



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE
36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE
OCTUBRE, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YOVANA CARINA YAPU YANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ
2025




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA


**ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE
36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE
OCTUBRE, JULIACA 2024**


TESIS PRESENTADA POR:
Bach. YOVANA CARINA YAPU YANA

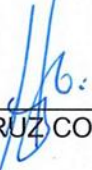
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS : 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - P07



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 741 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 -6314 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** del (la) bachiller: **YAPU YANA YOVANA CARINA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * Presidente : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * 1er. Miembro : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- * 2do. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MARTES 16 DE SETIEMBRE DEL 2025
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)





RESOLUCIÓN DECANAL N° 300-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de mayo del 2025

VISTOS:

El Informe N° 090-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 09 de mayo del egresado (a): YAPU YANA YOVANA CARINA quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024 para optar el título profesional de: LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a): YAPU YANA YOVANA CARINA; para optar el Título Profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA Con la tesis titulado ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: ENF Archivo.



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 719 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 17 de junio del 2024

VISTOS:

El Informe N° 044-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 10 de junio de la E.P. de Enfermería folio 000068;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) YAPU YANA YOVANA CARINA presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024 correspondiente a la línea de investigación: SALUD PUBLICA;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el Comité de Investigación para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * Presidente : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
* 1er. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
* 2do. Miembro : M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 196 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado(a) YAPU YANA YOVANA CARINA, para optar el título profesional de LICENCIADA EN ENFERMERÍA: TITULADO: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024

La propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud .Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Enfermería , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



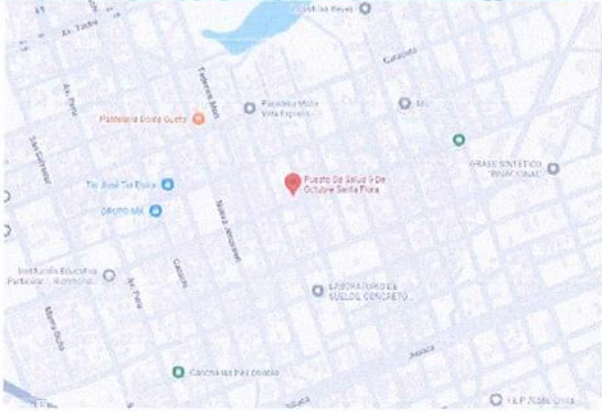
Distribución: Decanato, EP: ENFERMERÍA, Secretaria Académica, Archivo



Metadatos Complementarios

ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	YOVANA CARINA YAPU YANA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72231375
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-0478-2583
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.50068 Longitud: -70.11073 https://maps.app.goo.gl/4Bkjzfs3P1AqghXr7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - Mayo 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</p> <p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p>



UNIVERSIDAD ANDRÉS BASTO CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

M. Concepción Figueroa Vilca
Dra. **Mario Concepción Figueroa Vilca**
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YOVANA CARINA YAPU YANA, identificado con DNI Nro. 72231375, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad,
Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024 Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca__13__de octubre del 2025

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios, quien ilumina mi camino cada día, brindándome la fortaleza y la determinación para no desistir. Con profundo cariño y respeto, a mis padres, quienes me guiaron, respaldaron y aconsejaron ante cada obstáculo que se presentó, otorgándome el ánimo necesario para levantarme y continuar alcanzando cada uno de mis objetivos trazados.

Con todo mi afecto, a mi familia, que estuvo presente en cada paso que di, pues gracias a sus palabras de motivación, orientación y apoyo logré cumplir una de mis más grandes metas.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por haberme brindado la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

A mis jurados, tutor y asesor de tesis, por su orientación durante la elaboración de este trabajo de investigación, agradeciéndoles por el tiempo y la paciencia dedicados. Asimismo, a todos los docentes de esta noble Escuela Profesional de Enfermería, por sus enseñanzas, por la formación académica impartida y por inculcarme valores, principios y ética profesional.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERALv

ÍNDICE DE TABLAS viii

RESUMEN..... x

ABSTRACT xi

INTRODUCCIÓN xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

 1.1.1. Problema general..... 3

 1.1.2. Problemas específicos 3

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 4

 1.2.1. Justificación teórica..... 4

 1.2.2. Justificación practica 4

 1.2.3. Justificación metodológica 5

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 5

 1.3.1. Objetivo general 5

 1.3.2. Objetivos específicos 5

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... 6



1.4.1. Hipótesis general 6

1.4.2. Hipótesis específicas 6

1.5. VARIABLES DE ESTUDIO..... 7

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 10

2.1.1. A nivel internacional 10

2.1.2. A nivel nacional 14

2.1.3. A nivel regional..... 20

2.2. MARCO TEÓRICO 25

2.3. MARCO CONCEPTUAL..... 34

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 35

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 35

3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 36

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 36

3.4.1. Población..... 36

3.4.2. Muestra 36

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... 37

3.5.1. Técnicas: 37



3.5.2. Instrumentos:..... 37

3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS..... 39

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 40

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 41

 3.8.1. Validez..... 41

 3.8.2. Confiabilidad..... 41

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS 42

CONCLUSIONES..... 84

RECOMENDACIONES 86

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 88

A N E X O S..... 93

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA 94

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 98

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO 101

ANEXO 4: INSTRUMENTOS 102

ANEXO 5: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS 111

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN 113



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	43
Tabla 2.	Sexo que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	46
Tabla 3.	Atención en la antropometría según control de peso y talla que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.....	49
Tabla 4.	Control de hemoglobina se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	52
Tabla 5.	Atención según profilaxis de parasitosis que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.....	56
Tabla 6.	Atención según estado de vacunación relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.....	59
Tabla 7.	Control de salud oral que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	62
Tabla 8.	Atención en el tratamiento de anemia que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.....	65



Tabla 9. Orientación integral que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	68
Tabla 10. Consejería nutricional que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	71
Tabla 11. Sesiones demostrativas que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	74
Tabla 12. Visita domiciliaria que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	77
Tabla 13. Crecimiento en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	80
tabla 14. Desarrollo psicomotor en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca	82



RESUMEN

El objetivo fundamental de la presente investigación fue analizar la atención integral y su vínculo con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca, 2024. **Metodología:** Este estudio primario y no experimental utilizó una metodología correlacional y transversal y se basó en 103 madres cuyos hijos tenían entre seis y treinta y cinco meses de edad. Para este estudio, los investigadores utilizaron dos instrumentos: una entrevista sobre el cuidado integral de los niños y un formulario de recopilación de datos sobre el crecimiento y el desarrollo (P/E y TA). Durante la realización de este estudio, se aplicaron metodologías de entrevista y observación, para establecer la relación de variables el estadístico del X^2 . **Resultados:** La atención en la antropometría en el control y registro de peso y talla con 54,4% fue completo; la atención en el tamizaje y tratamiento con control de hemoglobina en el 59,2% con un control ($p=0,000$ CRED y $p=0,022$ D), con una profilaxis de antiparasitarios en el 57,3% ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ D), en el 65,0% con el cumplimiento de vacunación según la edad ($p=0,002$ CRED y $p=0,000$ D), con el 48,5% de educación en salud oral ($p=0,000$ CRED), y con el 54,4% con tratamiento y prevención de anemia con polimaltosado de hierro ($p=0,000$ CRED y $p=0,032$): la promoción de la salud con el 57,3% recibió en la consulta actual orientación sobre cuidado integral del niño ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ D), en el 43,7% recibió sesión demostrativa en la consulta actual ($p=0,007$ CRED y $p=0,003$ D), en el 60,2% con una visita domiciliaria ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ D) y están relacionados con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, con X^2 cuadrado de $p<0,05$. Y Se ha evaluado el crecimiento en el 59,2% fue normal, en el 26,3% fue de riesgo, en el 8,7% tuvieron sobre peso y en el 5,8% estuvo desnutrido; y el desarrollo del 69,9% con desarrollo normal, en el 27,2% con riesgo nutricional, en el 2,9% con retraso en el desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre. **Conclusión:** Los niños menores de 36 meses atendidos en el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca 2024 muestran una relación entre recibir una atención exhaustiva y su crecimiento y desarrollo. Con valores p inferiores a 0,05, los resultados muestran que los hallazgos son estadísticamente significativos según la prueba de chi cuadrado (X^2).

