

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA**



---

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE  
DOS AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, VILLA EL  
SALVADOR, LIMA, 2015.**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA**

**TESISTAS**

**Lic. Enf. Delia HUAYANAY MAYON**

**Lic. Enf. Soledad GANAMPA GARCIA**

**ASESOR: Dra. Silvia Martel y Chang**

**HUÁNUCO - PERÚ**

**2017**

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE  
DOS AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, VILLA EL  
SALVADOR, LIMA, 2015.**

## **DEDICATORIA**

A Dios omnipotente, nuestro creador por darnos la vida y fortaleza y mostrarnos el camino para continuar superándonos en nuestra profesión.

Con gran cariño a nuestros familiares, por su paciencia, el apoyo incondicional y por ser fortaleza para nuestra formación profesional y alcanzar nuevos retos en nuestra profesión.

**DELIA y SOLEDAD**

## AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestras superación
- A los docentes de la Facultad de Enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestra Asesora Dra. Silvia Martel y Chang, por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección del Centro de salud Materno Infantil Juan Pablo II – Villa el Salvador - Lima - 2015, en especial a las colegas Enfermeras quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización del presente estudio sin ello no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.

Las Autoras.

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la influencia de los factores de riesgo y el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador. Lima, 2015; la investigación es de tipo no experimental, cualitativo, descriptivo – correlacional y transaccional. La muestra estuvo conformada por 25 niños menores de 24 meses. Las técnicas fueron la encuesta y la observación; los instrumentos que se aplicaron fueron el cuestionario y una ficha de observación. Para el procesamiento de datos se utilizó SPSS, versión 18.0 y para realizar relacionar las variables del estudio se utilizó el estadígrafo de Pearson, obteniendo el valor de  $-0.878$ , con nivel de significancia  $p = 0,000 < 0.05$ ; por tanto si existe correlación significativa entre los factores de riesgo y el crecimiento y desarrollo del niño; aceptándose la hipótesis de investigación ( $H_i$ ) y rechazándose la hipótesis nula ( $H_o$ ).

**Palabras Clave:** Factores de riesgo, crecimiento y desarrollo, niño menor de 2 años.

## **ABSTRACT**

The present research aims to determine the influence of risk factors and the growth and development of children under two years attending the Center for Maternal and Child Health Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015; The research is non - experimental, qualitative, descriptive - correlational and transactional. The sample consisted of 25 children younger than 24 months. The techniques were survey and observation; The instruments that were applied were the questionnaire and an observation sheet. For the data processing SPSS version 18.0 was used and to perform the variables related to the study, the Pearson statistician was used, obtaining the value of -0.878, with level Of significance  $p$  - value = 0.000 <0.05; Therefore, there is a significant correlation between risk factors and child growth and development; Accepting the research hypothesis (Hi) and rejecting the null hypothesis (Ho).

**Keywords:** Risk factors, growth and development, child under 2 years

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO.....	15
1.1. Antecedentes Internacionales.....	17
1.2. Antecedentes Nacionales.....	27
1.3. Antecedentes Regionales.....	32
1.4 Bases teóricas.....	34
1.5 Bases Conceptuales.....	41
CAPITULO II	
2. MARCO METODOLOGICO.....	48
2.1. Ámbito de estudio.....	48
2.2. Población y Muestra.....	48
2.3. Tipo de Estudio.....	50
2.4. Diseño de investigación.....	50
2.5. Técnicas e Instrumentos:.....	51
2.6. Procedimiento.....	54

2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	55
2.8. Aspectos éticos.....	56
CAPITULO III	
3. RESULTADOS Y DISCUSION.....	57
3.1 Resultados.....	57
3.1.1. Análisis Descriptivo.....	57
3.1.2. Análisis inferencial.....	81
3.2 Discusión.....	83
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89
ANEXOS.....	97



## INTRODUCCION

El presente estudio se denomina: Factores de Riesgo que Influyen en el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Las ciencias del desarrollo revelan que cada aspecto del desarrollo humano (físico, cognitivo, social o emocional) es altamente sensible a las influencias del medio ambiente durante la primera infancia, iniciando en el útero y con efectos para toda la vida. Esta afirmación revela la necesidad de asegurar una atención de calidad desde la gestación y durante los tres primeros años de vida, que permita revertir los factores que limitan las posibilidades de desarrollo óptimo de los niños y niñas y su capacidad para ser feliz y lograr el buen vivir. <sup>(1)</sup>.

Fraser Mustard (2006) <sup>(2)</sup>, señala que la experiencia en el periodo inicial de la vida ejerce un efecto importante sobre la diferenciación de las células nerviosas (neuronas) en relación con las diferentes funciones que ellas cumplen en el cerebro y en la formación de conexiones (sinapsis) entre neuronas y vías biológicas que afectan la salud, como el sistema inmunitario.

Rutter (1993), <sup>(3)</sup>. Este paradigma sugiere que el desarrollo tiene “periodos críticos”, en cuanto a la influencia del entorno y como se estructura para

funciones como el lenguaje o la actividad física. El hecho de que un estrabismo no se corrija en la infancia puede resultar en la pérdida permanente de la visión que la pérdida pasajera de la audición en la infancia pueda ser asociada al deterioro del desarrollo del lenguaje, son ejemplos concretos sobre la necesidad de realizar experiencias pertinentes durante los períodos críticos.

Begley, (1996) <sup>(4)</sup>. Algunos períodos críticos son: control emocional, de 0 a 2 años; visión, de 0 a 2 años; vocabulario, de 0 a 3 años; lógica matemática, de 1 a 4 años y apego social de 0 a 2 años.

El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por múltiples factores de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos. Es necesario identificar, estimular y garantizar aquellos protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo que en un momento dado amenacen el logro de las metas del desarrollo. <sup>(5)</sup>.

Kramer (2005) <sup>(6)</sup>. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad.

Rivera (2001), (7). Se debe garantizar la adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes. Por lo expuesto anteriormente, se formula la siguiente pregunta general de investigación:

¿Los factores de riesgo influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015?

Asimismo, las preguntas específicas son:

- ¿Cuáles son las características socioeconómicas de madres que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años?
- ¿Cómo es la evolución el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años?

Por otro lado, el presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones:

Porque este problema se ha convertido en una debilidad en nuestra sociedad, generando disminución de capacidades cognitivas, sociales y personales en el adulto, reduciendo su competitividad personal en la vida.

Asimismo se justifica porque, muestra las evidencias científicas de la realidad del ámbito en estudio. Ante esta realidad, es indispensable la aplicación de las recomendaciones para revertir los hallazgos negativos

encontrado en la presente investigación, teniendo en consideración que la etapa de crecimiento y desarrollo del menor en su primera infancia marcará de por vida su capacidad.

El propósito que tiene la presente investigación es aportar datos e información sobre la influencia los factores de riesgo que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

El objetivo general fue:

- Determinar la influencia de los factores de riesgo en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar las características socioeconómicas de las madres asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015
- Determinar los factores de riesgo que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años.
- Identificar la evolución del crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años.

Las hipótesis fueron:

Hi: Los factores de riesgo influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Ho: Los factores de riesgo no influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

La variable dependiente es: "Crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años" y la variable independiente es el "Factores de riesgo".

Y, el cuadro de operacionalización de las variables investigadas es:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			
Factores de Riesgo	Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control pre natal</li> <li>• Problemas de salud en el embarazo</li> <li>• Uso de fármacos por complicación de embarazo</li> <li>• Atención de parto extrahospitalario.</li> <li>• Problemas durante el parto</li> <li>• Prematuridad</li> <li>• Bajo peso al nacer</li> <li>• Complicaciones después del nacimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios básicos de salud</li> <li>• Violencia infantil o familiar,</li> <li>• Madre trabajadora fuera del hogar,</li> <li>• Alcoholismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

VARIABLE DEPENDIENTE			
Crecimiento y Desarrollo del niño menor de dos años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del Perímetro cefálico</li> <li>• Valoración de peso</li> <li>• Valoración de talla</li> </ul> <p>Pautas propuestas para la vigilancia del desarrollo del niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desviación estándar</li> <li>• Normal</li> <li>• Trastorno del desarrollo</li> <li>• Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> <li>• Riesgo para Trastorno del Desarrollo</li> </ul>

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

La evaluación del crecimiento y desarrollo en la actualidad es el mejor indicador de las condiciones de salud del niño, por lo que todo el personal de salud debe estar involucrado y concientizado para poder dar a los padres y familiares el apoyo necesario para un crecimiento y desarrollo dentro de los parámetros normales.

Los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes el cual se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la adolescencia.

Estos fenómenos involucran cambios en el tamaño, y la diferenciación funcional de órganos y tejidos.

El patrón hereditario establece un ritmo de crecimiento y desarrollo específico, el cual puede ser modificado por diversos factores, que dependen de cambios como: ambiente físico, psicosocial y sociocultural donde se desarrollan los niños. La interacción de ellos puede o no crear las condiciones de riesgo, como los factores ambientales, la nutrición y las enfermedades infectocontagiosas.

INEI/UNICEF (2008) <sup>(8)</sup>, la primera infancia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano. El crecimiento y el desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida, época en la cual el cerebro se forma y desarrolla a la máxima velocidad. Si en estos períodos se altera el

adecuado desarrollo del cerebro se producirán consecuencias, que afectaran al niño y niña durante toda su vida.

MINSA, (2006) <sup>(9)</sup>. El crecimiento y desarrollo son procesos continuos y ordenados que siguen una secuencia predeterminada por factores biológicos, genéticos y ambientales. El crecimiento y desarrollo de órganos y sistemas tiene una velocidad diferente. El sistema nervioso central crece y desarrolla aceleradamente durante los dos primeros años de vida. La velocidad de crecimiento y desarrollo es diferente en las distintas etapas de la vida, son procesos individuales.

MINSA, (2012)<sup>(10)</sup>. El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores de riesgo o causales, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño. El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por múltiples factores de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos.

MINSA, (2011). <sup>(11)</sup>. Es necesario identificar, estimular y garantizar aquellos protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo que en un momento dado amenazan el logro de las metas del desarrollo.

MIMP, (2011) <sup>(12)</sup>. La población total en el Perú es de 26,748, 972 millones de habitantes, 3,051, 018 son niños menores de 5 años y 10,647,718, menores de 10 años. La población en situación de extrema pobreza (que vive con un gasto promedio diario de menos de un dólar americano) es de 23.9%. El porcentaje total de niños que viven bajo la línea de la pobreza



es de 65.5%. Estas cifras son más alarmantes en el sector rural, que es donde se concentra el 51% de población en pobreza extrema.

En los diferentes Centros de salud, en nuestro país las evaluaciones de Crecimiento y desarrollo (CRED) están programadas de acuerdo al grupo etáreo y son referenciadas en el carné de vacunaciones. En ese contexto, se considera 11 controles para niños menores de 12 meses, 6 controles adicionales para los niños en el segundo año de vida y 4 para el tercer año.

### **1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.**

En México, 2002, Torres Serrano Alejandra del Rosario <sup>(13)</sup> en su artículo sobre “Crecimiento y Desarrollo”, dice: el crecimiento y desarrollo de un niño constituyen dos conjuntos de signos de gran utilidad para determinar el estado de salud de los pacientes en edad pediátrica. Sólo a través de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares de tipo y graficadas en curvas estandarizadas puede evaluarse el crecimiento. El desarrollo es la adquisición de funciones con aumento de la complejidad bioquímica y fisiológica a través del tiempo. Comprende fenómenos de maduración y adaptación.

Son características del crecimiento y desarrollo: Dirección: Céfalocaudal y próximo distal. Velocidad: Crecimiento en unidad de tiempo. En etapas iniciales de la vida tiene su máxima rapidez y disminuye gradualmente hasta estabilizarse en la vida adulta. Ritmo: Se refiere al patrón particular

de crecimiento que tiene cada tejido u órgano a través del tiempo, el nivel de madurez de cada uno de ellos se alcanza en diferentes etapas de la vida. Por ejemplo el SNC es el primero en alcanzar un mayor desarrollo y el aparato genital lo alcanza hasta la década de la vida. Momento: Cada tejido tiene un momento en particular en el que se observan los mayores logros en crecimiento, desarrollo y madurez. Equilibrio: Pese a que el crecimiento y desarrollo tienen distintas velocidades, ritmo, cada uno de ellos alcanza en su momento un nivel de armonía que se considera normal.

Factores que determinan el crecimiento: 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 individuo. 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 particular. 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 familiar:

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

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

La regulación del ritmo, velocidad y momento, dependen fundamentalmente de moduladores neuroendocrinos. El crecimiento está regulado por la interacción de factores neuroendocrinos, que actúan de manera autocrina, paracrina y endocrina.

En Brasil, Martins de Souza Juliana <sup>(14)</sup> el 2013 en su artículo, titulado, Desarrollo Infantil: Análisis de un nuevo concepto, dicen: el Desarrollo Infantil (DI) es una parte fundamental del desarrollo humano, se considerando que en los primeros años se forma la arquitectura del cerebro, a partir de la interacción entre la herencia genética y las influencias del entorno en el que vive el niño.

Para la promoción de la salud infantil, es esencial la comprensión de sus peculiaridades, así como las condiciones ambientales favorables para su desarrollo. La comprensión de los cuidadores acerca de las características y necesidades de los niños, como resultado de su proceso de desarrollo, facilita un desarrollo integral, porque los cuidados diarios son los espacios de promoción del DI.

Una herramienta valiosa para que el equipo de enfermería actúe en todos los aspectos del desarrollo del niño es la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE). La SAE propone el uso de las clasificaciones de enfermería para la estandarización del lenguaje utilizado en el cuidado de las personas, familias y comunidades en diferentes lugares.

Sin embargo, para el uso de las clasificaciones de enfermería en la formulación de un plan de atención de calidad en el enfoque de DI, es necesario que ellas acérquense a ese fenómeno considerando su complejidad.

Un estudio teórico de la NANDA-Internacional (NANDA-I) y de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®), que son las clasificaciones más difundidas en Brasil, encontró limitaciones significativas en sus abordajes del DI.

La NANDA-I tiene como objetivo impulsar la estandarización de los diagnósticos de enfermería.

López Romero (2016) <sup>(15)</sup>. La CIPE® pretende ser un marco unificador de las terminologías de enfermería y está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales.

Objetivos: realizar el análisis del concepto “desarrollo infantil” y evaluarlo con expertos. Método: análisis de concepto según el modelo híbrido, en tres fases: fase teórica, con revisión de la literatura; fase de campo, con investigación cualitativa con los profesionales que atienden a niños; y fase

analítica para articulación de datos de los pasos anteriores, basada en la teoría bioecológica del desarrollo, con la producción de una nueva definición para el concepto abordado. Esa definición fue evaluada por especialistas en un grupo de enfoque. El proyecto fue aprobado por un Comité de Ética en la Investigación. Resultados: la revisión de 256 artículos de 12 bases de datos y de libros, y entrevistas con 10 profesionales, mostró que: el desarrollo infantil tiene como antecedentes aspectos del embarazo, factores propios del niño, factores contextuales, destacando las relaciones y el cuidado de los niños, y aspectos sociales; sus consecuencias pueden ser positivas o negativas, impactando en la sociedad; sus atributos son comportamientos y habilidades del niño; sus definiciones valoran aspectos madurativos, contextuales o ambos. Nueve expertos validaron la nueva definición producida en el análisis del concepto, la que expresa la magnitud del fenómeno y los factores no presentados en otras definiciones. Conclusión: Se generó una nueva definición para las clasificaciones de enfermería y la atención integral a los niños.

En Chile, Santiago Muzzo B. <sup>(16)</sup> el 2003 en su investigación titulado “Crecimiento normal y patológico del niño y del Adolescente” dice: La Velocidad de crecimiento postnatal, El niño en el primer año de vida presenta un crecimiento extraordinariamente rápido (23 a 25 cm), aumentando su talla en un 50%. En el segundo año crece 12 cm y posteriormente en forma relativamente constante, 6 cm por año.

Factores que influyen en el crecimiento, Herencia Galton en el siglo pasado describió que existía una correlación entre la talla de los niños con la talla de sus padres. Los hijos de padres con tallas muy diferentes presentan tallas finales con un rango de variabilidad mucho mayor que hijos de padres con tallas similares. El estudio de la talla en mellizos mono y dicigóticos indica que hay un modelo poligénico de herencia, en el cual muchos genes influirían en la estatura del sujeto. La talla de nacimiento del niño correlaciona mejor con la talla de la madre que con la talla promedio de ambos padres <sup>(17)</sup>.

