

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



---

**EFICACIA DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO (CRED) EN EL PERFIL DE CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO DEL MENOR DE 01 AÑO, EN LA RED VALLE  
DEL MANTARO 2015 - 2016**

---

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD  
PÚBLICA Y GESTION SANITARIA**

**MAESTRISTA: HORTENSIA RAMIREZ LEANDRO**

**ASESOR: DRA. JUVITA SOTO HILARIO**

**HUANUCO – PERU**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A los niños de Huánuco, que son mi razón  
de hacer mejor mi labor docente.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento especial a mi familia por impulsarme a la superación constante.

A mi asesora por su afán desinteresado de guiarme en la tarea de investigar y  
aprender más.

A mis Maestros de la Escuela de Posgrado de la UNHEVAL, quienes dedicaron  
sus mejores esfuerzos en compartir valiosas experiencias.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento y desarrollo. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio correlacional con 337 niños menores de 1 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016. Se empleó una ficha de recolección de datos. En el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrada de independencia. **Resultados:** El 68,8% (232 niños) recibieron control de crecimiento y desarrollo completo y el 38,6% (130 niños) presentaron crecimiento adecuado y el 81,6% (275 niños) mostraron desarrollo adecuado. Por otro lado, el crecimiento y desarrollo es dependiente del control de crecimiento y desarrollo completo, identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual, evaluación física, vacunación de acuerdo a la edad, entrega de micronutrientes, evaluación del desarrollo psicomotor según edad, consejería: registro de acuerdos, dosaje de hemoglobina, evaluación de la tendencia del crecimiento, evaluación de la alimentación y consejería: registro de factores causales, siendo todas estas relaciones significativas estadísticamente ( $p \leq 0,05$ ). **Conclusiones:** El crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín.

*Palabras clave: crecimiento, desarrollo, control, niño, enfermería.*

## SUMMARY

**Objective:** To determine the effectiveness of growth and development control in the growth and development profile. **Methods:** A correlational study was carried out with 337 children under 1 year of the Red Valle del Mantaro - Junín 2015 - 2016. A data collection form was used. In the inferential analysis the Chi square test of independence was used. **Results:** 68.8% (232 children) received complete growth and development control and 38.6% (130 children) presented adequate growth and 81.6% (275 children) showed adequate development. On the other hand, growth and development is dependent on the control of growth and complete development, identification of signs of alarm and presence of current disease, physical evaluation, vaccination according to age, delivery of micronutrients, assessment of psychomotor development according to age, counseling: registration of agreements, hemoglobin dosage, evaluation of the growth trend, evaluation of diet and counseling: registration of causal factors, all of which are statistically significant ( $p \leq 0.05$ ). **Conclusions:** The growth and development of the child under 1 year old is dependent on the growth and development control of the Red Valle del Mantaro - Junín.

**Keywords:** *growth, development, control, child, nursing.*

## INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	iv
SUMMARY .....	v
INTRODUCCIÓN .....	viii

### **CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Fundamentación del problema de investigación .....	10
1.2. Justificación.....	16
1.3. Importancia o propósito.....	17
1.4. Limitaciones .....	18
1.5. Formulación del problema de investigación general y específicos .....	18
1.6. Formulación de objetivos generales y específicos .....	19
1.7. Formulación de hipótesis generales y específicas .....	20
1.8. Variables .....	20
1.9. Operacionalización de variables .....	21
1.10. Definición de términos operacionales.....	23

### **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes .....	24
2.2. Bases teóricas.....	28
2.3. Bases conceptuales .....	37

### **CAPÍTULO III. METODOLOGIA**

3.1. Ámbito.....	40
3.2. Población .....	40
3.3. Muestra .....	41
3.4. Nivel y tipo de estudio .....	43
3.5. Diseño de investigación .....	43
3.6. Técnicas e instrumentos .....	44
3.7. Validación y confiabilidad del instrumento.....	44
3.8. Procedimiento .....	45
3.9. Tabulación.....	46

**CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

4.1. Análisis descriptivo.....	47
4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis.....	65
4.3. Discusión de resultados .....	68
4.4. Aporte de la investigación .....	71
CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS .....	73
BIBLIOGRAFÍA .....	74
ANEXOS .....	79

## INTRODUCCION

El Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño constituye una de las actividades más importantes de la consulta del niño de Atención Primaria, tanto por su repercusión sobre la población como por la cantidad de recursos que consume, especialmente tiempo de consulta. Este programa habitualmente consiste en la evaluación repetida del niño y tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud. Dos de sus pilares básicos son la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (inmunizaciones, intervenciones de cribado y detección precoz de problemas de salud). Además, no se trata de un programa estanco, sino que debe adaptarse a las características de cada niño y de su familia, así como al nivel sociocultural de la población a la que se encuentra dirigido (1).

La intervención del control de crecimiento y desarrollo (CRED) realizada por el profesional de enfermería comprende una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano, cuyo objetivo es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años con la activa participación de la familia, las organizaciones e instituciones comunales y del sector salud en su conjunto (2).

Este control tiene por objetivo hacer un seguimiento periódico y secuencial de la evolución del crecimiento y desarrollo del niño. Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda un control mensual durante los dos primeros años, las normas del Ministerio de Salud establecen siete controles para el primer año y cuatro para el segundo (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que dentro de las políticas públicas, el programa de crecimiento y desarrollo es una prioridad, el cual tiene como fin supervisar el sano crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 5 años (ahora ampliada hasta los 10 años). Uno de los inconvenientes en la adecuada



realización del control del crecimiento y desarrollo es la adherencia y asistencia a este programa, al cual idealmente deberían asistir el 100% de los niños entre los 0-5 años. Sin embargo, no todos los niños son evaluados debido a barreras de diferente índole que impiden el acceso a éste (4).

En el Perú, el Programa de control de crecimiento y desarrollo que se ejecuta a nivel de los establecimientos del sector salud tiene como objetivo, detectar oportunamente cambios y riesgos en el estado de salud de los niños menores de cinco años a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo (5)

En ese sentido, la presente investigación se encuentra orientada en el objetivo de analizar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año, en la Red Valle del Mantaro - 2015 - 2016; donde se comienza en el capítulo uno con el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico, el cual contiene los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El tercer capítulo se abarca la metodología de la investigación, considerando el tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se informan los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Seguidamente se muestran las conclusiones y las recomendaciones. También se componen por las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

La deserción de los infantes a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) ofrecidos por el Ministerio de Salud (MINSA), hacen que los niños y niñas se encuentren en condiciones de vulnerabilidad; encontrándose entre las primeras causas de morbilidad infantil: la desnutrición y enfermedades prevalentes de la infancia. Frente a toda esta situación la enfermera como miembro del equipo de salud tiene una labor y responsabilidad de suma importancia ya que contribuye a identificar problemas que afecten al niño en el proceso de crecimiento y desarrollo en cada control que asiste el infante (6).

Es el incumplimiento del control del niño, un problema para el equipo de salud ya que refleja una falla en el trabajo del mismo. La deserción al control CRED acarrea en múltiples consecuencias no favorables para el niño, se encuentra en un riesgo de no lograr un óptimo crecimiento y desarrollo, lo hace vulnerable frente a enfermedades infectocontagiosas infantiles graves, impide una detección oportuna de problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato (7).

La deserción al control de crecimiento y desarrollo en el Perú se explica por ser un país en vías de desarrollo, donde los niveles culturales, económicos y sociales son bajos, y hacen que el niño sea víctima, no sólo al abandono de sus controles de crecimiento y desarrollo, sino también a sufrir enfermedades (8).

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar(ENDES) de los últimos 05 años muestran que la proporción de niños menores de 3 años que

cumplen con los controles según su edad solo se ha incrementado en menos de 7 puntos porcentuales (50.8% el 2012 y 57.3% el 2016); a nivel regional se observa un avance en grado diverso observándose que 8 regiones muestran disminución de la proporción de niños con CRED completo de acuerdo a la edad, 5 regiones muestran un incremento inferior al promedio nacional y 10 regiones muestran un incremento superior al promedio nacional, La región Junín es una de las que muestran un incremento superior al promedio 11 puntos porcentuales entre el 2011 y 2016 (53.1% el 2011 y 68.5% el 2015) (9).

El sistema de información del Ministerio de Salud (HIS) muestra que en el 2016, solo 1 de cada 10 recién nacidos (12%) cumple con los 4 controles establecidos, cifra similar se observa a nivel de la región Junín y la Red Valle del Mantaro (26% y 20% respectivamente), con relación a los niños entre 1 y 11 meses, a nivel nacional y de la región Junín 5 de cada 10 niños cumple con los 11 controles, pero a nivel de la Red Valle del Mantaro solo 3 de cada 10 niños cumple con los controles establecidos; estas cifras estarían indicando que no se está cumpliendo con la frecuencia de los controles establecidos en la normatividad vigente.

Los reportes del Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de salud (SIASIS), muestran que en el Perú solo 4 de cada 10 recién nacidos tienen dos controles en los primeros 15 días de vida (40% el 2015 y 41.3% el 2016), la región Junín se encuentra dentro de este promedio (41%), sin embargo si se observa al interior, las cifras muestran que la Red Valle del Mantaro tienen el desempeño más bajo (30% el 2015); estas cifras estarían indicando que la oportunidad de entrega del CRED no es el establecido en la normatividad vigente. Sin embargo, en cuanto al contenido de control de crecimiento y desarrollo, los resultados de la Encuesta a Establecimientos de Salud en la Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (ENCREDE), realizado el 2013 muestra que de los

casos observados solo en el 61% se realizan orientación y consejería nutricional, en 46% se indican suplementación de micronutrientes, en el 43% se monitorea la suplementación, en el 10% se indica descarte de anemia, en el 3% se indica descarte de parasitosis y solo en el 35% de casos se brinda consejería de acuerdo a la situación encontrada. Por otro lado según los resultados presentado por el INEI en mayo del 2016, no todas las actividades establecidas en la normatividad se realizan en un control, así muestra que en promedio solo en el 10% de los casos observados se realiza el tamizaje de violencia, en el 50% en promedio de casos observados se realiza el examen físico, en el 30% en promedio de casos observados se realiza la verificación de signos vitales y signos de peligro; pese a que los resultados de esta encuesta solo son representativos para cada establecimiento de salud evaluado, podría considerarse un indicativo que lo mismo ocurre en otros establecimientos de salud.

Así mismo los reportes del sistema de información del Ministerio de Salud (HIS) muestra que en el 2016 en la Red Valle del Mantaro se reportó 4,360 casos de riesgo nutricional en niños menores de 01 año, de los cuales solo se recuperó el 25%, esto podría estar indicando que el control de crecimiento y desarrollo no es Efectivo.

El no cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en menores de 01 año, en la frecuencia, intervalo y contenido según lo establecido en la normatividad, estaría impidiendo que los niños en su etapa más crítica sea monitoreados en su crecimiento y desarrollo, perdiendo la oportunidad no solo de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones, trastornos o presencia de enfermedades, sino especialmente la oportunidad de un diagnóstico e intervención oportuna para mejorar el perfil de crecimiento y desarrollo del niño principalmente en el primer

año de vida, lo que ocasiona pérdidas sustanciales en el desarrollo y preservación del capital humano en el país.

De acuerdo a la observación y la revisión bibliográfica el control del crecimiento y desarrollo en el menor de un año, realizado no con la frecuencia, el intervalo, el momento y con el contenido según lo establecido en la normatividad impide el cumplimiento del objetivo (Efectividad) de esta intervención, definida como una evolución óptima del perfil de crecimiento y desarrollo del niño, tal como lo estaría evidenciando la información estadística mostrada en párrafos anteriores en las que la situación del niño a pesar de no llegar a un estado de desnutrición crónica el desarrollo de sus capacidades están siendo afectados lo que se va a evidenciar cuando se mida el rendimiento escolar más adelante.

Por otro lado, el incremento de la demanda exigió el crecimiento del presupuesto para financiar el recurso humano especialmente en el primer nivel de atención, lo que efectivamente se dio, sin embargo no creció el número de consultorios dedicados a la atención de CRED, lo cual es una limitante para el cumplimiento de la norma, particularmente del no cumplimiento de todos los procedimientos y la duración de la atención, tal como lo muestra la ENCRED el promedio de tiempo de la atención no pasa de 30 minutos estando estipulado en la norma 45 minutos. Otro elemento que podría limitar la Efectividad es la poca atención que se ha dado a realizar programas de capacitación bien estructurados para el personal, lo cual redundaría en la poca calidad de la atención, finalmente hace mención sobre la organización de los consultorios por separado para vacuna y para CRED lo que genera ineficiencias.

Sobre el tema la Ugaz (10) considera que el tema de investigación es relevante toda vez que al evidenciar el impacto positivo del cumplimiento de los controles en el primer año de vida, puede contribuir a mejorar las estrategias que incrementen la

cobertura y calidad de la atención. Sabemos que el primer año de vida es fundamental para la salud, nutrición y desarrollo de los niños y niñas, y muchos de los problemas que afectan a este grupo de edad, tienen consecuencias irreversibles. Así la desnutrición crónica, anemia y problemas de desarrollo deben prevenirse a través de controles mensuales durante el primer año.

Desde el apoyo que UNICEF realiza a nivel nacional y regional, hemos podido observar que hay factores que limitan el cumplimiento de los controles CRED y por ende su Efectividad, la disponibilidad limitada de profesionales capacitados, limitado número de profesionales de enfermería y médicos, falta de equipamiento y materiales adecuados para la atención no sólo de la salud y nutrición, sino del desarrollo. Por otro lado se puede mencionar la distancia entre la vivienda y los servicios de salud (especialmente en zonas amazónicas), recursos limitados para la movilización de las familias (pasajes y alimentación), falta de comprensión de la importancia del CRED mensual, trato inadecuado a la madre y no manejo del idioma local por el personal de salud (población indígena), etc.

Sería interesante realizar este análisis teniendo en cuenta las diferentes regiones geográficas del país y los grupos etarios como por ejemplo madres adolescentes. Un estudio realizado en 5 países de ingresos medio y bajo, concluye que los patrones de crecimiento óptimo en los primeros años de vida probablemente conducirán a menos desnutrición, desarrollo de capital humano y reducción de los riesgos de obesidad y enfermedades no transmisibles abordando así ambos componentes de la doble carga de la nutrición, por lo tanto las intervenciones orientadas incrementar el peso al nacer, el monitoreo del peso y el crecimiento lineal durante los 2 primeros años de vida darán como resultado ganancias sustanciales en altura y escolaridad y darán cierta protección contra factores de riesgo de enfermedades crónicas en el adulto (11).