Palabras clave: Atención integral, crecimiento, desarrollo, niño.



ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze comprehensive care and its link to the growth and development of children under 36 months of age at the 9 de Octubre Health Center in Juliaca, 2024. Methodology: This primary, non-experimental study used a correlational and cross-sectional methodology and was based on 103 mothers whose children were between six and thirty-five months of age. For this study, the researchers used two instruments: an interview on comprehensive child care and a data collection form on growth and development (P/E and TA). During the study, interview and observation methodologies were applied to establish the relationship between variables using the X² statistic. Results: Anthropometric care in weight and height monitoring and recording was complete in 54.4%; screening and treatment care with hemoglobin monitoring was complete in 59.2% with one check ($p=0.000$ CRED and $p=0.022$ D), with antiparasitic prophylaxis in 57.3% ($p=0.014$ CRED and $p=0.036$ D), 65.0% with age-appropriate vaccination compliance ($p=0.002$ CRED and $p=0.000$ D), 48.5% with oral health education ($p=0.000$ CRED), and 54.4% with treatment and prevention of anemia with iron polymaltose ($p=0.000$ CRED and $p=0.032$): health promotion with 57.3% receiving guidance on comprehensive child care during the current consultation ($p=0.014$ CRED and $p=0.036$ D), 43.7% receiving a demonstration session during the current consultation ($p=0.007$ CRED and $p=0.003$ D), 60.2% with a home visit ($p=0.014$ CRED and $p=0.036$ D) and are related to growth and development in children under 36 months, 9 de Octubre Health Center, with X² square of $p<0.05$. Growth was assessed in 59.2% as normal, in 26.3% as at risk, in 8.7% as overweight, and in 5.8% as malnourished; and development was normal in 69.9%, at risk in 27.2%, and delayed in 2.9% of children under 36 months of age, 9 de Octubre Health Center. Conclusion: Children under 36 months of age treated at the 9 de Octubre Health Center in Juliaca 2024 show a relationship between receiving comprehensive care and their growth and development. With p-values less than 0.05, the results show that the findings are statistically significant according to the chi-square (X²) test.

Keywords: Comprehensive care, growth, development, child.



INTRODUCCIÓN

En el Perú según la pirámide poblacional contempla que los niños Muy pocos niños menores de tres años tuvieron acceso a evaluaciones de crecimiento y desarrollo durante la pandemia de COVID-19, y las disparidades en la inmunización establecida fueron mucho más notables. representa el 32,5 % de la población total.

El Ministerio de Salud orienta iniciativas y promueve el desarrollo saludable de la primera infancia mediante la implementación del seguimiento CRED, la realización de evaluaciones completas que permiten un seguimiento periódico y progresivo de los niños, y la realización de evaluaciones exhaustivas y progresivas. Esto se logra mediante la implementación del seguimiento CRED. Se garantiza la disponibilidad de vacunas y suministros, y el plan de atención integral promueve la vacunación, la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria. El objetivo principal de este plan es garantizar que los niños reciban todas las vacunas recomendadas, los controles según lo establecido en número y oportunidad.

La presente investigación orientada a la población infantil por ser un grupo de riesgo que permite intervenciones para conocer sobre aspectos estudiados en las variables de estudio.

A continuación, se ofrece una visión general del trabajo que sigue al concepto del área de estudio: en el primer capítulo, realizamos una revisión de alto nivel de casi todo. Todo lo siguiente forma parte de la exposición del problema: objetivos, justificación, teorías, variables y cómo se manipulan las variables. Los fundamentos teóricos y las definiciones de los conceptos basados en la investigación se proporcionan en el capítulo 2, junto con el marco conceptual que sustenta la investigación. Los antecedentes del estudio proporcionan el fundamento teórico. El capítulo III describe la metodología del estudio, el enfoque, el tipo y los instrumentos



utilizados en la recopilación de datos, la población y la muestra, además del enfoque auténtico empleado para la prueba de verificación de la tarea, que fue crucial para el desarrollo y la realización del estudio. El capítulo IV presenta los resultados del estudio. En estos resultados se incluyen los resultados de las pruebas de normalidad y de hipótesis, además de las tablas de doble entrada y de frecuencia.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

A nivel internacional

Tanto la OMS como UNICEF colaboraron para crear el programa de Atención al Desarrollo Infantil (CDC, por sus siglas en inglés). La premisa de este método se basa en nuestros conocimientos científicos actuales sobre el desarrollo infantil. Los CDC promueven este tipo de cuidado porque los cuidadores pueden responder positivamente a las señales de los niños mostrándose amables, abiertos y comprometidos. Como resultado, ahora podemos hacer frente a la amenaza a la que se enfrenta el 43 % de los niños menores de cinco años en todo el mundo: la posibilidad de que nunca alcancen su máximo potencial. El objetivo de este método es ayudar a los cuidadores a interactuar mejor con sus pequeños y a participar en actividades que incluyan el juego (1).

A nivel nacional

En el Perú en los últimos años por la política nacional en desarrollo infantil temprano, se ha dedicado a establecer estrategias y promover las acciones para mejorar la calidad de vida de niñas y niños a través 2 de un enfoque



integral. Por ello, El objetivo de esta iniciativa es ofrecer recursos que ayuden a los padres a convertirse en mejores cuidadores, de modo que puedan apoyar a sus hijos pequeños en un entorno enriquecedor, estimulante y seguro (1).

Los responsables políticos han convertido el desarrollo de la primera infancia en una prioridad absoluta debido a la importancia fundamental de prestar especial atención a los años formativos de una persona. El Ministerio de Salud advirtió en 2018 que la cobertura del tratamiento CRED era insatisfactoria. Los bajos niveles de seguimiento oportuno dieron lugar a altas tasas de anemia, malnutrición y otras enfermedades. Por el contrario, estos índices continuaron disminuyendo durante 2019 y 2020 (2, 3), debido al impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención a los niños de entre 29 días y 11 meses de edad. El Ministerio de Salud estableció el programa de seguimiento del crecimiento y el desarrollo para ayudar en los primeros años de desarrollo de los niños y realizar evaluaciones exhaustivas y progresivas de los más pequeños. Para alcanzar este objetivo, se llevarán a cabo exámenes exhaustivos y continuos y se utilizarán terapias coherentes y sistemáticas. Esto permitirá realizar un seguimiento del crecimiento natural de los niños (4).

Además, las vacunas son programas de salud pública muy apreciados, ya que proporcionan una defensa total contra enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación, lo que reduce significativamente las posibilidades de contraerlas (4). Con el fin de garantizar que se administren las tres vacunas, así como de supervisar el desarrollo del niño en función de su crecimiento y desarrollo, el cuidado infantil integral abarca tanto



actividades individuales como sociales. Los primeros años de vida de una persona son cruciales, por lo que las políticas públicas dan prioridad al desarrollo de la primera infancia. Según el MINSA, la cobertura del CRED y las vacunas son insuficientes, y la situación empeora considerablemente durante las pandemias. Como consecuencia, están aumentando la malnutrición, la anemia, la diarrea y las infecciones respiratorias.

A nivel de la Región Puno.

El MINSA está realizando acciones destinadas a fomentar el desarrollo integral de la primera infancia mediante evaluaciones integrales y continuas en Puno a nivel regional. Estas evaluaciones permiten el desarrollo del seguimiento del CRED y evaluaciones completas, lo que permite el seguimiento periódico y progresivo de los jóvenes.

Todo lo expuesto posibilita plantear la siguiente pregunta

Formulación del planteamiento del problema

1.1.1. Problema general

PG: Cómo es la atención integral relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cómo es la atención en la antropometría esta relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?



- PE2.** ¿Cómo es la atención en el tamizaje y tratamiento que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?
- PE3.** ¿Cómo es la promoción de la salud se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?
- PE4.** ¿Cómo es el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación teórica

Comprender a fondo la situación de los niños es tan importante como ser capaz de identificar y comprender su estado de salud. La exposición de los niños a sustancias y actividades nocivas puede provocar altas tasas de enfermedad y mortalidad; por lo tanto, es importante que comprendan completamente la difícil situación en la que se encuentran. Todas las partes de la existencia de un niño, incluyendo su cuerpo, su mente, sus emociones y sus redes sociales, tienen derecho a crecer y adaptarse. Esto ayuda a construir una sociedad pacífica y sostenible y reduce la desigualdad y la pobreza. Todos y cada uno de los niños merecen la oportunidad de alcanzar su máximo potencial.