Polani (1974) <sup>(18)</sup>, describió que en la talla de nacimiento un 18% es de influencia genética, 20% del potencial genético de la madre, 32% de factores ambientales maternos y 30% de factores desconocidos.

Durante los 2 primeros años de vida, el ritmo de crecimiento de un lactante depende de la talla promedio de los padres. Así los hijos de padres bajos tendrán en algún momento de su crecimiento, un ritmo de crecimiento claramente menor que los hijos de padres altos. La talla de los padres influye en la velocidad de crecimiento que presenta el niño en las diferentes etapas de su vida, en la estatura final que alcanzará y también en la duración de su crecimiento.

Esta última característica dependerá de la edad a la cual se presentarán los eventos puberales (maduradores tempranos y tardíos) lo que también es un factor heredable.

Nutrición: Es conocida la importancia de una nutrición adecuada en cantidad como en calidad, para un crecimiento normal. La nutrición influye tanto en el crecimiento intrauterino como en el postnatal del niño. Durante la vida intrauterina sólo en el déficit nutricional severo se altera el crecimiento fetal, dado que existe una gran capacidad de protección fetal por parte de la madre, a cuenta de sacrificar su propia nutrición.

Al presentar la madre una mala nutrición durante su embarazo y tener el antecedente de haber sido desnutrida en su primera infancia, se potencia el efecto deletéreo sobre el crecimiento fetal. Durante la vida postnatal el periodo más crítico para afectar el crecimiento a causa de un déficit nutricional, es en los primeros meses de vida. Se ha demostrado que la desnutrición calórico proteica severa del lactante produce una detención del crecimiento, que constituiría un mecanismo de defensa para subsistir a una menor ingesta de nutrientes, pero dejando como secuela una menor talla, que explicaría la menor estatura promedio poblacional de las personas que viven en países en desarrollo donde la desnutrición marásmica es prevalente <sup>(19,20,21)</sup>.

En los países en desarrollo uno de los factores ambientales que tiene mayor relevancia en la estatura, es la nutrición durante los primeros años de vida. Para muchos autores, la talla tiene más importancia que el peso como parámetro antropométrico de evaluación nutricional, especialmente durante el período de crecimiento, siendo también un parámetro indicador del grado de desarrollo socioeconómico de un país.

Los primeros años de vida constituyen el período de mayor velocidad de crecimiento estatural. En estos períodos de rápido crecimiento, un déficit nutricional se traduce en una mayor pérdida de centímetros en la talla final del sujeto. No sucede lo mismo con una desnutrición que se produce en períodos posteriores en que la velocidad de crecimiento es menor.

Graham (1967) <sup>(22)</sup>. En los retrasos de talla debidos a un déficit nutricional existe una alteración de la maduración ósea.

Alcázar y Dreizen <sup>(23,24)</sup>. Existe una correlación entre el grado de retraso de la talla y el retraso de la maduración ósea.

Hagg <sup>(25)</sup>. Por otra parte se sabe que existe una correlación entre maduración ósea y maduración sexual. Así, los eventos puberales tanto en hombres como en mujeres se inician a una determinada edad ósea y cada etapa puberal coincide con una determinada edad ósea y no necesariamente con la edad cronológica, especialmente si se trata de maduradores temprano o tardío.

Figueiras (2007) <sup>(26)</sup>, refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia. Asimismo cita en su obra "Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AEIPI, a Halpern et. al (2000) <sup>(27)</sup>, , evaluando a 1,363 niños de 12 meses escogidos de manera aleatoria de un universo de 5.304 niños nacidos en hospitales de Pelotas en 1993, detectaron 463 (27%) de ellos con riesgo de retraso en el desarrollo.



Figueiras y et. al. (2001) <sup>(28)</sup>, evaluaron a 82 niños menores de 02 años en el archipiélago de Combú, en Pará, y detectaron 37% con riesgo de sufrir algún problema de desarrollo.

El control del Crecimiento y Desarrollo, dentro de la Etapa Vida Niño es considerado como el eje de la Atención Infantil y Familiar. Sus metas, objetivos y demás componentes permiten lograr impactos no solo en la conservación de la salud infantil, sino también en el desarrollo del País, al mejorar las posibilidades del niño hacia un Crecimiento y Desarrollo <sup>(29)</sup>, que permita aflorar todas sus potencialidades como persona útil a la sociedad y medio ambiente.

En la mayoría de las veces en los problemas de desarrollo de los niños no se puede establecer una sola causa, existiendo una asociación de diversas etiologías posiblemente asociadas con el problema. Siendo el desarrollo del niño, como vimos, el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterarlo y producir un daño. A la probabilidad de que esto ocurra se la denomina “riesgo para el desarrollo”. Por ejemplo, la primera condición para que un niño se desarrolle bien es el afecto de su madre o de la persona encargada de su cuidado.

OPS/OMS (2002) <sup>(30)</sup>. La falta de afecto y de amor en los primeros años de vida dejará marcas definitivas, constituyendo uno de los riesgos más importantes para un buen desarrollo.

OPS (2011) <sup>(31)</sup>. La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y postnatales, que resultan en la probabilidad de daño en el desarrollo. Los riesgos biológicos pueden separarse de aquellos ya establecidos, refiriéndose a problemas médicos definidos, especialmente los de origen genético. Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Entre los riesgos biológicos estarían la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Como ejemplos de estos estarían las malas condiciones de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado, entre otros. La Organización Panamericana de la Salud - OPS (2011)<sup>(31)</sup>, ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad, garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 06 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes. Las metas del desarrollo infantil: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, se pueden alcanzar a través de

un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo dentro del ciclo vital del niño y son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada. Por ello es importante la participación del profesional de Enfermería a través de las intervenciones en prevención primaria.

## **1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

En Lima Perú, Quevedo Saldaña Dorita Ayde, <sup>(32)</sup> el 2015, en su trabajo de investigación titulado, Factores que intervienen en el incumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña menor de dos años en el centro materno infantil Tablada de Lurín, Lima – 2014. Tuvo como objetivo: Determinar los factores que intervienen en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años CMI Tablada de Lurín, Material y método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 25 madres. La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. En relación a los factores que intervinieron en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años en el CMI Tablada de Lurín, se encuentra que del 100% (25%) de madres entrevistadas refirieron, 100%(25) número de profesionales de enfermería insuficiente, 88% (22) horario de atención, 64% (16) tiempo de espera, 48% (12), quehaceres del hogar, 48% (12) cuidado de hijos menores de edad, 24% (7) trabajo, 24% (7) horario de trabajo, 8% (2) información brindada por la enfermera

no es útil, 8% (2) información brindada por la enfermera no es clara, 4% (1) desconocimiento importancia del control CRED, y 4% (1) tiempo para el control CRED inadecuado. Conclusiones. Los factores que influyeron en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años en el CMI Tablada de Lurín, según refirieron las madres entrevistadas, en su totalidad manifestó número de profesionales de enfermería insuficiente, en mayor porcentaje horario de atención, un buen porcentaje tiempo de espera demasiado, un porcentaje considerable por los quehaceres del hogar, así como por cuidado de hijos menores de edad, y en menor porcentaje por trabajo y horario del mismo un mínimo porcentaje pero significativo consideraron que la información brindada por la enfermera no es clara ni útil, seguido por desconocimiento importancia del control CRED, y tiempo para el control inadecuado.

Martins de Souza Juliana y María de La Ó Ramallo Veríssimo, <sup>(33)</sup> el 2015, en su Artículo, Titulado. "Desarrollo Infantil: Análisis de un Nuevo Concepto" dicen: El Desarrollo Infantil (DI) es una parte fundamental del desarrollo humano, se considerando que en los primeros años se forma la arquitectura del cerebro, a partir de la interacción entre la herencia genética y las influencias del entorno en el que vive el niño. Para la promoción de la salud infantil, es esencial la comprensión de sus peculiaridades, así como las condiciones ambientales favorables para su Desarrollo.

La comprensión de los cuidadores acerca de las características y necesidades de los niños, como resultado de su proceso de desarrollo,

facilita un desarrollo integral, porque los cuidados diarios son los espacios de promoción del Desarrollo Infantil (DI).

Una herramienta valiosa para que el equipo de enfermería actúe en todos los aspectos del desarrollo del niño es la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE). La SAE propone el uso de las clasificaciones de enfermería para la estandarización del lenguaje utilizado en el cuidado de las personas, familias y comunidades en diferentes lugares.

Sin embargo, para el uso de las clasificaciones de enfermería en la formulación de un plan de atención de calidad en el enfoque de DI, es necesario que ellas acérquense a ese fenómeno considerando su complejidad. Un estudio teórico de la NANDA-Internacional (NANDA-I) y de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®), que son las clasificaciones más difundidas en Brasil, encontró limitaciones significativas en sus abordajes del DI.

La NANDA-I tiene como objetivo impulsar la estandarización de los diagnósticos de enfermería <sup>(33)</sup>. La CIPE® pretende ser un marco unificador de las terminologías de enfermería, y está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales.

En aquel estudio, se verificó que la NANDA-I tiene diagnósticos reales y de riesgo, pero no de promoción de DI; y que el desarrollo y el crecimiento están juntos en uno diagnóstico, aunque sean dos fenómenos con

diferentes definiciones y características así como demandan intervenciones específicas para cada uno.

Por lo tanto, la dificultad para tener diagnósticos de enfermería orientados para el DI puede producirse por la ausencia de un enfoque amplio para la complejidad del fenómeno y la ausencia de un concepto que apoye la especificidad de la acción del equipo de enfermería en la salud del niño. Así, es fundamental la realización del análisis del concepto DI, para apoyar a las clasificaciones de los diagnósticos de enfermería y proporcionar diagnósticos que permitan la elaboración de planes de atención orientados para el DI.

### **Medianas de pesos y tallas para todos los miembros del hogar**

Álvarez et al. (2012) <sup>(34)</sup>. En el Informe del Estado nutricional en el Perú por etapas de vida 2012 -2013; publicado por el MINSA, en la Tabla N° 10, presentan los valores de las medianas de pesos y tallas de los miembros del hogar menores de 24 meses de acuerdo al sexo y la edad en meses y en años.

En el Perú la prevalencia de desnutrición crónica, según el patrón de referencia OMS, fue de 17,7% (IC95%: 16,0 - 19,6). Según el área de residencia, existió una marcada diferencia entre el área urbana y rural, en ésta última la desnutrición crónica fue tres veces mayor 34,6% (IC95%: 31,4-37,9) que el área urbana 11,4% (IC95%: 9,6-13,6).

El informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI <sup>(35)</sup>, del año 2014, da cuenta que en los últimos años las cifras de desnutrición

crónica infantil ha descendido aunque no significativamente, con relación a los datos del Informe del Estado nutricional de la población 2011. La cifra de desnutrición crónica ha pasado de 19,0% (IC 95% 16,1-22,3) a 17,7% (16,0–19,6). En el área urbana las cifras se han mantenido en 11,8% en el 2011 y 11,4% (2012-2013). En el área rural la desnutrición crónica ha disminuido de 37,3% (2011) a 34,6% (2012-2013).

**MEDIANAS DE PESO Y TALLA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES POR SEXO, 2012-2013, PERÚ.**

Meses	Varón		Mujer	
	Peso (kg)	Talla (cm)	Peso (kg)	Talla (cm)
1	4,3	50,5	4,00	53,5
2	5,2	54,6	4,70	56,8
3	7.51	61.0	5.80	58.2
4	7.54	64.4	6.25	61.4
5	8.07	65.3	7.11	64.4
6	7.86	66.5	7.19	65.2
7	8.69	68.7	8.27	68.1
8	8.92	69.7	7.84	66.4
9	9.12	69.5	8.45	69.2
10	9.35	72.9	8.18	71.0
11	9.73	72.0	9.13	72.3
12	9.63	74.2	8.68	73.6
13	9.29	74.9	10.38	75.2
14	10.13	74.9	9.67	75.2
15	9.97	76.0	9.63	76.8
16	10.55	77.2	9.19	74.7
17	9.25	78.6	9.74	76.2
18	10.23	80.2	10.01	78.8
19	11.12	79.6	10.30	80.2
20	10.99	81.4	10.45	80.3
21	10.51	81.2	11.24	81.4
22	11.41	85.0	12.00	85.0
23	11.59	84.3	11.65	84.2

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2010) <sup>(36)</sup>, el Perú es el país de

América del Sur con la mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas de 0 a 5 años. Sin embargo, en los últimos 9 años se han producido mejoras. A nivel nacional, la tasa de desnutrición crónica (Parámetro NCHS) se redujo de 25% a 18%, la cual se debe, fundamentalmente, a la disminución en las áreas menos favorecidas del país.

Entre los años 2005 y 2009, la desnutrición crónica en las áreas rurales cayó de 40% a 33% y en el 60% de la población más pobre del país se reportaron las mejoras más importantes: de 47% a 37% en el quintil más pobre, de 33% a 23% en el segundo quintil más pobre y de 16% a 10% en el quintil intermedio de ingresos. Aunque no es posible establecer relaciones directas de causalidad, el inicio del programa de transferencias condicionadas Juntos, en el año 2005, puede haber sido un factor importante en estas mejoras, así como la implementación de la Estrategia Nacional Crecer desde el año 2007.

### **1.3. ANTECEDENTES REGIONALES**

En Chimbote Perú, Castro Sánchez, Shu Ann,<sup>(37)</sup> el 2016 en su trabajo de investigación Titulado: Nivel de satisfacción de las madres de niños y niñas menores de 1 año sobre la calidad de atención brindada por la enfermera en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo de la Microred Yugoslavia Nuevo Chimbote 2016, dice: dentro del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia en el Perú tiene como primer



objetivo estratégico garantizar el crecimiento y desarrollo integral del niño de 0 a 5 años de edad, sin embargo la proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad con control de crecimiento y desarrollo alcanza solo el 50.5%.<sup>(37)</sup>. La madre desempeña un rol influyente y crucial durante el crecimiento y desarrollo del niño, es ella quien está presente durante todo el proceso. Visualiza, compara y comprueba durante su vida diaria, los cambios biopsicosociales de su niño; reconociendo la necesidad de un control para corroborar que el crecimiento y desarrollo sea adecuado. <sup>(38)</sup>.

El Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre las normas de atención de salud infantil, considera al control de crecimiento y desarrollo como una actividad preventivo promocional de mayor importancia que debe cumplir el personal el personal de salud en cada uno de los niveles de atención de la estructura sanitaria, especialmente en el niño menor de cinco años por su condición de vulnerabilidad. <sup>(39)</sup>.

El control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años tiene como finalidad contribuir al desarrollo integral de niños y niñas de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr su desarrollo normal.

Las acciones de enfermería relacionadas con el cuidado del niño dentro del consultorio de crecimiento y desarrollo confieren un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención y promover practicas adecuadas de cuidado de la niña y el niño.

#### **1.4. BASES TEÓRICAS**

En Brasil Gómez C. Rossana ampos, et al <sup>(40)</sup> el 2016 en su estudio Titulado “Enfoque teórico del crecimiento físico de niños y adolescentes” dicen: Básicamente el estudio del crecimiento físico, el desarrollo y el bienestar, están directamente relacionados con el estado nutricional, lo que implica el uso de estándares referidos a criterios y/o normas para su valoración, diagnóstico, monitorización y clasificación de individuos y grupos. En ese sentido, son varios los estándares que existen en el mundo sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere la adopción de sus tablas de crecimiento, en especial en aquellos lugares donde no existe ninguna normativa, a pesar de que no reflejan los patrones de crecimiento físico de determinadas poblaciones. Utilizar muestras descriptivas de poblaciones que reflejan una tendencia a largo plazo hacia el sobrepeso y la obesidad para establecer patrones de crecimiento conduce involuntariamente a un no deseable sesgo al alza

que lleva a subestimar el sobrepeso y la obesidad, así como a sobreestimar la desnutrición.

Enfoque teórico del crecimiento físico.