Entre el 2012 y 2015, Liendo, Castillo y Zúñiga (12) realizan, por encargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la “Evaluación de Diseño y ejecución presupuestal de la Intervención Pública CRED y Municipios saludables”, con el objetivo de evaluar el diseño, ejecución presupuestal y determinar la eficiencia y Efectividad de las intervenciones.

En el 2012 Viviana Cruzado, realiza, por encargo del Ministerio de Economía y Finanzas (13) un estudio de Análisis del Impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) sobre la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en niños menores de 5 años”, con el objetivo de identificar el impacto PAN sobre la DCI a través de dos de sus principales productos: Los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y las vacunas que el mismo niño recibe. Emplearon dos técnicas no experimentales para la evaluación; encontrando con una técnica que el efecto cohorte, atribuido a la intervención, reduce la probabilidad de ser desnutrido y aumenta la probabilidad de tener sus controles de crecimiento y sus vacunas completas, así los nacidos después del 2008 disminuyen la probabilidad de ser desnutridos aproximadamente en un 5%; a nivel de regiones encuentran que el efecto del PAN en la reducción de la DCI es de 3.5 puntos porcentuales en Apurímac y 1.5puntos porcentuales en Ayacucho. Bajo cualquiera de los dos métodos el estudio encuentra una relación negativa y significativa entre el PAN y la DCI.

En el 2013 se realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSa) de Amazonas, Loreto y Pasco, obteniendo como resultado la identificación de siete factores asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED (14).

En un estudio cualitativo sobre Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes realizado en Chile se identifica un elemento esencial que emerge del estudio es que la presencia de facilitadores es determinante para el ingreso oportuno y para mantenerse en control, ya que reducen o anulan el efecto de las barreras. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas (15).

El informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2016, publicada por UNICEF menciona entre otros, que aspectos asociados a la calidad, dificultan el acceso de la población a los servicios de salud, con consecuencias funestas en el caso de la salud materna neonatal e infantil (16).

Y, por último, los resultados de la línea de base del desempeño de los establecimientos de salud del primer nivel realizado por el Ministerio de Salud el 2011, muestran que la causa principal de la insatisfacción de las necesidades de salud de la población, es la baja calidad de atención de los servicios de salud (17).

## **1.2. JUSTIFICACION.**

El presente estudio tiene un justificación práctica, toda vez que los resultados permiten plantear alternativas para mejorar la Efectividad de la intervención denominada Control de crecimiento y desarrollo del niño, especialmente la que es realizada en el menor de 01 año, dado que es un edad crítica y una ventana de oportunidad para contribuir con el desarrollo integral del niño y la preservación del capital humano.



Como justificación social, sostenemos que la provisión de una adecuada atención de salud es considerado una condición fundamental del desarrollo humano y en el caso de la población infantil es un derecho reconocido por la Convención sobre los Derechos del Niño al precisar que todos los niños y niñas tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud, a recibir atención de salud, asistir a la escuela y aprender. Este derecho comienza en la primera infancia, razón por el que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se exhorta a los gobiernos a “velar por que todas la niñas y niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad”. La provisión de servicios de salud con la calidad debida, en la frecuencia y la oportunidad adecuada, es obligación del estado, esta se hace a través de los establecimientos de salud, los mismos que están obligados a mejorar progresivamente la calidad del mismo fin de lograr la Efectividad y eficiencia de las intervenciones.

### **1.3. IMPORTANCIA O PROPÓSITO.**

La importancia del presente estudio radica en que al determinarla Efectividad del CRED en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año, en la Red de Salud “Valle del Mantaro” permitirá contar con un insumo poderoso para hacer incidencia sobre decisores políticos para orientar recursos que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la normatividad y contribuir al desarrollo integral del niño y la construcción del capital humano en la región y el país.

El Fondo de las naciones Unidas, considera que el monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño no solo permite conocer y entender el progreso del niño sino que constituye el camino a la promoción del crecimiento y desarrollo temprano; que la frecuencia, el contenido y la calidad de esta intervención son condiciones

indispensables para la toma de decisiones oportunas y apropiadas, por lo tanto debe hacerse en establecimientos de salud, ejecutado por personal competente.

En el informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2016 se menciona que invertir en una atención y una educación de calidad en la primera infancia comporta un doble beneficio: es a un tiempo justo y Efectivo, y que la clave del éxito está en la prestación de intervenciones integrales concentrándose en la calidad de la atención dispensada a los bebés y a los niños de corta edad.

Según la OMS el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. Por otro lado precisa que un enfoque de la salud basada en derechos humanos requiere que todas las políticas, estrategias, programas se desarrollen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas y que las intervenciones para conseguirlo estén regidas por principios y normas rigurosas que incluyen entre otros la calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad.

#### **1.4. LIMITACIONES.**

De acuerdo a lo planteado, nuestra investigación no presentó problemas de índole metodológica tanto de diseño, muestreo ni de instrumentos de investigación.

#### **1.5. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN GENERAL Y ESPECÍFICOS.**

##### **Problema general:**

Por lo señalado se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?

**Problemas específicos:**

- ¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?
- ¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?

**1.6. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.**

**a. Objetivo General:**

- Determinar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.

**b. Objetivos Específicos:**

- Establecer la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de crecimiento del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.
- Evaluar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.

**1.7. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS GENERALES Y ESPECÍFICAS.**

**a. HIPOTESIS GENERAL:**

**Ha:** El crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.

**a. HIPOTESIS ESPECÍFICAS:**

**Ha<sub>1</sub>:** El crecimiento del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.

**Ha<sub>2</sub>:** El desarrollo del niño de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.

**1.8. VARIABLES.**

**a. IDENTIFICACION DE LA VARIABLES:**

**VARIABLE DEPENDIENTE**

Perfil de crecimiento y desarrollo.

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

Control de crecimiento y desarrollo

## 1.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE		DIMENSION	INDICADORES	RESPUESTA O VALOR FINAL	ESCALA
<b>DEPENDIENTE</b>	Perfil de crecimiento y desarrollo	Crecimiento adecuado	Tendencia de crecimiento paralelo al patrón de referencia.	Si No	Nominal dicotómica
		Crecimiento inadecuado	Riesgo nutricional Desnutrición aguda Desnutrición global Desnutrición crónica Sobrepeso Obesidad	Si No	Nominal dicotómica
		Desarrollo normal	Ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad. Según diagnóstico registrado en historia clínica.	Si No	Nominal dicotómica
		Trastorno de Desarrollo	No ejecuta una o más conductas correspondientes a su edad. Según diagnóstico registrado en historia clínica.	Si No	Nominal dicotómica
<b>INDEPENDIENTE</b>	Control de Crecimiento y desarrollo	Número de controles	02 controles en el recién nacido. 11 controles en el niño de 01 a 11 meses.	Si No	Nominal dicotómica
		Frecuencia	02 controles en los primeros 15 días. 01 control cada 30 días en el niño de 1 a 11 meses	Si No	Nominal dicotómica
		Oportunidad	1° control entre 1 y 4 días de nacido. En el recién nacido a partir del 2° control el intervalo es 7 días.	Si No	Nominal dicotómica
			En el niño de 01 a 11 meses el intervalo entre control y control 30 días	Si No	Nominal dicotómica
		Contenido	Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual.	Si No	Nominal dicotómica
			Evaluación física	Si No	Nominal dicotómica
			Verificación o toma de muestra para descarte de anemia.	Si No	Nominal dicotómica
			Verificación el calendario de	Si No	Nominal dicotómica

			vacunación y administración si corresponde.		
			Evaluación de la tendencia del crecimiento.	Si No	Nominal dicotómica
			Evaluación del estado nutricional por antropometría.	Si No	Nominal dicotómica
			Evaluación de la alimentación.	Si No	Nominal dicotómica
			Verificación de suplementación con micronutrientes y administración si corresponde.	Si No	Nominal dicotómica
			Evaluación del desarrollo psicomotor según edad.	Si No	Nominal dicotómica
			Tamizaje de violencia y maltrato	Si No	Nominal dicotómica
			Consejería: Registro de factores causales. Registro de acuerdos	Si No	Nominal dicotómica
<b>INTERVINIENTES</b>	Características sociodemográficas de la madre o el adulto responsable del cuidado del niño.	Edad	Según dato registrado en historia clínica	años	Numérica continua
		Grado de instrucción	Nivel de conocimientos y comprensión	Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta superior	Nominal politómica
		Lengua habitual	Facilidad de comunicación y comprensión	Castellano Quechua Otro	Nominal politómica
		Religión	Creencias y prácticas de crianza	Católico Evangélico Testigo de Jehová. Israelita Otro	Nominal politómica
	Características del personal de salud que realiza el control	Quien realiza los controles	Conoce a los niños Continuidad	El mismo Distintos	Nominal dicotómica
		Tipo de Personal	Formación y Competencia	Enfermera Médico Otro	Nominal politómica
		Edad	Fecha de nacimiento	años	Numérica continua
		Experiencia	Años dedicados al CRED	Menos de 01 año	Nominal politómica

				De 01 a 05 años. Más de 05 años.	
		Capacitación	Conocimientos actualizados Destreza	Menos de 40 horas por año. 40 horas o más por año. Especialista	Nominal politécnica
		Conocimiento y uso de idioma de la madre	Facilidad de comunicación y dar mensajes	Conoce y no usa Desconoce Conoce y usa	Nominal politécnica

### 1.10. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Crecimiento:** Tendencia de crecimiento paralelo al patrón de referencia teniendo en cuenta la ficha de recolección de datos.
- **Desarrollo psicomotor:** Evaluación del desarrollo psicomotor del niño registrado en la ficha de recolección de datos.
- **Controles de crecimiento y desarrollo:** En el recién nacido (01 a 28 días de vida) 02 controles. En el niño entre 01 a 11 meses de edad 11 controles.
- **Contenido:** El Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 01 año incluye una serie de actividades, las mismas que se encuentran registradas en la historia clínica.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

Consideramos como antecedentes de la investigación los siguientes:

##### **A nivel internacional**

En Venezuela, en el año 2017, Cáceres (18) planteó como objetivo comprobar el cumplimiento o no del control, determinar los factores que pueden afectar el mismo, establecer si el cumplimiento afecta la morbilidad del servicio de emergencia y examinar si el cumplimiento de la consulta es por cumplir inmunizaciones. Se elaboró un instrumento para el estudio de las variables. A continuación se presentan los resultados y análisis de una muestra de ciento cincuenta participantes que acudieron al Servicio de la Emergencia del Hospital de Niños. Para lo cual, se tiene como conclusión que, las madres cumplen en su gran mayoría atención primaria en salud, es decir, la consulta de niño sano y el incumplimiento, es lo que origina la dificultad en el seguimiento y detección de situaciones que pueden conllevar a patologías.

Asimismo, en México, en el año 2011, Flores, Ortiz y Cárdenas (19) llevaron a cabo con el objetivo de analizar el cuidado de enfermería del niño sano (CNS) y distinguir si se trata de cuidado centrado en procedimientos o centrado en el usuario. Los conceptos del proceso de trabajo de enfermería y micro política del trabajo en salud fundamentaron el presente estudio cualitativo. Se realizó observación sistemática directa a 87 consultas de CNS en una Unidad de Medicina Familiar y entrevista semi-estructurada a 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta de CNS. La saturación de datos y comprensión del



significado fueron los criterios para el número de observaciones y entrevistas. Se aplicó análisis temático. Se encontró que la actividad se centra en procedimientos, lo que no puede ser considerado CNS. Las madres valoran la atención integral y solicitan información del crecimiento y desarrollo de su hijo. Se recomienda abordar tópicos educativos y establecer relación de confianza que permita brindar cuidado centrado en el usuario.

También, en México, en el año 2011, Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia y Martínez (20) desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación costo-efectividad del programa del control del niño sano en el primer nivel de atención. Estudio de costo-efectividad de niños. Definieron dos grupos con y sin dotación de leche. Se midió a los 8, 10 y 12 meses de edad. Evaluaron 200 niños con el indicador peso para la edad y talla para la edad, la estimación del costo total incluyó el costo unitario y la utilización del servicio en Medicina Familiar, EMI, Medicina Preventiva, Laboratorio, Gabinete y Farmacia. Resultados: Para el indicador talla para la edad la alternativa con mejor relación costo efectividad en las tres mediciones es sin dotación láctea, por \$3,000 invertidos en esta alternativa se obtiene una efectividad del 85.36% (12 meses), 96.67% (10 meses) y 98.05% (8 meses), en tanto la efectividad para el grupo con es de 69.53% (12 meses), 82.46% (10 meses) y 91.60% (8 meses).

### **A nivel nacional**

En Lambayeque- Perú, en el año 2017, Hernández y Montalvo (21) desarrolló una investigación cualitativa con enfoque de estudio de caso, pretendió describir y caracterizar el cuidado enfermero al lactante menor en los consultorios de CRED de la MICRORED Chiclayo. La muestra fue por saturación, siendo 6 enfermeras y 14 madres que participaron voluntariamente, aplicándoles una entrevista semiestructurada. Como referentes se utilizaron la teoría de Watson del cuidado

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

En el Perú, en el año 2016, Gonzales, Huamán, Aparco, Pillaca y Gutiérrez (14) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú. Estudio de casos-contrroles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ( $p < 0,05$ ) y como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR) para muestras pareadas (IC 95%). Resultados: siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender

alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC 95% 0,41-0,81).

En Lima-Perú, en el año 2010, Jauregui (22) llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, con enfoque de Estudio de Caso Cualitativo titulado: El Componente de Crecimiento y Desarrollo: Significado para las Madres de Niños de 1 a 4 Años del AAHH Nueva Unión, con el objetivo de Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada a doce madres y una abuela, y las observaciones realizadas en el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio, la recolección de datos se realizó en el período de agosto del 2009 a enero del 2010. Para el análisis de los datos éstos fueron codificados y categorizados; finalmente emergieron los siguientes temas: Concepción de las madres sobre salud - enfermedad del niño, Concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo, Razones por las que las madres acuden o no al Componente CRED, Interrelación Madre – Enfermera - Niño. Los temas revelan el significado que las madres tienen sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño de 1 a 4 años, estableciéndose que las madres consideran como eje central de la atención de CRED la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño.