1.2.2. Justificación práctica

La atención integral del niño permite realizar intervenciones de manera periódica y sistemática con el fin de supervisar el crecimiento y desarrollo. que permite identificar a tiempo si se presentara algún riesgo o retraso, se



considera que dentro del crecimiento aún se tiene niños con estados de carencia o con sobre peso.

1.2.3. Justificación metodológica

El estudio utilizó un enfoque cuantitativo y se basó en una recomendación científicamente sólida para el cuidado de niños menores de cinco años en el centro. Esta recomendación es especialmente pertinente en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, que incluye no solo a los profesionales sanitarios que están en contacto directo con estos niños, sino también a todo el equipo sanitario que supervisa su salud general mediante un enfoque metódico y científico.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG: Evaluar la atención integral y su relación con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca – 2024

1.3.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar la atención brindada en el área de antropometría y su vínculo con el crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, en la ciudad de Juliaca.

OE2. Establecer la atención otorgada en el tamizaje y tratamiento, así como su vínculo con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.



OE3. Identificar la promoción de la salud que esta relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca

OE4. Evaluar el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Hipótesis general

HG: La atención integral que está relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca 2024 son la atención en antropometría, en la atención de tamizaje y tratamiento y en la promoción de la salud

1.4.2. Hipótesis específicas

HE1. La atención en el área de antropometría se encuentra relacionada con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.

HE2. La atención en el tamizaje y tratamiento se encuentra relacionada con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.

HE3. La promoción de la salud se encuentra relacionada con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses en el Puesto de Salud 9 de Octubre, Juliaca.

HE4. El crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca es de riesgo de talla baja en mas del 20% y de riesgo del desarrollo en mas del 10%.



1.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable 1: Atención Integral

Variable 2: Crecimiento y desarrollo



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA
Variable 1. 1.Atención Integral	1.1.1 Antropometría	1.1.1. Edad	6 a 11 meses 12 a 23 meses 24 a 35 meses
		1.1.2. Sexo	Femenino Masculino
		1.1.3. Control y registro de peso y talla	Completo Incompleto
	1.2. Tamizajes y tratamiento	1.2.1. Control de hemoglobina	Ninguno 1 control 2 controles 3 controles
		1.2.2. Profilaxis de parasitosis (antiparasitario)	Ninguno 1 profilaxis 2 profilaxis 3 profilaxis
		1.2.3. Estado vacunación	Incompleto para edad Completo para edad
		1.2.4. Control de salud oral	Ninguno Examen odontológico Educación salud oral Fluorización Tratamiento odongológico + 2 intervenciones
		1.2.5. Tratamiento anemia	Ninguno Hierro Polimaltosado Hierro polimaltosado + otro multivit Sulfato ferroso Otros..



	1.3. Promoción de salud	<p>1.3.1. Orientación cuidado integral del niño</p> <p>1.3.2. Consejería nutricional</p> <p>1.3.3. Sesiones demostrativas</p> <p>1.3.4. Visita domiciliaria</p>	<p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Nunca 1 vez 2 veces 3 veces</p>
Variable 2. 2. Crecimiento y desarrollo	2.1. Crecimiento y Desarrollo	<p>2.1.1. Valoración del crecimiento</p> <p>2.1.2. Valoración desarrollo</p>	<p>a) Desnutrido b) Riesgo nutricional c) Normal d) Sobre peso – obeso</p> <p>a) Retraso b) Riesgo desarrollo c) Desarrollo Normal</p>



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Hernández et al. (6), A continuación se analizan algunos de los criterios que deben tenerse en cuenta a la hora de decidir con qué frecuencia deben someterse los niños a exámenes de desarrollo. Tenemos a Colombia en el calendario para el próximo año. Se observaron deficiencias en la eficacia de los programas destinados a fomentar el crecimiento y el desarrollo de los niños debido a la falta de conocimientos y a la presencia o ausencia de padres o tutores. Cada una de estas deficiencias se puso de relieve simultáneamente. Estas deficiencias afectan negativamente al desarrollo físico, social, emocional y cognitivo de los niños, todos ellos aspectos cruciales en los primeros cinco años de vida. Este artículo revisa los factores que afectan a la asistencia de los niños a las revisiones de crecimiento y desarrollo mediante el análisis de 46 artículos de investigación publicados entre 2013 y 2019. Hicimos esto para poder elaborar el artículo. Según los resultados del estudio, la calidad de la atención de enfermería es el elemento más importante para determinar si los niños acuden o no a sus controles de



crecimiento y desarrollo, y los factores sociodemográficos como la edad de la madre y del infante.

Suárez-Villa et al (7). La incorporación de estrategias de educación sanitaria es una parte fundamental del crecimiento infantil temprano en los centros de atención integral. Salud en Barranquilla, Colombia, en 2020. El desarrollo de la primera infancia se basa en un componente fundamental: las técnicas de educación sanitaria utilizadas en los centros de desarrollo integral. Como parte de la atención regular que estas instituciones prestan a los bebés y niños pequeños, se incluyen varias técnicas. Recuerden que el personal de los Centros de Desarrollo Integral que trabaja con niños menores de cinco años requiere una formación exhaustiva y actualizada sobre diversos temas, entre ellos la nutrición y la alimentación adecuadas, la higiene personal, las opciones de estilo de vida saludable, el desarrollo saludable y el cuidado infantil. Podrán fomentar el desarrollo y el desarrollo de los niños creando espacios propicios para el aprendizaje.

Salcedo (8). De 2018 a 2019, el municipio de Chía se centrará en mejorar sus capacidades para proporcionar cuidado integral de la primera infancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la relevancia de que las enfermeras comunitarias tengan un conocimiento profundo de las áreas donde desempeñan sus funciones, las múltiples formas en que pueden conectar con los residentes y los recursos de que disponen. Dos de las muchas responsabilidades importantes de las enfermeras comunitarias son apoyar el autocuidado mediante la creación de entornos saludables y fomentar participación activa de las personas, las familias y las comunidades en todos los aspectos de la atención sanitaria. Como tipo de servicio



comunitario, el cuidado de diferentes poblaciones, especialmente los niños, es una prioridad.

Sandoval (9). Basado en datos recopilados a partir del 16 de febrero de 2016, de niños menores de dos años en el municipio de Curaren, Francisco Morazán, Honduras, que fueron beneficiarios del enfoque AIN-C. Procedimiento: Se encuestó a ciento treinta y cuatro jóvenes del municipio de Curaren que fueron beneficiarios del programa AIN-C. Posteriormente, los datos se administraron a través de una base de datos y se evaluaron utilizando el programa EpiInfo. Se analizó a un total de 134 niños, de los cuales el 75 % eran niñas y el 60 % niños. En la escala del índice antropométrico P/L-T, el 90 % obtuvo una puntuación normal, el 8 % una puntuación de sobrepeso y el 3 % una puntuación de riesgo nutricional. El índice antropométrico se sitúa en un punto intermedio, con un 81 % de personas de estatura media, un 13 % de baja estatura, un 4,5 % de estatura muy baja y un 1,5 % de estatura sorprendentemente alta para su edad. Un índice antropométrico de W/A del 4 % indica insuficiencia, mientras que el 96 % indica un crecimiento normal. Dado que el 96 % de las muestras de Hb y el 86 % de las muestras de heces se encuentran dentro del rango normal, se puede afirmar que ambas muestras estaban dentro de la norma. ¿Qué hay de la alimentación de los niños? Bueno, el 84 % de ellos fueron amamantados exclusivamente y el 81 % comenzaron el destete a los seis meses. En conclusión, los niños se clasificaron en función del índice antropométrico, que tiene en cuenta la relación entre el peso y la altura del niño, el peso y la edad, y la altura y el peso. La mayoría de los niños mostraron un crecimiento adecuado en las tres mediciones, lo que los



situaba en la mejor categoría de desnutrición global, mientras que la desnutrición crónica era el mayor problema.

