

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA TALLA DE LOS
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA 2009**

TESIS

Presentada por:

Bach. Jessye Heidy Enriquez Castro

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad De Enfermería

FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA TALLA DE LOS NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

TESIS

Presentada Por:

Bach. JESSYE HEIDY ENRIQUEZ CASTRO

Para Optar el Título Profesional de:

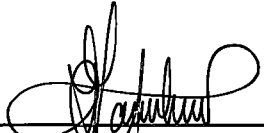
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por Unanimidad ante el siguiente jurado:


Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA


Mgr. María Vargas Salcedo
JURADO


Mgr. María S. Porras Roque
JURADO


Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
ASESORA

DEDICATORIA

Con mucho Cariño:

*A mi Madre y a mis Hermanos, por el amor y el apoyo que me
brindan día a día...*

*A Dios, por ser mi fuerza y templanza para seguir luchando en el
camino de mi formación personal, profesional y sobre todo
espiritual.*

J.H.E.C.

AGRADECIMIENTOS

Doy infinitamente las gracias:

1. *A Dios, ante todo por permitirme continuar en esta hermosa vida y ponerme en el camino de la Salud para poder realizarme como Enfermera, y ejercerlo con todo mi amor y dedicación hasta donde él, mi señor, lo permita.*
2. *A mi madre Elvita, quién desde que tengo uso de razón ha sido mi motor, mi ejemplo en la lucha contra la adversidad y continuar en la búsqueda de cada una de mis metas hasta el fin, sin perder la esperanza, el amor y el respeto a mi prójimo.*
3. *A mi profesora Mgr. Luz Marina Ticona Pajares, por su constante asesoramiento e impartir todos sus conocimientos y hacer posible la realización del trabajo de investigación.*
4. *A mis jurados Dra. Nora Vela de Córdova, Mgr. María Porras Roque y Mgr. María Vargas Salcedo, por el apoyo y la orientación constante para la concretización del presente trabajo de investigación.*
5. *A la Mgr. María Luna Pari por su apoyo incondicional y poner toda su confianza en mí e interés en el trabajo de investigación brindándome sus conocimientos.*
6. *A todas aquellas personas como profesoras, Enfermeras y otros profesionales, amigos y seres queridos que dedicaron su valioso tiempo apoyándome durante el trabajo de investigación.*

J.H.E.C.

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.....	03
1.2 Marco Teórico.....	07

CAPITULO II: DE LA METODOLOGÍA

2.1 Diseño de investigación.....	38
2.2 Población de Estudio.....	38
2.3 Muestra.....	39
2.4 Variables de Estudio.....	39
2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	40
2.6 Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.....	40
2.7 Recolección de Datos.....	42
2.8 Control de Calidad.....	43
2.9 Procesamiento y Análisis de Datos.....	45

CAPITULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados.....	47
3.2 Discusión.....	70
3.3 Conclusiones.....	78
3.4 Recomendaciones.....	80

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, comprende el estudio de los factores familiares y su relación con talla de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte, Tacna - 2009. Este, es un estudio descriptivo - retrospectivo correlacional, con una muestra de 73 niños menores de 2 años utilizando un muestreo no probabilístico: por conveniencia. Se utilizaron dos instrumentos: la primera, una ficha para los datos del niño, la segunda; un instrumento estructurado tipo entrevista. Se valoraron características de la familia, para el análisis estadístico correspondiente.

Los resultados revelan que el riesgo de talla baja oscila entre 8,93% y 29,41%, la talla baja entre 1,72% y 18,18% y la talla baja severa se presentó a los 12 meses con el 2,22%. Los factores familiares relacionados estadísticamente significativos a la talla a los 12 meses de vida son: el grado de instrucción del padre y la ocupación de la madre. En la tendencia del crecimiento: la edad del padre.

ABSTRACT

The present investigation work, understands the study of the family factors and its relationship with the children's size smaller than 2 years of the Position of Health North Cone, Tacna - 2009. This, is a descriptive study - retrospective correlational, with a sample of 73 children smaller than 2 years using a sampling non probabilístico: for convenience. Two instruments were used: the first one, a record for the boy's data, the second; an instrument structured type interviews. They were valued characteristic of the family, for the corresponding statistical analysis.

The results reveal that the risk of low stature oscillates between 8,93% and 29,41%, the low stature between 1,72% and 18,18% and the severe low stature appeared to the 12 months with the 2,22%. The family factors related statistically significant to the size to the 12 months of life are: the grade of the father's instruction and the mother's occupation. In the tendency of the growth: the father's age.

INTRODUCCIÓN

El niño(a) se encuentra en un proceso de continuo crecimiento y desarrollo tanto físico como mental, que este crecimiento se lleve a cabo de manera adecuada garantiza un niño que podrá convertirse en una persona no solo saludable sino con capacidades físicas y mentales que le permitan convertirse en un ciudadano útil a la sociedad.

El retardo de crecimiento, es uno de los mayores problemas que confrontan los niños en los países subdesarrollados, siendo esto un resultado no solo de su relación con la deficiencia de macro nutrientes, sino como consecuencia de una serie de necesidades básicas insatisfechas en la familia. El evaluar el crecimiento de un niño, es la manera más simple de poder tener una idea aproximada de la calidad de vida que ha tenido.

La existencia de diversos factores de riesgo tanto comunitarios, familiares, maternos y del niño, pueden de alguna manera alterar el adecuado proceso de crecimiento de los niños(as), es por esto que es de vital importancia el poder detectar la existencia de estos en su

debido tiempo, ya que de esta manera se podría llevar a cabo programas de asistencia más eficaces que permitan disminuir el riesgo de un inadecuado crecimiento estatural.

En el presente trabajo de investigación se estudiaron los factores familiares con el propósito de determinar la relación con la talla de los niños menores de dos años del Puesto de Salud Cono Norte. Para una mejor comprensión, el trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, constituye el planteamiento del problema, donde se describe el problema, el marco teórico, los antecedentes del problema, objetivos e hipótesis de la investigación. En el Capítulo II, se brinda información sobre el tipo de la investigación, la población y la muestra, la fuente de datos y los procedimientos que se siguieron para su obtención. En el Capítulo III, se muestran los resultados de la investigación conteniendo las descripciones, se presenta la discusión con otros trabajos realizados y la literatura, además las conclusiones de la investigación, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del Problema:

En el mundo en desarrollo, casi un tercio de los niños menores de cinco años presentan retraso en el crecimiento, así mismo en los países subdesarrollados como el nuestro, este es uno de los mayores problemas que confrontan los niños, siendo un resultado no sólo de su relación con la deficiencia de macro nutrientes, sino también como consecuencia de una serie de factores de riesgo existentes.¹

El Perú aún presenta grandes bolsones de pobreza en las zonas periurbanas y cerca de la cuarta parte de los niños menores de 5 años (24,1% según ENDES continúa 2006)² presentan retraso en el

¹ PAJUELO RAMÍREZ (2003). Trabajos Originales – “Retardo de crecimiento de los niños en el Perú”, D.C. [en línea]. Disponible en: <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v56n2/pdf/a02.pdf>>.

² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI - 2006) – Nota de prensa N° 213 – Setiembre – Perú. [Artículo en línea]. Disponible en: <<http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/6520.pdf>>.

crecimiento, esto se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad.

Según ENDES (2007) la prevalencia de Talla Baja, se da en los departamentos de Huancavelica con 52,2% y Huánuco con 41,6%. Mientras que el Departamento de Tacna alcanza a más del 23% en zonas rurales, en zonas periurbanas al 4% y urbanas al 3% de niños. Según el informe nutricional de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Tacna del año 2006 al 2008, el retardo de crecimiento³ se ha mantenido en un 5% en los niños menores de 5 años, sin mostrar algún cambio en el primer trimestre del año 2009, la Microred de Cono Norte presenta el 6,6% de los niños menores de 5 años con Talla Baja, aunque las últimas cifras no parecen alarmantes, podemos observar que lamentablemente estos porcentajes a comparación de años anteriores no han disminuido significativamente a pesar de los diversos programas de prevención y promoción en salud, sobre todo en las zonas marginales y/o alto andinas.

³ Dirección Regional de Salud de Tacna, (2008); "Informe de gestión, del sistema de información del estado Nutricional del niño menor de 5 años y gestantes que acceden a los establecimientos de salud", Oficina de Información y Estadísticas.

La familia es el entorno fundamental para que el niño lleve a cabo de manera óptima su crecimiento, considerando que éste cuente con los recursos primordiales que permitan cubrir las necesidades básicas del hogar. A menudo se observa que los niños que presentan problemas en el crecimiento, son procedentes de familias incompletas o divorciadas, donde hay un mayor número de integrantes que tienen por encima de 5 a 6 hijos, cuyos padres tuvieron su primer hijo en la adolescencia, sin poder concluir sus estudios primarios o secundarios y obligándolos a buscar trabajos duros y absorbentes que no les permitan cuidar y peor aún, no puedan solventar las principales necesidades de sus hijos y su familia; por ello es importante saber cuáles de estos son los presentes en la población según la zona a la que pertenecen, pues es la única manera de poder orientar en forma efectiva los programas de prevención y promoción de la salud para lograr disminuir paulatinamente los porcentajes de talla baja y de esta manera mejorar la calidad de vida de los niños y niñas y sus familias, garantizando futuros ciudadanos con iguales oportunidades de salud y desarrollo social.

Motivada por el contexto anteriormente descrito es que se formuló el problema de la siguiente manera:

¿Los factores familiares estarán relacionados con la talla de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte, Tacna – 2009?

1.2 MARCO TEÓRICO

Antecedentes del Problema

Vásquez Garibay, E. M.; Ortiz Ortega, M. Á.; Romero Velarde, E.; Nápoles Rodríguez, F. (2008), en el trabajo de Investigación: "Factores de riesgo de retraso en el crecimiento lineal en niños de 12 a 120 meses de edad en Arandas, Jalisco - México", analizaron las variables sociales, demográficas, económicas, dietéticas y patológicas. Los resultados indican que el promedio del índice talla/edad se encontró por debajo de -1 DE en los tres grupos estratificados por edad (12 a 23 meses; 24 a 59 meses y 60 a 120 meses), respecto al grupo etéreo, 10,9% fueron niños de los 12 a 23 meses, 32,4% de 24 a 59 meses y 56,7% de 60 a 120 meses de edad; 50,9% fueron del sexo femenino y 28,5% contaban con seguridad social. Las familias eran nucleares en 91% de los casos y 64,5% tenía más de cuatro hijos. El déficit antropométrico más pronunciado se observó en el grupo de 12 a 23 meses de edad. El 50% de los padres (papá y mamá), eran analfabetos, los cuales tenían diversas ocupaciones. La mayoría de los padres estaban casados por ambas leyes civil y religiosa. El promedio de ingreso familiar mensual fue alrededor de 200 dólares americanos y el gasto

en alimentación per-cápita para las tres comidas del día era de 0,60 dólares americanos. Todas las familias consumían tortillas diariamente, 82% consumían leguminosas (frijoles), 38% consumían alimentos considerados “productos chatarra” (golosinas, refrescos o sodas endulzadas, frituras, etc.) y solo 12% consumían carne más de tres veces por semana.

Bustos, P.; Weitzman, M. (2004) en su estudio titulado: “Crecimiento en Talla de los Niños Indígenas y no Indígenas Chilenos”; realizaron una comparación de las curvas de crecimiento en estatura de niños indígenas y no indígenas de dos niveles de pobreza para establecer el momento en que se inicia el déficit y su evolución. Se comparó la evolución del puntaje z de talla/edad (desde el nacimiento y hasta los 6 años) de niños indígenas y no indígenas que vivían en comunas de extrema y baja pobreza en Chile. El peso promedio al nacer estuvo dentro de los límites de la normalidad, sin diferencias entre etnias ni vulnerabilidades. La longitud al nacer fue inferior a la referencia, salvo en los niños no indígenas de las zonas de baja pobreza. El déficit de talla se inicia precozmente, incluso en los indígenas de la extrema pobreza es desde el nacimiento y progresa hasta los 18 meses. A los 72 meses,

el déficit de talla alcanza de -1,1 puntaje z en los indígenas de zonas de extrema pobreza versus -0,7 en los no indígenas. En las zonas de baja pobreza las cifras a los 72 meses no superan los -0,4 puntajes z, sin diferencias entre etnias. Los indígenas de la extrema pobreza tienen un menor crecimiento acumulativo mientras que los indígenas de las zonas de baja pobreza crecen satisfactoriamente sin diferencias con los no indígenas.

Valderrama Guevara, E. F. (2003) en su estudio, "Factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en los niños de 6 meses a 2 años de edad del centro de salud Laura Rodríguez Dulanto, Lima - Perú"; realizaron entrevistas a 69 madres de hijos entre 6m a 2 años de edad, de los cuales 36 niños con curvas normales de crecimiento y 33 con curvas planas de crecimiento. Se resalta que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en el número de controles CRED realizados a los niños, estas alcanzan en el grupo de curva de crecimiento normal a un promedio de 6,36 veces y en el grupo de curva plana de crecimiento a 6,39 veces. También hace notar que la diferencia entre el peso actual y la ganancia ponderal entre ambos grupos es significativa, así mismo se encuentra que las características presentes de las madres son de ser jóvenes cuya

ocupación principal es ama de casa, más del 50% de madres no conocen sobre la alimentación adecuada del niño normal y el 100% de madres no han recibido información nutricional para aquellos niños que han sufrido episodios de EDAS y/o IRAS más de una vez, dejando secuelas en la recuperación del índice de crecimiento normal en dichos niños. Observaron que algunas madres cuyos niños presentaban curvas planas de crecimiento y se les dio información específica sobre la importancia de la nutrición, la curva de crecimiento mejoró en sus próximos controles mensuales.

Martínez Enríquez, M. C. (2001) en su estudio, "Patrones de crecimiento ponderoestatural de niños de 0-23 meses alimentados con leche materna exclusiva los primeros 06 meses de edad, Lima – Perú", una investigación longitudinal, con una parte retrospectiva y otra prospectiva. Incluyeron en total 914 pacientes con 5288 controles, haciendo un promedio de 5,7 controles (registros) por paciente. El peso promedio al nacimiento en la muestra estudiada fue de 3,350 kg para los varones y 3,260 kg para las mujeres. La curva de L/E desciende desde el nacimiento hasta estabilizarse a los 15 m aproximadamente en un nivel de -0.85 DS. En relación a la lactancia materna se ve que el 68% de la población alimenta

exclusivamente a pecho hasta los 4-6 meses; un 30% le da lactancia mixta y menos del 2% los alimenta con leche artificial exclusiva. Además el 95% les introducen alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses. El problema que se ha hecho evidente en años recientes, es que se ha observado que el crecimiento de los niños amamantados difiere de los lactados artificialmente.

EL CRECIMIENTO, la etapa incipiente del crecimiento es la duplicación celular, que no sólo consiste en la división de una célula en dos, sino que supone en forma previa la realización de transferir adecuadamente la información genética. Cada duplicación celular (crecimiento) comprende tanto la escisión de la célula, como cierto grado de diferenciación (desarrollo). Este concepto se extiende a un grupo de células interrelacionadas en forma cada vez más compleja (tejidos, órganos y sistemas); se comprende la imposibilidad de considerar el crecimiento y desarrollo por separado, aunque muchos continúan utilizando el termino crecimiento para referirse a los cambios anatómicos y fisiológicos; y desarrollo a los proceso

relacionados con la adquisición de habilidades motoras, psicológicas o sensoriales⁴.

PERIODOS DEL CRECIMIENTO: Los períodos de crecimiento del ser humano se dividen en período prenatal y postnatal, el intervalo entre la concepción y el nacimiento se denomina periodo prenatal y el periodo postnatal, el comprendido entre el nacimiento y la muerte.

✓ **Período Pre-natal:** La vida humana empieza cuando uno o más espermatozoides logran penetrar en la pared de un ovulo o huevo, la combinación de estos dos elementos determinan las características que el nuevo individuo hereda y da inicio a una sucesión complicada de desarrollo que acabará produciendo un ser humano.

✓ **Período Postnatal:** Es el período inminentemente después del nacimiento, el cual se distinguen varias etapas:

a. Recién Nacido: Comprende desde el nacimiento hasta la semana 4, y se subdivide en: Neonato temprano y tardío.