### **A nivel local**

En Huánuco-Tingo María, en el año 2016, Miguel (23) llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos e institucionales asociados en el cumplimiento de esquema de control de Crecimiento y Desarrollo

de niños de 1 a 3 años en el Centro de Salud de Supte San Jorge. Estudio observacional, relacional. La muestra lo conformó 118 niños de 1 a 3 años. Resultados: El 36.4% de las niños tenían 1 año, el 34.7% (2 años) y 28.8% (3 años), el 55.9% fueron de sexo masculino, el 75.4% tenían control CRED completo para su edad. Los factores sociales asociados al cumplimiento de control de Crecimiento y desarrollo fueron la distancia del domicilio ( $p= 0.045$ ), ocupación de la madre ( $p= 0.01$ ), grado de instrucción materna ( $p= 0.03$ ). Para los factores demográficos asociados fueron la edad de la madre con ( $p= 0.02$ ), integrantes de la familia con el que vive el menor ( $p= 0.06$ ). Para los factores Institucionales asociados son, el tiempo para llegar al establecimiento de salud ( $p= 0.037$ ), trato de personal de salud ( $p=0.024$ ) y costo de la atención ( $p= 0.042$ ). Concluyó que la distancia del domicilio, ocupación de la madre, nivel educativo, edad materna, distancia al establecimiento de salud y trato del personal de salud, son factores relacionados al cumplimiento del esquema CRED en niños atendidos en el Centro de salud de Supte.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

#### **2.2.1.1. DEFINICIONES**

Se consideran al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los

factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (24).

Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno. Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psico afectivo y la nutrición del niño. Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad. Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño. Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos (25).

El control de crecimiento y desarrollo debe ser entendido como un proceso mediante el cual las madres y el personal de salud construyen el gran significado del cuidado de la salud de los niños y las buenas pautas de crianza, a través de la participación, la socialización de experiencias, análisis y reflexión con el apoyo de un grupo interdisciplinario dispuesto a escuchar. En este contexto resulta de singular importancia realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna, así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario (26).

El propósito del control de crecimiento y desarrollo consiste en monitorear o hacer un seguimiento individual de la evolución del estado nutricional y desarrollo psicomotor del niño en forma periódica y secuencial; este monitoreo

se realiza en los establecimientos de salud. Aunque la OMS recomienda un control mensual durante los dos primeros años, la norma del MINSA: “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, es un documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años. Aquí se establece once controles para el primer año y seis controles el segundo, y desde allí cuatro controles cada año hasta los 4 años, 11 meses, 29 días (27).

“La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño del Ministerio de Salud (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA), refiere que la evaluación y monitoreo del crecimiento, se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud; tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento. A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia” (28).

## Esquema de periodicidad de controles de la niña y niño menor de cinco años

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7, 14 y 21 días de vida.
De 01 - 11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses
De 1 año - 1 año, 11 meses	6	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.
De 2 años - 2 años 11 meses	4	2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses.
De 3 años - 3 años 11 meses	4	3 años, 3 años 3 meses, 3 años 6 meses, 3 años 9 meses.
De 4 años - 4 años 11 meses	4	4 años, 4 años 3 meses, 4 años 6 meses, 4 años 9 meses.

Fuente: Norma MINSA CRED. 2017.

“La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica)” (28).

### 2.2.1.2. OBJETIVOS DEL CONTROL DE CRED

El control de CRED del niño y de la niña tiene por objetivo hacer un seguimiento periódico y secuencial de la evolución del crecimiento y desarrollo del niño(a) y con ello mantenerlo dentro de los límites de normalidad, mediante acciones ejecutados por el personal de salud y familia en cada uno de los niveles de la estructura sanitaria de forma sistemática, periódica e integral, contribuyendo así a detectar precozmente signos de patología, logrando así identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el

crecimiento y desarrollo para su cuidado efectivo, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal (29).

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el control del crecimiento y desarrollo en establecimientos de salud tiene objetivos que incluyen (30):

- a. Identificar posibles problemas y sus principales causas, antes de que éstos lleguen a producir retrasos en el crecimiento y desarrollo del niño.
- b. Tomar conjuntamente con la madre las acciones apropiadas para el manejo de los problemas encontrados.
- c. Ayudarle a la madre a visualizar los avances o los retrasos del niño a nivel del hogar.

### **2.2.1.3. FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL CONTROL CRED**

La enfermera capacitada para la atención del niño en el componente CRED desarrolla las siguientes funciones (24):

#### **a. Función Asistencial**

La enfermera tiene como objeto promover la salud física, mental y emocional del niño como prevenir enfermedades que alteren el proceso de crecimiento y desarrollo. Para ello realiza las siguientes acciones y/o actividades:

- Obtiene datos necesarios para la atención (antecedentes)
- Valoración del crecimiento.
- Verifica la salud bucal.
- Realiza la exploración física del niño.
- Aplica, valora y registra la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).
- Aplica, valora y registra el Test de desarrollo psicomotor (TEPSI).



- Aplica, valora y registra el Test Abreviado de evaluación del desarrollo psicomotor (TA).
- Revisa el calendario de vacunaciones y aplica o supervisa su administración, según el calendario.
- Refiere a los niños con déficit en su crecimiento y desarrollo o con patología biológica al especialista o nivel correspondiente.
- Revisa el calendario del control del niño sano, e indica la próxima cita (menor de 1 año cada mes).

#### **b. Función Educativa**

La enfermera imparte educación, ya sea en forma individual o colectiva por ejemplo educa a los padres durante todo el proceso del examen del niño según hallazgos y necesidades, uso y cuidado del carné, alimentación del niño de acuerdo a su edad, estimulación temprana, prevención de accidentes, así mismo promueve estos temas a través de actividades educativas.

#### **c. Función Administrativa**

- Cumple y hace cumplir en el servicio los reglamentos y normas de la institución y el MINSA.
- Coordina con otros profesionales de la salud para un seguimiento de la atención del niño, tanto extramural como intramural.
- Supervisa la atención que se brinda al niño y familia a fin de lograr que sea de óptima calidad.
- Lleva un registro de los niños atendidos, a fin de obtener un rendimiento diario de la cobertura de atención e identificar las principales alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño.

#### **d. Función investigativa**

- Participa en estudios de investigación llevados a cabo en el servicio o en la jurisdicción del centro de salud o institución de salud.
- Promueve y realiza estudios de investigación relacionados con la salud del niño para mejorar la atención al niño y la familia.

## **2.2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Es un efecto combinado de los cambios en tamaño y complejidad o en composición; así como de los cambios resultantes de la maduración y del aprendizaje. Designa los cambios que con el tiempo ocurren en la estructura, pensamiento o comportamiento de una persona a causa de los factores biológicos y ambientales. El concepto de crecimiento y desarrollo implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño (6).

### **2.2.2.1. CRECIMIENTO DEL NIÑO**

#### **2.2.2.1.1. DEFINICIONES**

Se define al crecimiento como al “resultado de la multiplicación y/o del aumento del tamaño celular como consecuencia de factores de crecimiento. Es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo. Es un fenómeno cuantitativo” (31).

El crecimiento puede conceptualizarse como: “movimiento de la materia viva que se desplaza en el tiempo y en el espacio”. El crecimiento es sólo la manifestación de la capacidad de síntesis de un organismo y de cada una de sus células. El balance entre la velocidad de síntesis y la de destrucción, se puede manifestar por aumento, mantenimiento o disminución de la masa que conforma el organismo, y se le denomina “signo del crecimiento” y que puede

expresarse como positivo, neutro o negativo. El signo positivo se caracteriza por un incremento de la masa con respecto a la previa (32).

El niño en el primer año de vida muestra un crecimiento extraordinariamente rápido (23 a 25 cm), acrecentando su talla en un 50%. En el segundo año crece 12 cm y posteriormente en forma relativamente constante, 6 cm por año, para finalmente presentar el último periodo de crecimiento rápido durante la pubertad. La pubertad del varón dura alrededor de 4 años y medio; durante los 2 y medio primeros años crece rápido y en los 2 siguientes lo hace en forma mas lenta. Durante todo este período el varón crece alrededor de 25 cm. El estirón puberal de la niña dura 4 años, siendo los 2 primeros de crecimiento rápido, creciendo en total alrededor de 23 cm. (33)

#### **2.2.2.1.2. INDICADORES DE CRECIMIENTO**

Los indicadores de crecimiento se usan para evaluar el crecimiento considerando conjuntamente la edad y las mediciones de un niño. A continuación se describe los siguientes indicadores de crecimiento para un niño (34):

- 1) Peso para la edad. El aumento de peso al crecer se produce a diferentes velocidades, dependiendo de la edad (más rápido en los períodos rápidos de crecimiento) y de acuerdo al sexo.
- 2) Peso para la talla. Sirve para evaluar la calidad del estado nutricional. Existen tablas postnatales desde el nacimiento hasta 145 cm de estatura para los varones y hasta 135 cm para las mujeres. Se han hecho así pues sobre estas estaturas empieza el desarrollo puberal, en el cual la edad de inicio y de término presenta grandes variaciones, lo que produce variaciones mucho mayores de estos valores a esa edad. Hemos confeccionado tablas nacionales de peso para la talla para adolescentes, expresadas de acuerdo a la edad y

también al grado de desarrollo puberal (según los estadios de Tanner), lo que da mayor precisión a esta medición.

3) Talla para la edad. Existen tablas de acuerdo a la edad y sexo. En general se acepta que lo normal es una talla entre los percentiles 10 y 90, sin embargo es importante considerar que los cambios de canal de crecimiento de un sujeto también pueden indicar problemas en su crecimiento (por ejemplo si un niño baja su talla del percentil 75 al 25). Esta última situación se puede detectar mejor en tablas de velocidad de crecimiento las que señalan el número de centímetros que crece un niño de acuerdo a la edad y sexo.

#### **2.2.2.2. DESARROLLO DEL NIÑO**

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (24).

Whaley (35), refiere que el desarrollo es el proceso de cambio y expansión gradual; avance desde las fases de complejidad inferiores a las más avanzadas; aparición y expansión de las capacidades individuales por medio del crecimiento, la maduración y el aprendizaje en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social y se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales. El cuerpo, la mente y la personalidad infantiles se desarrollan de forma simultánea aunque no independiente, y emergen en secuencias y proporciones distintas. Al avanzar el desarrollo, los niños empiezan a comunicar sus necesidades de forma verbal y no verbal y asumen una responsabilidad creciente ante las más básicas. Los que cuidan, a su vez,

llegan a entender los cambios físicos y mentales que tienen lugar y las necesidades especiales generadas por este avance.

Los científicos del desarrollo han constatado que el desarrollo humano es un proceso de toda la vida, el cual es conocido como desarrollo del ciclo vital. Así, aunque la inteligencia está fuertemente influida por la herencia, la estimulación de los padres, la educación, la influencia de los pares y otras variables también influyen en ella. Muchos cambios característicos de la infancia y la niñez temprana, como la capacidad de caminar y hablar, se vinculan con la maduración del organismo y el cerebro: el desenvolvimiento de la secuencia natural de cambios físicos y de patrones conductuales (36).

Jean Piaget habla del desarrollo como aquel proceso que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia, marcado por tiempos y características que denomina “períodos”, parte del concepto de que el niño tiene un papel activo en el conocimiento del mundo, construyendo cada conocimiento nuevo sobre la base de los preexistentes (37).

### **2.3. BASES CONCEPTUALES.**

#### **Crecimiento y desarrollo:**

- **Crecimiento adecuado:** Cuando la tendencia de la curva de crecimiento del niño tanto en peso y longitud/talla durante los 12 meses de vida se ha mantenido paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente. Si en algún momento durante los 12 meses de vida evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva y ha logrado retornar a la tendencia esperada.

- **Crecimiento inadecuado:** Cuando la tendencia de la curva de crecimiento del niño en algún momento durante los 12 meses de vida evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva y no ha logrado retornar a la tendencia esperada.
- **Desarrollo normal:** Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas que según el instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor le corresponde a su edad y como diagnóstico ha sido registrado en la historia clínica como "Normal".
- **Trastorno de Desarrollo:** Cuando la niña y el niño No ejecuta una o más de las conductas que según el instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor le corresponde a su edad y como diagnóstico ha sido registrado en la historia clínica como "Trastorno del desarrollo".

#### **Control de crecimiento y desarrollo:**

- **Número de controles:** En el recién nacido (01 a 28 días de vida) 02 controles. En el niño entre 01 a 11 meses de edad 11 controles.
- **Frecuencia:** En el recién nacido (01 a 28 días de vida) 01 control por semana. En el niño entre 01 a 11 meses de edad 01 control por mes.
- **Oportunidad:** En el recién nacido (01 a 28 días de vida) el 1° control es entre 1 y 4 días de nacido, a partir del 2° control cada 07 días. En el niño entre 01 a 11 meses de edad 01 control cada 30 días.
- **Contenido:** El Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 01 año incluye una serie de actividades, las mismas que se encuentran registradas en la historia clínica:
  - ✓ Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual.
  - ✓ Evaluación física.

- ✓ Verificación o toma de muestra para descarte de anemia.
- ✓ Verificación el calendario de vacunación y administración si corresponde.
- ✓ Evaluación de la tendencia del crecimiento, incluye estimación cuantitativa, la clasificación y el grafico
- ✓ Evaluación del estado nutricional por antropometría, incluye la clasificación.
- ✓ Evaluación de la alimentación.
- ✓ Verificación de suplementación con micronutrientes y administración si corresponde.
- ✓ Evaluación del desarrollo psicomotor según edad, incluye la clasificación y el grafico del perfil
- ✓ Tamizaje de violencia y maltrato
- ✓ Consejería: incluye el registro de factores causales y el registro de acuerdos.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. ÁMBITO**

La Red de Salud Valle del Mantaro, tiene como ámbito territorial 53 distritos pertenecientes a 3 provincias , del departamento de Junín, cuenta con 154 establecimientos de salud del primer nivel de atención, de estos, 25 son centros de salud categorías I-3 y I-4 y 129 puestos de salud categorías I-1 y I-2,; la población que tiene asignado corresponde al 45% de la población total del departamento de Junín (1,360,506 hab), de estos los menores de 01 año son 12,094 niños.