Córdoba (10). Se realizó un estudio en los centros de salud de la provincia de Colón para determinar las causas del incumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años. Espero que 2017 sea el año. La investigación científica incluyó a 720 jóvenes menores de cinco años. Los jóvenes en cuestión estaban inscritos en el programa provincial de crecimiento y desarrollo en uno de los varios centros de salud. Se utilizó un procedimiento de selección aleatoria simple para elegir a este grupo de jóvenes. Los criterios del programa sobre los controles esenciales se evaluaron observando el número de citas perdidas, que variaba según la edad del niño. Estos datos se extrajeron de los historiales médicos de los niños y de los archivos de seguimiento de los casos que se conservan en los centros de salud de toda la provincia. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el horario de apertura conveniente (de 7:00 a. m. a 3:00 p. m.), los largos tiempos de espera para recibir atención (más de dos horas), los niños de uno a cuatro años, las madres menores de diecinueve años, las madres con bajos niveles de educación y la falta de comprensión sobre la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo infantil. Se determinó que esta asociación tenía un valor p de 3,84 y una odds ratio superior a uno. Los resultados mostraron que ni la ocupación de la madre o del cuidador ni el sexo del niño estaban asociados (p superior a 0,005). Esto nos lleva al último punto: se demostró que muchas variables en la provincia de Colón estaban significativamente relacionadas entre sí. Estos factores abarcaban una multitud de cuestiones, como horarios de



apertura inconvenientes, largos tiempos de espera para recibir atención, niños de entre uno y cuatro años, madres menores de 19 años, madres con un nivel educativo limitado y una falta general de comprensión sobre la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo infantil. Por el contrario, en el caso de los niños menores de cinco años, no se observó ninguna asociación entre la ocupación de la madre o del cuidador y el sexo del niño, lo que contradecía las expectativas.

2.1.2. A nivel nacional

Aguilar (11). Investigadores de la Microrred Santa Elena en Ayacucho 2024 unen fuerzas para investigar el desarrollo de las habilidades psicomotoras en niños menores de tres años. Los investigadores administraron la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil Peruano y un cuestionario a un grupo de cuarenta mujeres que eran madres adolescentes y a niños menores de tres años. La metodología del estudio utilizó métodos tanto de encuesta como de observación. Observamos que el 53 % de los niños cuyas madres eran adolescentes presentaban deficiencias en el desarrollo psicomotor. Aplicando una metodología que no podía considerarse experimental, el estudio se llevó a cabo a nivel aplicado. El bajo peso al nacer (27,5 % de los casos), el parto prematuro (55 %) y la posterior desnutrición (12,5 % de los casos) y anemia (20 %) son algunos de los factores de riesgo biológicos que influyen en el desarrollo psicomotor de los niños. El 90 % de la población había completado la educación secundaria; el 25 % de las familias estaban divorciadas o separadas; el 37 % de los niños no participaban en un programa de bienestar infantil patrocinado por el gobierno; el 67 % de los niños dependían económicamente de sus padres; el 50 % de las mujeres



aún vivían en casa con sus padres. Entre los factores de protección individuales se incluyen los siguientes: lactancia materna exclusiva a tiempo completo con el apoyo del 90 % de las madres, lactancia continuada para el 86 % de las madres, destete a partir de los 6 meses, consumo de sulfato ferroso por parte del 69 % y cumplimiento del calendario de vacunación por parte del 90 %. Entre los factores de protección colectivos, el 82,5 % de los padres se lava las manos con frecuencia, el 63,9 % de las madres da de beber a sus hijos cuando están enfermos, el 97,5 % de los padres muestra compasión por sus hijos, el 64,1 % lleva a sus hijos enfermos al médico y el 82,5 % no ve ninguna señal de alerta en sus hijos. Según los resultados, el desarrollo psicomotor se ve influido tanto por factores de protección individuales como por factores de riesgo ambientales y biológicos. Por el contrario, el concepto de factores de protección colectivos no se relacionó con ningún crecimiento.

Santana, Pérez (12) Se estudió las características de la atención integral recibida por los niños menores de un año en el Centro de Salud de Chilca en 2021 utilizando un enfoque descriptivo simple, de forma descriptiva, observacional y retrospectiva. Participaron en el ensayo 611 bebés y niños pequeños, y se utilizaron los registros médicos para verificar la validez de los exámenes, las vacunas y los suplementos nutricionales administrados. Los resultados mostraron que, entre los bebés menores de un año, el 54,1 % eran varones y el 45,9 % eran mujeres. Todos los niños habían recibido las siguientes vacunas: BCG y HVB al nacer (100 %), primera dosis de polio, primera dosis de pentavalente (83,8 %) y primera dosis de DTP (83,8 %). Las vacunas administradas a los bebés al nacer incluían BCG y HVB al 100



%, primera vacuna contra la poliomielitis al 83,8 %, segunda vacuna contra la poliomielitis al 78,4 %, tercera vacuna contra la poliomielitis al 53,5 %, dos dosis de vacuna contra la gripe al 25,9 %, primera vacuna contra el rotavirus al 68,1 %, segunda dosis de la vacuna contra el rotavirus al 56,2 %, primera dosis de la vacuna neumocócica al 83,8 %, segunda dosis de la vacuna neumocócica al 78,9 % y tercera dosis de la vacuna neumocócica al 25,9 %. Los pacientes con CRED recibieron controles en el 96,7 % de los casos; sin embargo, hubo un rango de uno a cinco controles, siendo cuatro la norma. Se presentan las siguientes estadísticas para los pacientes: el 75,5 % tuvo más de tres chequeos; al 60,5 % se le realizó un análisis de hemoglobina; el 47,6 % recibió su primera dosis de suplementos vitamínicos; el 38,9 % recibió su segunda dosis; el 24,9 % recibió su tercera; el 12,4 % recibió su cuarta; y el 16,2 % recibió su quinta. En resumen, las siguientes son las características de la atención integral para bebés y niños pequeños: Por otro lado, no todos los niños recibieron vacunas, el número medio de revisiones fue de cuatro, solo el 64,5 % de los niños se sometió a pruebas de hemoglobina y menos del 50 % de los niños tomó suplementos vitamínicos.

Vilca (13). En 2022, investigadores de Arequipa, Perú, llevaron a cabo un estudio transversal no experimental en el Centro de Salud La Tomilla. Los datos utilizados en este estudio procedían del Registro de Atención Médica Integral, que registra todos los tratamientos médicos de niños menores de cinco años. Aquí se documenta todo lo que ocurrió en 2020 y 2022 en la sala de urgencias de La Tomilla. Posteriormente, los datos del registro se verificaron comprobando los historiales médicos de los niños de cinco años o menos. Los resultados mostraron que en 2022 (enero-julio) se produjeron



33 visitas más que en 2020 (enero-diciembre), lo que indica una disminución significativa y preocupante de estas visitas debido a la pandemia. El 89 % de los niños no han recibido todas las vacunas que necesitan y las han recibido a una edad superior a la recomendada; el 84 % de los niños se saltaron sus revisiones CRED; y el 61 % de los niños no siguieron las recomendaciones sobre la ingesta de micronutrientes o CHP porque no las entendían. Las personas de este grupo de edad han visto una reducción drástica en la disponibilidad de cobertura sanitaria, lo que tiene efectos inmediatos y a largo plazo en su bienestar. La cuestión más importante es que todos los niños deberían tener acceso inmediato a todo el paquete de atención sanitaria integral, independientemente del tiempo que tarden los profesionales sanitarios en recuperar estos casos o de la eficacia de las estrategias para aumentar la cobertura sanitaria.

Pillco (14). En 2020, cuando la pandemia llegue a Abancay, el Programa Nacional Cuna Más estará allí para ayudar a los niños necesitados. El objetivo de este estudio es examinar la relación entre la prestación de servicios y la atención integral de los niños inscritos en el servicio de guardería en el marco del Programa Nacional Cuna Más en la provincia de Abancay en 2020. Los niños que acuden a este servicio tienen entre seis y treinta y seis meses de edad. En consonancia con este enfoque, se emplea una técnica correlacional descriptiva, tiene una finalidad aplicada y no es experimental en su diseño. La muestra incluye a sesenta usuarios. Los resultados de este estudio para la variable de suministro de servicios se basan en entrevistas, encuestas y una lista de verificación: casi el 40 % de los padres que utilizan el programa están satisfechos con él. En cuanto al



tratamiento integral, el 50 % considera que la cobertura de vacunación presencial es alta, el 77 solo el 16 % de los niños que reciben suplementos de hierro en persona logran alcanzar niveles normales de hemoglobina, en comparación con el 16 % de los niños que reciben terapia a distancia. Nuestra investigación nos ha llevado a creer que, en 2020, entre los jóvenes de la provincia de Abancay que participan en el Programa Nacional Cuna Más, existe una débil correlación entre la prestación de atención y la completitud de los servicios. Esta suposición se basa en una prueba estadística.