⁴ POSADA A., GÓMEZ J.F., RAMÍREZ H. (2005) – "EL NIÑO SANO"- 3era Edición, Editorial Médica Panamericana, Colombia, Pág. 23 - 125.

b. Lactante: Esta se subdivide en lactante menor que comprende de 1 a 12 meses y lactante mayor que va de 1 a 2 años. En este intervalo se efectúan muchos de los mayores cambios en la vida de los niños; marca la transición del niño dependiente al niño independiente, quien logra mayor motilidad y ninguna otra actividad que realiza tiene un efecto tan grande sobre su vida como ésta.

PARÁMETROS PARA MEDIR EL CRECIMIENTO

Para medir el crecimiento de una persona se requiere de diferentes medidas corporales y en diversos períodos durante el tiempo de desarrollo, siendo estos la proporción de segmentos corporales, la edad ósea, la dentición, la circunferencia del brazo, el perímetro torácico, etc. Entre los más usados tenemos el aumento de la longitud, el peso y el perímetro cefálico:

✓ **Perímetro Cefálico:** La cabeza crece debido al aumento de masa encefálica. Por tal motivo es importante la medida de la circunferencia craneana, pues refleja el crecimiento del cerebro. La medida de la circunferencia craneana siempre debe ser relacionada con el tamaño de los niños, porque hay niños que

tienen la cabeza grande o pequeña, debido a factores hereditarios. Según la OMS (2006) la ganancia de perímetro cefálico mensual es de 2cm a la edad de 0 a 3 meses, 1cm de a los 3 a 6 meses, 0,5cm a los 6 a 9 y 9 a 12 meses, y de 0,25cm a la edad de 1 a 2 años.

- ✓ **Peso:** El peso está considerado como uno de los elementos evaluadores de mayor significación, la regularidad y la constancia en su progreso constituyen uno de los mejores índices para valorar un buen estado de nutrición, aunque no es el único método, se deben tener en cuenta otras características:

Ganancia de Peso

EDAD	Ganancia de peso diario	Ganancia de peso mensual
0 – 3 meses	20-40 g	960 g
3 – 6 meses	20 g	600 g
6 – 9 meses	15 g	480 g
9 – 12 meses	12 g	360 g
1 – 2 Años	8 g	225 g

Fuente: OMS 2006

- ✓ **Longitud - Talla:** El término longitud (del latín longitudo) puede tener diversos significados, según el contexto: La longitud, en física, es la magnitud que expresa la distancia entre dos puntos. Por tanto en un individuo se denomina longitud a la dimensión que corresponde a la largura horizontal entre sus extremos (de la

cabeza a los pies). La talla es uno de los índices fundamentales para valorar el crecimiento del niño. La simple observación permite definir a un niño como alto o bajo, pero este método no es suficiente para determinar el grado de crecimiento entre dos valoraciones. Por lo general, es más importante conocer la rapidez del crecimiento alcanzado en una unidad de tiempo que el tamaño real, siendo lo ideal la combinación de los dos datos.

Ganancia de Talla

EDAD	Ganancia de talla mensual
0 – 3 meses	3,5 cm
3 – 6 meses	2,0 cm
6 – 9 meses	1,5 cm
9 – 12 meses	1,2 cm
1 – 2 Años	1,0 cm

Fuente: OMS 2006

INDICADORES PARA MONITOREAR EL CRECIMIENTO

Los indicadores más usados son el peso para la edad, peso para la talla y longitud-talla para la edad, velocidad de crecimiento, canal de crecimiento y la curva de crecimiento del niño.

- ✓ **Longitud - Talla para la Edad (T/E):** La longitud - talla para la edad evalúa el crecimiento longitudinal del niño e informa acerca

de su pasado nutricional⁵. La talla es la medida más estable del crecimiento y requieren períodos muy largos de deficiencia de nutrientes para que se afecte. Se clasifica⁶ según T/E en:

- **Talla Alta:** Mayor a la Talla correspondiente a pz +2DE.
- **Talla Normal:** Se encuentra entre los valores de Talla de pz -1DE y +2DE.
- **Riesgo de Talla Baja:** Se denomina riesgo cuando el punto de cohorte se encuentra entre pz -1DE y -2DE.
- **Talla Baja:** Menor/Igual a la Talla correspondiente a pz -2DE.
- **Talla Baja Severa:** Menor a la Talla correspondiente a pz -3DE.

La talla deficiente, toma posición desde el momento en que ésta ya entra en riesgo (-1DE) y puede complicarse si la intervención recibida, fue dada a destiempo. Los niños cuyos valores se ubican por debajo de -2 DE deben ser analizados a través del diagnóstico nutricional integrado que considera entre otras variables el peso de nacimiento, características físicas de

⁵ POSADA A., GÓMEZ J.F., RAMÍREZ H. – “EL NIÑO SANO”- 3era Edición, Editorial Médica Panamericana, Colombia – 2005, Pág. 125.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2006), “Nuevos Patrones de crecimiento Infantil, para lactantes y niños menores de cinco años”.

los padres, calidad de la alimentación y la velocidad de crecimiento.

- ✓ **Velocidad de Crecimiento:** Definido como el incremento de talla, peso y perímetro cefálico en un determinado momento de tiempo, tiene valoraciones según la edad, sexo y estación del año. Los primeros 6 meses de edad el crecimiento en los niños es acelerado y se va haciendo más lenta con el tiempo, en el primer año de vida puede alcanzar a un aumento de 25cm de longitud, 12 cm al 2do y 10 cm al 3er años de vida.

- ✓ **Canal de Crecimiento:** Es el espacio entre los percentiles y desviación estándar de una curva la cual hace referencia al crecimiento. La talla del nacimiento depende fundamentalmente de las condiciones ambientales, intrauterinas: función útero placentaria, múltiples factores maternos y fetales. En el crecimiento post-natal, los factores genéticos o valores de peso y talla de nacimiento fuera del rango habitual pueden determinar diferentes “canales de crecimiento”, lo que debe ser analizado a través del diagnóstico nutricional integrado.⁷

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2006), “Nuevos Patrones de crecimiento Infantil, para lactantes y niños menores de cinco años”.

- ✓ **Curva de crecimiento del niño (a):** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2006), los nuevos Patrones de crecimiento Infantil, para lactantes y niños menores de cinco años, proporcionan información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestra que los niños nacidos en diferentes regiones del mundo a los que se ofrecen las condiciones de vida óptimas, cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para edades similares.

Para determinar un crecimiento adecuado o presencia de retardo del crecimiento en los niños, se realiza un seguimiento periódico de la talla, mediante los cuales se puede observar⁸:

- a. Curva de crecimiento normal o ascendente, es cuando la flecha en la grafica se encuentra dentro de los límites permitidos, y esta sube favorablemente dentro del canal de crecimiento o por encima de ella.
- b. Curva plana o recta, es cuando la flecha de crecimiento no ha logrado ascender en relación a la edad y canal de

⁸ CONTRERAS ROJAS, M. (2008); "Monitoreo del Crecimiento"; Ministerio de Salud. Tacna – Perú. [Artículo en línea]. Disponible en: http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/e-books/medicion_talla_peso_peru.pdf.

crecimiento del niño, dándonos el diagnóstico de riesgo o problema en el crecimiento.

- c. Curva descendente, se refiere a una curva que toma un sentido descendente cuando la flecha cruza el percentil o desviación estándar en relación al canal de crecimiento, indicándonos la existencia de un problema o retardo de crecimiento.

La tendencia del crecimiento del niño, es el comportamiento que tiene la curva en todo el trayecto de su vida; estas como la tendencia ascendente (sube el canal de nacimiento), normal (se mantiene dentro del canal de nacimiento) y descendente (baja y cruza los percentiles o desviación estándar), nos hacen referencia a la historia nutricional y/o presencia de enfermedades prevalente de la infancia, que pudieron o no modificar el crecimiento adecuado del niño.

HIPOCRECIMIENTO o RETARDO DE CRECIMIENTO

Es habitual dividir el hipocrecimiento o retardo de crecimiento en dos grupos, las variantes de la normalidad y los hipocrecimientos

patológicos. Las variantes de la normalidad hacen referencia a niños que no tienen ninguna enfermedad, y engloban a dos grupos, la baja talla familiar y el retraso constitucional del crecimiento.

Talla Baja Familiar: el factor hereditario es fundamental en el crecimiento post-natal. Se establece mediante la carga genética familiar⁹ que estima la talla del niño(a) con las siguientes fórmulas: Niña: $(\text{Talla maternal} + (\text{Talla paternal} - 13\text{cm}))/2$ y Niño: $(\text{Talla maternal} + (\text{Talla paternal} + 13\text{cm}))/2$.

Los resultados se llevan a la curva de talla/edad, a nivel de los 18 años y se ve si el canal de crecimiento del niño corresponde al cálculo con los datos de sus padres. Se acepta una diferencia entre más o menos 7,5cm en los niños y de más o menos 6,0cm en niñas, esto siempre que los niños sean sanos y hayan crecido en un ambiente adecuado.

La talla baja familiar agrupa a niños pertenecientes a familias donde uno o los dos padres tienen tallas bajas y además casi todos

⁹ ÁVALOS CHÁVEZ, L. M. (2004) "Síndrome de Talla Baja", México. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/sindromedetallabaja.pdf>.

los miembros de la familia tienen tallas bajas con valores bajos de la normalidad.

El retraso constitucional del crecimiento, corresponde a los niños que parecen ser bajos, pero que en realidad no lo son. Son maduradores tardíos. Por alguna razón, su crecimiento óseo va más lento que el resto de la población, y crecerán durante más tiempo. La talla final de estos niños acaba siendo normal aunque, durante unos años, parecen bajos.

HIPOCRECIMIENTO PATOLÓGICO:

✓ Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Este término describe a los niños cuya talla baja se debe a un problema sufrido durante la gestación. El diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino se suele basar más en el peso al nacer que en la talla, por dos motivos. En primer lugar, por la dificultad al tallar con precisión a un recién nacido. En segundo lugar, porque en algunos casos, el RCIU afecta mucho al peso y poco a la talla. No existe unanimidad a la hora de establecer los límites de la normalidad. Se considera normal una talla al nacimiento de

48 a 52cm para los niños que nacen a término. A los que nacen con una talla inferior, se les denomina retrasos del crecimiento intrauterino (RCIU) y afecta a niños que han sufrido algún problema durante la gestación. Aunque lo importante es la talla, por lo general y por cuestiones prácticas, el diagnóstico de RCIU se debe considerar como referencia principal al peso del nacimiento. El criterio más empleado habitualmente es el de fijar un peso al nacer¹⁰ del niño, los cuales están ligados al estado de nutrición y salud de la madre. Clasificación nutricional del recién nacido según peso al nacer¹¹:

- <1000g: Extremadamente bajo (RNPEB)
- 1000g a 1499g: Muy bajo al nacer (RNMBP)
- 1500g a 2499g: Bajo peso al nacer (RNBP)
- 2500g a 4000g: Normal (RNPA)
- >4000g: Macrosómico (RNM)

En los países desarrollados, la incidencia del RCIU oscila entre un 4 y un 7% de los recién nacidos. Las causas que lo provocan pueden ser de origen ambiental, por problemas del feto, de la madre o de la placenta. En la mayoría de los casos

¹⁰ Norma técnica de salud para la atención integral de la salud de la niña y el niño (2006) NTS N-040 MINSA/DGSP – V – 01. Resolución Ministerial - CENAN - MINSA, Lima – Perú.

¹¹ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2006) – CENAN. Dirección ejecutiva de prevención de riesgo y daño nutricional, Lima – Perú.

(alrededor del 80-85%) se produce una recuperación postnatal del crecimiento. Numerosos estudios han demostrado que alrededor del 80 a 85% de casos, tiene lugar una recuperación posnatal. Esta puede ser total o parcial y se da, habitualmente, durante el primer año de vida y sobre todo, durante los 6 primeros meses. Después del primer año, las posibilidades de recuperar el crecimiento perdido disminuyen y, por encima de los 4 años, son prácticamente nulas.

✓ **Hipocrecimiento por alteraciones esqueléticas**

Es una alteración del cartílago del crecimiento. Es fácil de identificar, puesto que lo habitual es que se trate de Hipocrecimientos desproporcionados. Se catalogan en dos tipos, displasias y distrofias. En las displasias, la lesión orgánica la constituye un trastorno genético y en las distrofias se trata de una lesión secundaria, por motivo tóxico, carencial, infeccioso o de otro tipo de un cartílago de crecimiento, genéticamente normal. El diagnóstico se lleva a través del fenotipo y de los estudios radiológicos del esqueleto. En este grupo de alteraciones encontramos: Acondroplasia, Osteogénesis imperfecta y enfermedades de depósito.

✓ **Hipocrecimiento por alteraciones genéticas**

La mayoría de las anomalías cromosómicas (trisomías, aneuploidías y deleciones), con la excepción de los síndromes asociados a un exceso de cromosomas sexuales (XXX, XYY, XXY), condicionan más o menos un déficit marcado del crecimiento, en la mayoría de los casos de inicio prenatal. Especial mención merece el síndrome de Turner (45, X0 y sus variantes), no solo por su frecuencia (una de cada 3.000/10.000 recién nacidos), sino también por la posibilidad de que la talla baja sea durante muchos años y la manifestación clínica predominante.

La mayoría de los casos de Hipocrecimiento grave son de comienzo temprano, con frecuencia durante la vida intrauterina, cuya maduración ósea es normal, y en los que el diagnóstico se basa en las alteraciones morfológicas y radiológicas. No tienen tratamiento eficaz. Sólo en casos muy concretos puede estar indicada la intervención quirúrgica. La única excepción es el síndrome de Turner y sus variantes, que pueden beneficiarse del tratamiento médico a base de oxandrolona y GH a dosis altas.

Entre otras alteraciones encontramos: Síndrome de Silver Russel, Noonan, síndrome de Prader Willi entre otras.

✓ **Hipocrecimiento por alteraciones sistemáticas**

Cualquier alteración orgánica, si tiene suficiente intensidad como para modificar el medio interno, es capaz de alterar el crecimiento. Se incluyen en este grupo las enfermedades crónicas digestivas, renales, cardíacas, respiratorias, neurológicas, etc. La alteración del patrón del crecimiento depende de la fecha de comienzo y de la duración de la enfermedad que la origina. En general, son de moderada intensidad, armónicos y no presentan dismorfias llamativas. El Hipocrecimiento está motivado por la malnutrición, el incremento de los requerimientos, las alteraciones metabólicas que modifican la biodisponibilidad de los factores de crecimiento o el efecto desfavorable de algunos tratamientos farmacológicos.

La malnutrición tiene un efecto directo sobre el metabolismo celular y además repercute negativamente sobre la regulación paracrina del crecimiento, pues modifica la síntesis de los factores peptídicos del crecimiento y sus proteínas transportadoras. La

propia malnutrición crea un estado reversible de resistencia a la hormona del crecimiento por disminución de los receptores de GH y por una alteración en el manejo de las respuestas intracelulares. En definitiva se produce una disminución de la IGF-1 o factor de crecimiento 1, que se acompaña de modificaciones de las concentraciones de sus proteínas transportadoras, con descenso de la IGF (BP3) y elevación de la IGF (BP1). Aunque no se conoce una precisión del significado funcional de estos cambios, se sabe que limitan el acceso de la IGF-1 libre a la superficie de las células diana. Como consecuencia además de una síntesis disminuida, su acción fisiológica es menor.

El único tratamiento eficaz es el de la prevención primaria, que debe hacerse lo más antes posible, en el periodo en el que la alteración del crecimiento es reversible. El empleo en estos pacientes de hormona u otros hipotéticos estimulantes de crecimiento no está justificado. Solamente en la insuficiencia renal se han obtenido resultados positivos con el tratamiento a base de hormona de crecimiento.

FACTORES FAMILIARES

La Familia¹² es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario y así mismo es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable. Además; la familia, constituye la unidad básica de salud y desarrollo, dos conceptos que se potencian mutuamente.

La familia tiene funciones y estructuras diversas que difieren en los distintos países y culturas, estas se adaptan constantemente a las tendencias sociales y del ambiente exterior. Sin embargo, cualesquiera que sean los cambios, el concepto de familia sobrevive como unidad social importante en casi todas las comunidades.

Los factores familiares más comunes desde el punto de vista social comprenden: el tipo de familia, estado civil, número de integrantes de la familia, número de hijos, la edad, el grado de instrucción y la ocupación de los padres; que al encontrarse en

¹² OPS-OMS. (2003), La Familia y la Salud. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington EUA. [Artículo en línea]. Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-od307a-s.pdf>>.

riesgo limitan la condición adecuada que favorece el crecimiento de los niños.

✓ **Tipo de familia:** se subdividen de acuerdo al número de integrantes y el parentesco que tengan entre ellos, sin embargo se ha considerado a tres tipos de familias que comúnmente encontramos en nuestra sociedad como el tipo de familia nuclear, incompleta o la compuesta.