Clásicamente, el crecimiento físico ha sido definido como la secuencia de modificaciones somáticas que sufre un organismo biológico, que se explica, como el aumento en el número o tamaño de las células que componen los diversos tejidos del organismo. Así, Malina y Bouchard <sup>(41)</sup> explican que este fenómeno es fruto de la hiperplasia, hipertrofia y la agregación, y que al presentar períodos de aceleración y desaceleración, hacen necesario llevar en consideración las variaciones individuales en función de la edad y sexo.

Waltrick, (2000)<sup>(42)</sup>. Desde el punto de vista fisiológico, el crecimiento lineal se constituye sobre la infraestructura esquelética; consecuentemente, la fusión de la epífisis y las metáfisis de los huesos largos caracterizan la terminación del proceso de crecimiento físico. En términos antropométricos, consiste en el aumento y modificación de los componentes corporales, tanto longitudinal, como transversalmente. En general, el crecimiento físico tiene dos etapas, la prenatal (tiene lugar intraútero desde el primer instante de la concepción y acaba con el nacimiento) y la postnatal que ocurre en tres fases: infancia, niñez y adolescencia. En esta última fase, a su vez, se describen otras tres: adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad. En todas ellas se crean

oportunidades para que el individuo pueda expresar su potencial genético, pero a su vez, este puede ser modificado por el medio ambiente <sup>(43)</sup>, lo que conlleva un constante control, diagnóstico y seguimiento del proceso de crecimiento con el objetivo de identificar niños con riesgo nutricional.

Factores que influyen en el crecimiento físico. Hace más de 185 años se alertó sobre la posibilidad de intervención de factores extrínsecos sobre el crecimiento físico, lo que fue observado en los soldados del ejército de Napoleón cuando fueron clasificados según su procedencia de barrios más pobres o alejados.

Scammon <sup>(44)</sup>. Actualmente, es aceptado que el crecimiento físico está condicionado por la herencia genética, pero es fuertemente influenciado por el ambiente físico y social, principalmente en lo relacionado a las enfermedades y al estado nutricional; aunque factores culturales, como el tipo de alimentación, higiene, actividad física y la tendencia secular influyen sobre el proceso de crecimiento físico en diversas regiones del mundo.

Factores intrínsecos: Se considera los factores relacionados al sistema Neuro-endocrino Marcondes <sup>(45)</sup>, explicando que el factor genético determina la adquisición de una estatura que represente el 100% de su capacidad de crecimiento y al existir disminución del material genético, exceso o expresión anormal, la estatura será menor a la esperada. Aunque, el impacto del factor genético puede ser afectado por factores extrínsecos Westwood <sup>(46)</sup>.

Factores extrínsecos: Romani <sup>(47)</sup>. Las condiciones del medio ambiente podrían afectar los dominios biológicos y comportamentales. Entre ellas se destacan.

- Los aspectos socioeconómicos, que actúan como factores de riesgo directos o indirectos que afectan al estado nutricional infantil e influyen sobre los hábitos alimentarios sobre los hábitos alimentarios.
- Entre los factores étnicos, el estilo de vida, la dieta, educación y la vivienda son culturalmente determinados por los patrones de hábitos, aptitudes y comportamientos.
- Otro aspecto, como el nutricional, es prioritario para el cumplimiento de las funciones fisiológicas, así como para el propio proceso de crecimiento físico
- Por otro lado, la actividad física realizada regularmente favorece un crecimiento normal y mantiene la integridad de los tejidos.
- Entre los factores geográficos, Frisancho <sup>(48)</sup> destaca que habitantes de zonas asociadas a una baja temperatura, escasa humedad relativa, alta radiación solar e hipoxia, generalmente presentan un crecimiento lento y prolongado que se traduce en un menor tamaño corporal en la edad adulta.
- Finalmente, la tendencia secular hace referencia a las modificaciones que se producen generacionalmente en el crecimiento y desarrollo de las poblaciones. Básicamente se define como una aceleración en la tendencia (positiva) y/o desaceleración de tendencia (negativa) del crecimiento y la maduración.

**TEORÍAS DEL APRENDIZAJE** <sup>(49)</sup> Hablar de las teorías del aprendizaje es hablar de Watson. Este autor va a plantear que para que la psicología sea una ciencia no puede estar anclada en el inconsciente sino que nos tenemos que basar en las conductas observadas, en las conductas que se pueden medir, esto es el paradigma conductista.

El conductismo forma la base de la teoría del aprendizaje. Y estas ponen énfasis en como las personas aprendemos las conductas específicas.

Estas teorías del aprendizaje van a elaborar las leyes de la conducta.

Estas leyes de las conductas pueden ser aplicadas a cualquier persona independientemente de la edad o posición. Dentro de las teorías de aprendizajes tenemos que hablar del condicionamiento.

El condicionamiento es una parte del aprendizaje que se centra en ver como aprendemos a asociar estímulos y respuestas.

Teoría del Aprendizaje Social Según Bandura <sup>(50)</sup>, esta teoría, hay otra estrategia en el aprendizaje social que es el modelado podemos aprender sin emitir una conducta. Podemos observar lo que hacen otros ver qué consecuencias tiene.

En el modelado una persona aprende observando las consecuencias que tienen a conducta.

El modelado no es pasivo, tiene una importante carga volitiva (voluntaria).

El modelado es especialmente útil en situaciones donde nos sentimos inseguros o no tenemos experiencias. En estos casos, imitamos la conducta que exhibe un modelo al que nosotros admiramos o con el que nos identificamos.

### Teorías Socioculturales. Vigotsky <sup>(51)</sup>

Según estas teorías, todos los niños van a adquirir las habilidades y los conocimientos propios de su medio cultural. Su crecimiento está mediatizado por la cultura en la que nace y vive. Además nos empapamos de creencias, valores.

La teoría sociocultural lo que intenta explicar es que tanto nuestro conocimiento como nuestras habilidades se van a explicar en base al apoyo, a la orientación que facilite el contexto cultural. Uno de los principales representantes de estas teorías es Vygotsky.

Según él, los niños al interactuar con las personas adultas de su entorno está aprendiendo constantemente y a la vez, este aprendizaje se hace de manera informal, implícita. Los adultos van a aportar a los niños habilidades prácticas sociales y habilidades de tipo intelectual o cognitivo. Le aporta instrucciones y apoyo rigiéndose siempre por los valores de la cultura a la que pertenezcan.

### Teorías psicológicas sobre el desarrollo en la infancia

Teoría del Desarrollo Psicosexual de Sigmund Freud.<sup>(52)</sup> Freud es considerado el padre del Psicoanálisis. La teoría psicoanalítica del desarrollo infantil tiende a centrarse en cosas tales como el inconsciente, las pulsiones y la formación del ego. Pese a que sus propuestas no gozan de gran popularidad en la actualidad, pocos dudan de la importancia que los acontecimientos y experiencias de la infancia tienen en el futuro

desarrollo del niño. Según Freud, el desarrollo del niño es descrito como una serie de etapas psicosexuales: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson <sup>(53)</sup>. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson es una de las teorías más extendidas y aceptadas en la Psicología del Desarrollo. También es una teoría psicoanalítica, y este teórico, igual que Freud, propuso que existen distintas etapas del desarrollo.

Erikson piensa que la resolución de las diferentes etapas da pie a la adquisición de una serie de competencias que ayudan a resolver las metas que se presentarán durante la siguiente etapa vital. De esta manera se produce el crecimiento psicológico.

Para Mussen et al (1995) <sup>(54)</sup>, el desarrollo es definido como cambios de estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente permanentes. Su estudio consiste en detectar cómo y porqué el organismo humano crece y cambia durante la vida, en base a tres objetivos: el primero es comprender los cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños, sin importar la cultura en que crezcan o las experiencias que tengan; un segundo objetivo es explicar las diferencias individuales; y un tercer objetivo es comprender cómo el comportamiento de los niños es influenciado por el contexto o situación ambiental. Estos tres aspectos patrones universales, diferencias individuales e influencias contextuales son necesarios para entender en desarrollo infantil. Dependiendo de la



orientación teórica seguida por el investigador y de qué quiere ser estudiado, el énfasis puede ser colocado en cualquiera de ellos.

## **1.5. BASES CONCEPTUALES**

Factores de riesgo que afectan el crecimiento y el desarrollo.

Quim Pop, (2013) <sup>(55)</sup>. Clínicamente se pueden distinguir: 1) Factores biológicos y 2) Factores ambientales. Estos tipos de factores se deben tener en cuenta al evaluar cualquier situación de desarrollo (normal o retraso del desarrollo) antes de planificar largos y costosos estudios diagnósticos.

Factores biológicos:

Con fines didácticos se dividen los siguientes:

Factores genéticos: En cada evaluación debe tenerse en cuenta el patrón genético familiar. Existen ciertas características de la maduración que son propias de la carga genética, como pequeñas demoras en la aparición del lenguaje, cierto grado de hiperactividad o ciertas habilidades cognitivas. También es importante considerar el patrón genético individual: existen niños que se apartan de las características básicas del desarrollo de sus hermanos sin que ello constituya una anormalidad.

Uno de los aspectos más controvertidos es la influencia del género en las características del desarrollo infantil. Clásicamente se dice que las mujeres tendrían un mejor desarrollo del lenguaje y que los niños tendrían un mejor desarrollo motor. La controversia sigue cuando existen trabajos que demuestran la influencia de los roles asignados precozmente a niños

o niñas, que generan estimulación preferencial de ciertas área y no así de otras.

En relación a las características especiales del desarrollo de algunos grupos étnicos, también se ha planteado que ellas se deben a la interacción entre factores genéticos y factores ambientales.

Factores prenatales: Es posible que las variaciones del desarrollo estén influenciados por características fisiológicas de la madre (edad, número de la gestación, estado emocional, etc.) Se desconoce la influencia sutil de algunas patologías leves durante el embarazo: cuadros virales, traumatismos, clima, tipo de alimentación en relación a macro y micronutrientes, etc.

La gemelaridad y la prematuridad (sin patologías agregadas) determinan variaciones en el desarrollo al menos durante los primeros años de vida.

Factores perinatales: Son conocidos los factores perinatales 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 existen una gradiente de secuelas desde las que producen variaciones de lo normal hasta las que determinan patologías severas.

Factores postnatales: Diversos factores fisiológicos como la alimentación, las inmunizaciones, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo postnatal, dentro de un plano normal. Sin embargo dentro del rango normal. Sin embargo, se sabe poco en relación a eventos

biológicos de poca intensidad que afectan el desarrollo. La mayor parte de la literatura apunta a secuelas severas de noxas que afectan intensamente el desarrollo.

Factores ambientales: Tanto o más importante que los factores biológicos, son los factores ambientales en la determinación de un desarrollo normal. Todos los factores que se analizarán interactúan entre sí y con factores de tipo biológico

Estimulación: Este factor condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable. Es posible que el mayor desarrollo específico de determinadas áreas en un niño determinado esté dado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene efecto muy importante.

Afectividad: Es un factor omitido (por lo general) en las anamnesis del desarrollo. Su importancia es indiscutible en el desarrollo de un niño equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales. Las alteraciones del vínculo con los padres o con la familia, pueden afectar el desarrollo.

Normas de crianza: Aunque las normas de crianza pueden incluirse en estimulación, vale la pena comentarlas aparte. El desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia y variados aspectos valóricos caen bajo las normas de crianza que afectan el desarrollo normal y sus variantes.

Factores culturales y socioeconómicos: El desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece (por ej. localidad rural o urbana) y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, etc. A pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el desarrollo el nivel socio económico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal

Condiciones de la familia: Debemos destacar la importancia de las características de la familia sobre el desarrollo del niño. Vale la pena enumerar las características de la familia que favorecen un desarrollo normal:

Cercanía afectiva: Un adecuado afecto entre los distintos miembros de una familia favorece el desarrollo del niño. Una calidez adecuada entre padre e hijo y entre hermanos determina un desarrollo normal.

Acuerdo relacional: Deben existir reglas sobre los distintos miembros de la familia. Estas reglas deberán ser comunes para todos

Equilibrio en la cercanía parental: El niño debería estar cercano afectivamente tanto con sus padres como con sus hermanos u otros parientes. Un acercamiento excesivo a uno de los padres genera conflictos en el desarrollo

Jerarquía parento - filial definida: Esta jerarquía superior de los padres permite establecer una relación adecuada en cuanto a normas, hábitos, valores, etc., lo que genera un comportamiento infantil sin conflictos.

Normas claras y flexibles: Como consecuencia del párrafo anterior se deduce que deben existir normas claras sobre las que se asienta la conducta del niño. La existencia de reglas claras no impide que ellas se flexibilicen en ciertas situaciones.

Interacción autónoma con iguales: Los padres deben permitir que los hermanos resuelvan solos algunos conflictos, permitiendo así acuerdos relacionales del subsistema hijos. Una intromisión excesiva de los padres sobre los hermanos no favorece el desarrollo de éstos.

Límites claros de los subsistemas familiares: Existen problemas que son de exclusiva incumbencia de los padres y otros que lo son sólo de los hijos.

MINSA, (2006) <sup>(56)</sup>. El crecimiento y desarrollo son procesos continuos y ordenados que siguen una secuencia predeterminada por factores biológicos, genéticos y ambientales. El crecimiento y desarrollo de órganos y sistemas tiene una velocidad diferente. El sistema nervioso central crece y desarrolla aceleradamente durante los dos primeros años de vida. La velocidad de crecimiento y desarrollo es diferente en las distintas etapas de la vida, son procesos individuales.

El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores de riesgo o causales, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño. El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por

múltiples factores de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos. Es necesario identificar, estimular y garantizar aquellos protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo que en un momento dado amenazan el logro de las metas del desarrollo.

La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y postnatales, que resultan en la probabilidad de daño en el desarrollo. Los riesgos biológicos pueden separarse de aquellos ya establecidos, refiriéndose a problemas médicos definidos, especialmente los de origen genético. Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Entre los riesgos biológicos estarían la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Como ejemplos de estos estarían las malas condiciones de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>(57)</sup>, ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son

vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad, garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes. Las metas del desarrollo infantil: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, se pueden alcanzar a través de un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo dentro del ciclo vital del niño y son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada. Por ello es importante la participación del profesional de Enfermería a través de las intervenciones en prevención primaria.

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en la ciudad de Lima, en el distrito de Villa El Salvador, en el Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, que cuenta con los servicios generales de atención de salud, como consultorios de Medicina, Emergencias y de estrategias sanitarias, entre ellos consultorios de Lactancia materna, inmunizaciones, despistaje de anemia, y el área de salud reproductiva y sexual. Como también el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño, considerado como área de trabajo de la investigación.

#### 2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 2.2.1 POBLACIÓN

La población en estudio está constituido por todos los niños menores de dos años que asisten al Centro de salud, al programa de Crecimiento y Desarrollo.

**Unidad de análisis:** Niño o niña niños menores de dos años que asisten al Centro de salud, al programa de Crecimiento y Desarrollo.

**Unidad de información:** Niño o niña niños menores de dos años que asisten al Centro de salud, al programa de Crecimiento y Desarrollo.



## 2.2.2 MUESTRA

Tamaño de la Muestra:

La muestra se determinó por el método probabilístico aleatorio simple, mediante la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita. Utilizando como marco muestral una población de 272 niños atendidos durante el primer trimestre.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1,96)^2(0.5)(0.5)(472)}{(0.05)^2(472 - 1) + (1,96)^2 + (0.5)(0.5)}$$
$$n = \frac{3.8416(0.25)(472)}{0.0025(471) + (3.8416) + (0.25)}$$
$$n = \frac{453.308}{0.5775 + 4.091}$$
$$n = \frac{453.308}{5.6685}$$
$$n = 24.9$$

La muestra estuvo conformada por 25 niños y niñas menores de dos años.

Criterios de inclusión:

- Madres que desean participar en el estudio.
- Madres estables emocionalmente.
- Madres de los niños que asisten regularmente.
- Madres de los niños que residen en la jurisdicción del Centro.

Criterios de exclusión:

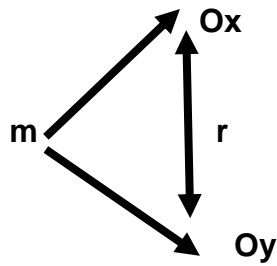
- Madres de los niños portadores de algún proceso infeccioso.
- Madres de los niños que no radican en la zona del Centro de salud.
- Madres de los niños que no desean participar.
- Madres emocionalmente inestables.

