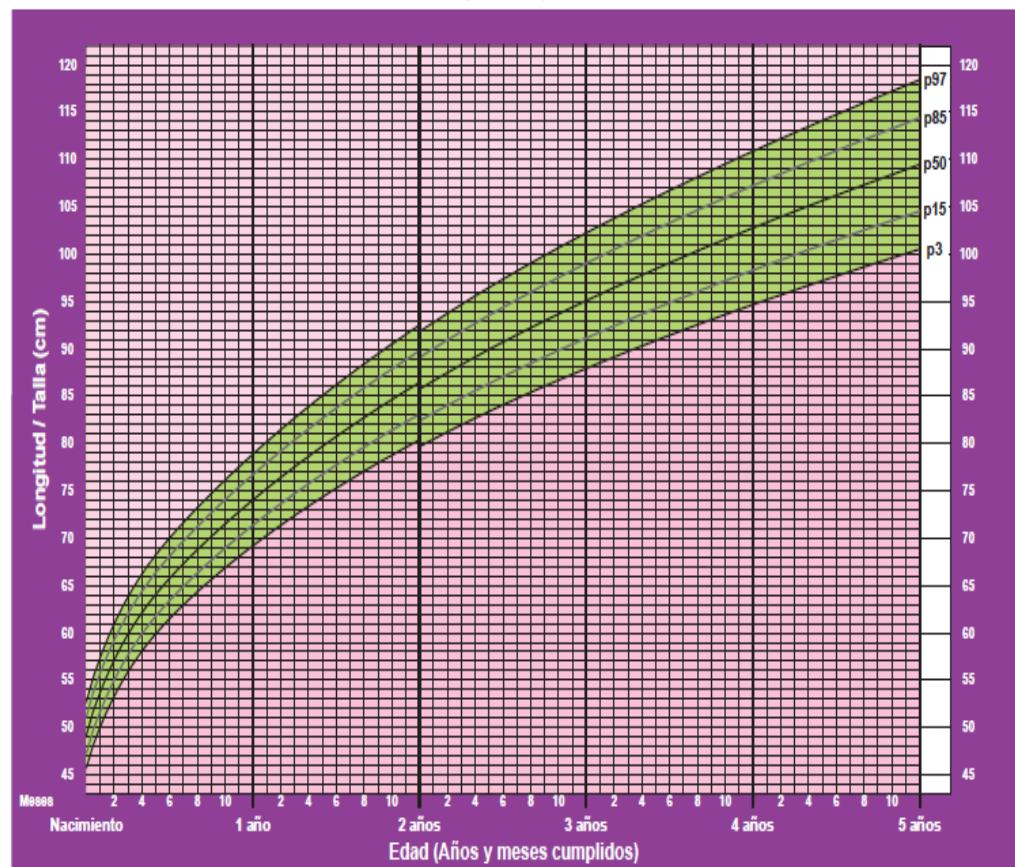
De 6 a 8 controles. ()

≥a 8 controles ()