- **Familia nuclear,** está conformado por la presencia de los padres y los hijos.
- **Familia incompleta,** conformada solo por uno de los padres en convivencia con los hijos.
- **Familia compuesta,** se ve a los padres o padre o madre e hijos y otros integrantes que comparten la olla familiar de dicho hogar.

Estos tipos de familia nos permiten tener un claro diagnóstico del tamaño y la composición del hogar, así como de la situación y/o calidad de vida de la familia.

✓ **El estado civil:** se define como la condición social que distingue a un individuo. El matrimonio, convivencia, viudez y/o el divorcio significan modos distintos de vivir, que cuentan en la génesis de muchos trastornos funcionales e incluso orgánicos.

- **Casada**, significa el lazo marital que existe entre una pareja hombre y mujer; el cual pueden o no tener hijos, pero que ya conforma una familia.
- **Convivencia**, se refiere a la refiere al estado en la que se encuentran los padres cuando comparten el hogar, y no han contraído nupcias.
- **Soltería**, se le denomina así a la mujer o varón que no ha contraído nupcias y si tiene hijos se le considera madre soltera o padre soltero.
- **Viudez**, es el estado de la persona que perdió a su cónyuge, el cual contrajo nupcias antes de su muerte.

Es la circunstancia social más evidente que afecta a la madre, ya que una mujer que tiene hijos y no está casada o no vive con del padre es denominada como madre soltera, como

se menciona anteriormente; a pesar de que muchas mujeres han demostrado sobresalir solas y han sacado adelante a sus hijos; todavía se puede ver que las mujeres jóvenes que no han logrado tener un buen nivel educativo, se ven en la necesidad de trabajar en todo lo que se les presente, exponiendo a sus hijos y en algunos casos también poniéndolos a trabajar a tempranas edades; y como consecuencia las necesidades principales en los niños y la familia, como la alimentación, la salud y la educación no son cubiertas adecuadamente.

- ✓ **Número de integrantes de la familia:** La estructura familiar suele definirse a través de la dimensión de la familia; es decir, el número de miembros en la familia. Esta tiene estrecha relación con el tipo de familia, puesto que si encontramos un tipo de familia compuesta; el número de integrantes será mayor. Sin embargo hay familia que a pesar de ser nucleares, son familias numerosas por el gran número de hijos que tienen. Las familias consideradas en riesgo son las que tienen de 4 a más integrantes, ya que al compartir la olla familiar y no contar con los recursos necesarios para disponer de una alimentación

adecuada, la posibilidad de presentar problemas en el crecimiento en los niños es mayor.

- ✓ **Número de hijos:** según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI - 2007), considera a una familia de bajo riesgo cuando el número de hijos es menor igual a 2; por lo tanto a mayor número de hijos, el riesgo de presentar mayores necesidades que no se logran cubrir adecuadamente, aparase paulatinamente.

- ✓ **La edad:** es el tiempo transcurrido entre los años desde el nacimiento hasta el momento actual de una persona. Los padres a temprana edad (adolescencia), comprende desde los 10 a los 19 años de edad (OMS), por lo general continúan dependiendo de sus padres y cuentan en la mayoría de los casos con apoyo económico de los mismos, sin embargo se tiene padres jóvenes que se ven obligados a buscar medios que permitan solventan las necesidades básicas de su nuevo hogar y familia, sumándose a esto el poco conocimiento y experiencia sobre la importancia del cuidado oportuno de los niños que le ayudan a desarrollar un adecuado crecimiento.

Los padres adultos, que comprende desde los 20 años hasta los 59 años de edad, a pesar de las dificultades que atraviesan durante la fase inicial de su matrimonio, logran superarlas gracias a la experiencia adquirida durante sus vidas, el cual puede beneficiar en cierto modo a la familia y sobre todo al crecimiento del niño.

- ✓ **Grado de instrucción:** se define como el grado máximo de estudios que tiene una persona, si no tiene estudios es catalogado como analfabeto y si cursó algún año de estudios dentro nivel primario, secundario, técnico o de nivel superior, se catalogará en el nivel que corresponde a sus estudios. Según el Ministerio de Educación (2008). La educación es clave fundamental para facultar políticamente tanto al hombre como a la mujer, pues los padres con un buen nivel educativo tienen mejores oportunidades de trabajo, el cual favorece una óptima calidad de vida para ellos y para sus hijos.

- ✓ **La ocupación:** se define como el tipo de actividad laboral que realiza la persona en la actualidad. Generalmente tiene relación directa con las condiciones socio-económicas de las familias y

la toma de decisiones. Según el Censo – INEI (2007), en primer lugar se encuentra a los trabajadores independientes, siendo la principal fuente de ingresos en las zonas fronterizas por el alto nivel de comercialización de productos y contrabando con el 38% a nivel nacional. En segundo lugar, los trabajadores dependientes, con bajo salario: 26%. El trabajo domestico es imprescindible en la marcha de nuestras sociedades y gran parte del esfuerzo que se invierte en realizarlo es de las mujeres.

- **Obrero:** se considera a la persona, por lo general al varón que realizar trabajos que requieran de mayor fuerza, donde el pago a sus servicios no sea precisamente bien remunerados.
- **Empleado:** referido a la persona que cuenta de un trabajo eventual o permanente que requiera de un contrato y un sueldo fijo
- **Independiente:** el trabajo que es generado por la misma persona, el cual no requiere de un contrato o jefe.
- **Ama de casa:** se refiere al rol que tiene la madre en el hogar, donde el mayor tiempo lo ocupa al cuidado de los

hijos y del hogar. Es la ocupación que ha trascendido mayor relevancia en las últimas décadas, sin embargo ya se ve en la sociedad que tanto las mujeres como los varones, ocupan la mayoría de plaza en diferentes campos de trabajo.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- ✓ Determinar los factores familiares relacionados con la talla de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte - Tacna 2009.

Objetivos Específicos:

- ✓ Analizar la talla/edad en los niños menores de 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte - Tacna 2009.
- ✓ Identificar el tipo curva, tendencia y tiempo de conservación del canal de crecimiento de los niños menores de 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte - Tacna 2009.
- ✓ Identificar los factores familiares de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte – Tacna 2009.
- ✓ Establecer los factores familiares más frecuentes relacionados con la talla y la tendencia del crecimiento de los niños menores 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte - Tacna 2009.

HIPÓTESIS:

Hipótesis General:

- ✓ Los Factores familiares están relacionados significativamente con la talla de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte, Tacna – 2009.

Hipótesis Operacionales

- ✓ El análisis de talla/edad de los niños menores de 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte indica que existe un porcentaje significativo de niños con talla deficiente.
- ✓ La curva de crecimiento en su mayoría son plana y descendente en los niños menores de 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte.
- ✓ La mayoría de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte presentan una tendencia de crecimiento descendente.

- ✓ La mayoría de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte no logra conserva su canal de crecimiento.

- ✓ Los factores familiares que se relacionan a la talla deficiente y la tendencia de crecimiento de los niños menores de 2 años de edad del Puesto de Salud Cono Norte son la edad, el grado de instrucción y ocupación de los padres.

CAPITULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es de tipo descriptivo – retrospectivo, permite describir las variables de estudio y recolectar datos anteriores de los niños menores de 2 años atendidos hasta su último control de crecimiento y desarrollo (CRED), y correlacional, por que permite conocer el comportamiento de los factores familiares y su relación con la talla de los niños.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población programada por el MINSA para el Puesto de Salud Cono Norte es de 220 niños menores de 2 años, teniendo todos ellos accesibilidad al establecimiento de salud. (**Anexos N° 01**).

2.3 MUESTRA

La muestra fue determinada utilizando un muestreo no probabilístico: por conveniencia, siendo los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte que contaban con sus controles completos de crecimiento y desarrollo durante los meses de Enero hasta el mes de Agosto del 2009; de los cuales se encontró a 121 niños registrados **(Anexos N° 02)**. Para la ejecución del estudio; se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, donde se realizó el análisis estadístico a 73 niños menores de 2 años, así como a sus familias para la aplicación de la entrevista a las madres de dichos niños. **(Anexos N° 03)**.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO:

En el presente trabajo de investigación se estudió las siguientes variables: **(ANEXOS N° 04)**.

✓ Variable Dependiente

- TALLA DEL NIÑO(A)
 - Talla/edad
 - Tipo de curva de crecimiento

- Tendencia de crecimiento total
- Tiempo de conservación del canal de crecimiento

✓ **Variable Independiente**

○ **FACTORES DE LA FAMILIA**

- Tipo de familia
- Estado civil
- Número de integrantes
- Número de hijos
- Edad de los padres
- Grado de instrucción de los padres
- Ocupación de los padres

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

✓ **Criterios de Inclusión:**

- Todos los niños(as) menores de 2 años atendidos en su control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Cono Norte.

✓ **Criterios de Exclusión:**

- Niños que hayan nacido prematuros.

- Niños que presenten alteraciones congénitas.
- Niños con número de controles deficientes para evaluar la curva de crecimiento.
- Controles de Crecimiento y Desarrollo que se hayan realizado después de los 20 días de la edad cumplida del(a) niño(a).
- Madres que se nieguen definitivamente a colaborar con la recolección de datos.

2.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se elaboraron dos instrumentos; el primero es un instrumento estructurado que corresponde a una "ficha de control de la curva de crecimiento del niño(a)" para determinar la Talla/Edad, el tipo de curva, la tendencia de crecimiento total y el tiempo que conserva su canal de crecimiento normal, en los niños menores de 2 años del Puesto de Salud "Cono Norte", haciendo uso de las gráficas lineales de Longitud/Edad (<2años), Talla/Edad(2a<5años), Peso/Edad(<5años) de la Organización Mundial de la Salud - 2006, **(ANEXOS N° 05)**, mediante esta ficha también se recogieron datos del niño 6 indicadores.

En el segundo instrumento estructurado se utilizó la técnica de entrevista directa a la madre del niño menor de 2 años, el cual fue elaborado en base a los indicadores de las variables de estudio (**ANEXOS N° 06**). Este Instrumento se divide en 7 indicadores.

2.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos:

- ✓ La recolección de datos se realizó con previas coordinaciones con la Gerente del P.S Cono Norte y la Enfermera Jefe del establecimiento, así mismo se contó con la autorización de las madres y/o cuidadores de los niños.

- ✓ La información para determinar el control de la curva de crecimiento y longitud-talla/edad de los niños menores de 2 años edad que se atendieron en el Puesto de Salud "Cono Norte", se recogieron de fuente secundaria, tales como Historias Clínicas, registros y carnet de control del niño sano.

- ✓ La información adicional que no se encontró en la fuente secundaria, se procedió a recoger mediante el instrumento directamente de las madres de los niños objeto de estudio.

2.8 CONTROL DE CALIDAD

- Prueba Piloto:

Antes de ser aplicado el instrumento, se sometió a una prueba piloto que va dirigido a las madres de los niños menores de 2 años, con el propósito de comprobar el nivel de comprensión de las preguntas y probar la factibilidad de su aplicación, previo a la recolección de datos, donde al reunir características similares de la población objeto de estudio, el instrumento fue aplicado en el pueblo joven Juan Velazco Alvarado del Distrito de Ciudad Nueva; siendo así un número de 25 madres entrevistadas que corresponden al 34,25% de la población estudiada. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los ítems correspondientes del instrumento.

- **Validez:**

Se validó el instrumento con el apoyo y asesoramiento de un grupo de especialistas en diferentes áreas: 1 enfermera responsable de la etapa de vida Niño, 1 enfermera asistencial, 1 enfermera responsable del área de nutrición, 1 nutricionista asistencial y 1 estadístico **(ANEXOS N° 07)**.

- **Confiabilidad:** El criterio de confiabilidad se determinó a través del cálculo de coeficiente Alfa de Crombach, aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

INSTRUMENTO	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
VALORACION DE LA FAMILIA	0,71	10

Fuente: Cálculo de Alfa de Crombach.

Para la interpretación de los resultados nos basamos en lo que señala Rosenthal (García 2005), el cual propone una confiabilidad mínima de 0,50 para propósitos de investigación y Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0,70 a 0,80 es respetable y alrededor de 0,90 es un nivel elevado de

confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es confiable y consistente para la presente investigación.

2.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de haber obtenido la información se introdujo en una base de datos, donde se consignó la codificación en cada una de las variables para su tratamiento en el Software estadístico SPSS versión 17 para Windows, siendo presentado en cuadros y gráficos estadísticos en cifras absolutas y porcentuales. Para el análisis estadístico se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- ✓ En el análisis de datos se aplicó primero una medición unidimensional, utilizando para ello pruebas estadísticas descriptivas, a fin de determinar y evaluar los factores familiares relacionados a talla de los niños menores de 2 años, se realizó un análisis bidimensional en el cual se utilizó la prueba de Ji cuadrado, considerándose una confiabilidad del 95% y un valor $p < 0,05$ como estadística significativa.

- ✓ Para la verificación de las Hipótesis de Investigación, se utilizó la prueba para proporciones, rechazándose la Hipótesis Nula (H_0), y aceptando la Hipótesis de Investigación (H_i). **(ANEXOS N° 08).**

CAPITULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

En el presente capitulo se presentan los cuadros y gráficos estadísticos con la finalidad de organizar la información y presentarla en un primer momento en forma descriptiva para luego usar la prueba estadística Ji cuadrado.

CUADRO N° 01

TALLA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA - 2009

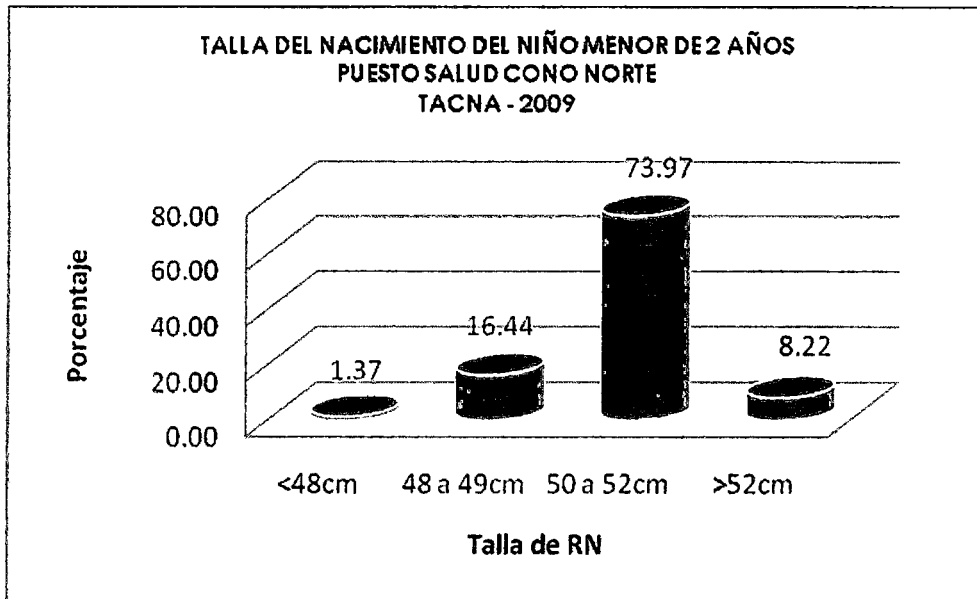
TALLA DE RN	TOTAL	
	Nº	%
<48cm	1	1,37
48 a 49cm	12	16,44
50 a 52cm	54	73,97
>52cm	6	8,22
TOTAL	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

Descripción:

En el presente cuadro se observa que 73,97% de niños nacieron con 50 a 52 cm de talla y el 1,37% midiendo menos de 48 cm.