### **2.3. TIPO DE ESTUDIO**

- Según el análisis y el alcance de los resultados el estudio es de tipo Descriptivo, analítico y correlacional.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información según van ocurriendo los fenómenos hacia el futuro.
- Según el periodo y secuencia del estudio fue de tipo transversal porque las variables fueron estudiadas simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo de estudio.

### **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En el presente trabajo de investigación se utilizó el diseño descriptivo – correlacional, por presentar dos variables (causa-efecto). Este tipo de investigación no solo mide las variables individuales, sino evalúan el grado de relación entre las dos variables, aportando una información explicativa. El esquema es el siguiente:



Dónde:

$m$  = Representa la muestra en estudio.

$Ox$  = Representa la variable factores de riesgo.

$Oy$  = Representa la variable crecimiento y desarrollo.

$r$  = Representa la relación de las variables en estudio.

## 2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS

### 2.5.1 TÉCNICAS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizaron como técnicas:

- Encuesta.
- Observación

### 2.5.2. INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos (02) instrumentos:

#### a. Cuestionario de factores de riesgo (Anexo 01)

El cuestionario de factores de riesgo tuvo como objetivo recopilar los datos referidos a los factores de riesgo a que están expuestos las madres

de los niños menores a los 24 meses de edad que participaron en la presente investigación. El instrumento consta de dos (02) secciones; la primera recopila la información socioeconómica de la madre y tiene 04 ítems; la segunda sección consta de 02 dimensiones:

a) Dimensión factores de riesgo biológico: 12 ítems.

b) Dimensión de riesgo ambiental: 04 ítems.

Las respuestas fueron evaluadas mediante preguntas y respuestas politómicas concisas, precisas y exactas. A la vez, fue calificado con parámetros de:

Respuesta positiva en estos ítems (5,14,18,19) = 02 puntos.

Respuesta negativa en estos ítems:

(6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,20,21) = 02 puntos.

Valor del Instrumento: Escala

Riesgo Bajo: 25 - 36 puntos.

Riesgo moderado: 13 - 24 puntos.

Riesgo Alto: 00 - 12 puntos.

**b. Ficha de observación clínica de crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años (Anexo 02).**

La ficha de observación es un instrumento que sirvió para recopilar datos de la variable crecimiento y desarrollo. Para su elaboración se tomó como

base la Norma Técnica de salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM-Nº 990 - 2010/MINSA. Este instrumento consta de dos (02) secciones; la primera recopila la información socio económica de los niños y niñas menores de dos años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud, tiene 08 ítems; la segunda sección consta de 09 secciones con respecto a la edad, siendo estos los siguientes:

- a) Edad de 0 a 1 mes. 05 ítems.
- b) Edad de 1 a 2 meses. 4 ítems.
- c) Edad de 2 a 4 meses. 4 ítems.
- d) Edad de 4 a 6 meses. 4 ítems.
- e) Edad de 6 a 9 meses. 4 ítems.
- f) Edad de 9 a 12 meses. 4 ítems.
- g) Edad de 12 a 15 meses. 4 ítems.
- h) Edad de 15 a 18 meses. 4 ítems.
- i) Edad de 18 a 24 meses. 4 ítems.

Las respuestas fueron evaluadas mediante preguntas y respuestas polinómicas concisas, precisas y exactas. A la vez, fue calificado con parámetros de:

Respuesta positiva = 02 puntos.

Respuesta negativa= 00 puntos.

### **Valor del Instrumento: Escala**

Desarrollo Alto : 50 - 74 puntos.

Desarrollo Medio : 25 - 50 puntos.

Desarrollo Deficiente: 00 - 24 puntos.

### **2.5.3. Validez y confiabilidad**

El cuestionario de factores de riesgo, fue validado a través de la opinión y análisis de expertos en la materia, quienes dictaminaron si el instrumento a aplicarse ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación, la validez de contenido. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 21 ítems con respuestas dicotómicas, sobre los factores de riesgo biológicos y ambientales (Anexo N°03).

La confiabilidad se buscó mediante la aplicación del instrumento a una muestra piloto compuesta por 05 madres que no fueron parte de la muestra en estudio. Según el alfa de Cronbach se encontró un valor de 0,850 para el instrumento ficha de observación del crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años, lo que significa que el instrumento indicado posee confiabilidad alta.

## **2.6. PROCEDIMIENTO**

- Se realizó la revisión de los instrumentos aplicados, mediante control de calidad.

- El procesamiento de datos, se realizó mediante la codificación y clasificación de datos.
- Se aplicó el programa SPSS versión 20, para Windows 7, para la tabulación de datos.
- Los datos se presentaron en tablas y gráficos. Así como el análisis e interpretación.
- Posteriormente para la prueba de hipótesis, se aplicó la prueba probalística, la cual determinó la relación del estudio.

## **2.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.**

Se usó la estadística descriptiva, y la estadística inferencial para la prueba de hipótesis.

### **• Tabulación**

Se procedió a la codificación en la que se formó un grupo de símbolos o valores de tal manera que los datos fueron tabulados, generalmente se efectúa con números o letras. La tabulación manual se realizó ubicando cada uno de las variables en los grupos establecidos en la clasificación de datos. Se utilizó la tabulación mecánica, aplicando programas o paquetes estadísticos de sistema computarizado. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico SPSS V 22; a cada cuestionario se le asignó un código numérico para su identificación; para luego establecer los cuadros y gráficos unidimensionales.

- **Análisis de datos.**

El análisis e interpretación de los datos se hizo mediante la estadística descriptiva usando las tablas de frecuencias y sus gráficas, en las que se determinó la frecuencia porcentual y las proporciones, según los objetivos y variables en estudio propuesto en los cuadros estadísticos. Así mismo se utilizó el análisis inferencial haciendo uso de las tablas de contingencia a fin de contrastar las hipótesis de estudio, general como específicas. Se realizó un análisis bivariado con el programa estadístico SPSS, y determinación de r de Pearson.

## **2.8. ASPECTOS ÉTICOS**

Consentimiento informado: se utilizó el consentimiento informado, con el objetivo de informar a cada uno los participante del estudio, los objetivos que se esperan lograr con su participación, también se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad que tenían de elegir participar o no en el estudio. (Anexo N° 04).



## CAPÍTULO III

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1 RESULTADOS

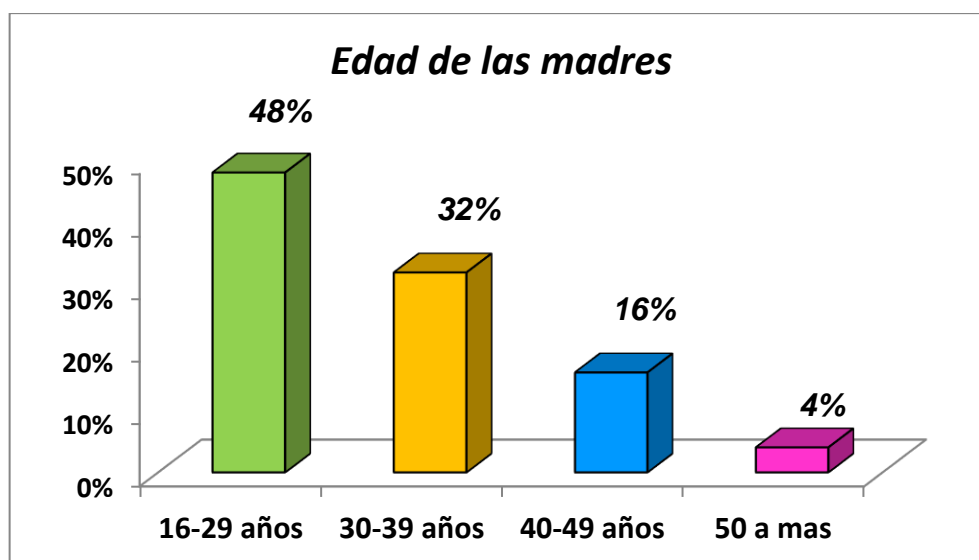
##### 3.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

##### 3.1.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIECONÓMICAS DE LA MADRE:

**Tabla 01.** Edad de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Edad de las madres	Frecuencia	%
18-29 años	12	48%
30-39 años	8	32%
40-49 años	4	16%
50 a mas	1	4%
Total	25	52%

Fuente: Anexo 01.



**Figura 01.** Edad de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

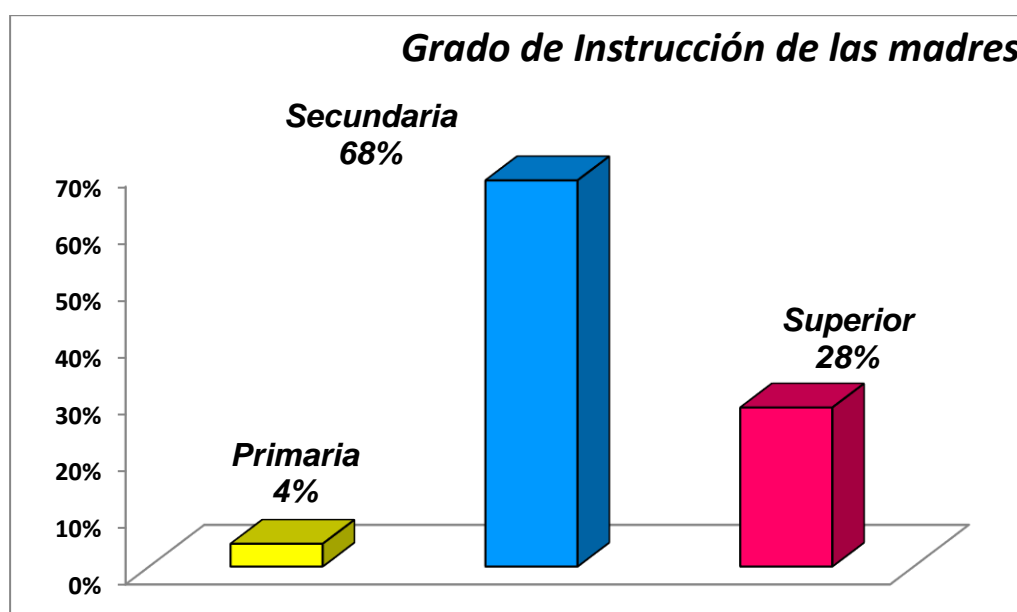
En cuanto a la edad de las madres, se encontró que el 48% (12 madres) tienen edades entre 16 a 29 años, el 32,0% (08 madres), entre 30 a 39

años, el 16,0% (04 madres) entre 40 a 49 años y 4% (01 mamá) con 50 o más años.

**Tabla 02. Grado de Instrucción** de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>Grado de Instrucción de las madres</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
Primaria	4%	1
Secundaria	68%	17
Superior	28%	7
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>

Fuente: Anexo 01.



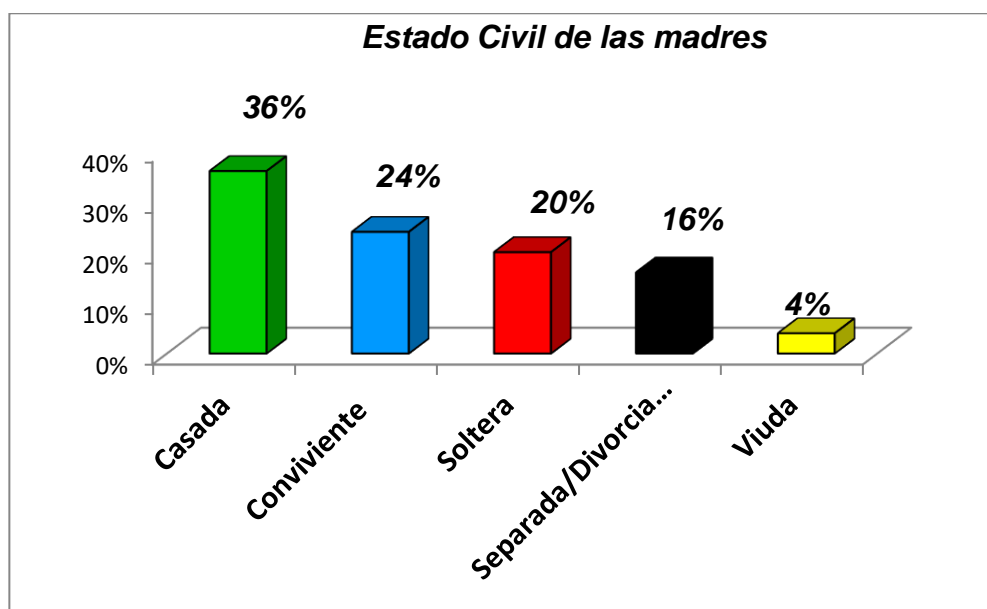
**Figura 02.** Grado de Instrucción de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto grado de Instrucción de las madres, se encontró que el 68 % (17 mamás) tiene secundaria; el 28 % (07 mamás) tiene educación superior y 4% (01 mamá) tiene primaria.

**Tabla 03.** Estado Civil de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Estado Civil de las madres	Frecuencia	%
Casada	9	36%
Soltera	6	24%
Separada/Divorciada	5	20%
Conviviente	4	16%
Viuda	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.



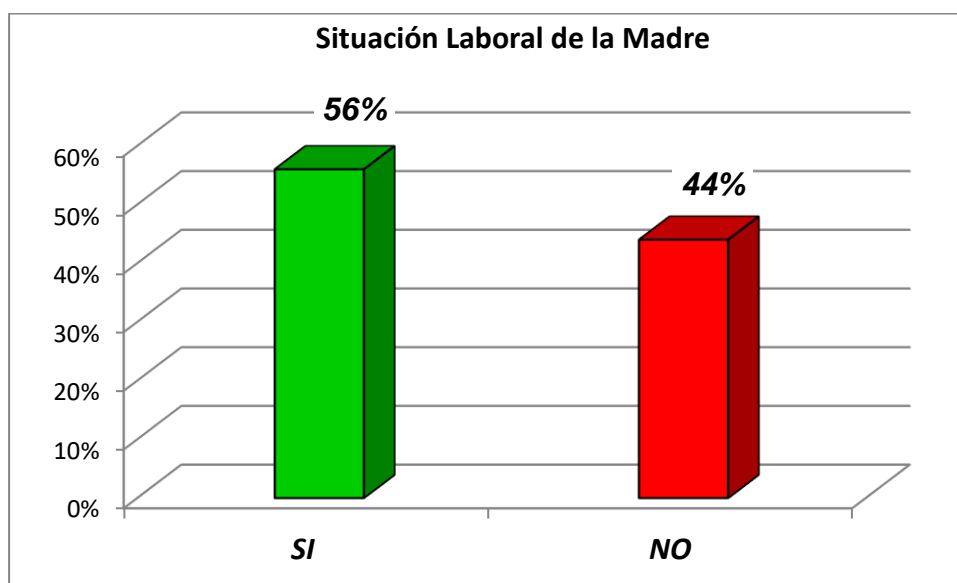
**Figura 03.** Estado Civil de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al estado civil de las madres, se encontró que el 36% (09 mamás) son casadas, el 24 % (06 mamás) son convivientes, el 20% (05 mamás) son solteras; el 16 % (04 mamás) son divorciadas y el 4 % (01 mamá) son viudas.

**Tabla 04.** Situación laboral de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Trabaja	Frecuencia	%
SI	14	56%
NO	11	44%
Total	25	100%

Fuente: Anexo 01.