Cordero et al (15). Evaluación del nivel de atención médica para bebés y niños pequeños en nueve regiones económicamente desfavorecidas del Perú mediante el uso de encuestas cualitativas y cuantitativas. En las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Puno y Ucayali, los investigadores utilizaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Se realizaron observaciones durante la atención del CRED, se organizaron grupos de discusión con los usuarios (uno por centro de salud) y se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con el personal sanitario (dos por centro de salud). Se realizaron un total de 36 entrevistas para recabar información, 18 inspecciones de centros y equipos, 23 turnos completos de atención, 67 acompañamientos a usuarios del servicio CRED, 18 grupos focales (GF) (con 118 madres participantes) y 18 DO en total. Tanto los profesionales médicos como las madres han reconocido que el CRED tiene dificultades para satisfacer las necesidades de los pacientes debido a la falta de recursos (incluidos personal, espacio y dinero). Los retrasos en el tratamiento, el incumplimiento de los horarios y la



frialidad del servicio fueron algunas de las 15 características con las que las personas estaban más insatisfechas. Las citas programadas solo representaron el 24,3 % del tiempo total dedicado a actividades beneficiosas para los usuarios. Por el contrario, el asesoramiento parece haber logrado su objetivo de fomentar enfoques más eficientes para el cuidado infantil. Se ha reconocido que existen tanto puntos fuertes como puntos débiles en la reorientación de los servicios del CRED en el marco del plan para mejorar la atención primaria en el sistema sanitario

Rodríguez IA. En 2022 Este estudio se propuso identificar algunas características básicas de los niños en edad preescolar y los bebés atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez. La investigación se propuso registrar el progreso de estas personas. El objetivo principal de esta investigación fue estudiar las tasas de deserción del alumnado objetivo. En este estudio transversal, descriptivo y correlacional participaron 240 madres con hijos menores de tres años. Los resultados del estudio se recopilaban mediante un cuestionario escrito. Casi la mitad de todas las madres de familias nucleares (el 37,1 % de todas las familias) cuidan de bebés menores de un año. Este grupo demográfico incluye a parejas casadas que viven juntas (el 27,50 % de todas las familias). Por consiguiente, es razonable suponer que la dinámica familiar de una persona tiene un papel importante a la hora de determinar si decide abandonar sus estudios. La razón de este fenómeno es que más del 50 % de las madres tenían una mezcla de alumnos varones y mujeres. Un tercio de estas madres han completado la escuela primaria, el 35 % se encarga del cuidado de los hijos y las tareas domésticas, y el 3 % son menores de veinte años. Las madres representan el 48 % de



las personas responsables del cuidado de estos niños. El conocimiento habitual de sus madres sobre el seguimiento del CRED era del 46,25 % y vivían cerca del centro de salud el 55,42 % de las veces, sin embargo, el 75 % de los niños que se inscribieron en el estudio abandonaron. Aunque todas las madres vivían bastante cerca del hospital, esto siguió siendo así.

2.1.3. A nivel regional

Limachi (17). Con el fin de conocer el grado de satisfacción de las mujeres que acudieron al centro de salud Escuri de Juliaca en 2019 con la atención recibida para el crecimiento y desarrollo de sus hijos, se llevó a cabo este estudio. Se trató de un estudio no experimental, transversal, con un diseño cuantitativo y descriptivo básico. Ninguno de los hijos de las madres tenía más de cinco años. En total, participaron 120 madres. La información se recopiló mediante una combinación de un cuestionario y un formulario que utilizaba una escala Likert modificada, tras obtener el consentimiento informado previo. Los resultados fueron los siguientes: cuando se les preguntó sobre su nivel de satisfacción con el objetivo general, el 51,7 % de las madres dijeron que era medio, el 25,8 % dijeron que era bajo y el 22,5 % dijeron que era alto. Alrededor del 60 % de las que participaron en el estudio estaban satisfechas con el aspecto técnico-científico, mientras que el 25 % no estaban muy satisfechas y el 15 % estaban muy satisfechas. El componente humano fue considerado satisfactorio por el 45 % de las encuestadas, mientras que el 34,2 % estaban insatisfechos, y el 20,8 % expresó un descontento extremo con los servicios o productos proporcionados. Se observó una amplia gama de niveles de satisfacción en relación con el componente ambiental; por ejemplo, el 30,7 % se mostró



satisfecho con un nivel bajo de satisfacción, el 22,5 % se mostró muy satisfecho y el 45,8 % se mostró satisfecho con un nivel medio. Por esta razón, es muy probable que las madres que llevan a sus hijos menores de cinco años a la clínica Sud Escuri de Juliaca estén bastante satisfechas con la atención que reciben allí sus hijos.

Castro-Mayta (18). Para erradicar la anemia en Perú, realizamos un seguimiento del crecimiento y el desarrollo durante 21 años. Realización de investigaciones analíticas y transversales mediante el uso de análisis secundarios de los datos recopilados en la encuesta ENDES de 2021. Estoy satisfecho con el resultado final. Las personas que trabajaron con niños con anemia encontraron varias diferencias: dentro del grupo de niños, el 37,4 % eran menores de cinco años, el 38,3 % vivían en zonas rurales, el 34,0 % eran varones, el 56,9 % eran menores de un año, el 38,5 % de las madres habían completado la educación primaria y el 40,8 % pertenecían a la categoría socioeconómica de ingresos más bajos. Es evidente que estas diferencias eran estadísticamente significativas. Los resultados demostraron que la anemia afectaba al 32,4 % de los niños tratados con CRED y al 30,2 % de los niños del grupo de control. El tema de este estudio era relevante para el CRED. Se detectó anemia en el 32,4 % de los niños tratados en un centro sanitario y en el 32,9 % de los niños tratados por una enfermera. El lugar de la cirugía fue el centro de atención de esta observación. En resumen, la anemia es un problema de salud pública con varias causas interrelacionadas. Dado que se desconocía la eficacia del CRED para reducir la anemia durante la pandemia, se tuvo que especular sobre si los tratamientos iban a funcionar o no.



Toma, Aguilar (19). Hubo varias razones por las que las madres de las regiones andinas altas que participaban en el estudio sobre la COVID-19 dejaron de supervisar el desarrollo de sus hijos después del primer año. Este estudio emplea técnicas como el análisis cuantitativo, la estadística descriptiva, la correlación y la investigación transversal, en lugar de métodos experimentales. También proporciona detalles. Los investigadores de la zona andina alta del departamento de Puno utilizaron criterios de inclusión y exclusión para organizar a 137 madres con hijos menores de dos años que dejaron de asistir al seguimiento del CRED durante la COVID-19 en 2020. Los investigadores no eligieron su muestra al azar, ya que necesitaban encontrar personas que cumplieran sus criterios. Además de haber sido desarrollado por Penao, el instrumento tiene una fiabilidad de $KR=0,865$ (1). El uso de la estadística chi-cuadrado nos permitió determinar si existía una correlación entre las variables relacionadas con el abandono del seguimiento del CRED. La distribución de la encuesta a toda la población fue posible tras obtener el consentimiento del proveedor de atención médica. Resultado del producto: Aproximadamente el 91,3 % de las personas que respondieron a la encuesta decidieron dejar de participar en el programa de seguimiento del CRED. En cuanto a los factores relacionados con el abandono escolar, se obtuvieron los siguientes resultados: aproximadamente un tercio de las madres piensan que los factores económicos y sociales deben tener prioridad. Según los resultados de la prueba de chi-cuadrado ($p = 0,271$), se puede inferir que las dos variables están significativamente relacionadas entre sí. Sin embargo, mientras que el 12,4 % de las madres no tienen un componente institucional, el 87,6 % sí lo tienen. A partir de los resultados de



la prueba de chi cuadrado ($p = 0,088$), se puede inferir que las dos variables están significativamente relacionadas entre sí. El factor cultural es relevante para el 37,2 % de las madres, mientras que el 62,8 % no lo es. Se debe considerar seriamente este aspecto. Los resultados de la prueba de chi cuadrado mostraron una correlación estadísticamente significativa entre las dos variables en cuestión, con un valor p de solo 0,204. Los investigadores han demostrado que la decisión de las madres de no realizar un seguimiento del desarrollo de sus hijos hasta que tengan al menos dos años está relacionada con ciertas características socioeconómicas, culturales e institucionales de la región andina alta.