GRÁFICO N° 01



FUENTE: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

PESO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS PUESTO DE SALUD CONO NORTE TACNA – 2009

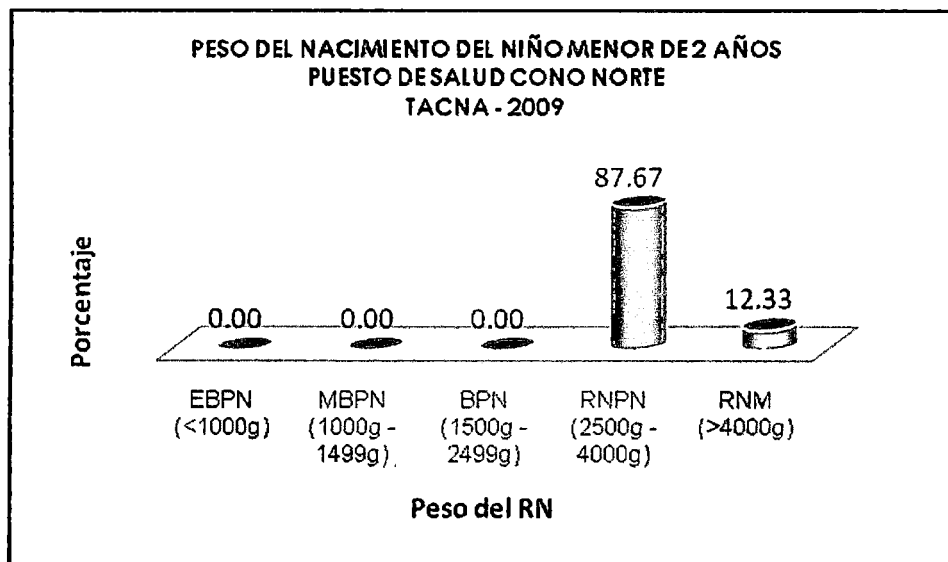
PESO DE RN	TOTAL	
	Nº	%
Extremadamente bajo peso al nacer (<1000g)	0	0,00
Muy bajo peso al nacer (1000g - 1499g)	0	0,00
Bajo peso al nacer (1500g - 2499g)	0	0,00
RN Peso Normal (2500g - 4000g)	64	87,67
RN Macrosómico (>4000g)	9	12,33
TOTAL	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

Descripción:

En el análisis de peso del nacimiento se tiene que el 87,67% de los niños menores de 2 años han presentado un peso normal y el 12,33% un peso macrosómico.

GRÁFICO Nº 02



FUENTE: Cuadro Nº 02

CUADRO Nº 03

NÚMERO DE CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA - 2009

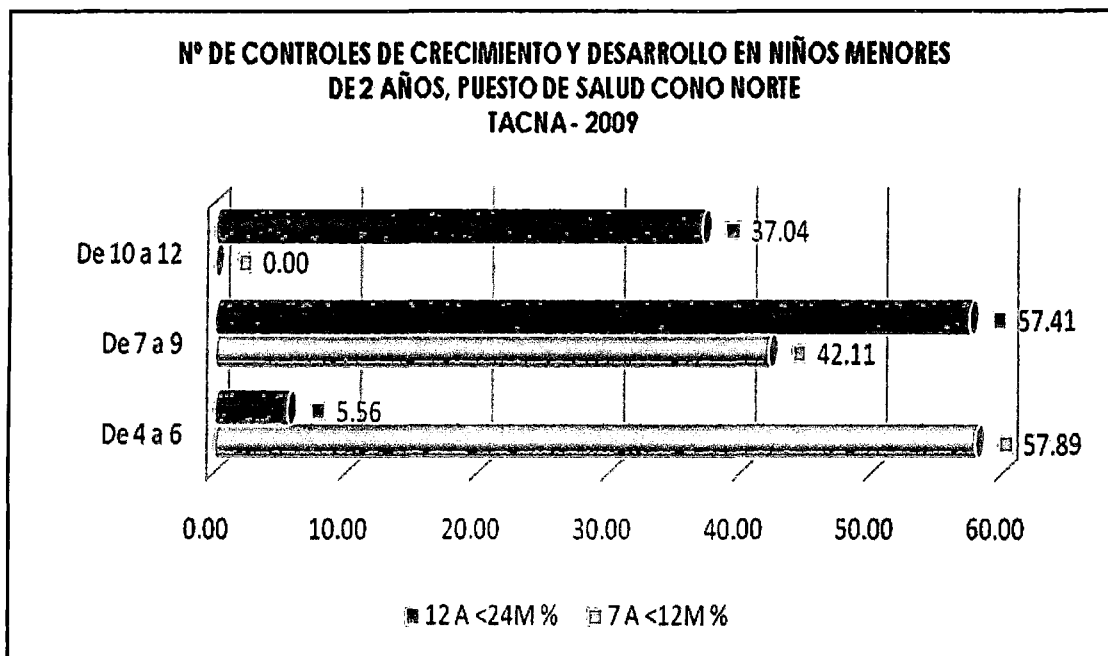
Nº DE CONTROLES	7 A <12M		12 A <24M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 4 a 6	11	57,89	3	5,56	14	19,18
De 7 a 9	8	42,11	31	57,41	39	53,42
De 10 a 12	0	0,00	20	37,04	20	27,40
TOTAL	19	100,00	54	100,00	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

Descripción:

En el análisis del número de controles de crecimiento y desarrollo, se aprecia que el 57,89% de los niños con edades de 7 a <12 meses presentaron de 4 a 6 controles durante sus vidas, y el 42,11% de 7 a 9 controles. Por otro lado se evidencia que los niños de 12 a <24 meses el 57,41% tuvieron de 7 a 9 controles y sólo el 5,56% presentaron de 4 a 6 controles.

GRÁFICO N° 03



FUENTE: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

TALLA/EDAD SEGÚN CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN
EL NIÑO MENOR DE 1 AÑO, PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA – 2009

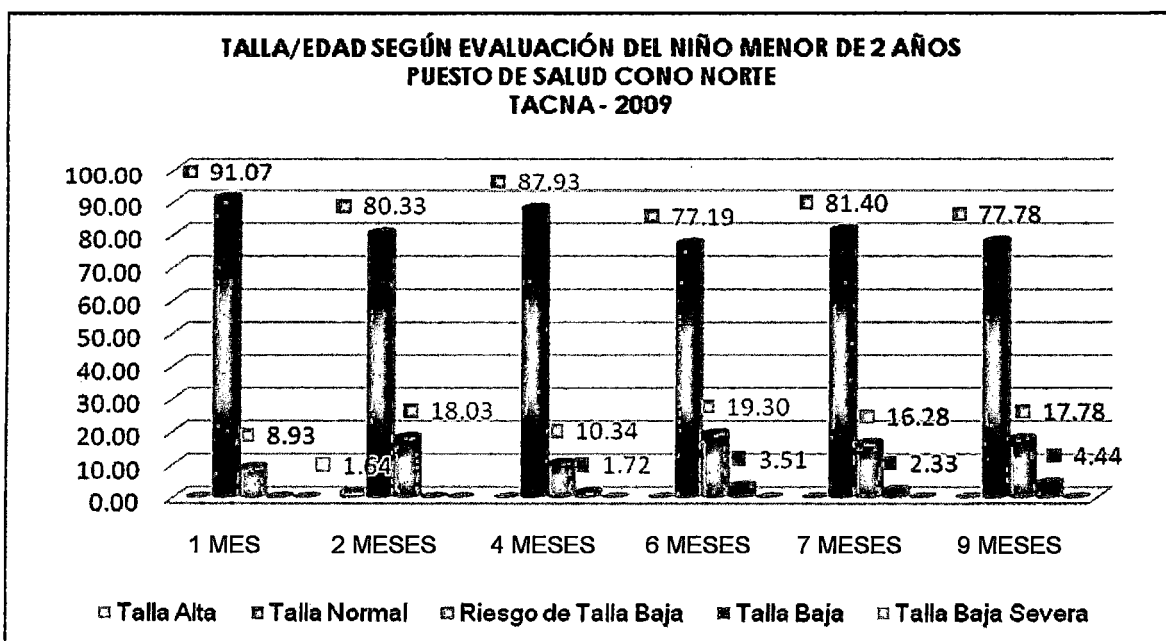
TALLA/EDAD	DE 1 A 9 MESES											
	1 MES		2 MESES		4 MESES		6 MESES		7 MESES		9 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	1	1,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	51	91,07	49	80,33	51	87,93	44	77,19	35	81,40	35	77,78
Riesgo de Talla Baja	5	8,93	11	18,03	6	10,34	11	19,30	7	16,28	8	17,78
Talla Baja	0	0,00	0	0,00	1	1,72	2	3,51	1	2,33	2	4,44
Talla Baja Severa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	56	100,00	61	100,00	58	100,00	57	100,00	43	100,00	45	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años – 2009

Descripción:

En el cuadro de Talla/Edad según controles de crecimiento y desarrollo para el niño menor de 1 año, se observa que sólo uno (1,64%) presentó talla alta en el segundo mes de vida. En cuanto a la talla normal se aprecia que durante los meses del 1 al 9, los porcentajes se encuentran entre 77,19% y 91,07%, el riesgo de talla baja se encuentra entre 8,93% y 19,3%, la presencia de talla baja se hace notar a partir del cuarto mes de vida con el 1,72% a 4,44%.

GRÁFICO N° 04



FUENTE: Cuadro N° 04

CUADRO Nº 05

TALLA/EDAD SEGÚN CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN
EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA – 2009

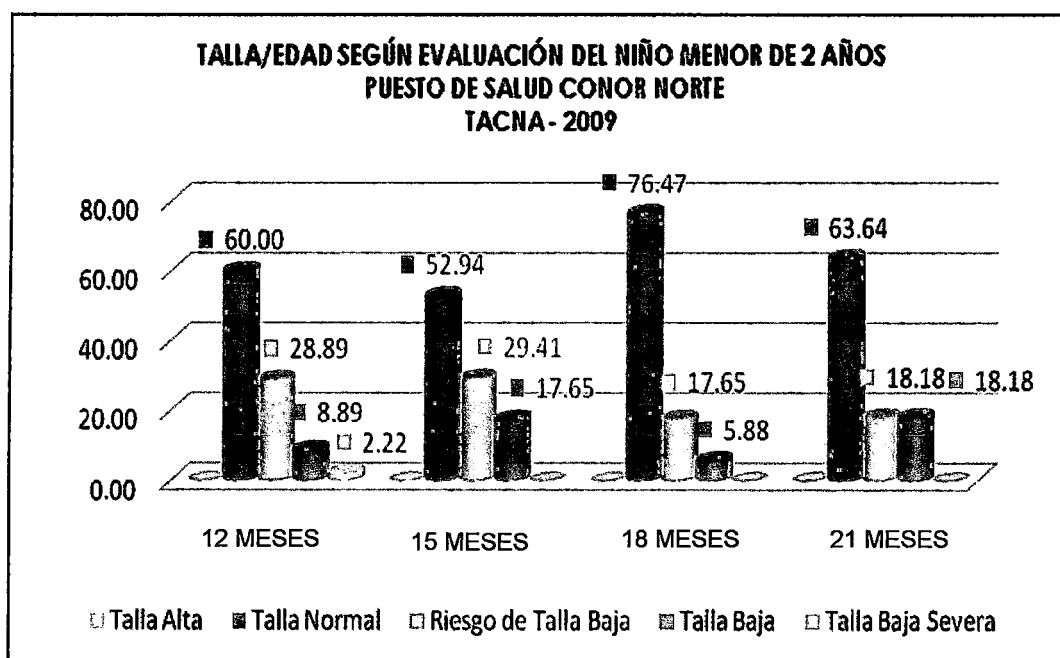
TALLA/EDAD	DE 12 A 21 MESES							
	12 MESES		15 MESES		18 MESES		21 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	27	60,00	9	52,94	13	76,47	7	63,64
Riesgo de Talla Baja	13	28,89	5	29,41	3	17,65	2	18,18
Talla Baja	4	8,89	3	17,65	1	5,88	2	18,18
Talla Baja Severa	1	2,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	45	100,00	17	100,00	17	100,00	11	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

Descripción:

En el análisis de talla/edad de los niños de 12 a 21 meses, se observa que en la talla normal se ve que el mayor porcentaje (76,47%) se da a los 18 meses de vida, y el menor (52,94%) a los 15 meses. El riesgo de talla baja se encuentra entre 18,18% y 29,41%, siendo el porcentaje predominante a los 15 meses de edad. En función a la talla baja se encuentra entre 5,88% y 18,18%; siendo mayor a los 21 meses de vida. Por último, el 2,22% de niños evaluados durante el 12avo mes de vida presentaron talla baja severa.

GRÁFICO Nº 05



FUENTE: Cuadro Nº 05

CUADRO N° 06

TIPO DE CURVA DE CRECIMIENTO POR PERIODOS TRIMESTRALES EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE

TACNA – 2009

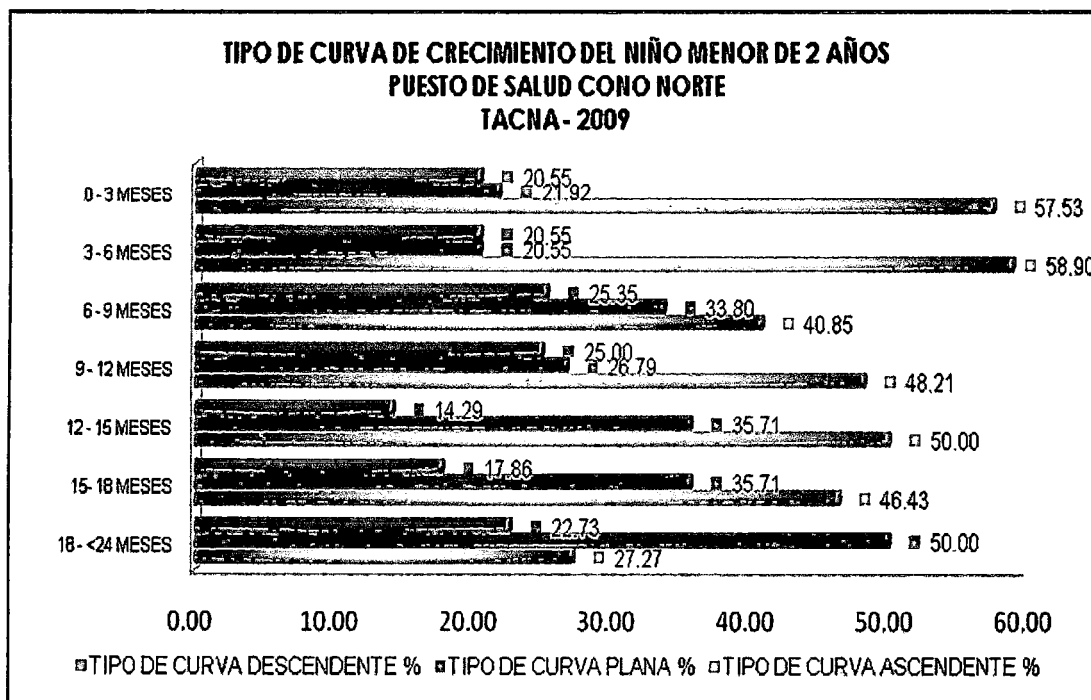
GRUPO DE EDADES	TIPO DE CURVA						TOTAL	
	ASCENDENTE		PLANA		DESCENDENTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0 - 3 meses	42	57,53	16	21,92	15	20,55	73	100,00
3 - 6 meses	43	58,90	15	20,55	15	20,55	73	100,00
6 - 9 meses	29	40,85	24	33,80	18	25,35	71	100,00
9 - 12 meses	27	48,21	15	26,79	14	25,00	56	100,00
12 - 15 meses	14	50,00	10	35,71	4	14,29	28	100,00
15- 18 meses	13	46,43	10	35,71	5	17,86	28	100,00
18 - <24 meses	6	27,27	11	50,00	5	22,73	22	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años – 2009

Descripción:

Al estudiar el tipo de curva de crecimiento de los niños menores de 2 años, se evidencia que durante los periodos trimestrales, el tipo de curva ascendente se encuentra entre 27,27% y 58,9%. También se evidencia que la curva plana se encuentra entre 20,55% y 50%, siendo mayor en el grupo de 18 a <24 meses de edad y menor a los 3 a 6 meses. Mientras que la curva descendente se encontró entre 14,29% y 25,35%, representando el mayor porcentaje el trimestre de 6 a 9 meses y el menor en el de 12 a 15 meses.