**Figura 04.** Situación laboral de las madres del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

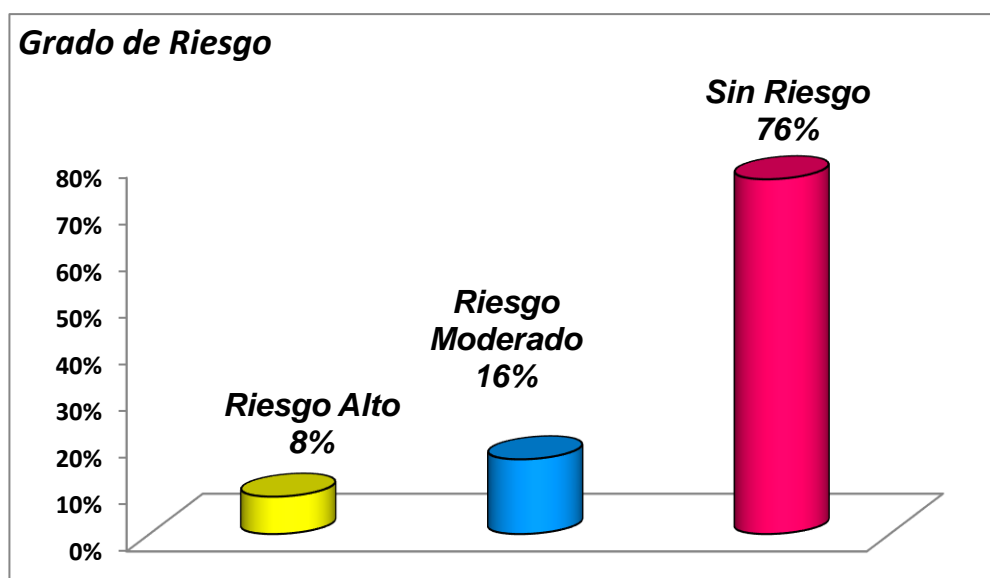
Respecto a la situación laboral de las madres, se encontró que el 56 % (14 mamás) si trabajan y el 44% (11 mamás) no trabajan.

### 3.1.1.2. FACTORES DE RIESGO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS

**Tabla 05.** Grado de riesgo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Grado de Riesgo	%	Frecuencia
<b>Riesgo Alto</b>	8%	2
<b>Riesgo Moderado</b>	16%	4
<b>Sin Riesgo</b>	76%	19
Total	100%	25

Fuente: Anexo 01.



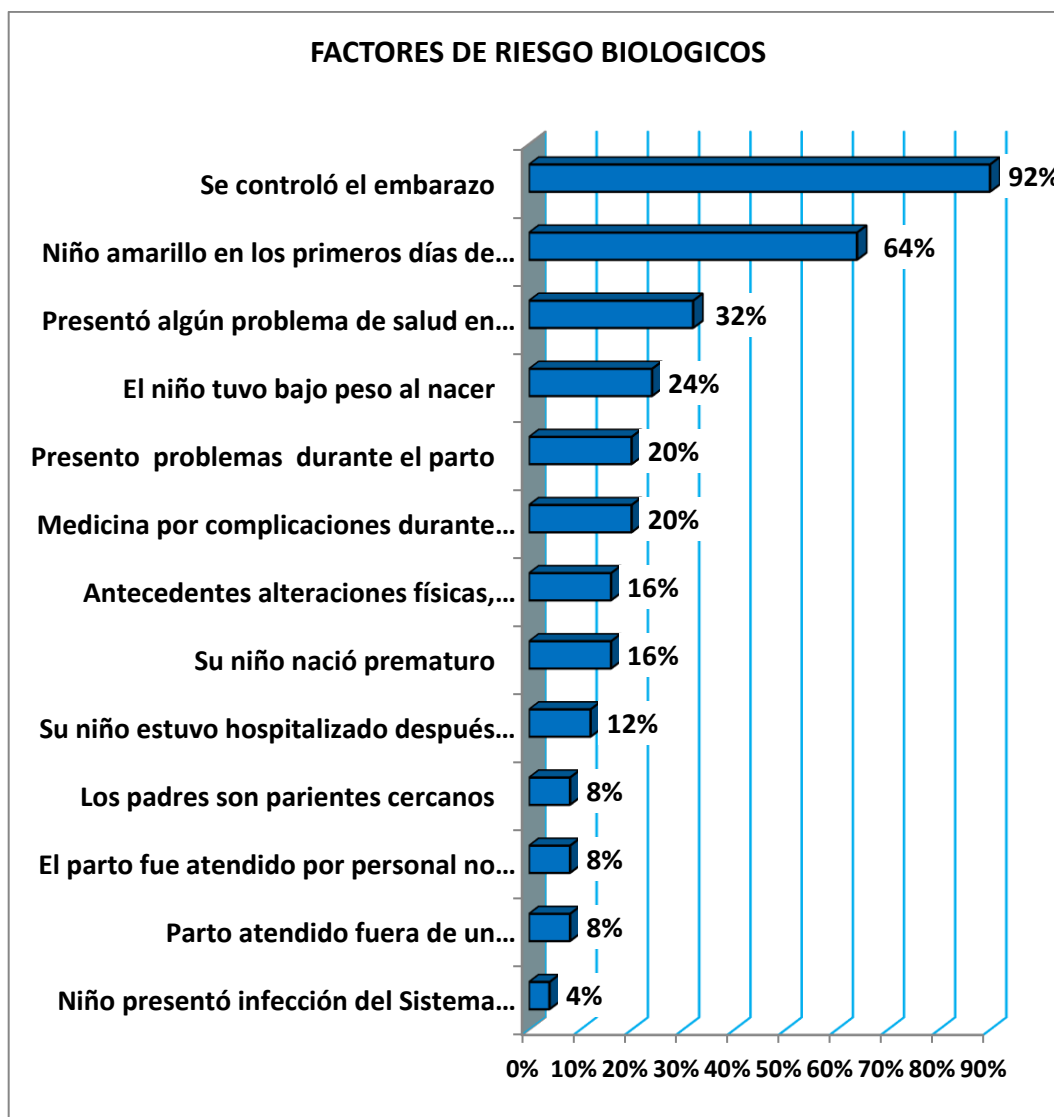
**Figura 05.** Grado de riesgo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al grado de riesgo del niño, se encontró que el 76% (19 niños) se encuentran sin riesgo; el 16% (04 niños) se encuentran en riesgo moderado y el 8% (19 niños) se encuentran sin riesgo.

**Tabla 06.** Factores de riesgo biológico del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Se controló el embarazo.	23	92%
Niño amarillo en los primeros días de vida.	16	64%
Presentó algún problema de salud en el embarazo.	8	32%
El niño tuvo bajo peso al nacer.	6	24%
Medicina por complicaciones durante el embarazo.	5	20%
Presento problemas durante el parto.	5	20%
Su niño nació prematuro.	4	16%
Antecedentes alteraciones físicas, mentales o desarrollo.	4	16%
Su niño estuvo hospitalizado después nacimiento.	3	12%
Parto atendido fuera de un establecimiento de Salud.	2	8%
El parto fue atendido por personal no profesional.	2	8%
Los padres son parientes cercanos.	2	8%
Niño presentó infección del Sistema Nervioso Central.	1	4%

Fuente: Anexo 01.



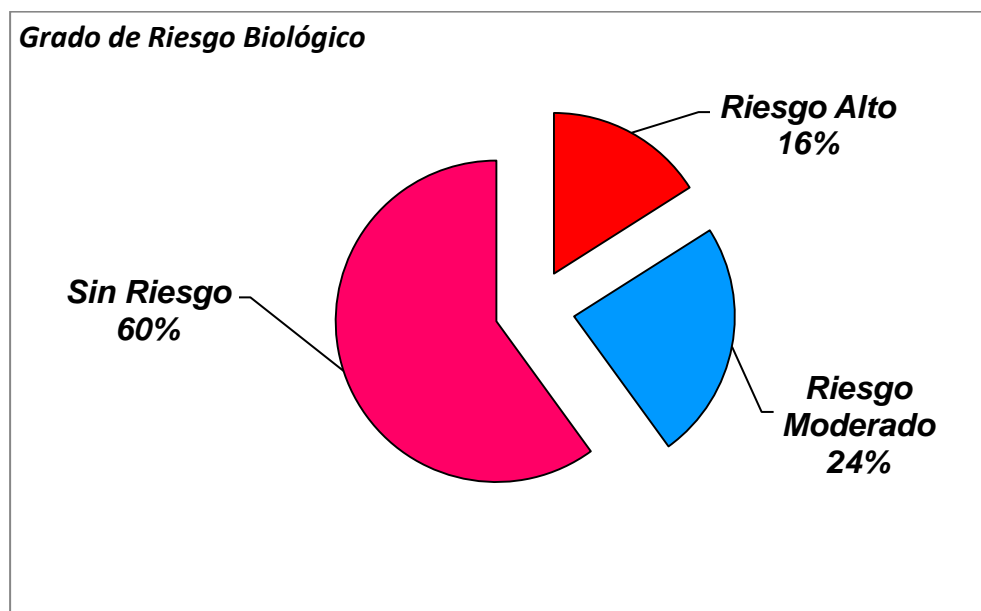
**Figura 06.** Factores de riesgo biológico del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

En la presente tabla en relación a los factores de riesgo biológicos, se puede observar que en mínimos porcentajes se encuentran: Su niño estuvo hospitalizado después nacimiento 12%, Parto atendido fuera de un establecimiento de Salud, parto fue atendido por personal no profesional, los padres son parientes cercanos, en un 8% respectivamente.

**Tabla 07.** Grado de riesgo biológico del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Grado de Riesgo Biológico	Frecuencia	%
Riesgo Alto	4	16%
Riesgo Moderado	6	24%
Sin Riesgo	15	60%
Total	25	100%

Fuente: Anexo 01.



**Figura 07.** Grado de riesgo biológico del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

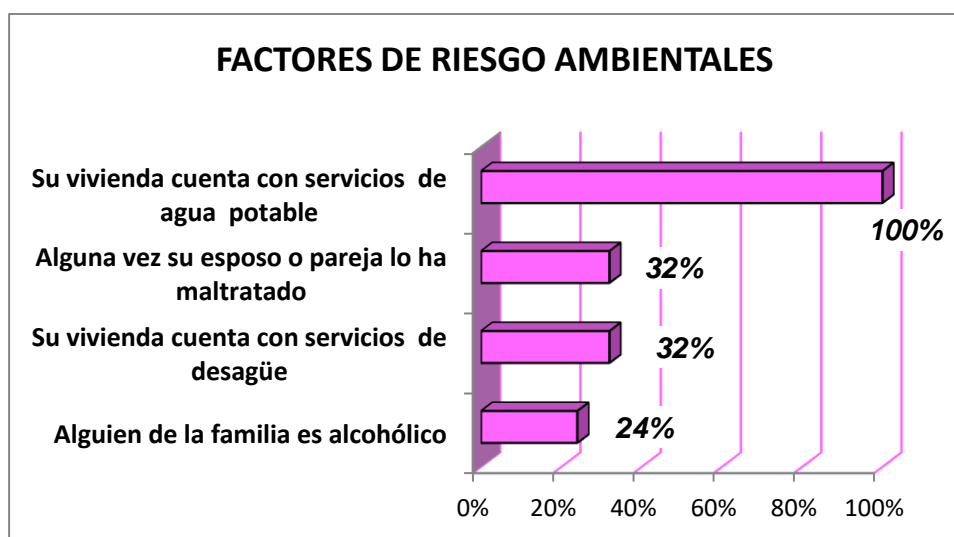
Respecto al grado de riesgo biológico del niño, se encontró que el 60% (15 niños) se encuentran sin riesgo; el 24 % (06 niños) se encuentran con riesgo moderado y el 16% (04 niños) se encuentran en alto riesgo.



**Tabla 08.** Factores de riesgos ambientales del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES	Frecuencia	%
Su vivienda cuenta con servicios de agua potable.	25	100%
Su vivienda cuenta con servicios de desagüe.	8	32%
Alguna vez su esposo o pareja lo ha maltratado.	8	32%
Alguien de la familia es alcohólico.	6	24%

Fuente: Anexo 01.



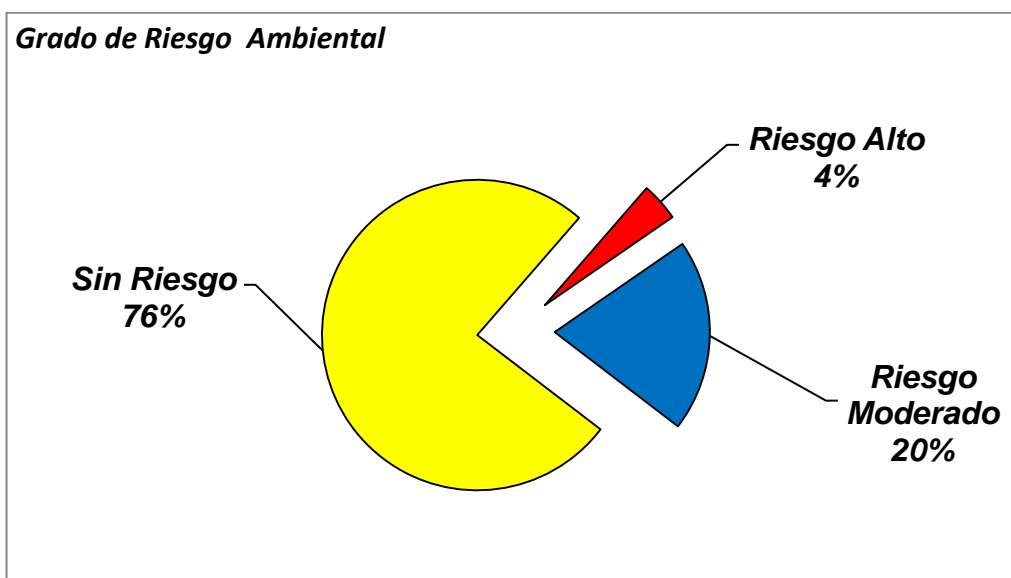
**Figura 08.** Factores de riesgos ambientales del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto a los factores de riesgos ambientales del niño, se encontró que el 100% (25 familias) tienen agua potable; el 32% (08 mujeres) han sufrido violencia familiar; 32% (08 mujeres) tienen desagüe y el 24% (06 familias) tienen miembros alcohólicos.

**Tabla 09.** Grado de riesgo ambiental del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>Grado de Riesgo Ambiental</b>	Frecuencia	%
<b>Riesgo Alto</b>	1	4%
<b>Riesgo Moderado</b>	5	20%
<b>Sin Riesgo</b>	19	76%
<b>Total</b>	25	100%

Fuente: Anexo 01.



**Figura 09** Grado de riesgo ambiental del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

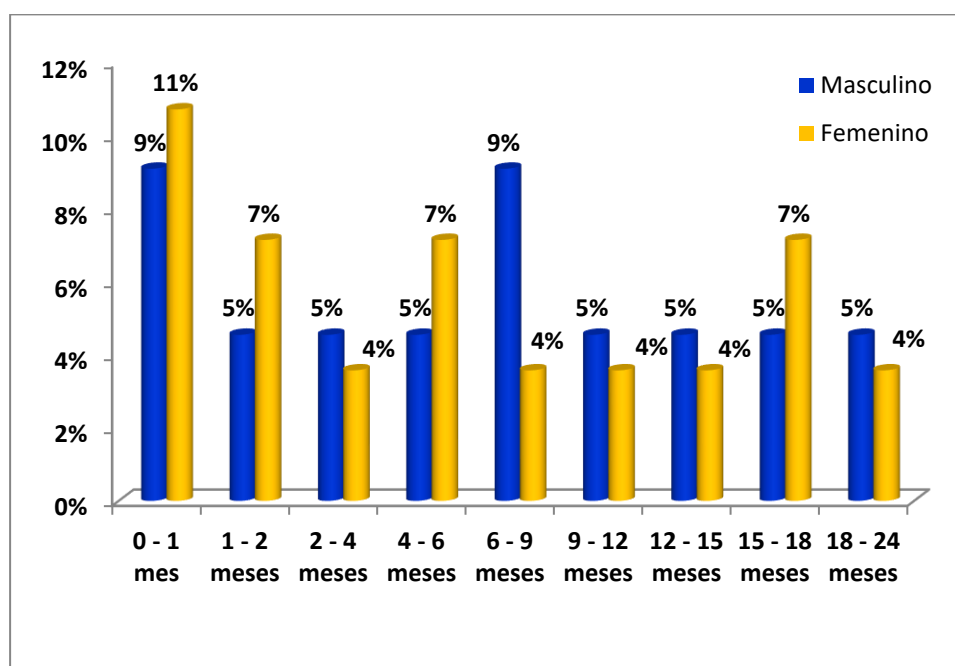
Respecto al grado de riesgo ambiental del niño, se encontró que el 76% (19 niños) están sin de riesgo; el 20% (05 niños) tienen riesgo moderado y el 4 % (01 niño) se encuentran en alto riesgo ambiental.