Para efectos de presente estudio, se ha seleccionado 06 establecimientos de salud (C.S. La Libertad, C.S. Chilca, C.S. Ernesto Guevara la Serna, C.S. Juan Parra del Riego, C.S. David Guerrero Duarte, C.S Pedro Sánchez Meza – Chupaca), por los siguientes criterios:

- Concentran el 42% de la población de la Red.
- Su ubicación geográfica es accesible, lo que facilita el recojo de información.
- Hay al menos un establecimiento de salud de cada provincia.

#### **3.2. POBLACION**

Para la presenta investigación, la población estuvo constituida por los Niños que durante el 2016 han cumplido 01 año de edad y han recibido el 1° control correspondiente al grupo de niños de 01 año en los siguientes establecimientos de salud: C.S. La Libertad, C.S. Chilca, C.S. Ernesto



Guevara la Serna, C.S. Juan Parra del Riego, C.S. David Guerrero Duarte,  
C.S. Pedro Sánchez Meza – Chupaca.

### **CRITERIOS DE SELECCION:**

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Niños nacidos durante el 2015 y que antes de cumplir 01 años de edad recibieron el 50% o más de los controles de crecimiento y desarrollo que les corresponde como menores de 01 año, en los establecimientos de salud seleccionados.
- Niños que durante el 2016 cumplieron 01 año y que recibieron el 1° control de crecimiento y desarrollo correspondiente a su edad, habiendo recibido el 50% o más de los controles de crecimiento y desarrollo que les correspondía como menores de 01 año en los establecimientos de salud seleccionados.

Los criterios de exclusión fueron:

- Niños nacidos durante el 2014 y el 2016 y que recibieron control de crecimiento y desarrollo durante el 2015 y 2016 en los establecimientos de salud seleccionados.
- Niños nacidos durante el 2015 y que antes de cumplir 01 años de edad recibieron menos del 50% de los controles de crecimiento y desarrollo que les corresponde como menores de 01 año, en los establecimientos de salud seleccionados.

### **3.3. MUESTRA**

Para determinar el tamaño de la muestra se revisó los reportes estadísticos de las atenciones realizadas en los establecimientos seleccionados a fin de identificar el total de niños nacidos el 2015 y que durante el 2015 y 2016

recibieron 6 o más controles de crecimiento y desarrollo, y al cumplir 01 años recibieron el 1° control correspondiente a su edad, constituyéndose este en el universo (2,214 niños), con el siguiente detalle:

ESTRATOS	N
C.S. LA LIBERTAD	720
C.S. CHILCA	398
C.S. ERNESTO GUEVARA LA SERNA	227
C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO	267
C.S. DAVID GUERRERO DUARTE	254
C.S PEDRO SÁNCHEZ MEZA - CHUPACA	348
	2,214

El tipo de muestreo para determinar el tamaño de la muestra por es probabilístico estratificado.

Cada uno de los establecimientos de salud seleccionado se constituye en estratos.

El cálculo se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Donde:

Estadígrafos	Significación	Valor	
		Porcentual	Estadístico
$Z_{1-\alpha}$	Nivel de confianza	95%	1.96
$p$	Probabilidad de éxito	50%	0.5
$q$	Probabilidad de fracaso	100% - p	1 - p
$e$	Error	5%	0.05

Para el cálculo de la muestra por cada estrato se procedió al cálculo de la fracción de estrato (0.147713709) y luego el tamaño de la muestra por cada uno de ellos, según el siguiente detalle:

ESTRATOS	N		Muestra por estrato
C.S. LA LIBERTAD	720	n1	106
C.S. CHILCA	398	n2	59
C.S. ERNESTO GUEVARA LA SERNA	227	n3	34
C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO	267	n4	39
C.S. DAVID GUERRERO DUARTE	254	n5	38
C.S PEDRO SÁNCHEZ MEZA - CHUPACA	348	n6	51
<b>TOTAL</b>	<b>2,214</b>		<b>327</b>

Por lo tanto, se trabajó con un muestra total de 337 niños menores de 1 años, es decir consideramos un 3% más de la muestra mínima de 327 niños.

### 3.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

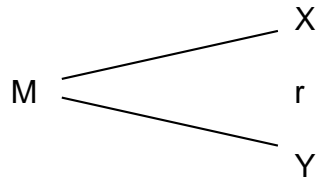
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **descriptivo y correlacional**.

Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo **Prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio fue de tipo **Transversal**, porque se tuvo en cuenta un cohorte durante la investigación.

### 3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el Diseño correlacional en el siguiente esquema:



Donde:

**M** = Población Muestral

**X** = Variable Independiente

**y** = Variable Dependiente

**r** = La relación probable entre las variables

### **3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS.**

#### **3.6.1 Técnicas**

Las técnicas para la recolección de datos que se emplearon en la presente investigación son:

Documentación, ya que se revisaron historias clínicas de los niños nacidos el 2015 y atendidos durante el 2015 y 2016, en los establecimientos de salud de la Red Valle del Mantaro seleccionados.

#### **3.6.2 Instrumentos**

Se elaboró una guía para la revisión de historias clínicas (Anexo 3) sobre la evaluación del perfil de crecimiento y desarrollo y el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año.

### **3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Respecto a la validación de los instrumentos de recolección de los datos se tuvo en cuenta el juicio de 3 expertos (Dra. Rosalinda Ramírez Montalvo, Dra. Silvia Martel y Chang, Dra. Nancy Veramendi Villavicencios) relacionados en el tema, para ello emitirán su juicio en el instrumento elaborado (Ver anexo 04).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

**Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.**

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	A	A	5	1,00
2	A	A	A	A	A	5	1,00
3	A	A	D	A	A	4	0,80
4	A	A	A	A	A	5	1,00
5	A	A	A	A	A	5	1,00
6	A	A	A	A	A	5	1,00
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	A	A	A	A	A	5	1,00
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	A	A	A	A	D	4	0,80
11	A	A	A	A	A	5	1,00
12	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos  
Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

### 3.8. PROCEDIMIENTO.

Los procedimientos realizados en el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Coordinación con los directivos de la Red en estudio.
- b) Capacitación a encuestadores para la recolección de datos.
- c) Ejecución de prueba piloto.
- d) Recolección de datos propiamente dicho en el tiempo programado.

- e) Control de calidad de la información.
- f) Proceso de análisis e interpretación de datos.

### **3.9. TABULACION.**

Dentro del análisis de datos, se tuvieron en cuenta:

#### **a. Análisis descriptivo**

Se realizó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.

#### **b. Análisis Inferencial.**

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada de independencia con una probabilidad de  $p < 0.05$ . Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

##### 4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Tabla 01. Sexo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	184	54,6
Femenino	153	45,4
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

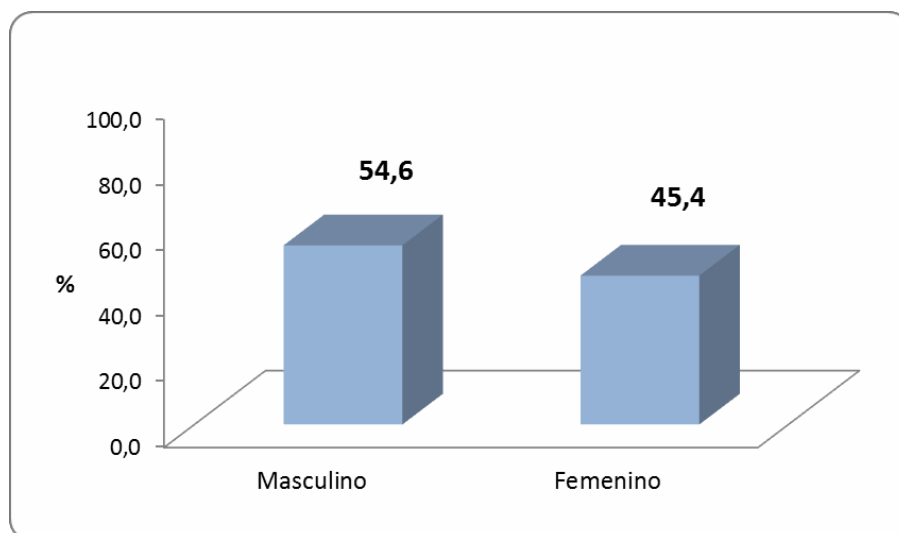


Gráfico 01. Porcentaje de niños menores de 1 año según sexo de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En relación al sexo de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 54,6% (184 niños) pertenecieron al sexo masculino y el 45,4% (153 niños) fueron del sexo femenino.

#### 4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Tabla 02. Número de controles de crecimiento y desarrollo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Número de controles de crecimiento y desarrollo	Frecuencia	%
4 a 6	16	4,7
7 a 9	49	14,5
10 a 11	272	80,7
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

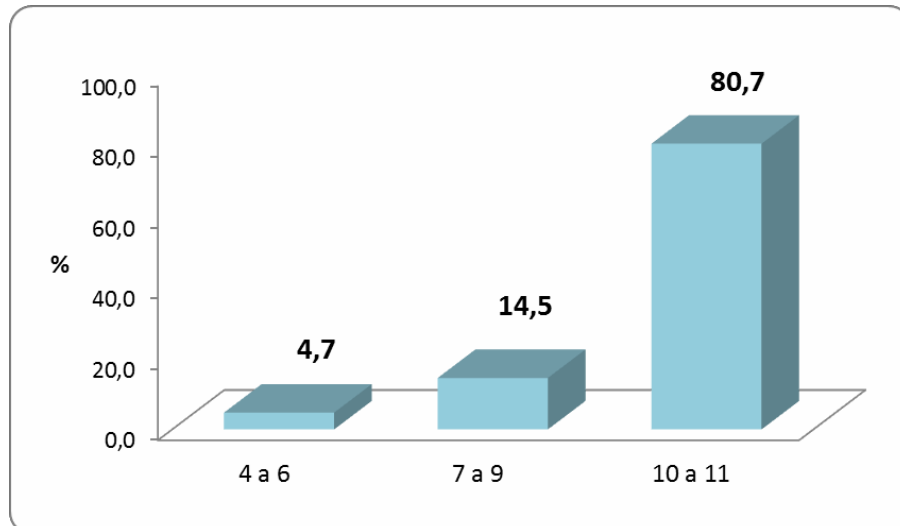


Gráfico 02. Porcentaje de niños menores de 1 año según número de controles de crecimiento y desarrollo de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Respecto al número de controles de crecimiento y desarrollo de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 80,7% (272 niños) tuvieron entre 10 a 11 controles, asimismo, el 14,5% (49 niños) recibieron entre 7 a 9 controles y el 4,7% (16 niños) contaban entre 4 a 6 controles.



Tabla 03. Control de crecimiento y desarrollo completo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Control de crecimiento y desarrollo completo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	232	68,8
NO	105	31,2
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

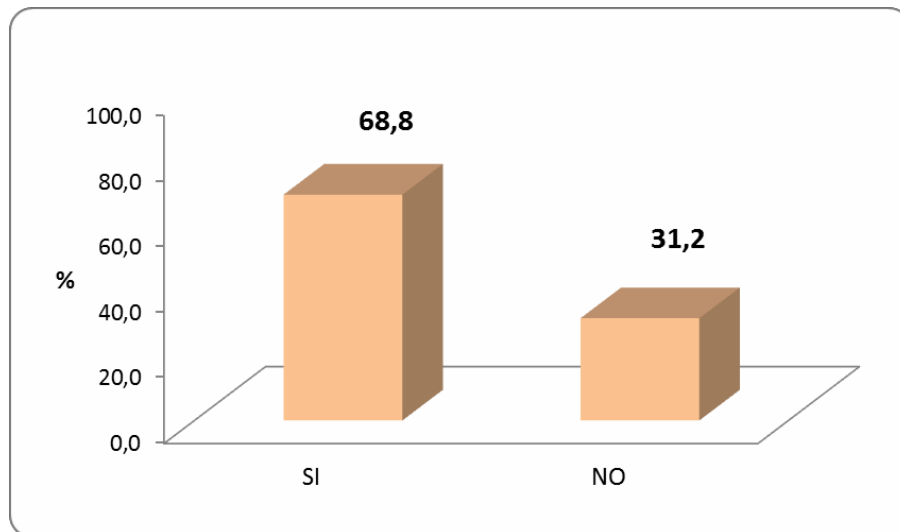


Gráfico 03. Porcentaje de niños menores de 1 año según control de crecimiento y desarrollo completo de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En cuanto al control de crecimiento y desarrollo completo de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 68,8% (232 niños) recibieron control de crecimiento y desarrollo completo y sin embargo, el 31,2% (105 niños) no recibieron control de crecimiento y desarrollo completo.

Tabla 04. Control de crecimiento y desarrollo oportuno del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Control de crecimiento y desarrollo oportuno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	123	36,5
NO	214	63,5
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

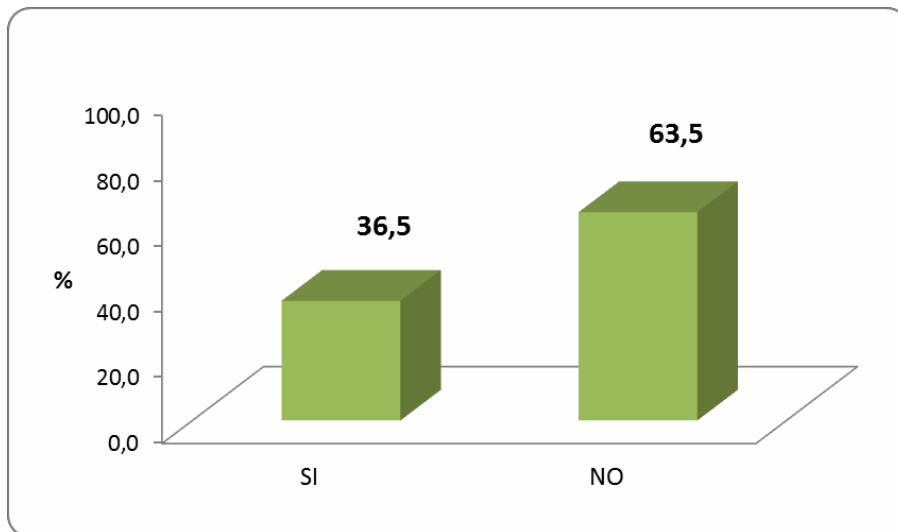


Gráfico 04. Porcentaje de niños menores de 1 año según control de crecimiento y desarrollo oportuno de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En razón al control de crecimiento y desarrollo oportuno de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 36,5% (123 niños) tuvieron control de crecimiento y desarrollo oportuno y por otro lado, el 63,5% (214 niños) no tuvieron control de crecimiento y desarrollo oportuno.