GRÁFICO Nº 06



FUENTE: Cuadro Nº 06

CUADRO N° 07

TENDENCIA DE CRECIMIENTO SEGÚN GRUPO DE EDAD DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE

TACNA - 2009

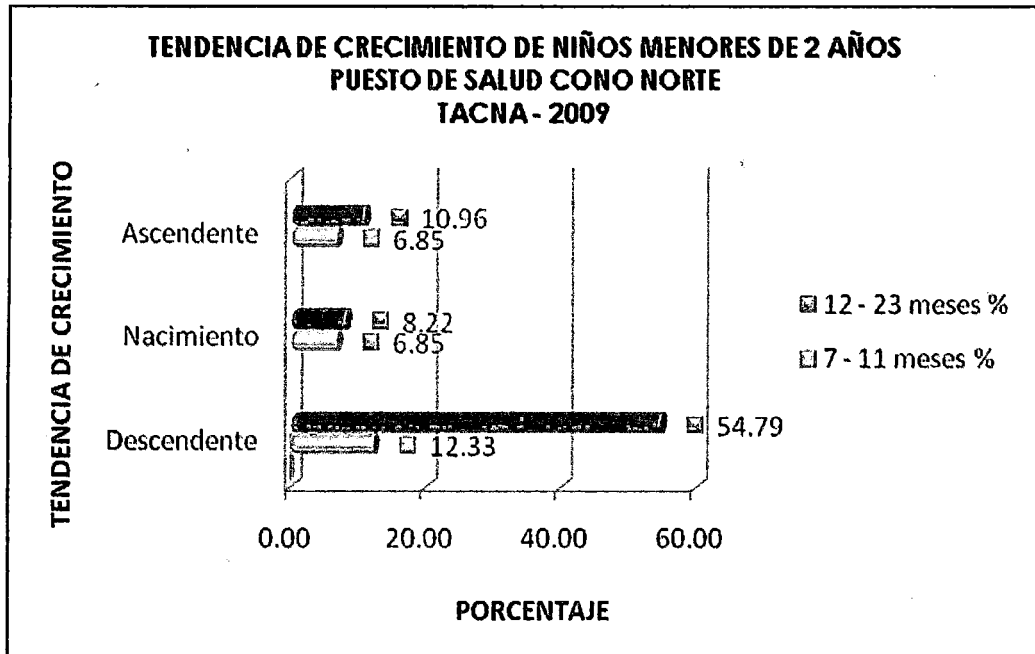
TENDENCIA DE CRECIMIENTO	7 - 11 meses		12 - 23 meses		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tendencia Ascendente	5	6,85	8	10,96	13	17,81
Tendencia Normal - Nacimiento	5	6,85	6	8,22	11	15,07
Tendencia Descendente	9	12,33	40	54,79	49	67,12
TOTAL	19	26,03	54	73,97	73	100,00

FUENTE: Gráfica de niño(a) menor de 2 años – 2009

Descripción:

La tendencia de crecimiento de los niños menores de 2 años según el análisis, se aprecia que el 67,12% presentan una tendencia descendente, cuya edad predominante es de 12 a 23 meses con un 54,79%. Se evidencia también que el 17,81% presentaron una tendencia ascendente y el mayor porcentaje (10,96%) fue del grupo de 12 a 23 meses. Por último tenemos que la tendencia normal fue de 15,07%, representando el mayor porcentaje (8,22%) los niños de 12 a 23 meses de edad.

GRÁFICO Nº 07



FUENTE: Cuadro Nº 07

CUADRO Nº 08

TIEMPO QUE CONSERVA EL CANAL DE NACIMIENTO EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA - 2009

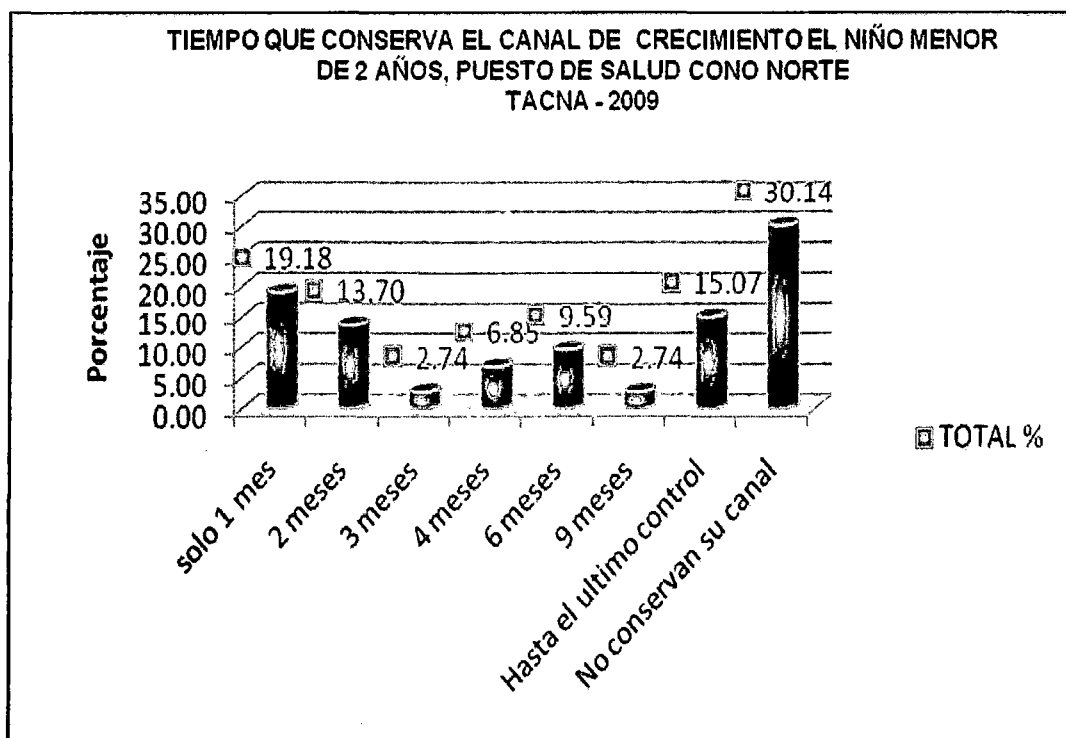
CANAL DE NACIMIENTO	TOTAL	
	Nº	%
Sólo 1 mes	14	19,18
2 meses	10	13,70
3 meses	2	2,74
4 meses	5	6,85
6 meses	7	9,59
9 meses	2	2,74
Hasta el último control	11	15,07
No conservan su canal	22	30,14
TOTAL	73	100,00

FUENTE: Gráfica de niño(a) menor de 2 años – 2009

Descripción:

El presente cuadro comprende el tiempo que los niños conservan el canal de crecimiento en función a la talla de nacimiento, y observamos que el 30,14% del total de niños menores de 2 años no lograron conservar su canal de crecimiento, mientras que sólo el 15,07% de niños lo conservaron hasta el último mes de su control. Por otro lado vemos que el 19,18% y el 13,70% lo conservan de 1 y 2 meses respectivamente. Y en menores porcentajes (2,74% a 9,59%) lo conservan de 3 a 9 meses de vida.

GRÁFICO Nº 08



FUENTE: Cuadro Nº 08

CUADRO Nº 09

FACTORES FAMILIA DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
PUESTO DE SALUD CONO NORTE
TACNA – 2009

VALORACIÓN DE LA FAMILIA	Nº	%
Tipo de familia:		
Nuclear	40	54,79
Incompleta	3	4,11
Compuesta	30	41,10
TOTAL	73	100,00
Número de Integrantes:		
3 integrantes	26	35,62
4 a más integrantes	47	64,38
TOTAL	73	100,00
Nº de hijos:		
1 hijo	43	58,90
2 hijos	18	24,66
3 hijos	8	10,96
4 o más hijos	4	5,48
TOTAL	73	100,00
Estado civil:		
Soltera	2	2,74
Conviviente	47	64,38
Casada	22	30,14
Divorciada	2	2,74
TOTAL	73	100,00
Edad de la madre (años):		
Adolescente (16 - 19 años)	22	30,14
Adultos (20 - 35 años)	51	69,86
TOTAL	73	100,00
Edad del padre:		
Adolescente (16 - 19 años)	12	16,44
Adultos (20 - 35 años)	61	83,56
TOTAL	73	100,00

Grado de instrucción (padre):		
Analfabeto	0	0,00
Primaria	20	27,40
Secundaria	35	47,95
Superior	18	24,66
TOTAL	73	100,00
Grado de instrucción (madre):		
Analfabeta	3	4,11
Primaria	61	83,56
Secundaria	6	8,22
Superior	3	4,11
TOTAL	73	100,00
Ocupación (padre):		
Desocupado	1	1,37
Obrero	31	42,47
Empleado	25	34,25
Independiente	16	21,92
TOTAL	73	100,00
Ocupación (madre):		
Ama de casa	45	61,64
Empleado	3	4,11
Independiente	25	34,25
TOTAL	73	100,00

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre - 2009

Descripción:

Con relación al tipo de familia de los niños menores de 2 años del P.S. Cono Norte, se observa que el 54,79% son de tipo nuclear y el 4,11% incompletas.

El número de integrantes de la familia del niño menor de 2 años comprende de 64,38% con 4 a más integrantes y el 35,62% sólo con 3 integrantes.

En la evaluación de número de hijos, se evidencia que 58,90% de las familias tiene un hijo, y el 5,48% de 4 a más hijos.

Al analizar el estado civil de la madre, encontramos que el 64,38% de ellas son convivientes y el 2,74% con solteras y divorciadas respectivamente.

En la edad de la madre, se evidencia que el 69,86% se encontraban en la edad adulta con 20 a 35 años y el 30,14% eran adolescentes con 16 a 19 años.

En la edad del padre, se encontró que el 83,56% tuvo de 20 a 35 años y el 16,44% tenían de 16 a 19 años de edad.

En el grado de instrucción del padre se observa que el 47,95% tienen nivel educativo secundario y el 24,66% tuvo estudios superiores.

En análisis del grado de instrucción de la madre se tiene que el 80,82% tienen nivel de estudios primarios y el 4,11% son analfabetas.

En la ocupación del padre, se ve que el 43,84% son obreros y el 21,92% de padres son independientes.

Al analizar la ocupación de la madre, se aprecia que el 61,64% es ama de casa y el 4,11% de las madres tiene un empleo.

CUADRO N° 10

RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE Y TALLA/EDAD A LOS 12 MESES
DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

GRADO INSTRUCCIÓN (PADRE)	TALLA/EDAD		RTB		TN		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	4	57,14	3	42,86	7	100,00		
Secundaria	8	42,11	11	57,89	19	100,00		
Superior	1	7,14	13	92,86	14	100,00		
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00		

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre - 2009

$$X^2=6,840 \quad \rightarrow \quad P = 0.032$$

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel $P < 0.05$

Descripción:

Al analizar la relación entre el grado de instrucción del padre con la talla/edad de los niños, se observa que el 92,86% de los niños a los 12 meses de edad presentaron talla normal y a la vez tienen padres con nivel de estudios superiores; y el 42,86% con nivel primario. Por otro lado en los niños que presentaron riesgo de talla baja, se ve que el 57,14% tuvieron padres con nivel de estudios primarios y el 7,14% con nivel superior.

CUADRO N° 11

RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN DE LA MADRE Y TALLA/EDAD A LOS 12 MESES
DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

OCUPACIÓN (MADRE) \ TALLA/EDAD	RTB		TN		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	5	19,23	21	80,77	26	100,00
Independiente	8	61,54	5	38,46	13	100,00
Total	13	33,33	26	66,67	39	100,00

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre - 2009

$$X^2=6,668 \quad \rightarrow \quad P = 0,008$$

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel $P < 0,05$

Descripción:

En el cuadro de relación entre la ocupación de la madre y talla/edad del niño a los 12 meses de edad, se evidencia que el 80,77% de madres con ocupación de ama de casa, tuvieron niños con talla normal, y el 61,54% de madres con trabajos independientes tenían hijos con riesgo de talla baja.

CUADRO N° 12

RELACIÓN ENTRE EDAD DEL PADRE Y TENDENCIA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA - 2009

EDAD DEL PADRE \ TENDENCIA	Ascendente		Normal		Descendente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescente (16-19)	5	41,67	2	16,67	5	41,67	12	100,00
Adulto (20-35)	8	13,11	9	14,75	44	72,13	61	100,00
Total	13	17,81	11	15,07	49	67,12	73	100,00

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre - 2009

$$X^2 = 6,001 \quad \rightarrow \quad P = 0,049$$

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel $P < 0,05$

Descripción:

Para el análisis de la edad del padre y su relación con la tendencia de crecimiento de los niños menores de 2 años, se aprecia que de los niños que tenían padres adolescentes de 16 a 19 años de edad, el 41,67% presentaron una tendencia de crecimiento ascendente. En el 16,67% de niños que presentaron una tendencia normal, tuvieron también padres adolescentes. Sin embargo de los niños que presentaron una tendencia descendente, el 72,13% tuvieron padres adultos con edades de 20 a 35 años.

3.2 Discusión:

La investigación se realizó en el Puesto de Salud Cono Norte del Distrito de Ciudad Nueva, considerada como una zona urbano marginal, donde casi la totalidad de los pobladores cuenta con los medios básicos y el acceso a los servicios de salud. El interés del trabajo se centró en conocer la relación entre los factores familiares y la talla de los niños menores de 2 años de esta zona, sin embargo para llegar a una mejor comprensión del tema, se tomó en cuenta el análisis de la talla del niño respecto a su edad (talla/edad), así como el comportamiento del crecimiento mediante curvas y tendencias, esto último, utilizando datos retrospectivos según sus controles de crecimiento y desarrollo.

En los cuadros 01 y 02 sobre la talla y el peso en el momento del nacimiento; se aprecia que el 73,97% de niños nacieron con 50 a 52 cm de talla y el 87,67% presentaron un peso normal. El peso y la Talla en el nacimiento de niños menores de 2 años del puesto de salud Cono Norte, presentaron altos porcentajes en función a lo normal. Sin embargo el 12,33% de niños nacieron macrosómicos (peso mayor a 4000g); De acuerdo a la teoría nos indica que la mayoría de los niños presentaron un adecuado crecimiento y pocas posibilidades de riesgo

de la madre durante el embarazo. En concordancia con Bustos y Weitzman en su estudio, los resultados son semejantes a la nuestra ya que el peso y la talla promedio al nacer se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

Los cuadros 04 y 05 comprenden el análisis de talla/edad por grupos de edades y según la atención de control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 2 años. La talla es un indicador que resume todo un pasado nutricional, y por ende es un reflejo bastante aproximado del ambiente familiar que ha rodeado su crecimiento, sobre todo en la etapa crítica de la infancia. En este sentido y de acuerdo a los resultados obtenidos, llama mucho la atención que la presencia de riesgo de talla baja se encuentre presente durante cada una de las evaluaciones de crecimiento y desarrollo del niño sano. Poniendo en tela de juicio la salud del niño y exponiéndolo a la posibilidad de caer en retardo de su crecimiento. Según la teoría se sabe que los niños hasta los 6 meses de edad presentan una aceleración en su crecimiento, para luego hacerse ligeramente lenta; sin embargo es de vital importancia recabar la información sobre la evolución de crecimiento de la talla en los niños para detectar de manera temprana deficiencias que pueden recuperarse, mediante las intervenciones de enfermería en un tiempo oportuno.

Según Vásquez Garibay, E. M.; Ortiz Ortega, M. Á.; y col. en su Investigación: mostraron que el promedio del índice talla/edad se encontró por debajo de -1 DE en las edades 12 a 23 meses; el cual se expresa en riesgo de talla baja. Nuestros resultados son casi similares con estos investigadores, siendo así que el riesgo de talla baja se pronuncia desde los 12 meses (28,89%), hasta el 15avo mes de vida (29,41%) de los niños evaluados.

Los cuadros 06, 07 y 08 comprenden el tipo de curva de crecimiento por trimestres, tendencia y tiempo de conservación del canal de crecimiento. De acuerdo a la literatura, las curvas de crecimiento plana y descendente, son indicadores de problemas inminentes en el crecimiento de los niños; si la curva es curva plana, esta representa un estancamiento en el crecimiento durante un período corto y que al cruzar la línea del canal de crecimiento pasa a ser una curva descendente; donde ya puede darnos indicios de problemas mayores, como el de retraso en el crecimiento. Es necesario reconocer que se ha hecho rutinario trabajar con planes estratégicos establecidos, donde los resultados en la disminución de retardo de crecimiento es lento, por lo tanto se recomienda establecer nuevas estrategias y fortalecerlas en un periodo mínimo de 3 meses, tomando en consideración las características innatas de cada

población. Martínez Enríquez, M. C. en su estudio, señala que la curva de crecimiento va descendiendo conforme el tiempo avanza, pronunciándose a los 15 meses de vida. Estos son casi semejantes a los resultados de nuestro estudio, donde la edad en la que se pronuncia esta curva es en el trimestre de 12 a 15 meses de vida, siendo así que en el 50% fue curva plana y en el 25,35% descendente. Tomando una tendencia descendente en el crecimiento de la mayoría (67,12%) de ellos.