### 3.1.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS NIÑOS

**Tabla 10.** Edad del niño por sexo, menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Edad de los niños	Masculino	Femenino	Total Porcentaje	Frecuencia Varones	Frecuencia Mujeres	Total frecuencia
00 - 01 mes	9%	11%	20%	2	3	5
01 - 02 meses	5%	7%	12%	1	2	3
02 - 04 meses	5%	4%	8%	1	1	2
04 - 06 meses	5%	7%	12%	1	2	3
06 - 09 meses	9%	4%	13%	2	1	3
09 - 12 meses	5%	4%	8%	1	1	2
12 - 15 meses	5%	4%	8%	1	1	2
15 - 18 meses	5%	7%	12%	1	2	3
18 - 24 meses	5%	4%	8%	1	1	2
			100%			25

Fuente: Anexo 02.

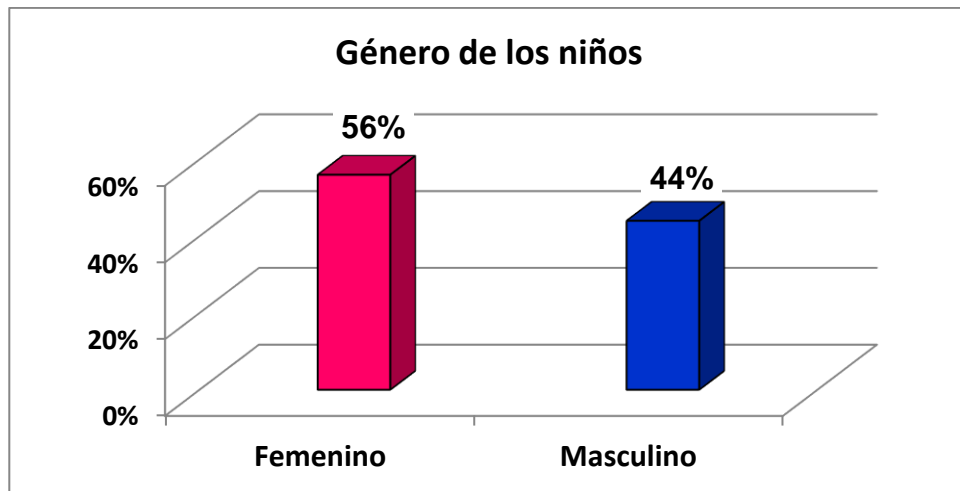


**Figura 10.** Edad del niño por sexo, menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

**Tabla 11.** Edad del niño por sexo, menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>Género de los niños</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Femenino	14	56%
Masculino	11	44%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



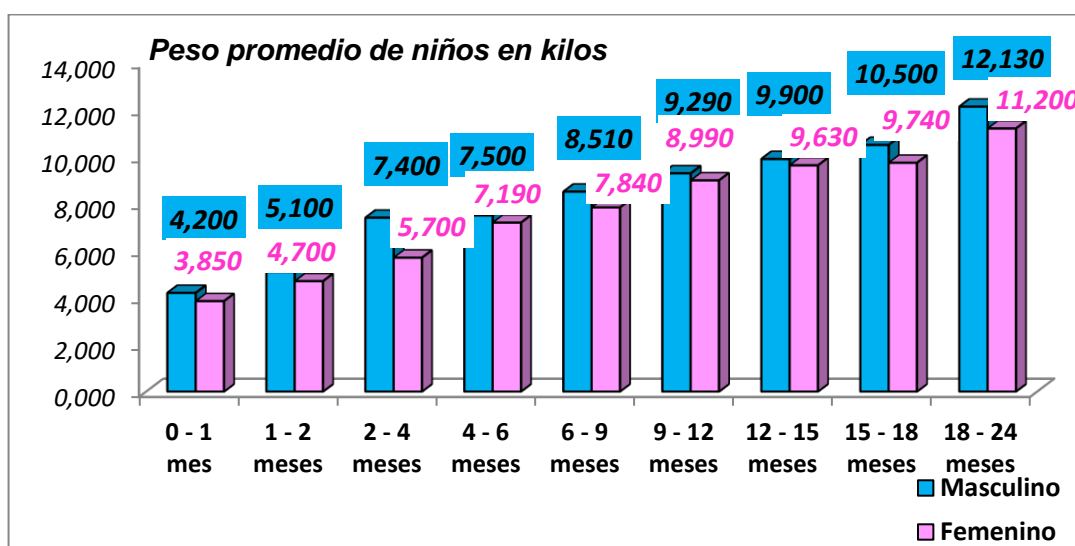
**Figura 11.** Edad del niño por sexo, menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto a la edad de los niños por sexo, se encontró, el 56% (14 niños) son de género femenino y el 44 % (11 niños) son de género masculino.

**Tabla 12.** Peso promedio por edades y sexo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Peso promedio por edades y sexo de los niños en kilos(kg)	Masculino (kg.)	Femenino (kg.)
0 - 1 mes	0.420	0.385
1 - 2 meses	0.510	0.470
2 - 4 meses	0.740	0.570
4 - 6 meses	0.750	0.719
6 - 9 meses	0.851	0.784
9 - 12 meses	0.929	0.899
12 - 15 meses	0.990	0.963
15 - 18 meses	1.010	0.974
18 - 24 meses	1.120	1.012

Fuente: Anexo 02



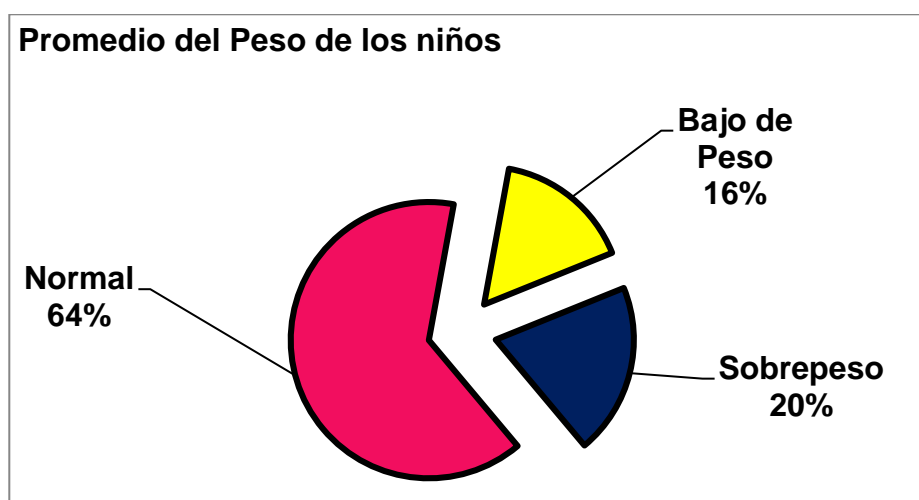
**Figura 12.** Peso promedio por edades y sexo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

### 3.1.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS

**Tabla 13.** Promedio del Peso de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Promedio del Peso de los niños	Frecuencia	%
Sobrepeso	5	20%
Normal	16	64%
Bajo de Peso	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Anexo 02.



**Figura 13.** Promedio del Peso de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al promedio del peso de los niños, se encontró que el 64% (16 niños) tienen su peso normal; el 20% (05 niños) tienen sobre peso y el 16% (04 niños) están bajo de peso.

**Tabla 14.** Valoración del peso de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Valoración del peso de los niños	%	Frecuencia
Adecuado	64%	16
Inadecuado	36%	9
Total	100%	25

Fuente: Anexo 02.



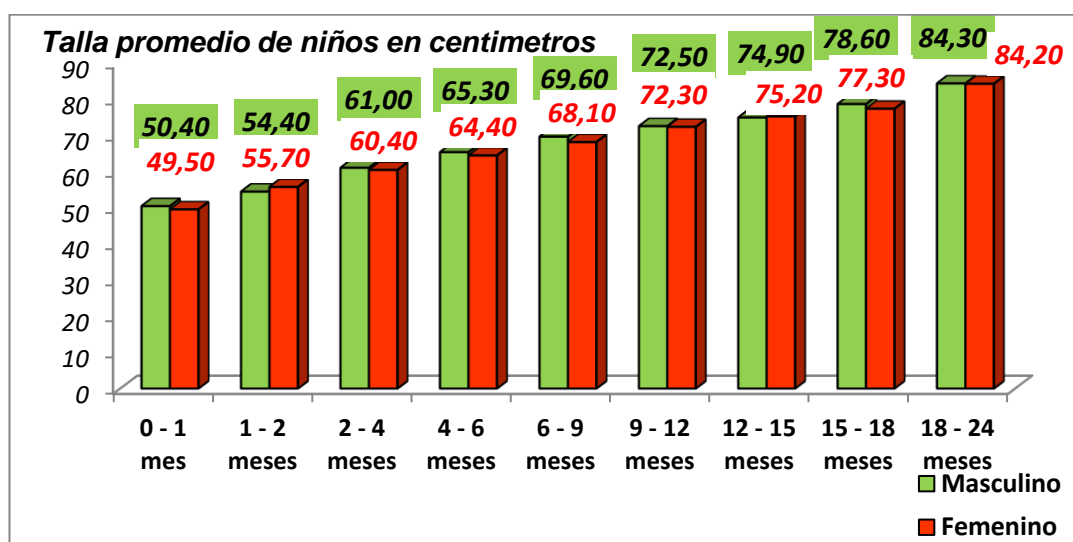
**Figura 14.** Valoración del peso de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto a la valoración del peso de los niños, se encontró que el 64% (16 niños) tienen su peso adecuado y el 36% (09 niños) tienen su peso inadecuado.

**Tabla 15.** Talla promedio por edades y sexo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Talla promedio por edades y sexo de los niños en centímetros (cm)	Masculino	Femenino
0 - 1 mes	50,4	49,5
1 - 2 meses	54,4	55,7
2 - 4 meses	61,0	60,4
4 - 6 meses	65,3	64,4
6 - 9 meses	69,6	68,1
9 - 12 meses	72,5	72,3
12 - 15 meses	74,9	75,2
15 - 18 meses	78,6	77,3
18 - 24 meses	84,3	84,2

Fuente: Anexo 02.



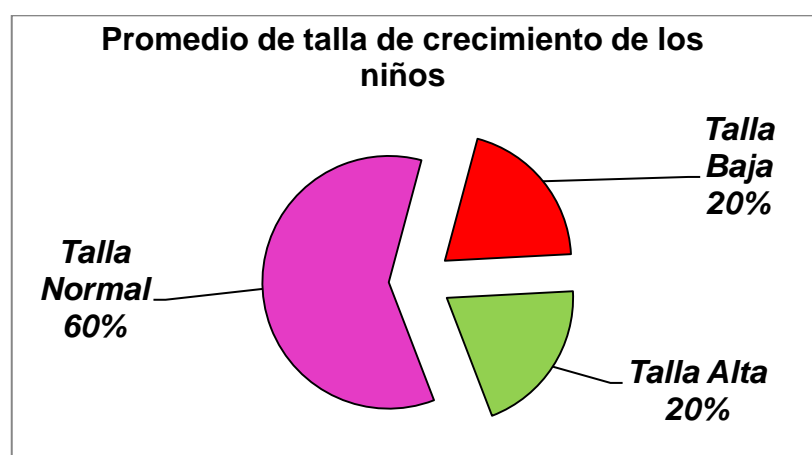
**Figura 15.** Talla promedio por edades y sexo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.



**Tabla 16.** Promedio de talla de crecimiento de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>Promedio de talla de crecimiento de los niños</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Talla Alta	5	20%
Talla Normal	15	60%
Talla Baja	5	20%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



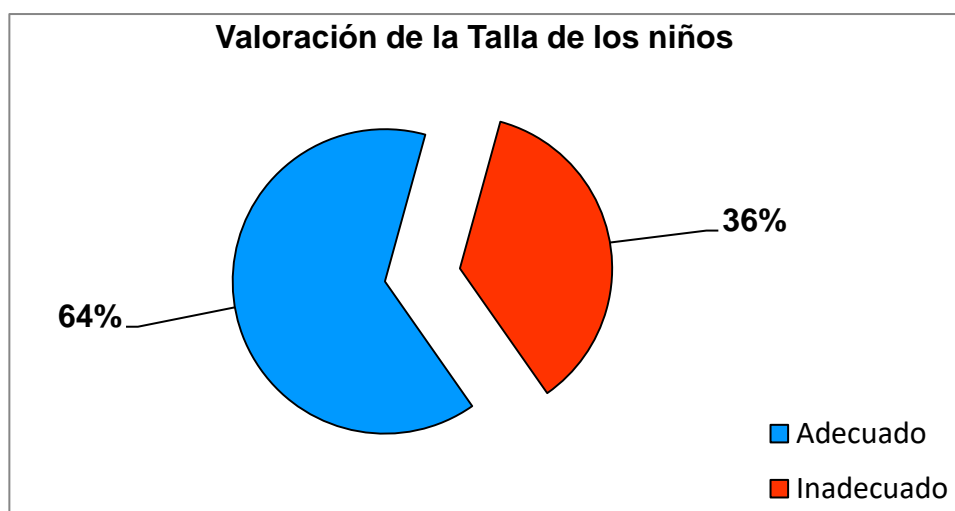
**Figura 16.** Promedio de talla de crecimiento de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al promedio de talla de crecimiento de los niños, se encontró que el 60% (15 niños) talla normal; el 20% (05 niños) talla alta y el 20% (05 niños) talla baja.

**Tabla 17.** Valoración de la Talla de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Valoración de la Talla de los niños	%	Frecuencia
Adecuado	64%	16
Inadecuado	36%	9
Total	100%	25

Fuente: Anexo 02.



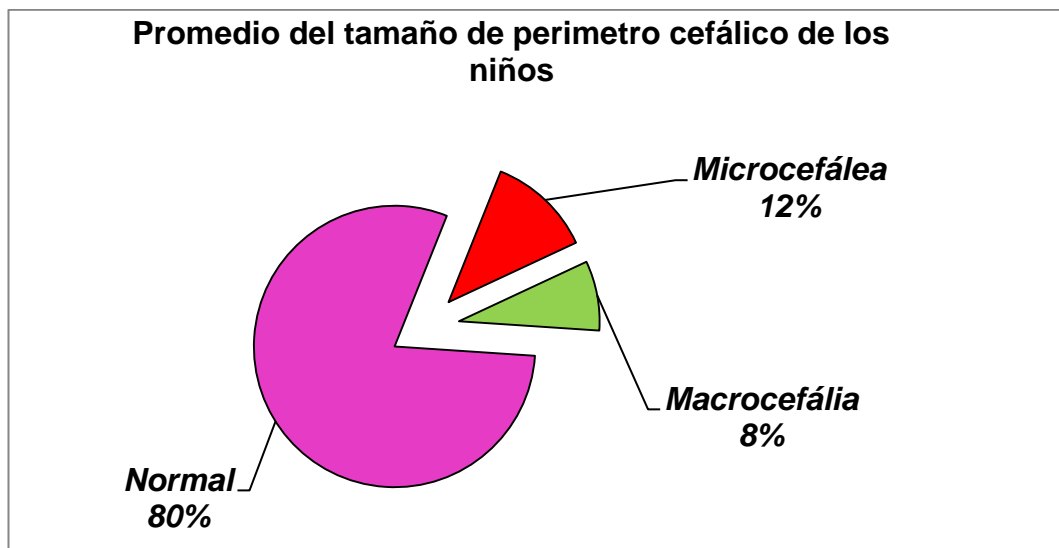
**Figura 17.** Valoración de la Talla de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto a la valoración de la talla de los niños, se encontró que el 64% (16 niños) tienen talla adecuada y el 36 % (09 niños) tienen talla inadecuada.