Tabla 05. Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual	Frecuencia	%
SI	202	59,9
NO	135	40,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

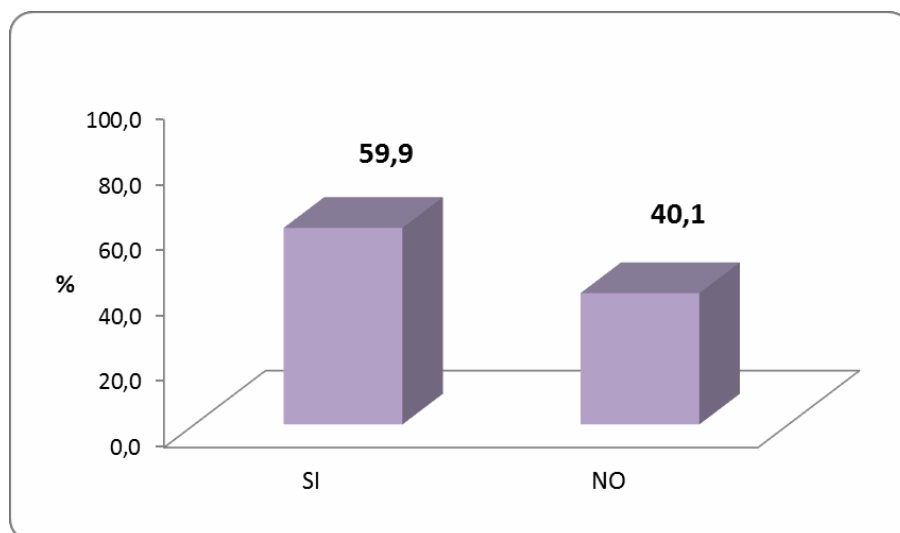


Gráfico 05. Porcentaje de niños menores de 1 año según identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Con respecto a la identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 59,9% (202 niños) tuvieron identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual y sin embargo, el 40,1% (135 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 06. Evaluación física del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Evaluación física</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	148	43,9
NO	189	56,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

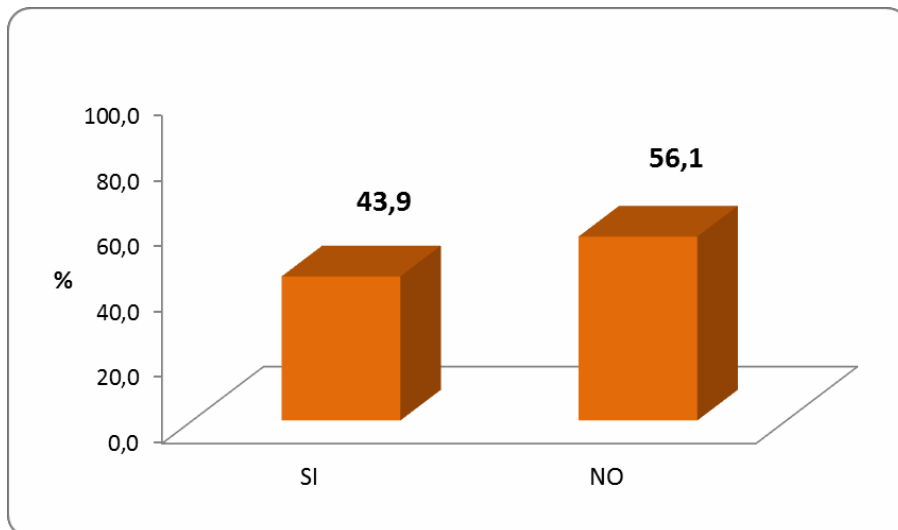


Gráfico 06. Porcentaje de niños menores de 1 año según evaluación física de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Respecto a la evaluación física de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 43,9% (148 niños) recibieron evaluación física y sin embargo, el 56,1% (189 niños) no evidenciaron esta actividad.

Tabla 07. Dosaje de hemoglobina del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Dosaje de hemoglobina	Frecuencia	%
SI	202	59,9
NO	135	40,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

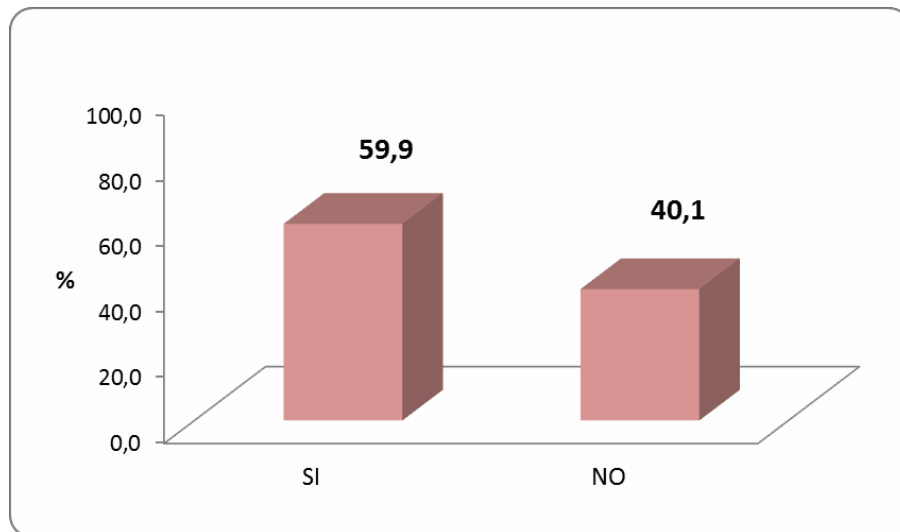


Gráfico 07. Porcentaje de niños menores de 1 año según dosaje de hemoglobina de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Concerniente al dosaje de hemoglobina de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 59,9% (202 niños) recibieron dosaje de hemoglobina y sin embargo, el 40,1% (135 niños) no mostraron esta actividad.

Tabla 08. Vacunación de acuerdo a la edad del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Vacunación de acuerdo a la edad	Frecuencia	%
SI	244	72,4
NO	93	27,6
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

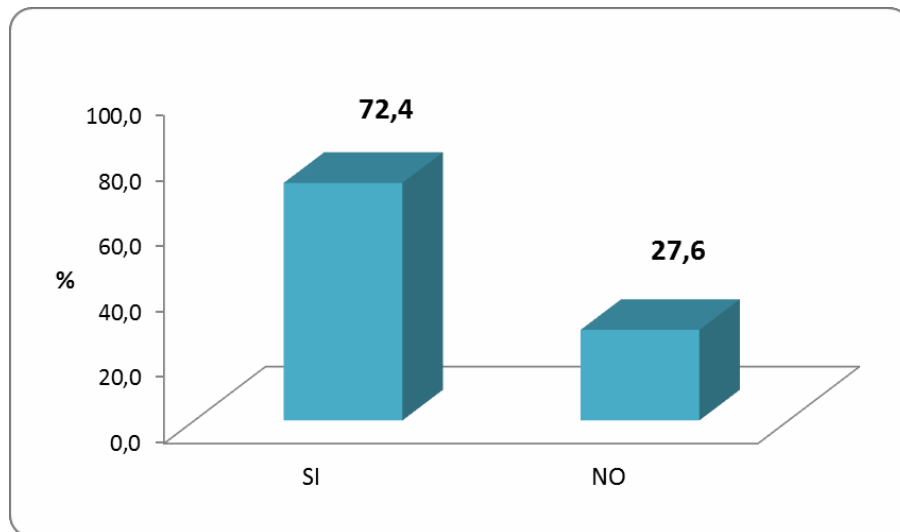


Gráfico 08. Porcentaje de niños menores de 1 año según vacunación de acuerdo a la edad de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Referente a la vacunación de acuerdo a la edad de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 72,4% (244 niños) recibieron vacunación de acuerdo a la edad y sin embargo, el 27,6% (93 niños) no recibieron esta actividad.

Tabla 09. Evaluación de la tendencia del crecimiento del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Evaluación de la tendencia del crecimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	186	55,2
NO	151	44,8
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

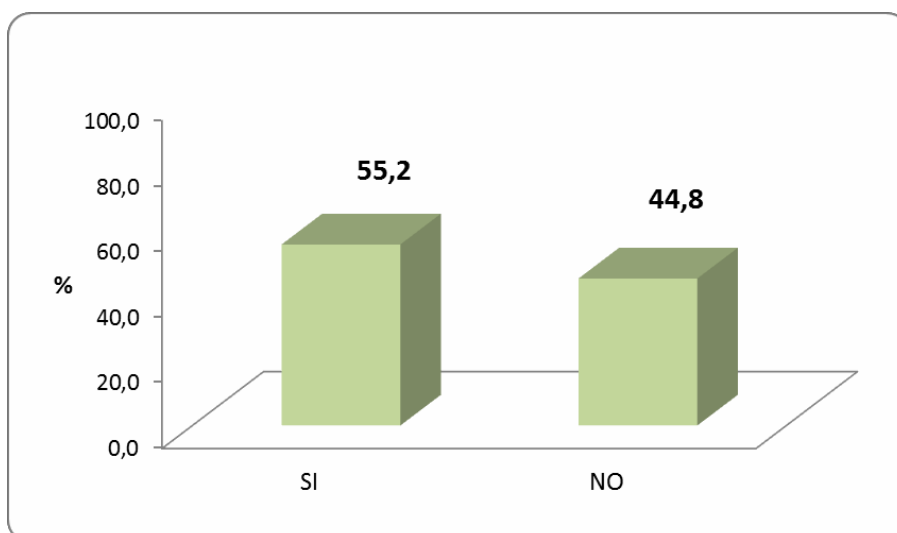


Gráfico 09. Porcentaje de niños menores de 1 año según evaluación de la tendencia del crecimiento de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En cuanto a la evaluación de la tendencia del crecimiento de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 55,2% (186 niños) presentaron evaluación de la tendencia del crecimiento y sin embargo, el 44,8% (151 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 10. Evaluación del estado nutricional por antropometría del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Evaluación del estado nutricional por antropometría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	58	17,2
NO	279	82,8
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

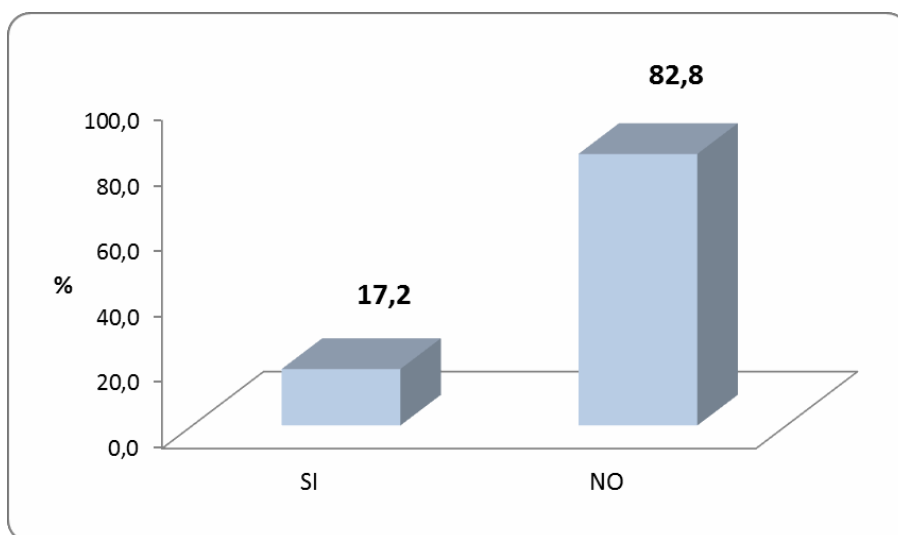


Gráfico 10. Porcentaje de niños menores de 1 año según evaluación del estado nutricional por antropometría de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Respecto a la evaluación del estado nutricional por antropometría de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 17,2% (58 niños) tuvieron evaluación del estado nutricional por antropometría y sin embargo, el 82,8% (279 niños) no presentaron esta actividad.



Tabla 11. Evaluación de la alimentación del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Evaluación de la alimentación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	121	35,9
NO	216	64,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

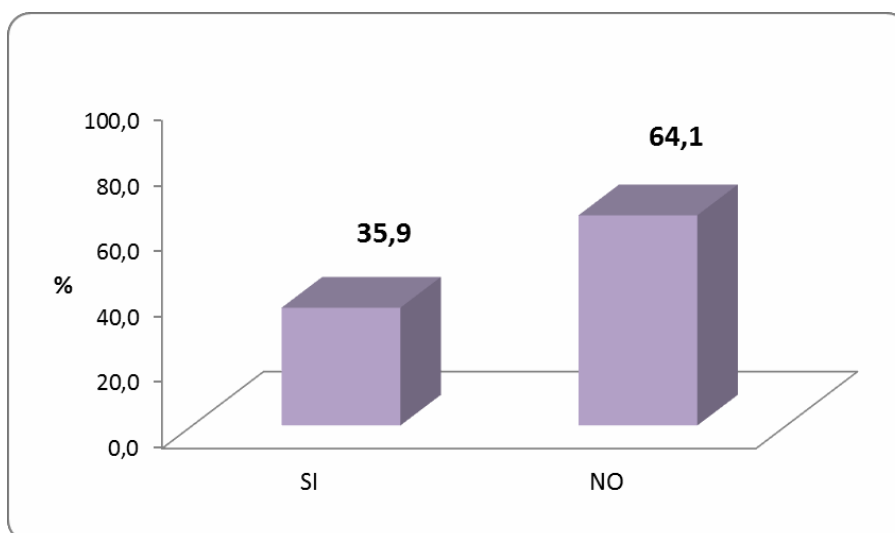


Gráfico 11. Porcentaje de niños menores de 1 año según evaluación de la alimentación de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Concerniente a la evaluación de la alimentación de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 35,9% (121 niños) tuvieron evaluación de la alimentación y sin embargo, el 64,1% (216 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 12. Entrega de micronutrientes del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Entrega de micronutrientes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	138	40,9
NO	199	59,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