Velasquez (20). En 2023 El desarrollo de las habilidades neuromotoras de los niños en edad preescolar y su estado nutricional fueron los temas de un estudio realizado en el Centro de Salud Vallecito de Puno. Se llevó a cabo un proyecto de investigación descriptivo, relacional, transversal y no experimental con un total de 90 niños de entre tres y cinco años. El estudio no incluyó ningún experimento. Cuando los niños tienen cinco años, la proporción de desarrollo psicomotor normal alcanza su máximo, con un 46,7 % ($p = 0,000$). Por el contrario, el 63,3 % de los bebés que son amamantados exclusivamente no muestran signos de retrasos importantes en el desarrollo ($p = 0,000$). Estos dos datos son bastante diferentes entre sí. Esta información se obtuvo a partir de los criterios sociodemográficos que se tuvieron en cuenta. Entre otras cosas, los resultados del estudio demostraron que las características antropométricas estaban asociadas con el desarrollo psicomotor y que el 60 % de los niños tenían un desarrollo normal ($p = 0,000$). Además, cabe señalar que una mayor proporción de retrasos —el 8



% del total— se asociaba con niños con bajo peso ($p = 0,000$). El aumento de los niveles de hemoglobina está asociado con la maduración de las habilidades psicomotoras. Se observa un mayor porcentaje de retraso en los niños con anemia leve, moderada o grave, según un umbral estadísticamente significativo de $p < 0,05$. Estos pequeños representan el 3 %, el 4 % y el 1 % de la población total, respectivamente. El Centro de Salud Vallecito de Puno fue el lugar donde se realizó el estudio en 2023 con niños en edad preescolar encontró una correlación favorable y estadísticamente significativa entre su estado nutricional y su posterior rendimiento conductual y motor.

Mamani (21). En 2021, investigadores del Centro de Salud Laraqueri Puno utilizaron métodos cuantitativos, descriptivos, correlacionales y transversales para estudiar los factores demográficos y socioeconómicos relacionados con la incapacidad de las madres para seguir el desarrollo de sus hijos menores de cinco años que acuden al centro. En el estudio participaron sesenta madres que acudían habitualmente al centro de salud Laraqueri-Puno y cuyos hijos eran menores de cinco años. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario validado, al igual que en estudios anteriores. Según los resultados, el 56,7 % de la población presentaba factores sociodemográficos altos, el 75,5 % presentaba factores sociales y demográficos bajos, el 53,3 % presentaba un cumplimiento deficiente del seguimiento del CRED y el 86,7 % presentaba características familiares aceptables. El 16,7 % de la población obtuvo una puntuación baja en el componente relativo a las instituciones. Utilizando el coeficiente Rho de Spearman como evaluador de hipótesis, determinamos un nivel de fiabilidad del 95 % y un umbral de

significación de 0,001. Los datos muestran a menudo una correlación entre las variables sociodemográficas y el incumplimiento del seguimiento del CRED. Dado este entorno, es importante planificar el horario de la clínica de enfermería para que los esfuerzos por regular el crecimiento y el desarrollo puedan continuar siempre que sea necesario.

2.2. MARCO TEÓRICO

1. Atención integral

La atención sanitaria durante la primera infancia debe ser integral, ya que influye en las posibilidades de los niños de sobrevivir, crecer y desarrollarse de forma saludable, así como en su ingesta nutricional, su desarrollo psicomotor y la calidad de su entorno familiar y social, lo que a su vez repercute en su desarrollo general (5).

1.1. Antropometría:

En el campo de la antropometría se utilizan diversas variables antropométricas, como la altura, el peso y el perímetro craneal, para medir las dimensiones y los rasgos físicos específicos del cuerpo humano. Como parte de nuestro proceso para proporcionar una atención integral, comenzamos por identificar al niño y realizar una serie de pruebas, entre las que se incluye la antropometría. (5)

1.1.1. Edad

1.1.2. Al realizar la antropometría, se tiene en cuenta la edad del niño, ya que el examen completo del niño se realizará de acuerdo con las normas basadas en la edad. El tiempo transcurrido entre el momento de la evaluación y el momento del nacimiento se considera la edad, según los resultados de un estudio nacional.



1.1.3. Sexo

Siempre que una persona recibe un diagnóstico, una intervención u otro servicio, se tiene en cuenta su género. Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada entre 2007 y 2013, revelaron una fuerte correlación entre el género de los niños y su desarrollo físico y mental.

1.1.4. Peso

Dado que hay muchos factores variables en la medición del peso, es fundamental ser lo más preciso posible al llevar a cabo los procedimientos de control de peso:

- Obtener la edad exacta.
- Dominar la técnica para realizar el pesaje y la medición de la longitud o talla, siendo preferible que el procedimiento sea efectuado por la misma persona).
- Estado emotivo de la niña o niño.
- Vestimenta ligera (pañal o truza y chaqueta o polo).
- Comprobar la sensibilidad de la balanza y garantizar su correcto mantenimiento y calibración.
- Contar con sistema de control de calidad eficiente.
 - Para garantizar un análisis preciso de los datos antropométricos, es fundamental determinar correctamente el sexo y la edad del niño. Esto se debe a que las mediciones mensuales se realizan de forma independiente y los estándares de referencia del crecimiento se clasifican según la edad y el sexo. Una documentación incorrecta de la edad del niño compromete la



validez de las evaluaciones de su crecimiento y su estado nutricional.

- Dos personas deben participar en la medición del peso del niño. Una de ellas, normalmente uno de los padres o el tutor, debe sujetar al niño y asegurarse de que no se caiga mientras el médico o la enfermera le toman las medidas. La madre suele asumir esta función (5).

1.1.5. Talla

Para evaluar y medir la estatura de un niño menor de 24 meses, se necesitan las siguientes herramientas: un infantómetro resistente y de base ancha con un tope cuadrado o móvil. A continuación se describe la técnica. Para realizar una medición precisa de la estatura se necesita la ayuda de dos personas. Una de ellas puede ser un profesional sanitario, la otra puede ser otro profesional sanitario, los padres del niño o un cuidador; la primera es la responsable de la medición (5).

Para los niños mayores de 24 meses se requieren medidores de altura de pie fabricados en madera y la ayuda de un adulto.

En cualquier caso, se requiere la ayuda de un tercero neutral para garantizar que se adopta el enfoque adecuado y que los resultados se registran en la tabla de crecimiento y desarrollo.

1.2. Tamizaje y tratamiento

El procedimiento de realizar el tamizaje frente al control de la hemoglobina para que el niño reciba el descarte o confirmación que es portador de anemia ferropénica y a partir de los resultados pueda recibir el tratamiento preventivo o el tratamiento para niños con anemia (22).



1.2.1. Control de hemoglobina

La anemia sigue siendo una de las más altas prevalencias a nivel de los niños en la región Puno con los indicadores más altos en la provincia de San Román. Se deben controlar los niveles de hemoglobina para asegurarse de que se mantienen correctamente. Las pruebas de hemoglobina se realizarán a ambos sexos a los cuatro, nueve y dieciocho meses de edad, y luego una vez al año a partir de los veinticuatro meses. Los niños con anemia deben recibir medidas de tratamiento de acuerdo con la Norma Técnica Nacional (NTN) 134-MINSA/2017, denominada «Norma Técnica de Salud para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Embarazadas y Mujeres Posparto». (22).

1.2.2. Descarte de parasitosis

Para prevenir las infecciones parasitarias, que pueden provocar desnutrición y anemia en los niños, se recomienda desparasitar a todos los niños a partir de los seis meses de edad. La incidencia de infecciones parasitarias es elevada en los niños, ya que se trata de una afección hereditaria (5).