**Tabla 18.** Promedio del tamaño de perímetro cefálico de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Promedio del tamaño de perímetro cefálico de los niños	Frecuencia	%
Talla Alta	2	8%
Talla Normal	20	80%
Talla Baja	3	12%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



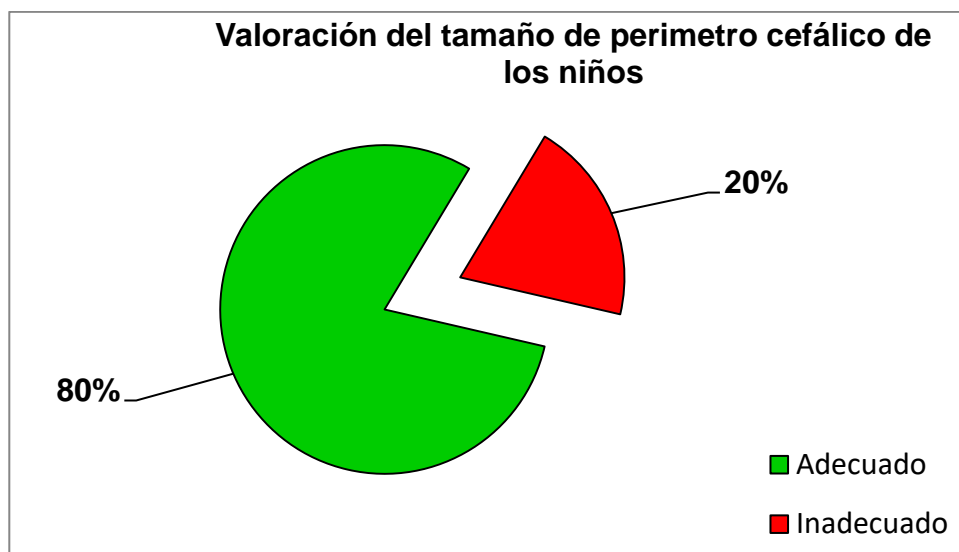
**Figura 18.** Promedio del tamaño de perímetro cefálico de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al promedio del tamaño de perímetro cefálico de los niños, se encontró que el 80% (20 niños) tiene tamaño normal; el 12% (03 niños) tamaño microcefalia y el 08% (02 niños) tienen macrocefalia.

**Tabla 19.** Valoración del tamaño de perímetro cefálico de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

<b>Valoración del tamaño de perímetro cefálico de los niños</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
Adecuado	80%	20
Inadecuado	20%	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>

Fuente: Anexo 02.



**Figura 19.** Valoración del tamaño de perímetro cefálico de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

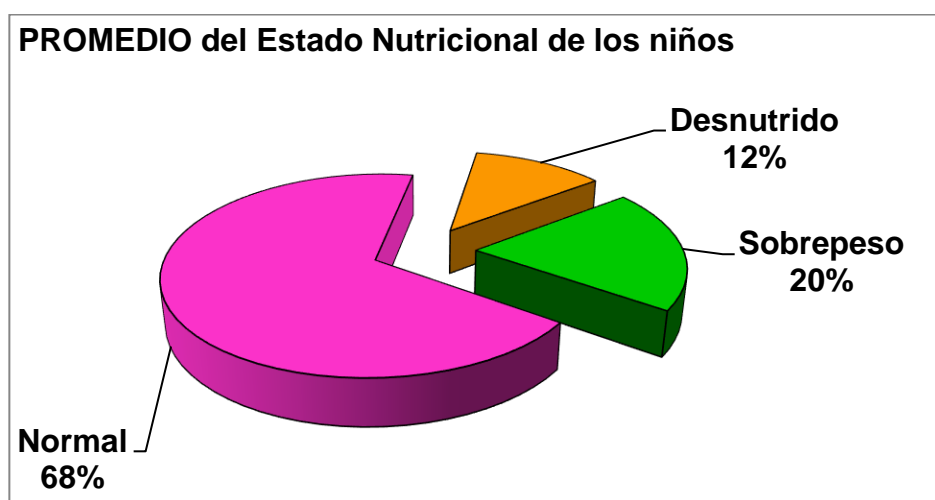
Respecto a la valoración del tamaño de perímetro cefálico, se encontró que el 80% (20 niños) tiene tamaño adecuado; el 20% (05 niños) tamaño inadecuado.

### 3.1.1.5. CARACTERISTICAS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS.

**Tabla 20.** Promedio del Estado Nutricional de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Promedio del Estado Nutricional de los niños	Frecuencia	%
Sobrepeso	5	20%
Normal	17	68%
Desnutrido	3	12%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



**Figura 20.** Promedio del Estado Nutricional de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al promedio del Estado Nutricional de los niños, se encontró que el 68% (17 niños) tienen peso normal, el 20% (05 niños) tienen sobrepeso y el 12% (03 niños) están desnutridos.

**Tabla 21.** Situación de los niños con respecto a sus vacunas menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Situación de los niños con respecto a sus vacunas	%	Frecuencia
Vacunas completas	80%	20
Vacunas incompletas	20%	5
Total	100%	25

Fuente: Anexo 02.



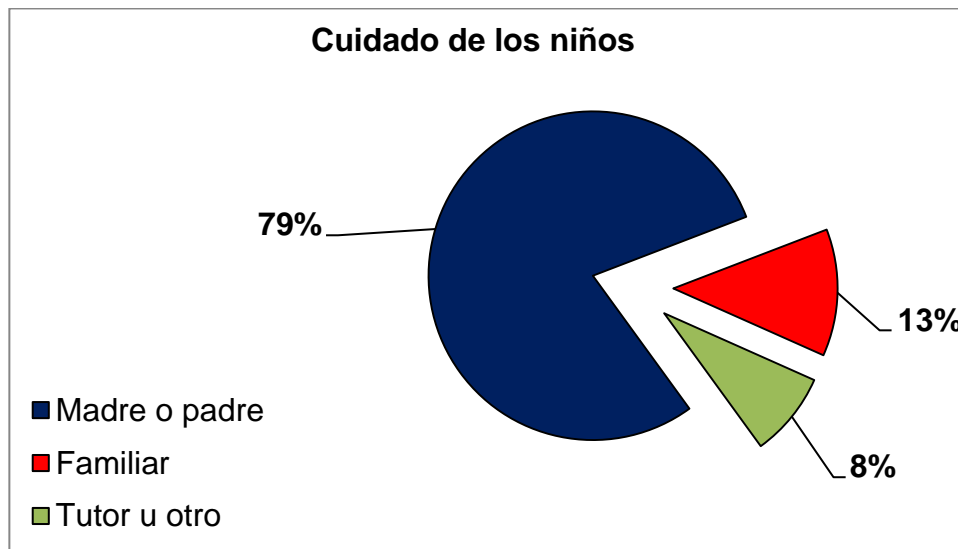
**Figura 21.** Situación de los niños con respecto a sus vacunas menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto a la situación de los niños, se encontró que el 80% (20 niños) tienen las vacunas completas; el 20% (05 niños) no tienen las vacunas completas.

**Tabla 22.** Cuidado de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Cuidado de los niños	Frecuencia	%
Madre o padre	19	79%
Familiar	3	13%
Tutor u otro	2	8%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



**Figura 22.** Cuidado de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

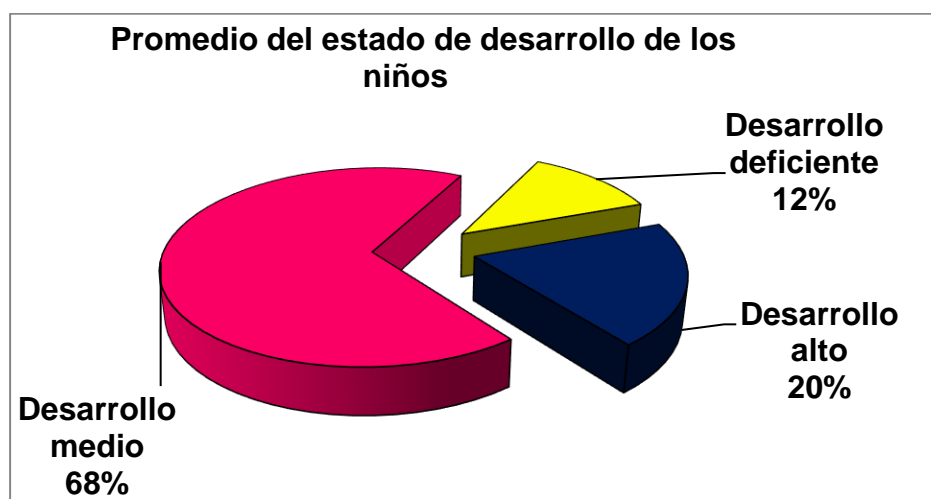
Respecto al cuidado de los niños menores, se encontró que el 79% (19 niños) son cuidados por mamá o papá; el 13% (03 niños) son cuidados por un familiar y el 08 % (02 niños) son cuidados por tutor u otro.

### 3.1.1.6. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS

**Tabla 23.** Promedio del Estado de Desarrollo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Promedio del Estado de Desarrollo de los niños	Frecuencia	%
Desarrollo alto	5	20%
Desarrollo medio	17	68%
Desarrollo deficiente	3	12%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02.



**Figura 23.** Promedio del Estado de Desarrollo de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Respecto al promedio del Estado de Desarrollo de los niños, se encontró que el 68% (17 niños) tienen un desarrollo medio; el 20% (5 niños) tienen un desarrollo alto y el 12% (3 niños) no cumplen con su práctica asistencial.



### 3.1.2. ANALISIS INFERENCIAL

**Tabla 24.** Análisis de la relación entre los factores de riesgo y el crecimiento y desarrollo, de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

CORRELACIONES		CRECIMIENTO Y DESARROLLO
RIESGO	<i>Correlación de Pearson</i>	<b>-0.878</b>
	<i>Sig. (bilateral)</i>	<b>0,000</b>

*Fuente: Propia*

**$p= 0.000$  ( $p<0.05$ )**

#### INTERPRETACION:

De la tabla N° 24, se aprecia los resultados respecto a la relación entre los factores de riesgo y el crecimiento y desarrollo, tenemos que estos criterios presentan dependencia significativa positiva:  $p= 0.000 < 0.05$ ; además el signo negativo nos indica que cuando aumenta los factores de riesgo, disminuye el crecimiento y desarrollo de los niños.

**CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS.** La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

**Hi:** Los factores de riesgo influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

**Ho:** Los factores de riesgo no influyen en el crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

Del análisis inferencial Tabla N° 24, se obtuvo que el valor de la probabilidad fue de ( $p=0.000$ ), observándose que este valor es menor que el punto crítico establecido ( $p < 0.05$ ):

Con este resultado  $p= 0.000 < 0.05$ , también podemos concluir que se ACEPTA la Hipótesis de Investigación ( $H_i$ ) y se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_o$ ).

### 3.2. DISCUSION

Los resultados de nuestra investigación con respecto al promedio del Estado Nutricional de los niños, se encontró que el 68% tienen peso normal, el 20% tienen sobrepeso y el 12 % están desnutridos.

Con respecto al estado de desnutrición de nuestra investigación, es menor a los encontrados en los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud – OMS en el año 2008, donde se refieren que el estado nutricional en niños menores de 05 años de edad, en el Perú la prevalencia de desnutrición crónica, según el patrón de referencia OMS<sup>(34)</sup>, fue de 17,7% (IC95%: 16,0 - 19,6).

El informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI <sup>(35)</sup>, del año 2014, da cuenta respecto a la desnutrición mediante el Informe del Estado nutricional de la población 2011; la cifra de desnutrición crónica ha pasado de 19,0% (IC 95% 16,1-22,3) a 17,7% (16,0–19,6).

Con respecto a nuestros resultados reportados en la Tabla 12: Peso promedio de los niños en kilos por edades y sexo; de la Tabla 15: Talla promedio de los niños en centímetros (cm) por edades, podemos aseverar que nuestros valores guardan cierta similitud reportados por la investigadora Doris Álvarez Dongo y Carolina Tarqui Mamani <sup>(34)</sup>, en su informe denominado “Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013”, realizado por el Ministerio de Salud, en la Tabla N°10, presentan los valores de los pesos y tallas de miembros del hogar menores a 24 meses.

**MEDIANAS DE PESO Y TALLA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES POR SEXO. 2012-2013, PERÚ**

Meses	Varón		Mujer	
	Peso (kg)	Talla (cm)	Peso (kg)	Talla (cm)
1	4,3	50,5	4,00	53,5
2	5,2	54,6	4,70	56,8
3	7.51	61.0	5.80	58.2
4	7.54	64.4	6.25	61.4
5	8.07	65.3	7.11	64.4
6	7.86	66.5	7.19	65.2
7	8.69	68.7	8.27	68.1
8	8.92	69.7	7.84	66.4
9	9.12	69.5	8.45	69.2
10	9.35	72.9	8.18	71.0
11	9.73	72.0	9.13	72.3
12	9.63	74.2	8.68	73.6
13	9.29	74.9	10.38	75.2
14	10.13	74.9	9.67	75.2
15	9.97	76.0	9.63	76.8
16	10.55	77.2	9.19	74.7
17	9.25	78.6	9.74	76.2
18	10.23	80.2	10.01	78.8
19	11.12	79.6	10.30	80.2
20	10.99	81.4	10.45	80.3
21	10.51	81.2	11.24	81.4
22	11.41	85.0	12.00	85.0
23	11.59	84.3	11.65	84.2

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) <sup>(36)</sup> y Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2010), el Perú es el país de América del Sur con la mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas de 0 a 5 años. Sin embargo, en los últimos 09 años se han producido mejoras. A nivel nacional, la tasa de desnutrición crónica (Parámetro NCHS) se redujo de 25% a 18%, la cual se debe, fundamentalmente, a la disminución en las áreas menos favorecidas del país.

Con respecto a estos resultados favorables de disminución de la desnutrición infantil se puede inferir, aunque no es posible establecer relaciones directas de causalidad que ello se debe a los programas sociales que se han implementado desde años atrás tales como el programa Juntos, la estrategia Crecer y complementación alimentaria.

Respecto al grado de riesgo del niño, se encontró que el 76% (19 niños) se encuentran sin riesgo; el 16% (04 niños) se encuentran en riesgo moderado y el 8% (19 niños) se encuentran sin riesgo. Si sumamos los niños que se encuentran con riesgo moderado y riesgo alto se tiene 24% (23 niños) en total que se encuentran en riesgo de retraso en el desarrollo.

Estos resultados se asemejan a los citados por Figueiras (2007) <sup>(26)</sup> et. en su obra "Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AEIPI, donde Halpern et. al (2000) <sup>(27)</sup>, han evaluado a 1,363 niños de 12 meses escogidos de manera aleatoria de un universo de 5,304 niños nacidos en hospitales de Pelotas en 1993, detectaron 463 (27%) de ellos con riesgo de retraso en el desarrollo.

Figueiras y colaboradores (2001) <sup>(28)</sup>, evaluaron a 82 niños menores de 02 años en el archipiélago de Combú, en Pará, y detectaron 37% con riesgo de sufrir algún problema de desarrollo.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegaron a las siguientes conclusiones asociados a los objetivos:

- En cuanto a la edad de las madres, se encontró que el 48% (12 madres) tienen edades entre 16 a 29 años, el 32,0% (08 madres), entre 30 a 39 años, el 16,0% (04 madres) entre 40 a 49 años y 4% (01 mamá) con 50 o más años.
- Respecto grado de Instrucción de las madres, se encontró que el 68 % (17 mamás) tiene secundaria; el 28 % (07 mamás) tiene educación superior y 4% (01 mamá) tiene primaria.
- Respecto al estado civil de las madres, se encontró que el 36% (09 mamás) son casadas, el 24 % (06 mamás) son convivientes, el 20% (05 mamás) son solteras; el 16 % (04 mamás) son divorciadas y el 4 % (01 mamá) son viudas.
- Respecto a la situación laboral de las madres, se encontró que el 56 % (14 mamás) si trabajan y el 44% (11 mamás) no trabajan.
- Respecto al grado de riesgo del niño, se encontró que el 76% (19 niños) se encuentran sin riesgo; el 16% (04 niños) se encuentran en riesgo moderado y el 8% (19 niños) se encuentran sin riesgo.

- Respecto al promedio del Estado Nutricional de los niños, se encontró que el 68% (17 niños) tienen peso normal, el 20% (05 niños) tienen sobrepeso y el 12 % (03 niños) están desnutridos.
  
- Respecto al promedio del Estado de Desarrollo de los niños, se encontró que el 68% (03 niños) tienen un desarrollo medio; el 20% (05 niños) tienen un desarrollo medio y el 12 % (03 profesionales) no cumplen con su práctica asistencial.