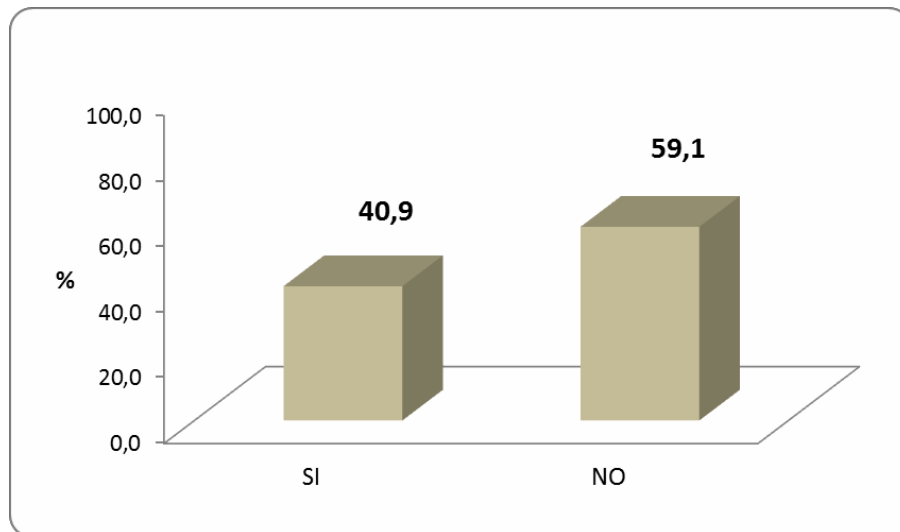


Gráfico 12. Porcentaje de niños menores de 1 año según entrega de micronutrientes de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En razón a la entrega de micronutrientes de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 40,9% (138 niños) revelaron entrega de micronutrientes y sin embargo, el 59,1% (199 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 13. Evaluación del desarrollo psicomotor según edad del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Evaluación del desarrollo psicomotor según edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	157	46,6
NO	180	53,4
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

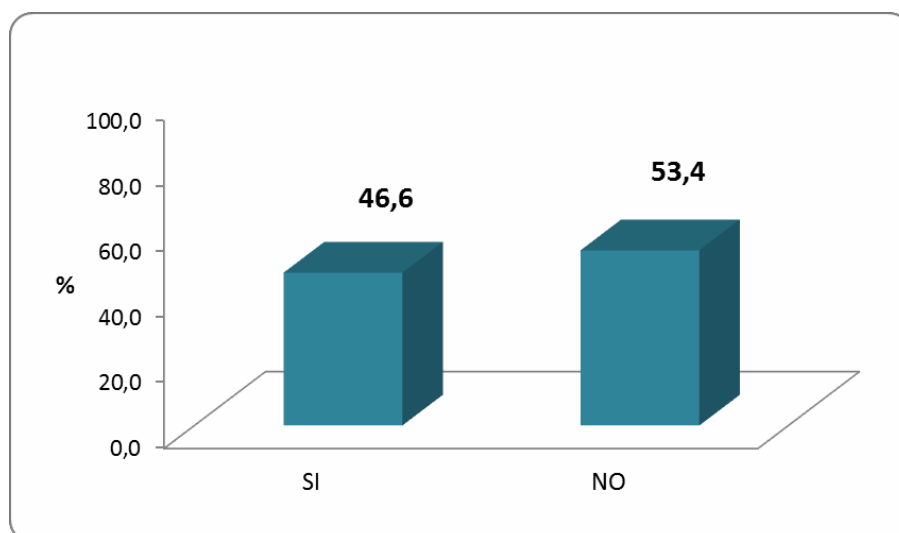


Gráfico 13. Porcentaje de niños menores de 1 año según evaluación del desarrollo psicomotor según edad de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Con respecto a la evaluación del desarrollo psicomotor según edad de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 46,6% (157 niños) tuvieron evaluación del desarrollo psicomotor según edad y por otro lado, el 53,4% (180 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 14. Tamizaje de violencia y maltrato del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Tamizaje de violencia y maltrato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	16	4,7
NO	321	95,3
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

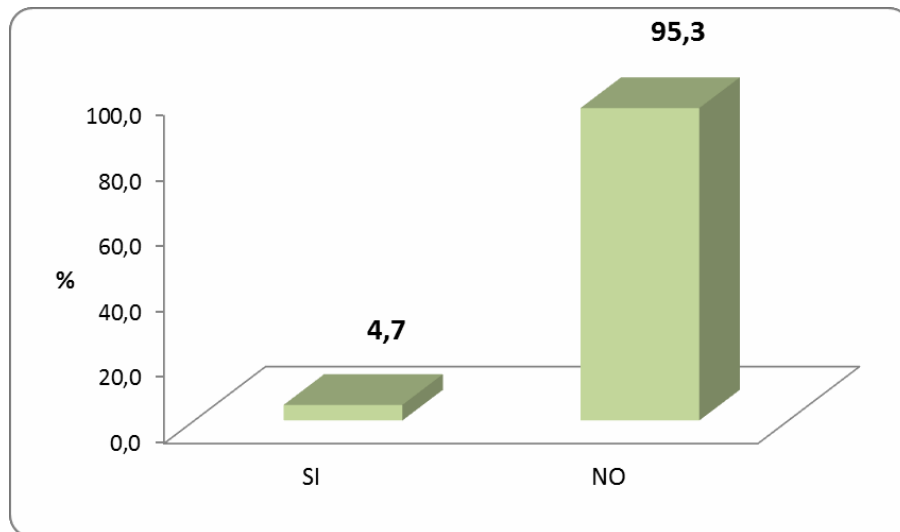


Gráfico 14. Porcentaje de niños menores de 1 año según tamizaje de violencia y maltrato de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Respecto al tamizaje de violencia y maltrato de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 4,7% (16 niños) recibieron tamizaje de violencia y maltrato y sin embargo, el 95,3% (321 niños) no presentaron esta actividad.

Tabla 15. Consejería: registro de factores causales del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Consejería: registro de factores causales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	33	9,8
NO	304	90,2
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

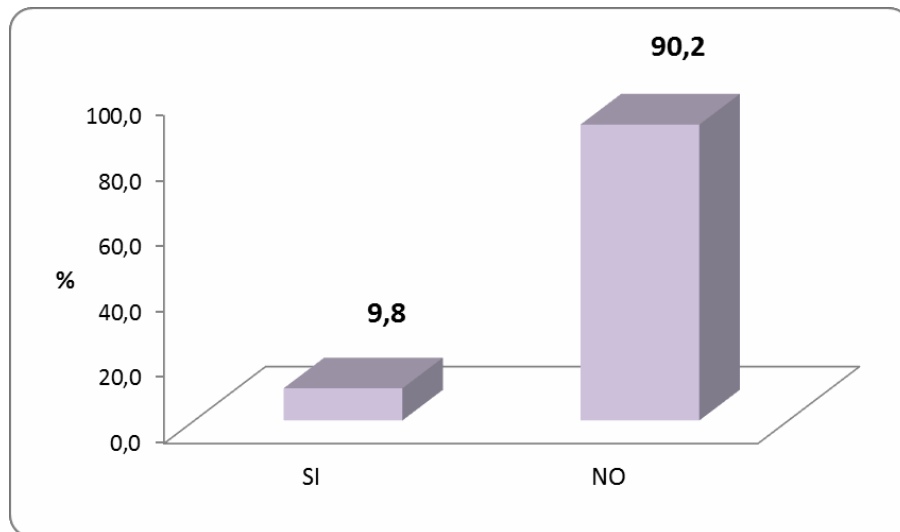


Gráfico 15. Porcentaje de niños menores de 1 año según consejería: registro de factores causales de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En lo que respecta a la consejería: registro de factores causales de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 9,8% (33 niños) recibieron consejería: registro de factores causales y sin embargo, el 90,2% (304 niños) no recibieron esta actividad.

Tabla 16. Consejería: registro de acuerdos del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Consejería: registro de acuerdos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	203	60,2
NO	134	39,8
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

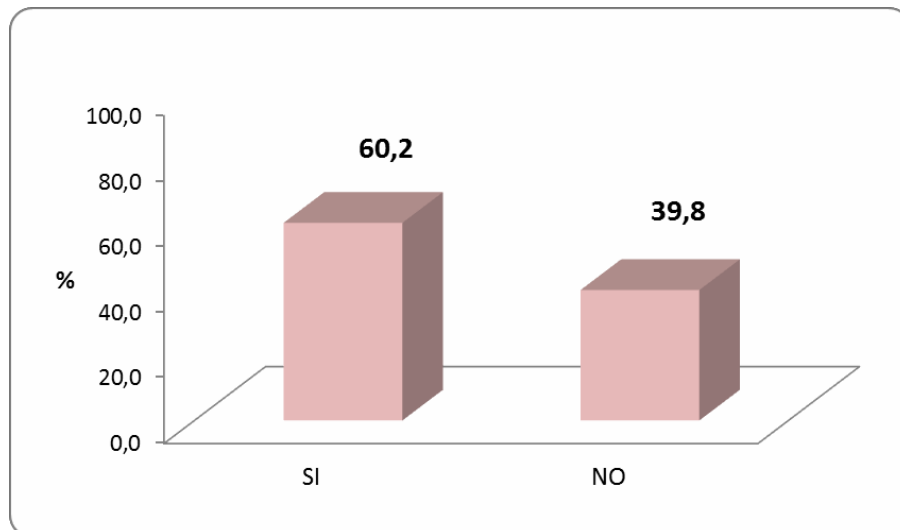


Gráfico 16. Porcentaje de niños menores de 1 año según consejería: registro de acuerdos de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En razón a la consejería: registro de acuerdos de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 60,2% (203 niños) recibieron consejería: registro de acuerdos y sin embargo, el 39,8% (134 niños) no recibieron esta actividad.

#### 4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO:

Tabla 17. Crecimiento del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Crecimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuado	130	38,6
Inadecuado	207	61,4
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

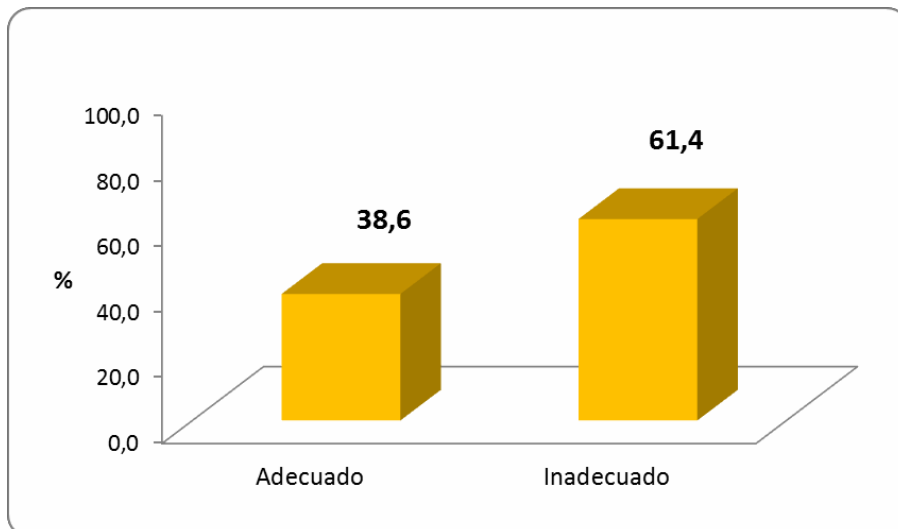


Gráfico 17. Porcentaje de niños menores de 1 año según crecimiento de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

En cuanto al crecimiento de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 38,6% (130 niños) presentaron crecimiento adecuado y por otro lado, el 61,4% (207 niños) presentaron crecimiento inadecuado.

Tabla 18. Desarrollo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

<b>Desarrollo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuado	275	81,6
Inadecuado	62	18,4
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

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

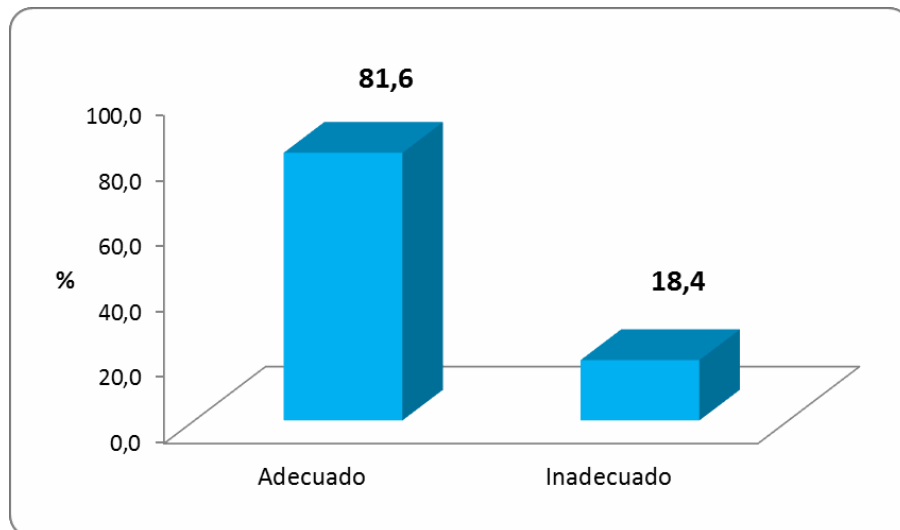


Gráfico 18. Porcentaje de niños menores de 1 año según desarrollo de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Respecto al desarrollo de niños menores de 1 año en estudio, se encontró que el 81,6% (275 niños) mostraron desarrollo adecuado y por otro lado, el 18,4% (62 niños) presentaron desarrollo inadecuado.