1.2.3. Control de la salud oral

El médico de cabecera, el pediatra u otro profesional sanitario encargado del bienestar del niño realizará un examen bucal durante la primera revisión médica para detectar cualquier anomalía, como dientes visibles o caries.

Todos los niños deben someterse a una revisión con un dentista general o un especialista en odontología pediátrica antes de cumplir un año. A continuación, se les puede aplicar barniz fluorado y recordarles la relevancia de mantener una adecuada salud bucal. En poco tiempo, los bebés con defectos o anomalías congénitas serán derivados al nivel de atención más adecuado para su evaluación.

1.2.4. Estado vacunación

Los médicos y enfermeros deben administrar la vacuna si se recomienda y confirmar que los calendarios de vacunación de sus pacientes se ajustan al Calendario Nacional de Vacunación vigente durante los controles de desarrollo normales.

A la fecha a nivel mundial se reconoce las vacunas para prevenir enfermedades por lo que el cumplimiento de las actividades esta sobre el estado de vacunación que puede ser cumple con calendario de forma oportuna, con retraso en algunos casos de abandono.

Lo mismo ocurre con asegurarse de que las personas tomen sus suplementos de hierro según lo prescrito y que estén tomando la cantidad suficiente (5).

1.2.5. Tratamiento anemia

Según el Ministerio de Salud del Perú, los niños deben comenzar a tomar gotas que contengan sulfato ferroso o complejo férrico de polimaltosa a los



cuatro meses de edad y continuar hasta los seis meses. A continuación, se recomienda tomar multivitaminas (MMN) durante un año como medida preventiva. Si la institución sanitaria no puede proporcionar micronutrientes, pueden obtener hierro por otros medios, como gotas o jarabe. A esta edad es posible que se produzca anemia, causada por la falta de hierro o de suplementos de MMN, ya que las reservas de hierro de nuestro organismo disminuyen significativamente debido al rápido crecimiento y desarrollo (30).

Dé a los niños con anemia menores de 36 meses las dosis adecuadas de suplementos de hierro. Estos suplementos dietéticos pueden tomarse por vía oral en forma de gotas o jarabe. Se recomienda tomar este medicamento durante seis meses. Los tres primeros meses se dedican a eliminar la anemia y los tres meses siguientes a aumentar las reservas de hierro del organismo.

Cuando un niño tiene seis meses y no es anémico, comienza a recibir sobres de vitamina en polvo. Una vez que se han proporcionado 360 sobres a los niños afectados, la operación finaliza. Es importante proporcionar asesoramiento y orientación, además de micronutrientes y suplementos dietéticos. Esta parte es fundamental.

Se recomienda administrar jarabe de sulfato ferroso, jarabe de complejo férrico polimaltosa, gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo férrico polimaltosa a niños de entre seis y treinta y cinco meses. La dosis recomendada para niños es de tres miligramos por kilogramo de peso corporal, con un máximo diario de setenta miligramos. Este medicamento debe administrarse de forma continua durante seis meses. (22, 23)



1.3. Promoción de la salud

1.3.1. Orientación integral

La orientación integral se da como un proceso de información y educativa con la finalidad de abordar de forma integral aspectos que el niño debe vigilarse esta orientación no siempre es referida a un solo aspecto o problema sino que se va integrando con actividades y procesos de educación al paciente.

1.3.2. Consejería nutricional

Dado que siguen existiendo riesgos y enfermedades que pueden derivarse de una alimentación excesiva o insuficiente de los bebés, es fundamental realizar esfuerzos para educar a las madres sobre este tema. El objetivo principal del asesoramiento es ayudar a los padres o tutores a comprender los resultados de la evaluación del crecimiento y el desarrollo del niño y cómo se relacionan con la dieta y la salud del niño. La razón es que los resultados se ven afectados por los resultados de la evaluación. El asesoramiento es un tipo de comunicación instructiva que utiliza el discurso para promover la participación activa.

1.3.3. Sesiones demostrativas

La atención integral debe incluir una amplia gama de actividades de promoción de la salud para proporcionar a los pacientes las herramientas que necesitan para hacerse cargo de su salud.

Este curso se basa en actividades didácticas que siguen el principio de «aprender haciendo». Están diseñadas para satisfacer las necesidades de los padres y otras personas que cuidan de niños, y fomentan la participación



de estas personas. Solo los médicos profesionales deben realizar estos procedimientos.

1.3.4. Visita domiciliaria

Si un niño ya no va a recibir supervisión ni seguimiento, se debe organizar una visita domiciliaria. En caso de que el niño tenga una afección médica conocida o se encuentre en una situación de emergencia que requiera tratamiento médico urgente, esto cobra gran importancia. Para ayudar a las familias a satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, los proveedores de atención médica y los trabajadores sanitarios comunitarios trabajan juntos. Esto implica desarrollar hábitos como cepillarse los dientes después de cada comida, tomar vitaminas y minerales, tomar suplementos de hierro, tomar micronutrientes y amamantar. El uso de suplementos de hierro es otro ejemplo de una actividad que encaja en esta descripción, el cuidado del cordón umbilical, las vacunas, el apoyo físico y emocional, la interacción social, el cuidado del desarrollo temprano y las áreas de juego seguras en el hogar. Además, conocen los pasos necesarios y los signos de peligro inminente.

1.4. Crecimiento y desarrollo

El cuidado integral del niño se logra mediante la búsqueda de su crecimiento y desarrollo. Para asegurarse de que los niños aprendan a hacer cosas adecuadas para su edad en términos de desarrollo físico, mental, social y emocional, estas evaluaciones incluyen una variedad de tratamientos, intervenciones y actividades. Como ventaja adicional, estas pruebas de detección deberían ayudar a evaluar los riesgos, diagnosticar y tratar



enfermedades, y evitar complicaciones, discapacidades y muertes evitables en los niños.

La razón principal por la que estas pruebas son importantes, y deben realizarse de forma secuencial, exhaustiva, oportuna y completa, es para evitar enfermedades en los niños. Son oportunas porque se realizan de acuerdo con un calendario determinado por la edad del niño; completas porque abordan la nutrición, el desarrollo psicoemocional y las características únicas del niño; y periódicas porque son específicas para cada niño y deben realizarse según un calendario basado en la edad del niño.

Una enfermera o un médico realizarán una serie de controles del desarrollo y el crecimiento del paciente a intervalos regulares. El objetivo de estas actividades es realizar un seguimiento del progreso de los niños de una manera suficiente, oportuna y adaptada a sus necesidades específicas. El objetivo de este seguimiento es detectar enfermedades, cambios, riesgos o anomalías. Identificar y tratar estos trastornos en una fase temprana ayuda a reducir los riesgos, los déficits y las discapacidades, al tiempo que aumenta las oportunidades y los factores de protección. Esta vigilancia es útil para detectar estas enfermedades en una fase temprana. Algunas de sus características son que son únicas, exhaustivas, actuales, periódicas y secuenciales (5).



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Atención integral

Conjunto sistematizado de intervenciones por equipo de salud destinadas a optimizar la salud personal y comunitaria de los menores de cinco años por el equipo de salud dentro y en su entorno familiar y comunitario (28).

Crecimiento

El proceso de crecimiento del niño o la niña, analizado según su patrón y velocidad de desarrollo de incremento de peso el mismo que debe ser valorado, el crecimiento debe ir según la flecha del registro en el formato de Crecimiento y desarrollo. (5)

Desarrollo.

La evolución es un proceso dinámico que se produce cuando los organismos crecen, se diferencian e integran sus funciones en muchos ámbitos, entre los que se incluyen, entre otros, los ámbitos que abarca este concepto incluyen la ecología, la sociedad, la cultura, la ética, la biología, la psicología, la cognición, la nutrición y la sexualidad. Algunos de los factores que podrían influir en él son la genética, las costumbres sociales e incluso el clima. (5)

Medidas preventivas

El objetivo de estas medidas es controlar los factores de riesgo y las causas fundamentales del problema para prevenir la aparición de la enfermedad. Además de prevenir la propagación de la enfermedad, estas medidas se aplican para garantizar la seguridad de la población. y garantizar que las personas enfermas reciban la atención que necesitan para mitigar los graves efectos de la enfermedad (29).