INSTRUMENTOS DE OBSERVACION

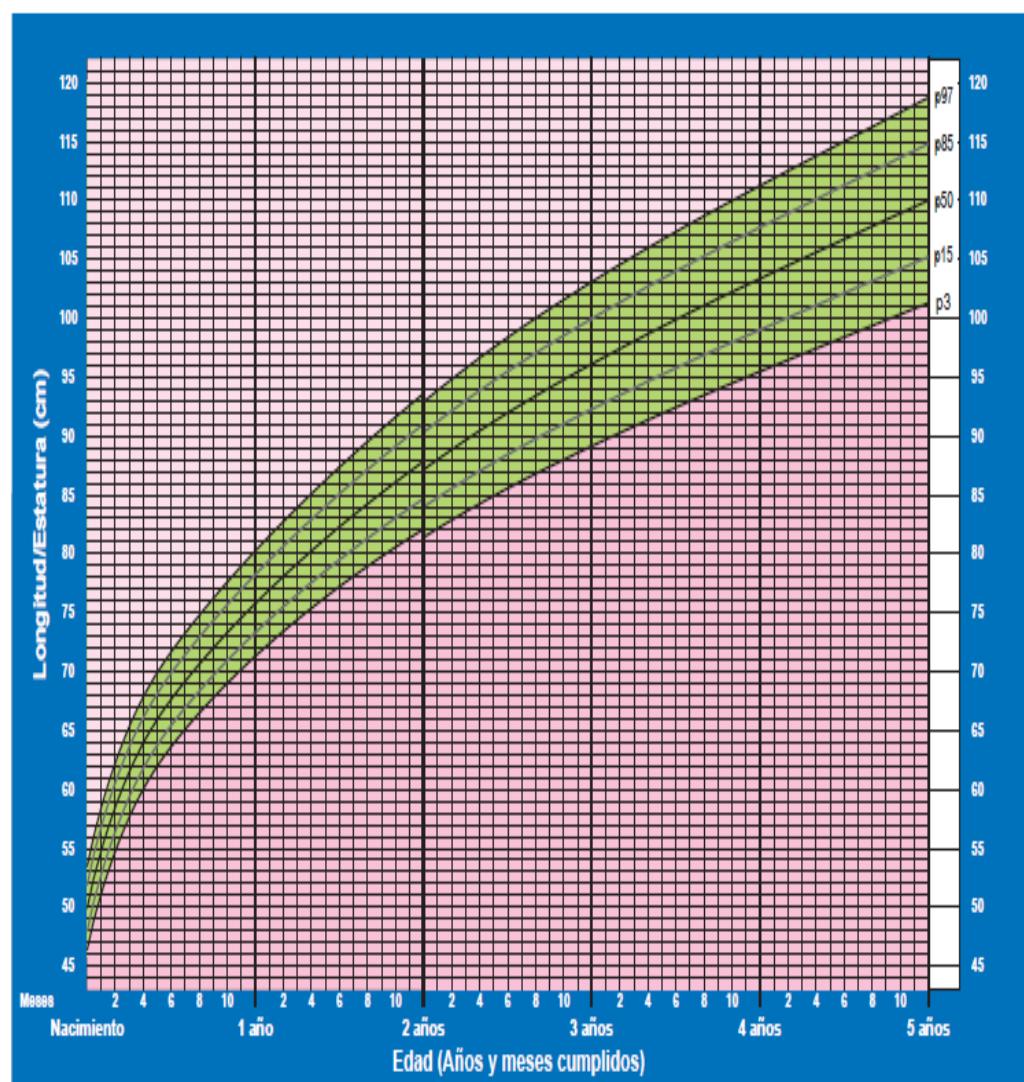
Longitud/talla para la edad - NIÑAS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