El cuadro 09 la valoración de familia de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte. Los resultados de este cuadro responden al tercer objetivo planteado. Hay que resaltar que existe predominancia en el tipo de familia nuclear y el número de integrantes que se evidencia en la mayoría de familias es el de 4 a más integrantes, sine embargo más de la mitad de ellas tiene sólo un hijo. Ambos padres en su mayoría son convivientes, cuyas edades en gran parte oscila entre 20 a 35 años, donde un buen número de los padres tiene un nivel educativo secundario y las madres nivel primario, el tiempo que la mayoría de los padres lo ocupa es trabajando como obrero y la madre el de ama de casa. Estos al verse afectados ponen en riesgo la salud de los integrantes de la familia y en diferentes medidas, mas una si se trata del crecimiento del niño, ya que en la

mayoría de los casos las condiciones en la que se encuentran los padres, dará lugar a la calidad de vida de la familia. Es importante realizar estudios situacionales en grupos específicos que permitan determinar las condiciones sociales de la familia, donde al establecer planes de trabajo, ayuden a mejorar su la calidad de vida, mediante el fomento de nuevos conocimientos y el fortalecimiento de ellos con la finalidad de enseñar a los padres a usar al máximo sus recursos, permitiéndoles generar trabajo y un adecuado cuidado de sus hijos.

Vásquez Garibay, E. M.; y col. Revelan que las familias eran nucleares en 91%, el 64.5% tenía más de cuatro hijos y el 50% de los padres (papá y mamá), eran analfabetos, los cuales tenían diversas ocupaciones. En semejanza con los resultados presentados en nuestro estudio, donde las familias nucleares fueron el 54,79%, el 64,38% de familia con 4 a más hijos. Según Valderrama Guevara, E. F. en su estudio, encuentra que las características presentes de las madres son de ser jóvenes cuya ocupación es principalmente el de ama de casa, esto ultimo en concordancia con nuestros resultados, respecto a la ocupación de la madre, donde de mayoría se encarga del cuidado de los hijos y su hogar.

Los cuadros 10 y 11, comprenden la relación entre el grado de instrucción del padre y la ocupación de la madre con la talla/edad a

los 12 meses de vida de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte y el cuadro 12 comprende la relación entre la edad del padre y la tendencia del crecimiento. Estos resultados responden al cuarto objetivo planteado. De acuerdo a lo encontrado señalamos que la relación que existe entre los factores familiares de los niños menores de 2 años, han tomado relevancia con el grado de instrucción del padre, observándose que el menor porcentaje de padres obtuvieron estudios superiores, es decir estudios técnicos o universitarios, siendo el grupo pequeño con mejores oportunidades de trabajo y conocimientos que favorecen el cuidado de los hijos. Por otro lado la mayoría de casos tienen un nivel educativo primario o secundario, esto debiéndose a que un importante número de ellos son adolescentes y no han logrado culminar sus estudios; por lo tanto da lugar a la presencia de conocimientos deficientes sobre la importancia de brindar un adecuado cuidado y protección a la familia, dejando de cubrir las principales necesidades como los de la alimentación y la salud.

En tal sentido la presencia de la tendencia de crecimiento descendente en más de la mitad de los niño estudiados como se muestra en los resultados, toma una importante significancia porque el padre al tener una edad joven, puede dejar de ejercer funciones que le

competen afrontar, como es el del sustento del hogar, y si no hay alguien quien lo haga por él, la madre o la persona que esté a cargo del niño, lo hará en forma inadecuada si no cuenta con apoyo económico y moral por parte de otras personas. Arrastrando así al niño a una desviación del canal de su crecimiento y haciéndolos irreversibles la mayoría de los casos. Martínez señala que la curva de crecimiento va descendiendo conforme el tiempo avanza, pronunciándose a los 15 meses de vida. Estos resultados son semejantes a lo revelado en nuestro estudio, donde la edad de los niños en la que se pronuncia esta curva es en el trimestre de 12 a 15 meses de vida.

La ocupación de la madre como es de ser ama de casa en la mayoría de los casos, como lo indican los resultados, da lugar a pensar que la madre tiene el tiempo para propiciar un cuidado adecuado y un hogar armónico, con prácticas saludables. Sin embargo al existir un cierto número de madres que se dedican al trabajo independiente, no se descarta que el cuidado brindado a sus hijos pueda no ser totalmente bueno, puesto que las madres jóvenes o que tienen muchos hijos, y no tienen el tiempo necesario para cada uno de ellos, buscando a otras personas que lo hagan por ella. Dando lugar a presentar niños con problemas en su crecimiento.

Al evaluar con el estadístico correspondiente, cada uno de los factores familiares, resultaron tener una relación significativa el grado de instrucción del padre y la ocupación de la madre con la talla del niño. La tendencia de crecimiento del niño tuvo relación con la edad del padre.

3.3 Conclusiones:

- ✓ El análisis de la talla/edad de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte determinó que: el mayor número de niños presentó talla normal (52,94% a 91,07%).
- ✓ En el análisis de la talla deficiente del niño menor de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte se encontró que el riesgo de talla baja abarcó el mayor número de casos (8,93% a 29,41%), seguido por la talla baja (1,72% a 18,18%) y sólo un caso de talla baja severa (2,22%).
- ✓ El tipo de curva de crecimiento que predominó en los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte fue la ascendente (27,27% a 58,9%), seguido de la curva plana (20,55% y 50%) y la curva descendente (4,29% y 25,35%).
- ✓ La tendencia de crecimiento con mayor número de casos de niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte es la descendente (67,12%).

- ✓ La mayoría de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte no lograron conservar su canal de crecimiento (30,14%) y sólo un pequeño grupo (15,07%) lo conservaron hasta el último control.

- ✓ Los factores familiares que se relacionan a la talla deficiente de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte a los 12 meses de vida son: el grado de instrucción del padre ($p=0,049$) y la ocupación de la madre ($p=0,032$).

- ✓ El factor familiar que se relacionan a la tendencia de crecimiento de los niños menores de 2 años del Puesto de Salud Cono Norte es la edad del padre ($p=0,008$).

3.4 Recomendaciones:

- ✓ Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS (2006) tienen validez mundial con independencia de su etnia, nivel socioeconómico y tipo de alimentación, por ello se recomienda a la Dirección Regional de Salud, principalmente al área de Nutrición que se proporcionen gráficas de crecimiento del niño para cada historia clínica y poder realizar una vigilancia constante de la talla/edad, tipo de curva y el tiempo de conservación del canal crecimiento para detectar tempranamente tendencias en los niños a desarrollar insuficiencias estaturales que requieran de una intervención inmediata.
- ✓ A los estudiante y profesionales de salud, sobre todo en el campo de enfermería, se les recomienda realizar estudios con un enfoque transcultural, que permitan mantener una estrecha relación y comunicación con las familias, con el objeto de fortalecer sus culturas, costumbres y creencias y mediante ellas promover una óptima calidad de vida a cada uno de sus integrantes y sobre todo un crecimiento oportuno de sus niños,

cuyos resultados finalmente brinden aportes a la ciencia del cuidado de la salud de la familia como unidad, considerando los modelos teóricos de enfermería con este enfoque.

- ✓ Realizar trabajos de investigación cualitativa en el área de enfermería, considerando aspectos del rol familiar en el cuidado del niño, donde permitan medir la influencia de estos aspectos con el crecimiento de los niños.

- ✓ Para minimizar el sesgo de la información y ésta sea más confiable y consistente, se recomienda que el tamaño de la muestra sea mayor al número estudiado y que a su vez las edades de los niños tengan semejanza en número de por lo menos 10, donde el cual la información obtenida por cada niños permita analizar la evolución del crecimiento de acuerdo a la edad.

REFERENCIAS

AGUILAR CORDERO, M. J. (2006); "Tratado de Enfermería Infantil-cuidados pediátricos"; Edición Elsevier Science España s.a.; Madrid; pág. 475 – 478.

ÁVALOS CHÁVEZ, L. M. (2004) "SINDROME DE TALLA BAJA", México. [Artículo en línea]. Disponible en:
<<http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/sindromedetallabaja.pdf>>.

BARRERA G. (2004); "Estándares antropométricos para evaluación del estado nutritivo". Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos. Universidad de Chile-Santiago. [Artículo en línea]. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000400003>

BUÑO SOTO M. (2003). "Retraso de Crecimiento: Talla Baja y fallo para medrar", La Coruña/España. [Artículo en línea]. Disponible en:
<[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Retraso_crecimiento_talla_baja_fallo_medrar\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Retraso_crecimiento_talla_baja_fallo_medrar(1).pdf)>.

CANALES F.H. ALVARADO E. (1998); "Metodología de la Investigación", 1era. Edición. Editorial Limusa. Washington. Pág. 77 - 97, 123 – 150.

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN y NUTRICIÓN (2006) – Dirección ejecutiva de prevención de riesgo y daño nutricional, Lima – Perú.

CONTRERAS ROJAS, M. (2008); "Monitoreo del Crecimiento"; Ministerio de Salud. Tacna – Perú. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/ebooks/medicion_talla_peso_peru.pdf>

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TACNA, (2008); "Informe de gestión, del sistema de información del estado Nutricional del niño menor de 5 años y gestantes que acceden a los establecimientos de salud", Oficina de Información y Estadísticas.

DU GAS, B. (2000); "Tratado de Enfermería Práctica" 4ta edición. Editorial Mcgraw Hill-Interamericana. México. Pág. 32 - 33.

FLORES GUEVARA I. (2000). "Ser Niño en el Perú: pobreza, enfermedad y riesgo social", *Pediátrica*, Vol. 3, Nº 1, Enero - Abril, [Artículo en línea]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Paediatria/v03_n1/pdf/ni%C3%B1o_peru.pdf>.

GOBIERNO Del PERÚ - Estrategia Nacional CRECER (2008) "La desnutrición crónica si se puede prevenir" -Comisión interministerial de asuntos sociales – Secretaria Técnica, [Artículo en línea]. Disponible en: <<http://www.crecer.gob.pe/publicaciones.php>>.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2000); "Metodología de la Investigación", 3era. Edición. Editorial Mcgraw Hill. México. Pág. 320 – 328.

HOEKELMAN, ROBERT A. (2002); "Atención Primaria en Pediatría". 3era. edición. Editorial Harcourt Brace España s.a. Madrid – España. Pág. 465.

INEI (Instituto nacional de Estadística e Informática) (2006) - Nota de Prensa N° 213 – Setiembre – Perú. [Artículo en línea]. Disponible en: <<http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/6520.pdf>>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2006); "Uso e Interpretación de la Antropometría"- Valoración nutricional antropométrica de niños menores de 5 años, OPS, Área de Normas Técnicas Deprydan - MINSA, Lima.

MARTÍNEZ GARCÍA E. (2006) "Crecimiento y desarrollo - Datos sobre talla, peso y perímetro cefálico" D.C.[en línea]. Disponible en:

<<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/talla-peso-perimetro-cefalico-edad.shtml>>.

MEDELLÍN CALDERÓN, G.; (1995); Atención Primaria de la Salud, "Crecimiento y Desarrollo del ser Humano", Nacimiento a edad pre-escolar. OMS, OPS, 1era edición. Copyright. Organización Mundial de la Salud. Colombia. Pág. 9 – 11, 34 – 39, 44 - 51.

MINISTERIO De SALUD – MINSA (2004). Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Pág. 47, 48, 50.

Norma técnica de salud para la atención integral de la salud de la niña y el niño (2006) NTS N-040 MINSA/DGSP – V – 01. Resolución Ministerial - CENAN - MINSA, Lima – Perú.

Cogollo Milanés Z. (2008); "Estructura y normas para la Presentación de trabajos de grado e investigación Estilo Vancouver"; Departamento de investigación - Facultad de enfermería/Universidad de Cartagena - Colombia. D.C [en línea]. Disponible en:

< <http://www.unicartagena.edu.co/NORMASINVENF.pdf>>

LIEVEGOED BERNARD (2008). "Las etapas evolutivas del niño". Editorial rudolf steiner. Materia: infancia. Holistika.com - Ramón y Cajal, D.C [en línea]. Disponible en:

<http://www.holistika.com/infancia/las-etapas-evolutivas-del-nino.asp>

OPS-OMS. (2003), La Familia y la Salud. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington EUA. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-od307a-s.pdf> >.

OPS/OMS (2008). "Expertos estudian factores determinantes en la desnutrición en América Latina y el Caribe". [Artículo en línea]. Disponible en: <http://es.wfp.org/node/2675>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL De LA SALUD – OMS (2006), "Nuevos Patrones de crecimiento Infantil, para lactantes y niños menores de cinco años".

PACHECO J, (1995), Retardo de crecimiento intrauterino, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – IPPS; Ginecología y Obstetricia - Vol. 41 N° 02 Perú - Abril. D.C. [en línea]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_41N2/retardo_de_crecimiento_intrauter.htm >.

PAJUELO RAMÍREZ (2003). Trabajos Originales – "Retardo de crecimiento de los niños en el Perú" D.C. [en línea]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v56n2/pdf/a02.pdf>

POSADA A., GÓMEZ J.F., RAMÍREZ H. (2005) – “EL NIÑO SANO”- 3era Edición, Editorial Medica Panamericana, Colombia, Pág. 23, 125.

POTTER & PERRY. (2002); “Fundamentos de Enfermería”. 5ta. edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid – España. Pág. 1370 – 1374.

SIFUENTES ZELADA, J., (2005) “LA DESNUTRICION INFANTIL EN EL PERU”. OMS. [Artículo en línea]. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos75/peru-politica-seguridad-alimentaria-infancia/peru-politica-seguridad-alimentaria-infancia5.shtml>>

TOM LISSAUER, G. C. (2008); “Texto ilustrado de Pediatría”. 3era. edición en español. Ediciones Harcourt Brace España s.a., Harcourt Internacional. Madrid - España. Pág. 101 - 107.

UNICEF-PERÚ (2007). Situación del país – “Situación de la niñez”, Censos Nacionales 2007 – Perú. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13264.htm>

ANEXOS

ANEXOS N° 01

**POBLACION TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN EL
MINISTERIO DE SALUD PARA EL PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA – 2009**

POBLACIÓN TOTAL	N°	%
<1AÑO	80	36,36
1 AÑO	140	63,64
TOTAL	220	100,00

Fuente: Ministerio de Salud - 2009.

ANEXOS Nº 02

NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS REGISTRADOS CON CONTROLES DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO COMPLETOS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD,
PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA - 2009

NIÑOS CONTROLADOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1AÑO	33	9,19	30	8,36	63	17,55
1 AÑO	25	6,96	33	9,19	58	16,16
TOTAL	58	16,16	63	17,55	121	33,70

FUENTE: Registro de Crecimiento y Desarrollo del niño

ANEXOS N° 03

POBLACION OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN EDAD EN MESES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA – 2009

EADADES	TOTAL	
	Nº	%
7 meses	2	2,74
8 meses	1	1,37
9 meses	7	9,59
10 meses	6	8,22
11 meses	3	4,11
12 meses	10	13,70
14 meses	8	10,96
15 meses	5	6,85
16 meses	1	1,37
17 meses	2	2,74
18 meses	2	2,74
19 meses	2	2,74
20 meses	7	9,59
21 meses	9	12,33
22 meses	4	5,48
23 meses	4	5,48
TOTAL	73	100,00

Fuente: Registro de control de crecimiento y desarrollo del niño sano – P.S. Cono Norte.