## 4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Tabla 19. Relación entre el control de crecimiento y desarrollo y el crecimiento del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Control de crecimiento y desarrollo	Crecimiento				- Prueba Chi cuadrado	Significancia
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%		
<b>Control de crecimiento y desarrollo completo</b>						
SI	76	22,6	156	46,3	10,63	0,001
NO	54	16,0	51	15,1		
<b>Control de crecimiento y desarrollo oportuno</b>						
SI	47	13,9	76	22,6	0,01	0,917
NO	83	24,6	131	38,9		
<b>Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual</b>						
SI	66	19,6	136	40,4	7,41	0,006
NO	64	19,0	71	21,1		
<b>Evaluación física</b>						
SI	44	13,1	104	30,9	8,71	0,003
NO	86	25,5	103	30,6		
<b>Dosaje de hemoglobina</b>						
SI	78	23,1	124	36,8	0,00	0,986
NO	52	15,4	83	24,6		
<b>Vacunación de acuerdo a la edad</b>						
SI	84	24,9	160	47,5	6,42	0,011
NO	46	13,6	47	13,9		
<b>Evaluación de la tendencia del crecimiento</b>						
SI	65	19,3	121	35,9	2,31	0,129
NO	65	19,3	86	25,5		
<b>Evaluación del estado nutricional por antropometría</b>						
SI	17	5,0	41	12,2	2,54	0,111
NO	113	33,5	166	49,3		
<b>Evaluación de la alimentación</b>						
SI	40	11,9	81	24,0	2,43	0,119
NO	90	26,7	126	37,4		
<b>Entrega de micronutrientes</b>						
SI	41	12,2	97	28,8	7,75	0,005
NO	89	26,4	110	32,6		
<b>Evaluación del desarrollo psicomotor según edad</b>						
SI	51	15,1	106	31,5	4,60	0,032

NO	79	23,4	101	30,0		
<b>Tamizaje de violencia y maltrato</b>						
SI	3	0,9	13	3,9		
NO	127	37,7	194	57,6	2,79	0,095
<b>Consejería: registro de factores causales</b>						
SI	12	3,6	21	6,2		
NO	118	35,0	186	55,2	0,08	0,783
<b>Consejería: registro de acuerdos</b>						
SI	66	19,6	137	40,7		
NO	64	19,0	70	20,8	7,92	0,005

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

Respecto a la relación entre el control de crecimiento y desarrollo y el crecimiento del niño menor de 01 año en estudio, se encontró que el crecimiento del niño se relaciona significativamente con el control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,001$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,006$ ), evaluación física ( $p \leq 0,003$ ), vacunación de acuerdo a la edad ( $p \leq 0,011$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,005$ ), evaluación del desarrollo psicomotor según edad ( $p \leq 0,032$ ) y consejería: registro de acuerdos ( $p \leq 0,005$ ). Es decir, el control de crecimiento y desarrollo completo, identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual, evaluación física, vacunación de acuerdo a la edad, entrega de micronutrientes, evaluación del desarrollo psicomotor según edad y consejería: registro de acuerdos es efectivo en el perfil de crecimiento del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín.

Tabla 20. Relación entre el control de crecimiento y desarrollo y el desarrollo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín 2015 y 2016

Control de crecimiento y desarrollo	Desarrollo				Prueba Chi cuadrado	Significancia
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%		
<b>Control de crecimiento y desarrollo completo</b>						
SI	196	58,2	36	10,7	4,11	0,043
NO	79	23,4	26	7,7		
<b>Control de crecimiento y desarrollo oportuno</b>						
SI	103	30,6	20	5,9	0,59	0,443
NO	172	51,0	42	12,5		
<b>Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual</b>						
SI	175	51,9	27	8,0	8,50	0,004
NO	100	29,7	35	10,4		
<b>Evaluación física</b>						
SI	128	38,0	20	5,9	4,19	0,041
NO	147	43,6	42	12,5		
<b>Dosaje de hemoglobina</b>						
SI	177	52,5	25	7,4	12,18	0,000
NO	98	29,1	37	11,0		
<b>Vacunación de acuerdo a la edad</b>						
SI	202	59,9	42	12,5	0,83	0,363
NO	73	21,7	20	5,9		
<b>Evaluación de la tendencia del crecimiento</b>						
SI	161	47,8	25	7,4	6,79	0,009
NO	114	33,8	37	11,0		
<b>Evaluación del estado nutricional por antropometría</b>						
SI	50	14,8	8	2,4	0,99	0,320
NO	225	66,8	54	16,0		
<b>Evaluación de la alimentación</b>						
SI	110	32,6	11	3,3	10,89	0,001
NO	165	49,0	51	15,1		
<b>Entrega de micronutrientes</b>						
SI	124	36,8	14	4,2	10,60	0,001
NO	151	44,8	48	14,2		
<b>Evaluación del desarrollo psicomotor según edad</b>						
SI	131	38,9	26	7,7	0,66	0,416
NO	144	42,7	36	10,7		
<b>Tamizaje de violencia y maltrato</b>						
SI	13	3,9	3	0,9	0,00	0,970

NO	262	77,7	59	17,5		
<b>Consejería: registro de factores causales</b>						
SI	31	9,2	2	0,6		
NO	244	72,4	60	17,8	3,71	0,054
<b>Consejería: registro de acuerdos</b>						
SI	172	51,0	31	9,2		
NO	103	30,6	31	9,2	3,32	0,068

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

Y, en cuanto a la relación entre el control de crecimiento y desarrollo y el desarrollo del niño menor de 01 año en estudio, se encontró que el desarrollo del niño se relaciona significativamente con control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,043$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,004$ ), evaluación física ( $p \leq 0,041$ ), dosaje de hemoglobina ( $p \leq 0,000$ ), evaluación de la tendencia del crecimiento ( $p \leq 0,009$ ), evaluación de la alimentación ( $p \leq 0,001$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,001$ ) y consejería: registro de factores causales ( $p \leq 0,054$ ). Es decir, el control de crecimiento y desarrollo completo, identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual, evaluación física, dosaje de hemoglobina, evaluación de la tendencia del crecimiento, evaluación de la alimentación, entrega de micronutrientes y consejería: registro de factores causales es efectivo en el perfil de desarrollo del niño menor de 01 año de la Red de Salud del Valle del Mantaro – Junín.

#### 4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y a la detección de los problemas en el desarrollo (38). La identificación de riesgos biológicos (como el crecimiento intrauterino limitado, la desnutrición crónica y/o las enfermedades

infecciosas agudas y crónicas) y/o a riesgos psicosociales (como la falta de oportunidades de aprendizaje y/o la baja calidad de la interacción entre el niño y sus cuidadores) en la población infantil ofrece la oportunidad de intervenir precozmente y evitar graves consecuencias en su desarrollo (39). Pero para que sean efectivas, tanto la vigilancia como las intervenciones, deben alcanzar la mayor cobertura de la población objetivo infantil y sus actividades deben realizarse siempre asegurando la calidad de las mismas

El seguimiento de la salud infantil como atención primaria es una actividad realizado por la enfermera, para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo en sus distintas áreas (21).

En nuestra investigación se encontró que el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo, es decir, el crecimiento del niño menor de 1 año se relaciona significativamente con el control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,001$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,006$ ), evaluación física ( $p \leq 0,003$ ), vacunación de acuerdo a la edad ( $p \leq 0,011$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,005$ ), evaluación del desarrollo psicomotor según edad ( $p \leq 0,032$ ) y consejería: registro de acuerdos ( $p \leq 0,005$ ). Asimismo, el desarrollo del niño menor de 1 año se relaciona significativamente con control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,043$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,004$ ), evaluación física ( $p \leq 0,041$ ), dosaje de hemoglobina ( $p \leq 0,000$ ), evaluación de la tendencia del crecimiento ( $p \leq 0,009$ ), evaluación de la alimentación ( $p \leq 0,001$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,001$ ) y consejería: registro de factores causales ( $p \leq 0,054$ )

Estos resultados logrados poseen coincidencia con numerosas investigaciones realizadas previamente que corroboran la dependencia entre el control de crecimiento y desarrollo y el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año.

Al respecto, Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia y Martínez (20) mostraron que sus resultados de la evaluación de la efectividad medida a partir del peso para la edad y talla para la edad se podría decir que se encuentran en valores críticos, considerando que aproximadamente el 50% de la población se encuentra en valores normales, lo cual preocupa al identificar que se trata de una población con ingreso mensual permanente y con servicio de seguridad social, además de estar inscritos en el programa de control del niño sano.

Un meta-análisis mostrado en la publicación “The Lancet Maternal and Child Nutrition Series” (40), sustenta que los controles de salud en niños al extenderse hasta un 90%, conseguirían una disminución de la desnutrición crónica infantil en un 20%, y el índice de mortalidad infantil alrededor del 15%.

Asimismo, la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida (41) informa que los controles en forma periódicos de salud de los niños sobre todo menores de 5 años son esenciales para monitorear su crecimiento e identificar de manera adecuada si muestran algún problema relacionada a la nutrición como la anemia, talla baja, sobrepeso o bajo peso.

Abdullah (42) concluyó que el monitoreo de un crecimiento y desarrollo saludable, es decir, la vigilancia de los indicadores de crecimiento y desarrollo infantil para dilucidar si el niño está creciendo normalmente o si muestra algún problema de crecimiento, representa una estrategia clave para prevenir la desnutrición o también la obesidad infantil.

Finalmente, Tellez (43) informa que cada control de crecimiento y desarrollo del niño brinda una oportunidad única para detectar problemas reales, intervenir de

forma oportuna en trastornos potenciales y efectuar derivaciones tempranas en caso de identificar problemas graves o que excedan el nivel terapéutico de la atención primaria de salud.

#### **4.4. Aporte de la investigación**

Nuestro aporte se embarca en proporcionar los resultados a la autoridad de la Red Valle del Mantaro, para que se planteen diferentes proyectos de mejoras en aquellos puntos críticos.

## CONCLUSIONES

Concluimos:

- El 68,8% (232 niños) recibieron control de crecimiento y desarrollo completo, sin embargo, el 36,5% (123 niños) tuvieron control de crecimiento y desarrollo oportuno.
- Por otro lado, el 38,6% (130 niños) presentaron crecimiento adecuado y el 81,6% (275 niños) mostraron desarrollo adecuado.
- Asimismo, se encontró que el crecimiento del niño menor de 1 año se relaciona significativamente con el control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,001$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,006$ ), evaluación física ( $p \leq 0,003$ ), vacunación de acuerdo a la edad ( $p \leq 0,011$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,005$ ), evaluación del desarrollo psicomotor según edad ( $p \leq 0,032$ ) y consejería: registro de acuerdos ( $p \leq 0,005$ ).
- Y, el desarrollo del niño menor de 1 año se relaciona significativamente con control de crecimiento y desarrollo completo ( $p \leq 0,043$ ), identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual ( $p \leq 0,004$ ), evaluación física ( $p \leq 0,041$ ), dosaje de hemoglobina ( $p \leq 0,000$ ), evaluación de la tendencia del crecimiento ( $p \leq 0,009$ ), evaluación de la alimentación ( $p \leq 0,001$ ), entrega de micronutrientes ( $p \leq 0,001$ ) y consejería: registro de factores causales ( $p \leq 0,054$ ).



## RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Se recomiendan:

- El personal de enfermería diseñe programas de capacitación y propuestas dirigidas a mejorar aspectos tales como, habilidades interpersonales, fomentando la adquisición de habilidades para la comunicación adecuada y eficaz con la madre; la ética y el cuidado humano.
- Reforzar la capacitación de los profesionales en el cuidado enfermero del niño menor de cinco años en el control de CRED, por ser una norma de evaluación en el proceso de certificación.
- Reflexionar y revalorizar el cuidado enfermero brindado a los lactantes menores en sus diversas dimensiones: biológica, social, sexual, moral y espiritual, el mismo que debe ser desarrollado de manera integral.
- Al personal de salud involucrado en la atención integral del niño deberá realizar los seguimientos domiciliarios de manera oportuna y periódica ya que permitirá verificar los cuidados que brinda la madre a sus hijos incito.
- Fortalecer los conocimientos y actitudes de los padres sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo en el niño, con ello participen de manera responsable en su cuidado, de esa manera adopten estilos de vida saludable, y así se facilite el logro y la conservación del buen estado de salud tanto individual como familiar mediante la promoción de la salud.

**BIBLIOGRAFIA.**

1. Garrido FJ. Programa de Control del Niño Sano. *Ped Rur Ext* 2007; 37(350): 195-201.
2. Lavado C. Correlación entre el conocimiento de las madres, el número de controles del niño menor de un año y la aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo en la Micro Red Santa Fe – Callao, 2008. *Rev Per Obst Enf* 2008;4(2):101-110.
3. Bove I. Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones. Montevideo: UNICEF, Comuna Canaria, PNUD, 2012.
4. Sguassero Y, Moyano C, Aronna A, Fain H, Orellano A, Carroli B. Validación clínica de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS: análisis de los resultados antropométricos en niños de 0 a 5 años de la ciudad de Rosario, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(3):198-204.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
6. Quispe M, Ramos WC. Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años, Centro de Salud Mariscal Castilla. Arequipa 2016. [Tesis de pregrado]. Arequipa – Perú: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2017.
7. Ascarate ME, Olveira AK, Silva PD, Vivián E, Sosa PF. Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores a 2 años del Centro de Salud Cerro. [Tesis] Uruguay: Universidad de la Republica; 2012.
8. Salazar E. ¿Qué factores biosocioculturales maternos intervienen en la deserción preescolar al control de crecimiento y desarrollo? *Revista Científica*

- del Colegio de Enfermeros del Perú – Consejo Regional II La Libertad 2016; 3(1): 44-54.
9. Informática INEI [internet]. [Consultado diciembre 2017] <https://www.inei.gob.pe/>.
  10. Ugaz ME. Control de Crecimiento y Desarrollo en la primera infancia. 2017. Oficial de Nutrición y Desarrollo Infantil del Fondo de las Naciones Unidas UNICEF sede Perú. 2017.
  11. Adair L, Fall C, Osmond C, Stein A, Martorell R, Ramirez-Zea, et al. The Lancet 2013.
  12. Castillo O, Zúñiga R, Liendo C. Ministerio de Economía y Finanzas; 2015.
  13. Cruzado V. Ministerio de Economía y Finanzas Perú; 2012.
  14. Gonzales E, Huamán L, Aparco LP, Pillaca J, Gutiérrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016;33(2).
  15. Hirmas M, Poffald L, Jasmen AM, Aguilera X, Delgado B. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática; 2013.
  16. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño, 2016.
  17. Perú MdS. Ministerio de Salud. Normas legales. Lima; 2010.
  18. Cáceres R. Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Periodo Mayo-Julio, 2015. [Tesis de especialidad]. Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo; 2017.
  19. Flores Y, Ortiz RE, Cárdenas VM. Percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 201220(2):[07 pantallas].