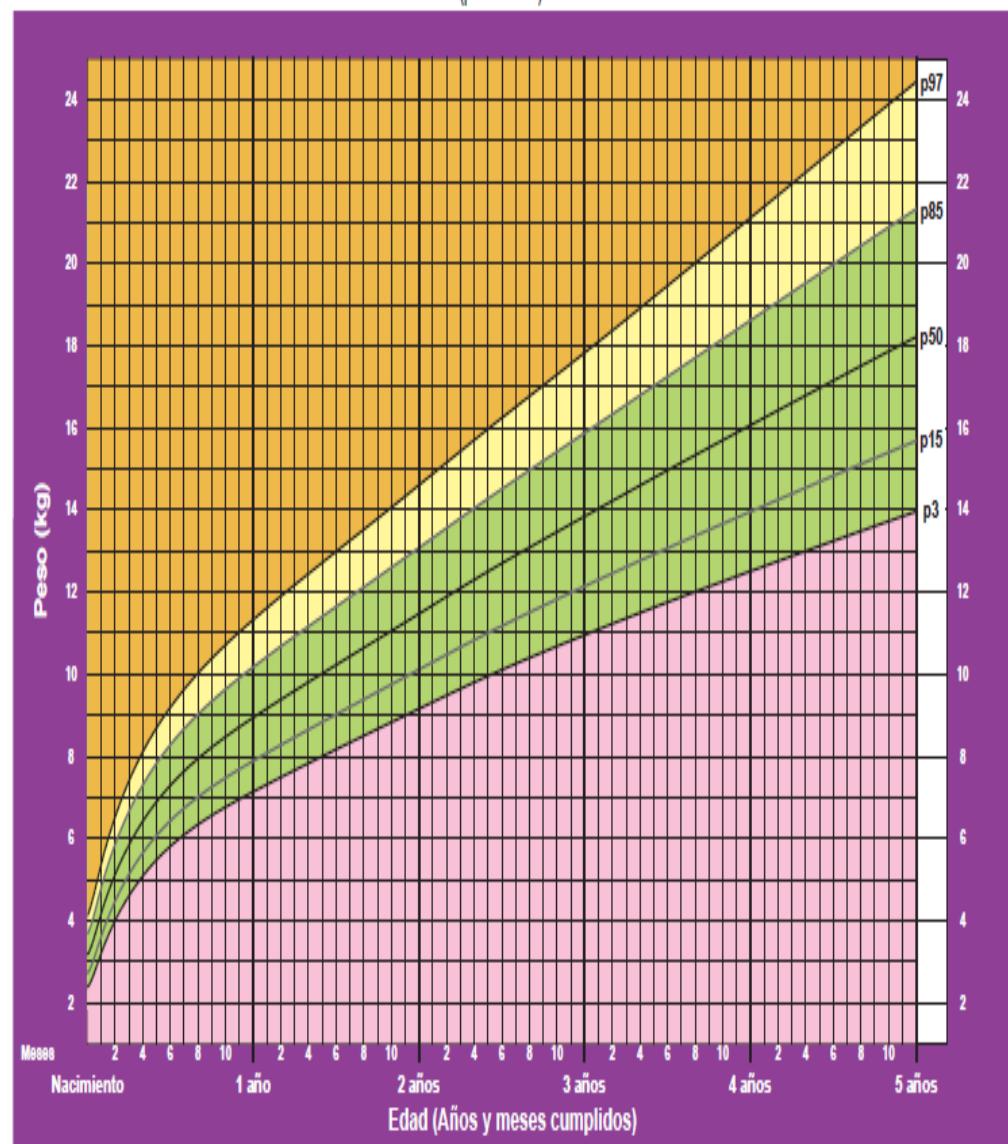
Longitud/talla para la edad - NIÑOS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