## RECOMENDACIONES

- Hoy tenemos conocimiento que las alteraciones en el estado nutricional de la primer infancia (principalmente la desnutrición), impactan directamente sobre el desarrollo cognitivo de los menores, con efectos negativos sobre el proceso de aprendizajes y rendimiento básico escolar por tanto es indispensable intervenir de forma contundente las actividades y acciones para mejorar esta situación de prevalencia.
- Se sugiere a las autoridades de la Institución, priorizar las intervenciones sanitarias en los niños menores de dos años, que incluya la mitigación, reducción y/o eliminación de riesgos que influyen en el crecimiento y desarrollo de los menores.
- Se sugiere que se ponga énfasis en la evaluación y control prenatal de las madres principalmente primerizas, así como desarrollar capacidades de atención y alimentación del recién nacido y niño menor de 24 meses.
- Se sugiere a las autoridades sanitarias el monitoreo y la evaluación de los programas sociales implementados por el Estado para reorientarlos, priorizando los principales problemas alimentario-nutricionales y grupo etario en la población para mejorar el estado nutricional de la población de la primera infancia y de las mujeres embarazadas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilar M. Bernardo. Lineamientos Generales para la evaluación de la calidad de la atención y educación de la Primera Infancia en la Amazonía. El Derecho a un buen comienzo. Fundación Bernard Van Leer. Organización de los Estados Americanos. 2015. Disponible en: <https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Temas%20%20Proyectos%20%20Actividad%20%20Documento/Attachments/391/6.%20Informe%20final%20sobre%20lineamientos%20para%20la%20construcci%C3%B3n%20de%20indicadores%20de%20calidad.pdf>.
2. Fraser Mustard, J. Desarrollo de la primera infancia y del cerebro basado en la Experiencia – Bases científicas de la importancia del desarrollo de la primera infancia en un mundo globalizado. Toronto Canadá. 2006.
3. Rutter, Michael y Marjorie. Desarrollando Mentes: Desafío y Continuidad A Través de la Vida. Nueva York: Harper Collins, 1993.
4. Begley, Sharon. "El cerebro de su hijo". Newsweek. 19 de Febrero de 1996, pag, 55-61 .
5. En Colombia. Factores Determinantes del Crecimiento y Desarrollo. Dsiponible en: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/menor/factoresdeterminantes/#sthash.louZQS5X.dpuf>
6. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane

- Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <https://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Rivera JA, González-Cossio T, Flores M, Romero M, Rivera M, Téllez-Rojo MM, et al. La suplementación con múltiples micronutrientes aumenta el crecimiento de los lactantes mexicanos. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74: 657 - 63.
  8. INEI - UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado de la Niñez en el Perú. Resumen ejecutivo. Lima, Perú. 2008.
  9. MINSA. Ministerio de Salud. Normas de atención del niño menor de cinco años. Lima, Perú. 2006.
  10. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Lima, Perú. 2012.
  11. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Lima, Perú. 2011.
  12. MIMP, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Investigación sobre condiciones de vida de las niñas y niños de 0 a 3 años. . Lima, Perú. 2011.
  13. Torres Serrano, Alejandra del Rosario. Crecimiento y desarrollo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.* México. 2002. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2\\_4f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4f.pdf).

14. Souza Juliana de Martins. Desarrollo del Niño en la NANDA - I y Clasificación Internacional para las Prácticas de Enfermería Clasificaciones de Enfermería. Conocimiento de la Enfermería. 2013; 24: 44-8.
15. María Antonia López Romero. Equivalencia entre diagnósticos de la taxonomía NANDA-I y el sistema unificado de lenguaje CIPE: una aproximación a la armonización del lenguaje enfermero. Madrid. España. 2016.
16. Muzzo B. Santiago. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. Santiago de Chile. 2003. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182003000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000200003)
17. Tanner, J.M., Healy, M.J.R., Lockhart, R.D., Mackenzie, J.D., Whitehouse, R.H. La predicción de medidas de cuerpos adultos a partir de medidas tomadas cada año desde el nacimiento hasta 5 años. Arch Dis Child 1956; 31: 372 - 76.
18. Polani, P.E. Influencias cromosómicas y otras influencias genéticas sobre la variación del peso al nacer. En: Tamaño al nacer. Amsterdam, Simposio de la Fundación CIBA, ASP. 1974.
19. Alcázar, M.L., Alvear, J., Muzzo, S. Influencia de la nutrición en el desarrollo óseo del niño. Arch Latinoamericano de Nutrición 1984;34;298-307.
20. Craviotto, J. Modificación postnatal del fenotipo causada por la desnutrición. Gaceta Médica. México. 1968;98: 523-29.

21. Monckeberg, F., Donoso, G., Valiente, S., Maccioni, A., Merchack, N., Arteaga, A., Oxman, S., Lacassie, Y. I. Condiciones de vida, medio familiar y examen clínico y bioquímico de lactantes y pre-escolares de la provincia de Curicó. *Rev Chilena Pediatr* 1967;38: 499-504.
22. Graham, G. Efecto de la desnutrición infantil sobre el crecimiento. *Fed Proc* 1967; 26: 489.
23. Alcázar, M.L., Alvear, J., Muzzo, S. Influencia del estado nutritivo en la maduración ósea. *Arch Latinoam Nutr* 1984;34:298-307.
24. Dreizen, S., Stone, R, Spies, T. Influencia de la desnutrición crónica sobre el crecimiento óseo en niños. *Post Graduate Med* 1961, 29: 18-24.
25. Hagg, V., Toranger, I. Etapas esqueléticas de la mano y la muñeca como indicadores del crecimiento puberal. *Acta Odontológica Scand.* 1980; 38: 187.
26. Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS. 2007.
27. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Factores de riesgo para sospechar de atraso no desarrollo neuropsicomotor a 12 meses de vida. *J Pediatr* 2000; 76 (6): 421 – 28
28. Figueiras ACM; Souza ICN; Pedromónico MR; Ventas LMM; Brito RHE; Magno MMM. Evaluación del desarrollo de los niños hasta 2 años de edad. Archipiélago de Combu. *Revista Médica.* 2001; 15 (3): 39.
29. Suplemento II - Resumen del 4º Congreso Nacional de Pediatría-

Región Norte de la Sociedad Brasileña de Pediatría / I Congreso Paraense de Atención Multidisciplinar del Niño; Belém.

29. Psicología del Desarrollo: principales teorías y autores. Disponible en:  
<https://psicologiaymente.net/desarrollo/psicologia-desarrollo-teorias>.
30. OPS/OMS. Programa de salud familiar y comunitaria; salud del niño y del adolescente. Tierra Mía, Santiago de Chile. 2002.
31. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 Años) En El Contexto del AIEPI, Washington, D.C. 2011.
32. Quevedo Saldaña, Dorita Ayde. Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años Centro Materno Infantil Tablada de Lurín Lima - 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, Lima, Perú: 2015.
33. Souza Juliana de Martins. Desarrollo del Niño en la NANDA - I y Clasificación Internacional para las Prácticas de Enfermería Clasificaciones de Enfermería. Conocimiento de la Enfermería. 2013.
34. Álvarez Dongo, Doris. Tarqui Mamani Carolina. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013. Disponible en:  
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu\\_vigi\\_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf).
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Evolución de la pobreza monetaria 2007-2012 [internet]. Lima: INEI; 2013 [Citado el 10 de febrero de 2014]. Disponible en:

[http://www.inei.gob.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/pobreza\\_informetecnico2013\\_1.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf).

36. Organización de Naciones Unidas (ONU) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2010) Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2009, Santiago de Chile.
37. Segundo Informe Anual de avances del Plan Nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021.
38. Whaley, L. Tratado de Enfermería Pediátrica. Ed. Limusa. México. D.F; 1995.
39. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Crecimiento y Desarrollo. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Washington; 1994
40. Rossana Gómez Campos, Miguel Arrudaa, Cristian Luarte Rochac, Camilo Urra Albornozd, Alejandro Almonacid Fierro y Marco Cossio Bolañose. Enfoque teórico del crecimiento físico de niños y adolescentes. Pamplona. España. 2016.
41. Malina RM, Bouchard C. Crecimiento, maduración y actividad física. Champaign, Ill, EE.UU.: Human Kinetics Books; 1991.
42. Waltrick A.C. de A., Duarte M de F. de S. Estudio de las características antropométricas de las escuelas de 7 a 17 años. Rendimiento antropométrico humano. 2000.
43. Cameron N. Patrones de crecimiento en ambientes adversos. Am J Hum Biol. 2007; 19 (5): 615 – 21.

44. Scammon RE. Harris JA, Jackson CM, Paterson DG, Scammon RE. Las medidas del cuerpo en la infancia. La medida del hombre. University of Minnesota. Minneapolis, EE.UU. 1930.
45. Marcondes E. Desarrollo de la infancia: desarrollo biológico: crecimiento. Sociedad Brasileira de Pediatría. Rio de Janeiro, Brasil. 1994.
46. Westwood M, Kramer MS, Munz D, Lovett JM, Watters GV. Crecimiento y desarrollo de los recién nacidos no asfixiados a largo plazo para niños en edad gestacional: seguimiento a través de la adolescencia. Pediatría. 1983; 71 (3): 376 - 82.
47. Romani S. de AM, Lira PIC de. Factores determinantes del crecimiento infantil. Rev Brasileira Saude Mater Infantil. 2004; 4(1): 15-23.
48. Frisancho AR. Adaptación humana: una interpretación funcional. University of Michigan. EE.UU. 1981.
49. Mussen PH, J Conger, Kagan J, Huston AC. Desarrollo y personalidad de la infancia. 3a ed. Traducido por Rosa MLGL. Sao Paulo, Brasil. 1995.
50. Watson, John B. El conductismo Watsoniano. 1913.
51. Bandura, Albert. La Teoría del Aprendizaje Social.
52. Vigotsky, Lev. Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky. Rusia (1896-1934).
53. Freud, Sigmund. Teoría del desarrollo psicosexual y sus cinco etapas.
54. Erikson, Erik. La Teoría del Desarrollo Psicosocial.

55. Mussen PH, J Conger, Kagan J, Huston AC. Desarrollo y personalidad de la infancia. 3a ed. Traducido por Rosa MLGL. Sao Paulo, Brasil. 1995.
56. Quim Pop, Edin Maximiliano. Factores de riesgo que afectan el crecimiento y el desarrollo. [www.edinquim.blogspot.com](http://www.edinquim.blogspot.com) Guatemala. 2013 (2:0). Disponible en:  
<http://psicomate.blogspot.pe/2013/05/factores-de-riesgo-que-afectan-el.html>.
57. MINSA. Ministerio de Salud. Normas de atención del niño menor de cinco años. Lima, Perú. 2006.
58. En Colombia. Factores Determinantes del Crecimiento y Desarrollo. Disponible en:  
<https://encolombia.com/medicina/guiasmed/menor/factoresdeterminantes/#sthash.louZQS5X.dpuf>



# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

**ANEXO N° 01**

**CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO**

**TITULO DE LA INVESTIGACION:** Factores de Riesgo que Influyen en el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador, Lima, 2015.

**INSTRUCCIONES:** Estimada madre le pedimos se sirva responder con veracidad. Le comunicamos que la información obtenida es de carácter confidencial, para fines de la investigación por lo que se le garantiza su privacidad. Gracias por su colaboración

**DATOS GENERALES DE LA MADRE**

- 1) ¿Cuántos años tiene Ud.? -----
- 2) ¿Cuál es su grado de instrucción?
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( )
  - Sin instrucción ( )
- 3) ¿Cuál es su estado civil?
  - Soltera ( )
  - Casada ( )
  - Conviviente ( )
  - Viuda ( )
- 4) Ud. Trabaja?
  - Si ( )
  - No ( )

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS:**

- 5) ¿Se controló el embarazo?
  - Si ( )
  - no ( )
- 6) ¿Presentó algún problema de salud en el embarazo? Por ejemplo infecciones, sangrados, convulsiones, presión alta o se hinchó?
  - Si ( )
  - no ( )
- 7) Tomó alguna medicina por complicaciones durante el embarazo?
  - Si ( )
  - no ( )

- 8) ¿El parto del niño fue atendido fuera de un establecimiento de Salud?  
Si ( ) no ( )
- 9) ¿Presento problemas durante el parto?  
Si ( ) no ( )
- Si la respuesta es sí, que problemas:
- Asfixia intrauterina ( )
  - Hemorragia ( )
  - Fiebre materna ( )
  - Otros. -----
- 10) ¿Su niño nació prematuro?  
Si ( ) no ( )
- 11) ¿Su niño estuvo hospitalizado después del nacimiento?  
Si ( ) no ( )
- 12) ¿El niño tuvo bajo peso al nacer?  
Si ( ) no ( )
- 13) ¿El niño se puso muy amarillo en los primeros días de vida?  
Si ( ) no ( )
- 14) ¿El parto fue atendido por personal no profesional?  
Si ( ) no ( )
- 15) ¿El niño presentó alguna infección del Sistema Nervioso Central: Meningitis, Encefalitis?  
Si ( ) no ( )
- 16) ¿Los padres son parientes cercanos?  
Si ( ) no ( )
- 17) ¿Alguien en la familia (materna o paterna) tiene alteraciones físicas, mentales o del desarrollo?  
Si ( ) no ( )

#### **FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES**

- 18) Su vivienda cuenta con servicios de agua potable?  
Si ( ) no ( )
- 19) Su vivienda cuenta con servicios de desagüe?  
Si ( ) no ( )
- 20) Alguna vez su esposo o pareja lo ha maltratado?  
Si ( ) no ( )
- 21) Alguien de la familia es alcohólico?  
Si ( ) no ( )

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA PEDIATRICA  
SEDE LIMA**

**ANEXO N° 02**

**FICHA DE OBSERVACION CLINICA DE CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS.**

**I. DATOS DEL NIÑO**

- 1) Edad del niño: \_\_\_\_\_
- 2) Sexo: \_\_\_\_\_
- 3) Peso (kg): \_\_\_\_\_
- 4) Talla (cm): \_\_\_\_\_
- 5) Perímetro cefálico : \_\_\_\_\_
- 6) Estado nutricional: \_\_\_\_\_
- 7) Niño(a) protegido con vacunas: si ( ) no ( )
- 8) Persona que cuida al niño: \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE DESARROLLO**

Edad	ACTIVIDADES	SI	NO	Observaciones
0 a 1mes	Reflejo de Moro			
	Reflejo cocleo-palpebral			
	Reflejo de succión			
	Postura: boca arriba, brazos y piernas flexionadas y cabeza lateralizada			
	Manos cerradas			
1 a 2 meses	Vocaliza o emite sonidos.			
	Movimientos de piernas alternados.			
	Sonrisa social.			
	Abre las manos			
2 a 4 meses	Mira el rostro			
	Sigue a un objeto			
	Reacciona a un sonido			
	Eleva la cabeza			

4 a 6 meses	Responde al examinador			
	Agarra objetos			
	Emite sonidos			
	Sostiene la cabeza			
6 a 9 meses	Intenta alcanzar un juguete			
	Lleva objetos a la boca			
	Localiza un sonido			
	Muda de posición activamente (gira).			
9 a 12 meses	Juega a taparse y descubrirse			
	Transfiere objetos entre una mano y otra			
	Duplica sílabas			
	Se sienta sin apoyo			
12 a 15 meses	Imita gestos			
	Pinza superior			
	Produce jerga			
	Camina con apoyo			
15 a 18 meses	Ejecuta gestos a pedido			
	Coloca cubos en un recipiente			
	Dice una palabras			
	Camina sin apoyo			
18 a 24 meses	Identifica dos objetos			
	Garabatea espontáneamente			
	Dice tres palabras			
	Camina para atrás			

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN CRECIMIENTO DESARROLLO  
DEL NIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA**

**SEDE LIMA**

**ANEXO N° 04**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Teniendo conocimiento de la investigación: Factores de Riesgo que influyen en el Crecimiento y Desarrollo del niño menor de dos años que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II – Villa El Salvador - Lima - 2015.

Yo, ....., estoy de acuerdo de participar en la presente investigación, en coordinación con la Enfermera y declaro mediante la presente:

1. Que he sido informado de manera clara y sencilla acerca del presente estudio, así como de su finalidad.
2. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido algún beneficio, por mi participación en la investigación.
3. Que mi participación consistirá en dar a conocer en lo que yo pienso, y aplico en la investigación, el cual se llevara con total confidencialidad.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

-----

Firma del investigador

-----

Firma del participante

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN CRECIMIENTO DESARROLLO  
DEL NIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA**

**SEDE LIMA**

**ANEXO N° 03**

**JUICIO DE EXPERTOS  
CUESTIONARIO DE VALIDACION PARA JUECES SOBRE EL  
INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION**

**I. JUSTIFICACION**

Nombre del experto: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

**II. APRECIACION DEL EXPERTO**

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

**III. DECISION DEL EXPERTO**

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

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:.....

.....

.....  
Firma y Sello