20. Villanueva M, Villarreal E, Vargas E, Galicia L, Martínez L. Costo-efectividad del programa del control del niño sano en el primer nivel de atención. *Rev. chil. nutr.* 2011; 38(4):438-443.
21. Hernández FM, Montalvo MP. Cuidado de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del lactante menor, micro red asistencial de Chiclayo 2015. [Tesis de pregrado]. Lambayeque- Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
22. Jauregui JL. El Componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas-2009. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2010.
23. Miguel DL. Factores socio demográficos e institucionales asociados en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 1 a 3 años en el Centro de Salud Supte San Jorge - Tingo María 2016. [Tesis de pregrado]. Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco; 2017.
24. MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. R.M.N 537-2017. Lima Perú; 2017.
25. Castro S. 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. [Tesis] Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
26. Mariaca C, Berbesi D. Factores social y demográfico relacionado con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. *CES Salud Pública* 2013; 4: 4 – 11.
27. MINSA. Repositorio de Datos Minsa. Control de crecimiento y desarrollo. MINSA. [Consultado 11 de junio 2017] Disponible en:

<http://datos.minsa.gob.pe/dataset/control-de-crecimiento-y-desarrollo-de-ninos-menores-de-5-anos>

28. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Lima – Perú. 2011.
29. UNICEF. Norma – UNICEF Perú: crecimiento y desarrollo ¿La mesa servida? UNICEF. [Consultado febrero 2018] Disponible en: [https://www.unicef.org/peru/spanish/survival\\_development\\_3189.html](https://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_3189.html)
30. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Homo Sapiens. Alimentando al cerebro. [Internet]. [Consultado abril 2018]. Disponible en: [https://www.unicef.org/peru/\\_files/notas\\_prensa/carpetasinformativas/crecimiento\\_y\\_desarrollo.pdf](https://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/crecimiento_y_desarrollo.pdf)
31. UNR. El niño sano y su contexto. Ed. UNR; Rosario; 2000.
32. Torres AR. Crecimiento y desarrollo. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 54-57.
33. Marshall WA, Tanner JM. Pubertad. En: Fundación Científica de Pediatría. Ed. Davis J. A., Dobbing, J. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1974.
34. Burrows R, Muzzo S. Curvas de crecimiento del escolar chileno de 5 a 16 años, de acuerdo al nivel socioeconómico. Suplemento Rev Chilena Nutr 1996;24.
35. Whaley W. Enfermería Pediátrica. 4 Ed. Madrid-España: McGraw- Hill Interamericana; 2006.
36. Papalia D. Desarrollo Humano. 12 Ed. México: Mc Graw-Hill; 2012.
37. Organización de los Estados Iberoamericanos. Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años.
38. Hutchison T, Nicoll A. Detección y vigilancia del desarrollo. Br J Hosp Med. 1988;39:22-4, 28-9.

39. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Desigualdad en la primera infancia: factores de riesgo y de protección para el desarrollo infantil temprano. *Lancet*. 2011;378(9799):1325-38.
40. The Lancet. Nutrición materna e infantil. Series from the Lancet journals, 2013;6.
41. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. Los controles de salud de niños y niñas de 0 a 5 años contribuyen a la erradicación de la desnutrición infantil. [internet]. [Consultado enero 2018]. Disponible en: <http://www.todaunavida.gob.ec/los-controles-de-salud-de-ninos-y-ninas-de-0-a-5-anos-contribuyen-a-la-erradicacion-de-la-desnutricion-infantil/>
42. Abdullah A. The Double Burden of Undernutrition and Overnutrition in Developing Countries: an Update. *Curr Obes Rep*. 2015;4(3):337-49.
43. Tellez A. Bases diagnósticas de la atención pediátrica. En: Menegello *Pediatría*. 6ªed. 2013: 61-63.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOS</b>
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b> El crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 – 2016</p>	<p>Variable dependiente: Perfil de crecimiento y desarrollo</p> <p>Variable independiente: Control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>Tipo de estudio: Observacional, transversal, prospectivo y analítico.</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</b> ¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de crecimiento del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</b> Establecer la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de crecimiento del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (1)</b> El crecimiento del niño menor de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.</p>	<p>Variable dependiente: Crecimiento del niño</p> <p>Variable independiente: Control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>Diseño: Correlacional</p> <p>Población: 327 historias clínicas</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (2)</b> ¿Cómo es la efectividad del control de crecimiento y desarrollo en el perfil de desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (2)</b> Evaluar la efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de desarrollo del menor de 01 año de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (2)</b> El desarrollo del niño de 1 año es dependiente del control de crecimiento y desarrollo de la Red Valle del Mantaro – Junín 2015 - 2016.</p>	<p>Variable dependiente: Desarrollo del niño</p> <p>Variable independiente: Control de crecimiento y desarrollo</p>	



**ANEXO 2****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es conducida por la alumna de la Maestría en Salud Pública Y Gestión Sanitaria, de la de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano. El objetivo de la presente investigación es efectividad del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el perfil de crecimiento y desarrollo del menor de 01 año.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la entrevista en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar

No acepto participar

82  
ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ID

**Título de la Investigación:** Efectividad del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en el Crecimiento y Desarrollo del Menor de 01 Año, en la Red Valle Del Mantaro 2015 - 2016.

**Objetivo:** Identificar características del control de crecimiento y desarrollo realizado durante el 2015 y 2016 y del e crecimiento y desarrollo del niño de 01 mes hasta los 12 meses de edad.

**Responsable:** Hortensia Ramírez Leandro.

**Instrucciones:** El presente instrumento será llenado con datos exactos y verídicos, extraída de la historia clínica del niño que ha sido seleccionado como parte de la muestra. Marcar o escribir con letra legible, evitar borrones o enmendaduras que impidan la comprensión o visibilidad del dato.

**DATOS DEL NIÑO**

FECHA DE NACIMIENTO		DIA	MES	AÑO	SEXO		
					M	F	
N° de Control	Edad	Fecha	Intervalo	Condicion del Crecimiento			Condicion del Desarrollo
				Peso	Talla	Perfil de Crecimiento Adecuado (1) Inadecuado (0)	Perfil de Desarrollo Adecuado (1) Inadecuado (0)
RN							
1° C - RN							
2° C - RN							
1° C							
2° C							
3° C							
4° C							
5° C							
6° C							
7° C							
8° C							
9° C							
10° C							
11° C							
1° C							



**ANEXO 4**  
**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Datos generales	Fecha de nacimiento Día /Mes /Año				
	Sexo M F				
Datos de control CRED	N° de control				
	1° C-RN				
	2° C.RN				
	1° C				
	2° C				
	3° C				
	4° C				
	5° C				
	6° C				
	7° C				
	8° C				
9° C					
10° C					
11° C					
Condición del crecimiento	Edad				
	Fecha:				
	Intervalo				
	Peso				
	Talla				
	Perfil de crecimiento Adecuado				

Condición del desarrollo	<p>Inadecuado</p> <p>Perfil de desarrollo</p> <p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p> <p>Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual.</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Evaluación física</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Verificación o toma de muestra para descartar anemia</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Verificación el calendario de vacunación y administración si corresponde</p> <p>SI</p> <p>NO</p>						
Contenido de control CRED	<p>Evaluación de la tendencia del crecimiento</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Evaluación del estado nutricional por antropometría</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Evaluación de la alimentación</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Verificación de suplementación con micronutrientes y administración si corresponde</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Evaluación del desarrollo psicomotor según edad</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Tamizaje de violencia y maltrato</p> <p>SI</p> <p>NO</p>						

Datos de la madre	Consejería					
	SI					
	NO					
	Registro de factores causales.					
	SI					
	NO					
	Registro de acuerdos					
	SI					
	NO					
	Edad					
	Lengua habitual					
	Quechua					
	Castellano					
	Otro					
Grado de instrucción						
Sin instrucción						
Primaria completa						
Primaria incompleta						
Secundaria completa						
Secundaria incompleta						
Superior						
Religión						
Católico						
Evangélico						
Testigo de Jehová						
Israelita						
Otro						

¿Existe, alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

El instrumento debe ser aplicado SI (X) NO ( ) \_\_\_\_\_

*R. Ramirez*  
Firma y Sello del juez

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Datos generales	Fecha de nacimiento Día /Mes /Año				
	Sexo M F				
Datos de control CRED	N° de control				
	1° C-RN				
	2° C.RN				
	1° C				
	2° C				
	3° C				
	4° C				
	5° C				
	6° C				
	7° C				
	8° C				
9° C					
10° C					
11° C					
	Edad				
	Fecha:				
	Intervalo				
	Peso				
	Talla				
Condición del crecimiento	Perfil de crecimiento				
	Adecuado				

Condición del desarrollo	Inadecuado Perfil de desarrollo Adecuado Inadecuado				
	Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual. SI NO				
	Evaluación física SI NO				
	Verificación o toma de muestra para descartar anemia SI NO				
	Verificación el calendario de vacunación y administración si corresponde SI NO				
Contenido de control CRED	Evaluación de la tendencia del crecimiento SI NO				
	Evaluación del estado nutricional por antropometría SI NO				
	Evaluación de la alimentación SI NO				
	Verificación de suplementación con micronutrientes y administración si corresponde SI NO				
	Evaluación del desarrollo psicomotor según edad SI NO				
	Tamizaje de violencia y maltrato SI NO				



	Consejería					
	SI					
	NO					
	Registro de factores causales.					
	SI					
	NO					
	Registro de acuerdos					
	SI					
	NO					
	Edad					
	Lengua habitual					
	Quechua					
	Castellano					
	Otro					
	Grado de instrucción					
	Sin instrucción					
	Primaria completa					
	Primaria incompleta					
	Secundaria completa					
	Secundaria incompleta					
	Superior					
	Religión					
	Católico					
	Evangélico					
	Testigo de jehová					
	Israelita					
	Otro					
Datos de la madre						

¿Existe, alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?

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

  
Firma y Sello del juez

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Datos generales	Fecha de nacimiento Día /Mes /Año				
	Sexo M F				
Datos de control CRED	N° de control				
	1° C-RN				
	2° C.RN				
	1° C				
	2° C				
	3° C				
	4° C				
	5° C				
	6° C				
	7° C				
	8° C				
9° C					
10° C					
11° C					
	Edad				
	Fecha:				
	Intervalo				
	Peso				
	Talla				
Condición del crecimiento	Perfil de crecimiento				
	Adecuado				

	Inadecuado					
Condición del desarrollo	Perfil de desarrollo Adecuado					
	Inadecuado					
	Identificación de signos de alarma y presencia de enfermedad actual.					
	SI					
	NO					
	Evaluación física					
	SI					
	NO					
	Verificación o toma de muestra para descartar anemia					
	SI					
	NO					
	Verificación del calendario de vacunación y administración si corresponde					
	SI					
	NO					
	Evaluación de la tendencia del crecimiento					
	SI					
	NO					
Contenido de control CRED	Evaluación del estado nutricional por antropometría					
	SI					
	NO					
	Evaluación de la alimentación					
	SI					
	NO					
	Verificación de suplementación con micronutrientes y administración si corresponde					
	SI					
	NO					
	Evaluación del desarrollo psicomotor según edad					
	SI					
	NO					
	Tamizaje de violencia y maltrato					
	SI					
	NO					

	Consejería SI NO Registro de factores causales. SI NO Registro de acuerdos SI NO Edad					
Datos de la madre	Lengua habitual Quechua Castellano Otro Grado de instrucción Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Religión Católico Evangélico Testigo de jehová Israelita Otro					

¿Existe, alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?  
 SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?

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

  
 Firma y Sello del juez

**NOTA BIOGRÁFICA**

Hortensia Ramirez Leandro, nació en la ciudad de Huancayo-Junín, hija de Don Claudio Ramírez Montes y Doña Ernestina Leandro Trinidad, sus estudios de educación primaria y secundaria los realizó en la ciudad de Huancayo, en la Escuela Primaria “9 de diciembre” y en la Gran Unidad Escolar “Nuestra Señora de Cocharcas”, respectivamente. Es Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional del Centro del Perú de la ciudad de Huancayo y egresada de la Maestría de Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Se ha desempeñado en diversos establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la región Junín, cumpliendo exitosamente funciones asistenciales y de gestión, orientadas a implementar planes y programas de salud pública; desempeñando diversos cargos jefaturales y de coordinación; Así mismo en el nivel de la autoridad sanitaria regional ha desempeñado funciones relacionadas a la conducción, gestión, supervisión, monitoreo y asistencia técnica para la implementación de las políticas públicas por etapas de vida en el marco de la atención integral de salud con especial dedicación a la salud infantil; desde el 2006 se desempeña en el Ministerio de Salud como Especialista en Gestión Sanitaria y cumple funciones relacionadas a la formulación, planeamiento, conducción, implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional y sectorial para la atención de salud de las personas. Ha participado en el diseño e implementación de los programas presupuestales de salud, en el marco de la gestión por resultados. Se ha desempeñado como docente de post grado en diversas universidades públicas y privadas del ámbito nacional, en cursos relacionados a la salud infantil con especial dedicación al tema del crecimiento y desarrollo del niño.



**ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO**

En el Auditorio del 9no piso C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, siendo las **19:30h**, del día **sábado 29 DE SETIEMBRE DE 2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS  
Dra. Nancy VERAMENDI VILLAVICENCIOS  
Dr. Reynaldo OSTOS MIRAVAL

Presidente  
Secretaria  
Vocal

**Asesora de Tesis:** Dra. Juvita SOTO HILARIO (Resolución N° 01612-2017-UNHEVAL/EPG-D)

**La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y gestión Sanitaria, Doña, Hortensia RAMIREZ LEANDRO.**

**Procedió al acto de Defensa:**

Con la exposición de la Tesis titulado: **"EFICACIA DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) EN EL PERFIL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 01 AÑO, EN LA RED VALLE DEL MATARO 2015 - 2016"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....  
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de dieciocho  
Equivalente a Muy Bueno, por lo que se declara Aprobado (18)  
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Lima, siendo las 20:30 horas del 29 de setiembre de 2018.

.....  
PRESIDENTE  
DNI N° 72612906

Nancy Veramendi  
SECRETARIA  
DNI N° 22921418

[Signature]  
VOCAL  
DNI N° 22920141

Leyenda:  
19 a 20: Excelente  
17 a 18: Muy Bueno  
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 02304-2018-UNHEVAL/EPG-D)

# AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

## 1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: *Ramirez Leandro Hortensia*

DNI: *19930705*

Correo electrónico:

Teléfono de casa:

Celular:

Oficina:

## 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

<b>POSGRADO</b>	
Maestría:	<i>Salud Pública y Gestión Sanitaria</i>
Mención:	

Grado Académico obtenido:

MAESTRO

Título de la tesis: *EFICACIA DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) EN EL PERFIL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE CI DÑO, EN LA RED DEL VALLE DEL MANTARO 2015 - 2016*

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web [repositorio.unheval.edu.pe](http://repositorio.unheval.edu.pe), por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.


En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año    ( ) 2 años    ( ) 3 años    ( ) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma:

  
Firma del autor