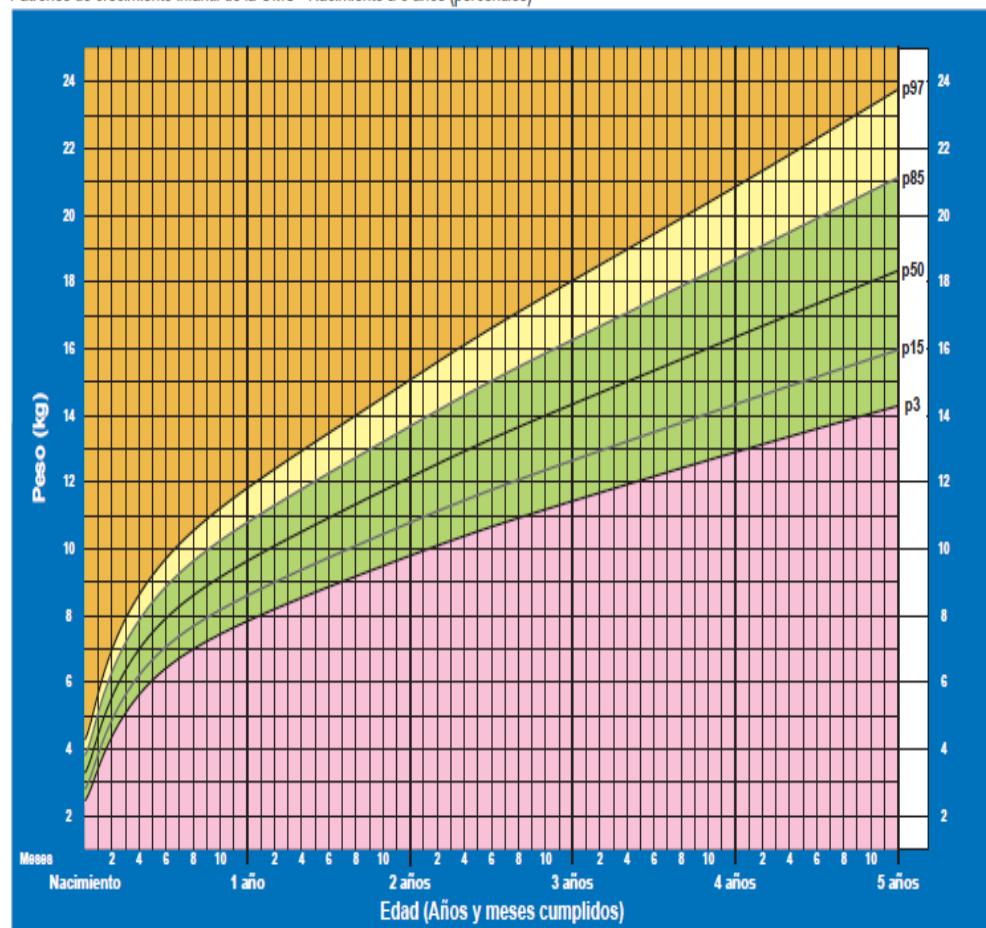
Peso para la edad - NIÑAS

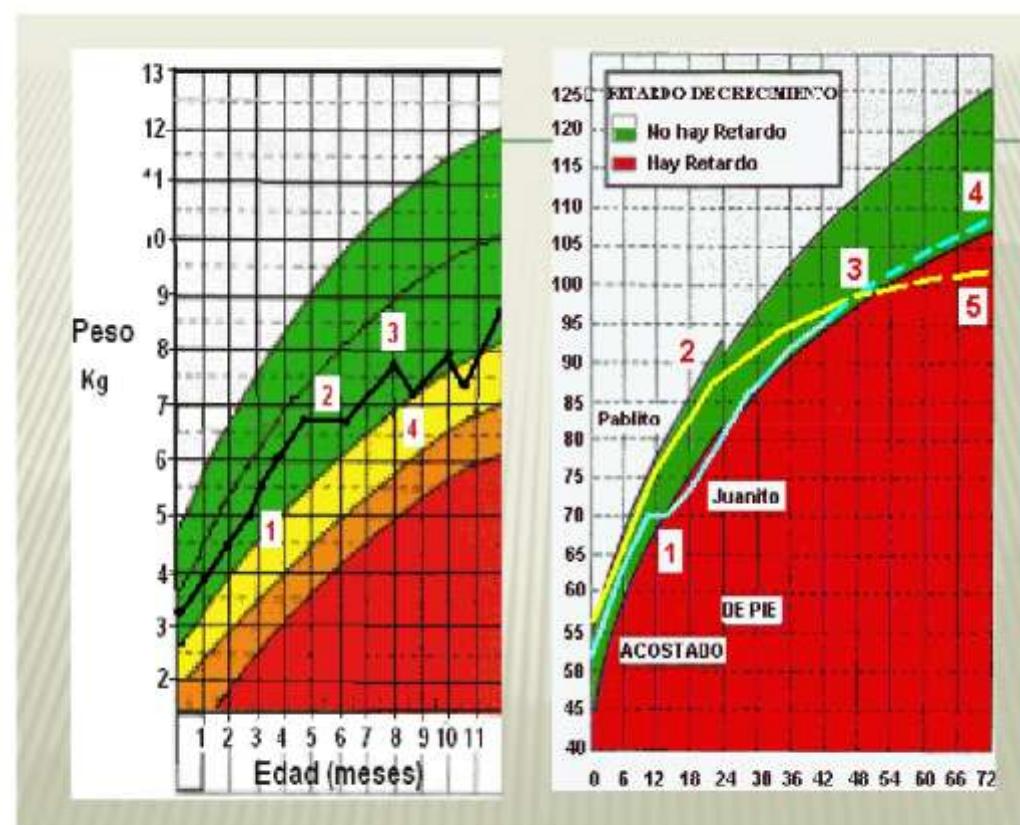
Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)