ANEXOS N° 04

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALAS
TALLA DEL NIÑO (A)	<p>La talla es la medida que determina el crecimiento en longitud del los niños y que se ve afectado en cierto modo por la presencia de factores directamente relacionados como el de la familia.</p> <p>Se midió mediante una ficha de control de crecimiento del niño(a), donde los datos de la talla del niño menor de 2 años se obtuvieron de los registros de control de CRED, Historia clínica y carnet de niño sano.</p>	TALLA / EDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Talla alta • Talla normal • Riesgo de Talla baja • Talla baja • Talla baja severa. 	<p>> +2DE</p> <p>+2DE a -1DE</p> <p>-1DE a -2DE</p> <p>- 2DE a -3DE</p> <p>< -3 DE</p>	Ordinal
		Tipo de curva de Crecimiento	Canal de Crecimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ascendente 2. Plana 3. Descendente 	Nominal
		Tiempo de conservación del canal de crecimiento	Tiempo en meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un mes 2. Dos meses 3. Tres meses 4. Cuatro meses 5. De 5 a 9 meses 6. Siempre 7. No conserva 	Ordinal
		Tendencia de la curva de crecimiento	Canal de Crecimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tendencia Ascendente 2. Tendencia normal – nacimiento 3. Tendencia Descendente 	Nominal

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ESCALAS
FACTORES FAMILIARES	Son características o circunstancias de la familia que pueden alterar el estado de salud de sus integrantes si se encuentra en riesgo. En relación al crecimiento de los niños, si la familia no se encuentra fortalecida desde el punto de vista social, esta puede desencadenar ciertas complicaciones como la presencia de problemas en la salud y el crecimiento de sus hijos. Los factores familiares de midió mediante la aplicación de un instrumento estructurado que consta de 7 indicadores.	Tipo de Familia	1. Nuclear 2. Incompleta 3. Compuesta 4. Otros	Nominal
		Estado Civil	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Otros	Nominal
		Nº de Integrantes	1. Dos 2. Tres 3. Cuatro 4. Cinco 5. Otros	Ordinal
		Número de hijos	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco ó más	Ordinal
		Edad de los Padres	1. Adolescentes de 16 a 19 años 2. Adultos de 20 a 35 años	Ordinal
		Grado de Instrucción/ Padres	0. Analfabeta 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior	Nominal
		Ocupación Del Padres	0. Desocupado 1. Obrero 2. Empleado 3. Independiente 4. Empleador	Nominal

ANEXO N° 05

FICHA DE CONTROL DE LA CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO(A)

Dirección Actual: _____ H.C.L.: _____ N° ficha: _____

F.N.: _____ Edad Actual: _____ Fecha Actual: _____ SEXO: _____

Peso de Recién Nacido: _____

CONTROLES	Fecha	Edad	Talla	T/E
RN (0-29 días)				
Recién Nacido	- -	- -		
1er Control	- -	- -		
2do Control	- -	- -		
Menor de 1 año				
1er Control	- -	- -		
2do Control	- -	- -		
3er Control	- -	- -		
4to Control	- -	- -		
5to Control	- -	- -		
6to Control	- -	- -		
7mo Control	- -	- -		
8vo Control	- -	- -		
9no Control	- -	- -		
10mo Control	- -	- -		
11vo Control	- -	- -		
Menor de 2 años				
1er Control	- -	- -		
2do Control	- -	- -		
3er Control	- -	- -		
4to Control	- -	- -		
5to Control	- -	- -		
6to Control	- -	- -		

RESULTADOS:

- **Diagnóstico TALLA/EDAD:**
 - (1) Talla Baja Severa: (<6m): _____ (6m - <12m): _____ (12m - <18m): _____ (18m - <24m): _____
 - (2) Riesgo de Talla Baja: (<6m): _____ (6m - <12m): _____ (12m - <18m): _____ (18m - <24m): _____
 - (3) Talla Baja: (<6m): _____ (6m - <12m): _____ (12m - <18m): _____ (18m - <24m): _____
 - (4) Talla Normal: (<6m): _____ (6m - <12m): _____ (12m - <18m): _____ (18m - <24m): _____
 - (5) Talla Alta: (<6m): _____ (6m - <12m): _____ (12m - <18m): _____ (18m - <24m): _____

- **Tipo de Curva de Crecimiento (<6 meses):**
 - (1) Plana
 - (2) Normal o Ascendente
 - (3) Descendente

- **Tipo de Curva de Crecimiento (6 - <12 meses):**
 - (1) Plana
 - (2) Normal o Ascendente
 - (3) Descendente

- **Tipo de Curva de Crecimiento (12 - <18 meses):**
 - (1) Plana
 - (2) Normal o Ascendente
 - (3) Descendente

- **Tipo de Curva de Crecimiento (18 - <24 meses):**
 - (1) Plana
 - (2) Normal o Ascendente
 - (3) Descendente

ANEXO N° 06

N° de Encuesta: _____

INSTRUMENTO

INSTITUCIÓN: Puesto de Salud "CONO NORTE"

Fecha: _____

ENTREVISTA

La presente ficha de entrevista tiene por objeto determinar la "Relación entre los factores familiares y la talla de los niños menores de 2 años, Tacna 2009".

FACTORES DE FAMILIARES

I. VALORACIÓN DE LA FAMILIA:

N°	1. Tipo de Familia	Marque	N°	2. N° de Integrantes	Marque
1	Nuclear (Papá, Mamá e hijos)	()	0	2	()
2	Incompleta (Solo Papá o Solo Mamá e hijos)	()	1	3	()
3	Compuesta (Papá, Mamá, Hijos y otros)	()	2	4	()
			3	5	()
			4	6 a más	()
N°	3. Estado Civil de la madre	Marque	N°	4. Edad de la Madre Actual	Marque
0	Soltera	()	1	Menor de 15 años	()
1	Conviviente	()	2	Más de 35 años	()
2	Casada	()	3	De 16 a 19 años	()
3	Divorciada	()	4	De 20 a 25 años	()
4	Otros	()	5	De 26 a 30 años	()
			6	De 31 a 35 años	()
N°	5. Edad del Padre	Marque	N°	6. Grado de Instrucción: Del Padre	Marque
1	Menor de 15 años	()	1	Analfabeto	()
2	Más de 35 años	()	2	Primaria	()
3	De 16 a 19 años	()	3	Secundaria	()
4	De 20 a 25 años	()	4	Técnico	()
5	De 26 a 30 años	()	5	Superior	()
6	De 31 a 35 años	()	6	Especificar: _____	
N°	7. Grado de Instrucción: De la Madre	Marque	N°	8. Ocupación: Del Padre	Marque
0	Analfabeta	()	0	Desocupado	()
1	Primaria	()	1	Obrero	()
2	Secundaria	()	2	Empleado	()
3	Técnico	()	3	Independiente	()
4	Superior	()	4	Empleador	()
5	Especificar: _____		5	Especificar: _____	
N°	9. Ocupación: De la Madre	Marque	N°	10. Número de Hijos	Marque
0	Desocupado	()	1	1	()
1	Obrero	()	2	2	()
2	Empleado	()	3	3	()
3	Independiente	()	4	4	()
4	Empleador	()	5	5 ó más	()
5	Especificar: _____				

ANEXOS N° 07

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(Encuesta Mediante El Criterio De Expertos)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**“FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA TALLA DE LOS NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD CONO NORTE,
TACNA - 2009”**

Se compone de 10 ítems, para los cuales se tiene la siguiente escala de estimación:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

Nº	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2	¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de los materiales de estudio?					
3	¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son de una muestra respectiva del universo material de estudio?					
4	¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos similares?					
5	¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todo y cada uno de ellos propios de la variable de estudio?					
6	¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9	¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizados son pertinentes a los objetos de materia de estudio?					
10	<p>¿Qué aspectos tendría que suprimir, modificar y/o incrementar?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

MUCHAS GRACIAS.

FIRMA DEL EXPERTO

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN

1. La siguiente tabla contiene los puntajes por ítems, luego de ser deliberados por un juicios de expertos en el tema para determinar los promedios correspondientes, siendo:

Nº de Ítems	JUICIO DE EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	5	4	4	4.20
2	5	4	5	4	5	4.60
3	5	4	5	4	5	4.60
4	4	4	5	4	5	4.40
5	5	4	5	4	5	4.60
6	5	4	5	4	5	4.60
7	5	5	5	4	5	4.80
8	4	5	5	4	5	4.60
9	5	5	5	4	4	4.60

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = \sqrt{(X_1 - Y_1) + (X_2 - Y_2) + \dots + (X_9 - Y_9)} = 1,41$$

3. La distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor hallado con la siguiente fórmula:

$$D_{\text{max}} = \sqrt{(X_1 - 1) + (X_2 - 1) + \dots + (X_9 - 1)} = 12,00$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (4)
 Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Donde:

- A y B : Adecuación total
- C : Adecuación promedio
- D : Escasa adecuación
- E : Inadecuación

A.

0,0 2,4

B.

2,4 4,8

C.

4,8 7,2

D.

7,2 9,6

E.

9,6 12,0

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. En este caso el valor DPP resultó **1.41** ubicándose en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.

ANEXOS Nº 08

VERIFICACION DE HIPOTESIS POR PRUEBA DE PROPORCIONES

VARIABLES	PRUEBA DE JI-CUADRADO	CONCLUSIÓN
VALORACION DE LA FAMILIA		
Grado de instrucción del padre	<p>Ji-cuadrado de Pearson = 6,840</p> <p>Grados de libertad = 1</p> <p>P= 0.032 $\alpha= 0.05$</p> <p>$P < \alpha$ entonces se rechaza H_0</p>	<p>Como se rechaza H_0, entonces la variable grado de instrucción del padre y la Talla/Edad a los 12 meses de vida de niños menores de 2 años tienen una relación significativa.</p>
Ocupación de la madre	<p>Ji-cuadrado de Pearson = 6,668</p> <p>Grados de libertad = 1</p> <p>P= 0.008 $\alpha= 0.05$</p> <p>$P < \alpha$ entonces se rechaza H_0</p>	<p>Como se rechaza H_0, entonces la variable ocupación de la madre y la Talla/Edad a los 12 meses de vida tienen una relación significativa.</p>
Edad del padre	<p>Ji-cuadrado de Pearson = 6,001</p> <p>Grados de libertad = 1</p> <p>P = 0,049 $\alpha= 0.05$</p> <p>$P < \alpha$ entonces se rechaza H_0</p>	<p>Como se rechaza H_0, entonces la variable edad del padre y la Tendencia de crecimiento de niños menores de 2 años tienen una relación significativa.</p>

ANEXOS N° 09

TALLA/EDAD SEGÚN EVALUADOS Y NO EVALUADOS EN EL GRUPO DE 1 A 6 MESES DE EDAD DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA – 2009

T/E	DE 1 A 6 MESES											
	1 MES		2 MESES		3 MESES		4 MESES		5 MESES		6 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	1	1,37	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	51	69,86	49	67,12	15	20,55	51	69,86	7	9,59	44	60,27
Riesgo de Talla Baja	5	6,85	11	15,07	0	0,00	6	8,22	3	4,11	11	15,07
Talla Baja	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,37	0	0,00	2	2,74
Talla Baja Severa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sin Control	17	23,29	12	16,44	58	79,45	15	20,55	63	86,30	16	21,92
TOTAL	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 10

TALLA EDAD SEGÚN EVALUADOS Y NO EVALUADOS EN EL GRUPO DE 7 A 12
MESES DE EDAD DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

T/E	DE 7 A 12 MESES											
	7 MESES		8 MESES		9 MESES		10 MESES		11 MESES		12 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	35	47,95	16	21,92	35	47,95	14	19,18	5	6,85	27	36,99
Riesgo de Talla Baja	7	9,59	8	10,96	8	10,96	4	5,48	4	5,48	13	17,81
Talla Baja	1	1,37	0	0,00	2	2,74	1	1,37	0	0,00	4	5,48
Talla Baja Severa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,37
Sin Control	30	41,10	49	67,12	28	38,36	54	73,97	64	87,67	28	38,36
TOTAL	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 11

TALLA EDAD SEGÚN EVALUACION Y NO EVALUADOS EN EL GRUPO DE 13 A
18 MESES DE EDAD DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

T/E	DE 13 A 18MESES											
	13 MESES		14 MESES		15 MESES		16 MESES		17 MESES		18 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	3	4,11	9	12,33	9	12,33	4	5,48	4	5,48	13	17,81
Riesgo de Talla Baja	0	0,00	3	4,11	5	6,85	2	2,74	0	0,00	3	4,11
Talla Baja	0	0,00	2	2,74	3	4,11	2	2,74	1	1,37	1	1,37
Talla Baja Severa	0	0,00	1	1,37	0	0,00	2	2,74	2	2,74	0	0,00
Sin Control	70	95,89	58	79,45	56	76,71	63	86,30	66	90,41	56	76,71
TOTAL	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 12

TALLA EDAD SEGÚN EVALUADOS Y NO EVALUADOS EN EL GRUPO DE 19 A
23 MESES DE EDAD DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA - 2009

T/E	DE 19 A 23 MESES									
	19 MESES		20 MESES		21 MESES		22 MESES		23 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Talla Normal	6	8,22	3	4,11	7	9,59	2	2,74	3	4,11
Riesgo de Talla Baja	3	4,11	4	5,48	2	2,74	2	2,74	0	0,00
Talla Baja	1	1,37	1	1,37	2	2,74	1	1,37	1	1,37
Talla Baja Severa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sin Control	63	86,30	65	89,04	62	84,93	68	93,15	69	94,52
TOTAL	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 13

COMPORTAMIENTO DE LA CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO(A) MENOR
DE 2 AÑOS SEGÚN UBICACIÓN POR DESVIACIÓN ESTANDAR, PUESTO DE
SALUD CONO NORTE, TACNA – 2009

UBICACIÓN DE LA CURVA SEGÚN DESVIACIÓN ESTANDAR	0 - 3 meses		3 - 6 meses		6 - 9 meses		9 - 12 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Asciede 1DE								
0+2	3	4,11	2	2,74	2	2,82	1	1,64
-2 0	0	0,00	1	1,37	0	0,00	0	0,00
-3-1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Subtotal	3	4,11	3	4,11	2	2,82	1	1,64
2. Asciede la Mediana								
-1+1	2	2,74	2	2,74	2	2,82	2	3,28
3. Asciede 1DE + la Mediana								
-2+1	0	0,00	1	1,37	2	2,82	0	0,00
4. Ascendente (dentro del canal)								
0+1	14	19,18	17	23,29	12	16,90	4	6,56
-2-1	0	0,00	7	9,59	6	8,45	5	8,20
-1 0	6	8,22	14	19,18	5	7,04	7	11,48
+1+2	2	2,74	4	5,48	2	2,82	1	1,64
-3-2	0	0,00	1	1,37	2	2,82	1	1,64
Subtotal	22	30,14	43	58,90	27	38,03	18	29,51
5. Descendente (dentro del canal)								
+1 0	9	12,33	4	5,48	8	11,27	9	14,75
-1 -2	2	2,74	2	2,74	2	2,82	7	11,48
0 -1	2	2,74	3	4,11	12	16,90	11	18,03
-2-3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
+2+1	0	0,00	3	4,11	0	0,00	1	1,64
Subtotal	14	19,18	12	16,44	22	30,99	28	45,90
6. Desciede 1DE								
+2 0	4	5,48	3	4,11	5	7,04	1	1,64
-1-3	0	0,00	1	1,37	0	0,00	4	6,56
0-2	4	5,48	0	0,00	6	8,45	3	4,92
+3+1	1	1,37	0	0,00	0	0,00	0	0,00
-2 por debajo de -3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Subtotal	8	10,96	4	5,48	11	15,49	8	13,11
7. Desciede la Mediana								
+1-1	18	24,66	7	9,59	5	7,04	4	6,56
8. Desciede la Mediana + 2DE								
+1-3	1	1,37	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9. Desciede 1DE + la Mediana								
+2-1	1	1,37	1	1,37	0	0,00	0	0,00
10. Desciede la Mediana + 1DE								
+1-2	4	5,48	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	73	100,00	73	100,00	71	100,00	61	100,00

FUENTE: Gráfica del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 14

COMPORTAMIENTO DE LA CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO(A) MENOR
DE 2 AÑOS SEGÚN UBICACIÓN POR DESVIACIÓN ESTANDAR, PUESTO DE
SALUD CONO NORTE, TACNA – 2009

UBICACIÓN DE LA CURVA SEGÚN DESVIACIÓN ESTANDAR	12 - 15 meses		15 - 18 meses		18 - 23 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Asciende 1DE						
0+2	0	0,00	1	3,33	0	0,00
-2 0	1	1,37	1	3,33	0	0,00
-3-1	1	1,37	1	3,33	1	4,55
Subtotal	2	2,74	3	10,00	1	4,55
2. Asciende la Mediana						
-1+1	2	2,74	1	3,33	1	4,55
3. Asciende 1DE + la Mediana						
-2+1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4. Ascendente (dentro del canal)						
0+1	5	6,85	2	6,67	0	0,00
-2-1	4	5,48	2	6,67	3	13,64
-1 0	4	5,48	4	13,33	4	18,18
+1+2	0	0,00	1	3,33	0	0,00
-3-2	1	1,37	2	6,67	0	0,00
Subtotal	14	19,18	11	36,67	7	31,82
5. Descendente (dentro del canal)						
+1 0	3	4,11	2	6,67	2	9,09
-1-2	4	5,48	3	10,00	3	13,64
0-1	7	9,59	3	10,00	2	9,09
-2-3	3	4,11	3	10,00	3	13,64
+2+1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Subtotal	17	23,29	11	36,67	10	45,45
6. Desciende 1DE						
+2 0	2	2,74	0	0,00	1	4,55
+3+1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
-1-3	2	2,74	1	3,33	0	0,00
0-2	1	1,37	1	3,33	0	0,00
-2 por debajo de -3	1	1,37	1	3,33	0	0,00
Subtotal	6	8,22	3	10,00	1	4,55
7. Desciende la Mediana						
+1-1	2	2,74	1	3,33	2	9,09
8. Desciende la Mediana + 2DE						
+1-3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9. Desciende 1DE + la Mediana						
+2-1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10. Desciende la Mediana + 1DE						
+1-2	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	43	100,00	30	100,00	22	100,00