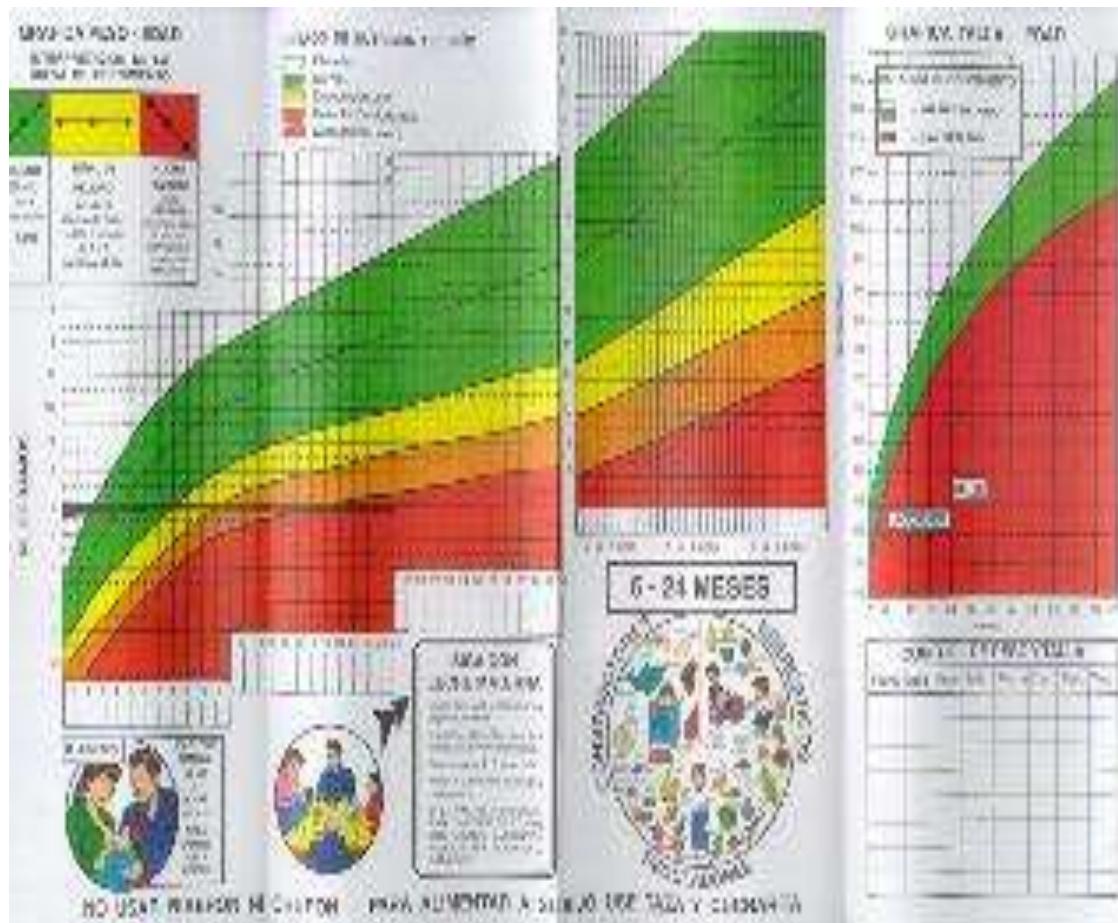


Peso para la edad - NIÑOS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)







Código_____

Fecha / /

ANEXO 4**HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES**

Estimado Juez, para la evaluación de los instrumentos de recolección de datos, sírvase tener en cuenta los siguientes criterios.

CATEGORIA
PERTINENCIA Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio
SUFICIENCIA Los ítems de cada dimensión son suficientes.
CLARIDAD Los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio
VIGENCIA Los ítems de cada dimensión son vigentes
OBJETIVIDAD Los ítems son posibles de verificar mediante una estrategia
ESTRATEGIA El método responde al propósito del estudio
CONSISTENCIA Los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores
ESTRUCTURA Los ítems están dimensionados

Código _____

Fecha / /

ANEXO 5
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, con DNI N° _____,
de profesión _____, ejerciendo actualmente como
_____, en la Institución
_____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de
validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las
siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los _____ días del mes de _____ del _____.

FIRMA / SELLO

Código_____

Fecha / /

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**
Factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 24 meses de edad del centro de salud moras de Huánuco 2015.
- **Equipo de Investigadores**
Minaya Vicente, Anthony y el equipo de encuestadores capacitados.
- **Introducción / Propósito**
El objetivo del estudio es determinar los factores asociados a la curva plana en el crecimiento del niño sano de 6 a 24 meses de edad del centro de salud moras de Huánuco 2015.
- **Participación**
Participaran los niños(as) de 6 a 24 meses usuarios del centro de salud Moras de Huánuco.
- **Procedimientos**
Se le aplicará una guía de entrevista y ficha de análisis documental. Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 30 minutos.
- **Riesgos / incomodidades**
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**
El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información y un incentivo por su participación
- **Alternativas**
La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.
Le notificaremos sobre cualquiera información nueva que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.
- **Compensación**
No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- **Confidencialidad de la información**
Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.
- **Problemas o preguntas**
Comunicarse al Cel.948665005.
- **Consentimiento / Participación voluntaria**
Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.
- **Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación**

Nombre y firma del participante: _____.

DNI: _____.

Firma del responsable de la investigación: _____ Huánuco,..... de..... del 2015