FUENTE: Gráfica del niño(a) menor de 2 años - 2009

ANEXOS N° 15

EVALUADOS Y NO EVALUADOS SEGÚN TIPO DE CURVA DE CRECIMIENTO Y
GRUPO DE EDAD DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA – 2009

GRUPO DE EDADES	TIPO DE CURVA								TOTAL	
	ASCENDENTE		PLANA		DESCENDENTE		SIN EVALUACIÓN			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 3 meses	42	57,53	16	21,92	15	20,55	0	0,00	73	100,00
3 - 6 meses	43	58,90	15	20,55	15	20,55	0	0,00	73	100,00
6 - 9 meses	29	39,73	24	32,88	18	24,66	2	2,74	73	100,00
9 - 12 meses	27	36,99	15	20,55	14	19,18	17	23,29	73	100,00
12 - 15 meses	14	19,18	10	13,70	4	5,48	45	61,64	73	100,00
15- 18 meses	13	17,81	10	13,70	5	6,85	45	61,64	73	100,00
18 - <24 meses	6	8,22	11	15,07	5	6,85	51	69,86	73	100,00

FUENTE: Ficha de datos del niño(a) menor de 2 años – 2009

ANEXOS Nº 16

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y TALLA/EDAD A LOS 2
MESES DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA – 2009

TALLA/EDAD	RTB		TN		TOTAL		Prueba P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Valoración de la familia							
1.- Tipo de familia							
Nuclear	6	17,65	28	82,35	34	100,00	X ² =0,053 0,818
Compuesta	5	20,00	20	80,00	25	100,00	
TOTAL	11	18,64	48	81,36	59	100,00	
2.- Número de Integrantes							
3 integrantes	5	25,00	15	75,00	20	100,00	X ² =0,891 0,481
4 a mas integrantes	6	15,00	34	85,00	40	100,00	
TOTAL	11	18,33	49	81,67	60	100,00	
4.- Edad de la madre (años)							
Adolescente (16-19años)	5	26,32	14	73,68	19	100,00	X ² =1,183 0,301
Adulto (20-35años)	6	14,63	35	85,37	41	100,00	
TOTAL	11	18,33	49	81,67	60	100,00	
5.- Edad del padre							
Adolescente (16-19años)	3	27,27	8	72,73	11	100,00	X ² =0,719 0,407
Adulto (20-35años)	8	16,33	41	83,67	49	100,00	
TOTAL	11	18,33	49	81,67	60	100,00	
6.- Grado-instrucción (padre)							
Primaria	3	18,75	13	81,25	16	100,00	X ² =0,008 0,996
Secundaria	5	18,52	22	81,48	27	100,00	
Superior	3	17,65	14	82,35	17	100,00	
TOTAL	11	18,33	49	81,67	60	100,00	
8.- Ocupación (padre)							
Obrero	6	23,08	20	76,92	26	100,00	X ² =1,066 0,785
Empleado	3	14,29	18	85,71	21	100,00	
Independiente	2	15,38	11	84,62	13	100,00	
TOTAL	11	18,33	49	81,67	60	100,00	

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre - 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel P < 0,05

ANEXOS N° 17

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y TALLA/EDAD A LOS 6
MESES DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD
CONO NORTE, TACNA – 2009

TALLA/EDAD	RTB		TN		Total		Prueba P
	N°	%	N°	%	N°	%	
Valoración de la familia							
1.- Tipo de familia							
Nuclear	5	17,24	24	82,76	29	100,00	X ² =0,167 0,682
Compuesta	5	21,74	18	78,26	23	100,00	
Total	10	19,23	42	80,77	52	100,00	
2.- Número de Integrantes							
3 integrantes	2	9,52	19	90,48	21	100,00	X ² =2,330 0,127
4 a más integrantes	9	26,47	25	73,53	34	100,00	
Total	11	20,00	44	80,00	55	100,00	
4.- Edad de la madre (años)							
Adolescente (16-19años)	2	11,76	15	88,24	17	100,00	X ² =1,043 0,307
Adulto (20-35años)	9	23,68	29	76,32	38	100,00	
Total	11	20,00	44	80,00	55	100,00	
5.- Edad del padre							
Adolescente (16-19años)	1	12,50	7	87,50	8	100,00	X ² =0,329 0,566
Adulto (20-35años)	10	21,28	37	78,72	47	100,00	
Total	11	20,00	44	80,00	55	100,00	
6.- Grado-instrucción (padre)							
Primaria	3	20,00	12	80,00	15	100,00	X ² =0,439 0,803
Secundaria	6	23,08	20	76,92	26	100,00	
Superior	2	14,29	12	85,71	14	100,00	
Total	11	20,00	44	80,00	55	100,00	
1.- N° de hijos							
1 hijo	4	12,50	28	87,50	32	100,00	X ² =5,607 0,132
2 hijos	3	23,08	10	76,92	13	100,00	
3 hijos	2	28,57	5	71,43	7	100,00	
4 a más hijos	2	66,67	1	33,33	3	100,00	
Total	11	20,00	44	80,00	55	100,00	

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre – 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel P< 0,05

ANEXOS N° 18

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y TALLA/EDAD A LOS 12

MESES DE VIDA, PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA – 2009

TALLA/EDAD	RTB		TN		Total		Prueba P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Valoración de la familia							
1.- Tipo de familia							X ² =0,011 0,919
Nuclear	7	31,82	15	68,18	22	100,00	
Compuesta	6	33,33	12	66,67	18	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	
2.- Número de Integrantes							X ² =1,959 0,162
3 integrantes	2	16,67	10	83,33	12	100,00	
4 a mas integrantes	11	39,29	17	60,71	28	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	
3.- Estado civil							X ² =0,312 0,576
Conviviente	8	29,63	19	70,37	27	100,00	
Casada	5	38,46	8	61,54	13	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	
4.- Edad de la madre (años)							X ² =0,005 0,941
Adolescente (16-19años)	4	33,33	8	66,67	12	100,00	
Adulto (20-35años)	9	32,14	19	67,86	28	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	
5.- Edad del padre							X ² =0,806 0,369
Adolescente (16-19años)	1	16,67	5	83,33	6	100,00	
Adulto (20-35años)	12	35,29	22	64,71	34	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	
8.- Ocupación (padre)							X ² =0,617 0,735
Obrero	5	27,78	13	72,22	18	100,00	
Empleado	6	40,00	9	60,00	15	100,00	
Independiente	2	28,57	5	71,43	7	100,00	
Total	13	32,50	27	67,50	40	100,00	

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre – 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel P< 0.05

ANEXOS Nº 19

RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y TENDENCIA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PUESTO DE SALUD CONO NORTE, TACNA - 2009

Tendencia	Ascendente		Normal		Descendente		Total		Prueba P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Valoración de la familia									
1.- Tipo de familia									X ² =0,765 0,682
Nuclear	6	15,00	6	15,00	28	70,00	40	100,00	
Compuesta	6	20,00	4	13,33	20	66,67	30	100,00	
Total	12	17,14	10	14,29	48	68,57	70	100,00	
2.- Número de Integrantes									X ² =0,680 0,712
3 integrantes	4	15,38	3	11,54	19	73,08	26	100,00	
4 a mas integrantes	9	19,15	8	17,02	30	63,83	47	100,00	
Total	13	17,81	11	15,07	49	67,12	73	100,00	
4.- Edad de la madre (años)									X ² =0,933 0,627
Adolescente (16-19años)	5	22,73	4	18,18	13	59,09	22	100,00	
Adulto (20-35años)	8	15,69	7	13,73	36	70,59	51	100,00	
Total	13	17,81	11	15,07	49	67,12	73	100,00	
6.- Grado-instrucción (padre)									X ² =3,651 0,497
Primaria	5	25,00	1	5,00	14	70,00	20	100,00	
Secundaria	4	11,43	7	20,00	24	68,57	35	100,00	
Superior	4	22,22	3	16,67	11	61,11	18	100,00	
Total	13	17,81	11	15,07	49	67,12	73	100,00	
8.- Ocupación (padre)									X ² =6,044 0,196
Obrero	3	9,38	3	9,38	26	81,25	32	100,00	
Empleado	5	20,00	5	20,00	15	60,00	25	100,00	
Independiente	5	31,25	3	18,75	8	50,00	16	100,00	
Total	13	17,81	11	15,07	49	67,12	73	100,00	

FUENTE: Encuesta tipo entrevista aplicada a la madre – 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel P < 0.05

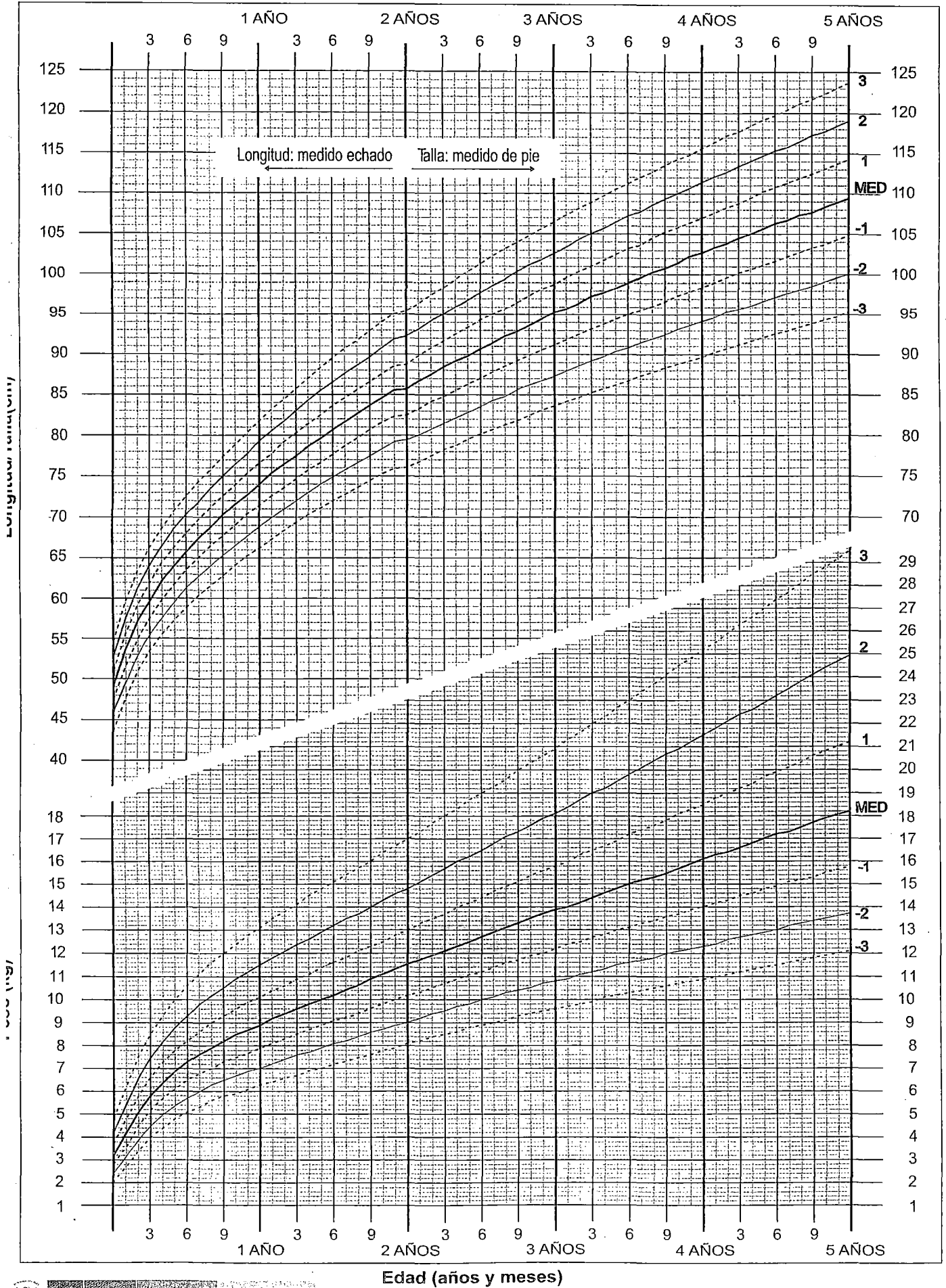
GRÁFICAS DE LA OMS 2006

NIÑAS: LONGITUD/EDAD (<2 años), TALLA/EDAD (2 a < 5 años) y PESO /EDAD (<5 años)
 Mediana y desviación estándar



NOMBRE : _____ HC: _____

Edad (años y meses)

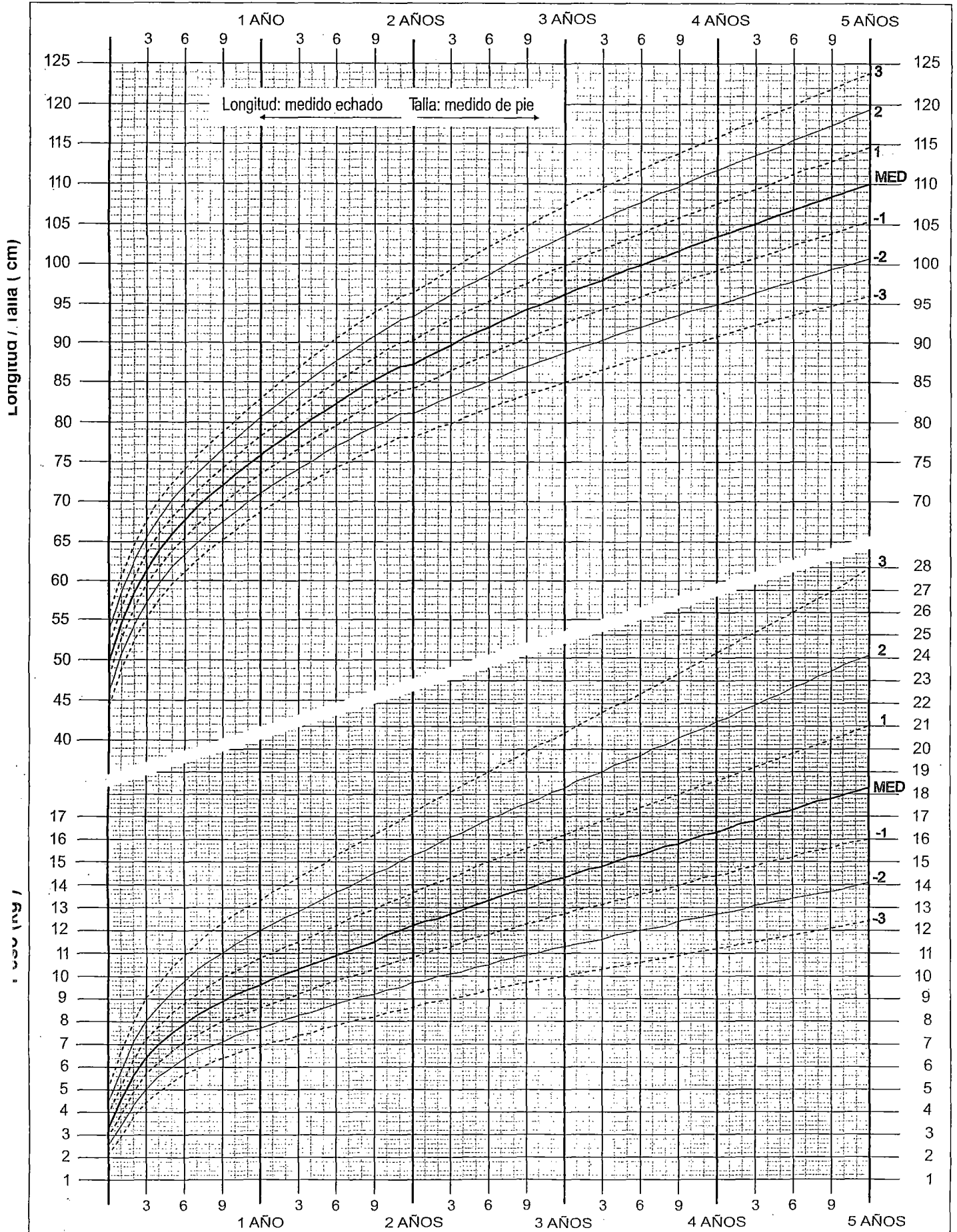




NOMBRE : _____

HC: _____

Edad (años y meses)



Edad (años y meses)