CAPÍTULO III

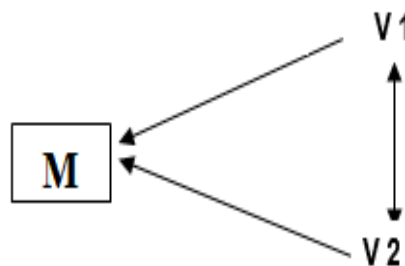
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Además, el diseño presentado no incluye ningún componente experimental, y ninguna de las dos variables de investigación ha sido modificada en modo alguno. Los datos se recopilaron en la reunión prestando atención a los detalles específicos con el fin de alcanzar los objetivos de la investigación.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio básico, de nivel correlacional y de diseño transversal según el tiempo de análisis.



Donde:

M = muestra

V1 = Atención integral de mujeres en edad fértil

V2 = Crecimiento y desarrollo



3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se eligió el método deductivo porque permite extraer conclusiones sobre hechos del mundo real utilizando supuestos y normas más generalizables. con el fin de inferir una conclusión a partir de un conjunto de premisas, es necesario adherirse a los principios de la deducción, utilizar un lenguaje claro y asumir que todas las premisas son ciertas.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población estuvo constituida por niños de 6 a 36 meses, de acuerdo con los registros de la Oficina de Tecnología de la Información del Ministerio de Salud, correspondiente al grupo poblacional asignado al Puesto de Salud 9 de Octubre

Niños de 6 a 11 meses	170
12 a 24 meses	357
25 a 36 meses	376
TOTAL	803 niños

3.4.2. Muestra

Obviamente, la muestra representa una fracción de toda la población objeto de estudio. Para proceder con el cálculo en este caso, utilizaremos la siguiente fórmula estadística.

Población: 7,756.

$$N = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2 \cdot P \cdot Q} = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5) 803}{(0.09)^2(803-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 103.43.$$



.Tamaño de la población	N	803
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	d (e.)	0.09
Tamaño de la muestra	n	103.43

La muestra serán 103 niños en compañía de su madre quien proporcionara la información requerida previo consentimiento informada

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnicas:

Variable 1: Entrevista

Variable 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos:

Variable 1

Guía de entrevista sobre la atención integral recibida por la mujer en los servicios de salud establecimiento de salud.

La Guía de entrevista de la atención integral del niño contempla aspectos de antropometría, de tamizajes y tratamientos que recibe el niño y aspectos de promoción de la salud que involucra la educación sanitaria o educativa que recibe.

Elaboración propia de la autora para la entrevista a la madre del niño/niña menor de 36 meses

El instrumento consta de 12 preguntas:



Tres preguntas de antropometría que contempla la edad, el sexo y control de peso y talla.

Cinco preguntas de tamizaje y control el que aborda preguntas de control de hemoglobina, administración de antiparasitarios, estado de vacunación, atención en salud oral y tratamiento de la anemia.

Cuatro preguntas de promoción de la salud: actividades de salud, nutrición que han recibido las madres.

Todos los indicadores en base a las diferentes normas y guías de atención del Ministerio de Salud.

Entrevista Un método de aplicación directa consistiría en establecer una línea de comunicación con el fin de recopilar datos de acuerdo con un protocolo que cumpla con la atención integral de las mujeres en edad reproductiva.

Variable 2.

Ficha de recolección de datos registros del crecimiento y del desarrollo En la historia clínica y/o en el carnet de desarrollo y progreso del niño/niña.

El crecimiento en función al indicador antropométrico peso /edad y desarrollo psicomotor aplicado según los diferentes instrumentos aplicados por edad de los niños.

Crecimiento: Peso /edad

Desnutrido

Riesgo nutricional



Normal

Sobre peso – obeso

DESARROLLO:

En la tarjeta o el historial médico del niño, es posible que vea los resultados de las siguientes pruebas: TIPSI, la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil Peruano (TPED), de acuerdo con los siguientes criterios de evaluación.

- Retraso – trastorno del desarrollo
- Riesgo desarrollo
- Desarrollo Normal

3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Al considerar las pruebas aportadas a la luz de la premisa reconocida (basada en lo probable) de que la situación social de las personas mayores está relacionada con su autocuidado, se aceptaron algunos elementos y se rechazaron otros. Empleamos la prueba de chi cuadrado (χ^2) para recopilar, organizar e interpretar los datos que capturamos. Algunas indicaciones no están relacionadas entre sí porque actúan por separado. Como significativo, determinamos un valor de significación de $p < 0,05$. Formula de la chi cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

χ^2 : Chi cuadrado



e_i :frecuencia esperada

O_i :frecuencia observada

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recopilación de datos se llevó a cabo en una clínica de salud en 9 de Octubre.

La colaboración y el reclutamiento entre profesionales de la salud y enfermeras permitió coordinar varias estrategias y visitas ambulatorias.

Coordinamos los días de asistencia con el departamento de enfermería, las vacunas, la división encargada de la promoción de la salud, el DIT y la frecuencia de las visitas ambulatorias de las pacientes habituales al centro médico son variables que se estudiarán.

Personalizamos la técnica durante dos meses, alternando entre los dos instrumentos en el sentido de las agujas del reloj hasta completar los 103 formularios que servirían como muestra para la investigación.

La codificación, cuantificación y procesamiento se llevaron a cabo mediante el programa SPSS tras la recolección de los datos. Para presentar los datos se utilizan tablas de frecuencia y análisis estadísticos. Esta configuración permite una comprensión integral de todos los indicadores investigados.

Comenzamos a analizar los datos utilizando la prueba chi-cuadrado de Pearson si el valor p era inferior a 0,05. El nivel de significación viene determinado por el intervalo de confianza (IC), que debe ser de aproximadamente el 95 %. Las tablas con entradas básicas y de doble



entrada proporcionan los resultados para facilitar la lectura y el análisis estadístico.

Las estadísticas que se emplearon se proporcionan junto con los resultados descriptivos e inferenciales.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

Las herramientas fueron revisadas dos veces por tres expertos después de haber sido aprobadas por el panel de evaluación docente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Los documentos técnicos y el lenguaje específico de las normas del MINSA formaron parte del procedimiento de validación.

3.8.2. Confiabilidad.

Se realizó con todos los participantes que fueron 103 madres con sus menores obteniéndose lo siguiente:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	103	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	103	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,528	14

Según la prueba realizada tiene una fiabilidad baja por lo que se dará mayor interés la validez realizada por los expertos.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Para los menores de 36 meses, el objetivo principal del Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca 2024 era analizar el tratamiento completo relacionado con el crecimiento y el desarrollo. Teniendo esto en cuenta, hemos propuesto los siguientes objetivos como posibles resultados:

- la atención en la antropometría edad, sexo y control de peso y talla.
- Atención en el tamizaje y tratamiento.
- Promoción de la salud
- El crecimiento y desarrollo



TABLA 1. EDAD QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Edad del niño	Crecimiento peso/edad										Desarrollo psicomotor							
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		Total		Retraso		Riesgo		Normal		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
6 a 11 meses	2	1,9	7	6,8	18	18,4	1	1,0	29	28,1	0	0	5	4,9	23	22,9	29	28,1
12 a 23 meses	4	3,9	12	11,7	27	26,2	3	2,9	46	44,7	2	1,9	11	10,7	33	32,0	46	44,7
24 a 35 meses	0	0	8	7,8	61	59,2	5	4,9	28	27,2	0	0	12	11,7	16	15,5	28	27,2
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c = 6,645$ $\chi^2_t = 12$, G.L= 6 $p = 0,355$ No significativa

$\chi^2_c = 5,977$ $\chi^2_t = 9,488$ G.L= 4 $p = 0,201$ No significativa



Para empezar, se contactó con el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca con el fin de recopilar datos sobre las características antropométricas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo de bebés y niños menores de 36 meses..

La tabla 1 muestra la edad asociada al desarrollo y crecimiento según la participación de 103 niños de entre seis y treinta y seis meses de edad. Los datos fueron proporcionados por las madres de estos niños. Por un lado, tenemos niños de entre 13 y 24 meses (44,7 %), de entre 6 y 11 meses (28,1 %) y de entre 24 y 36 meses (27,2 %).

Al observar a los niños de entre trece y veintitrés meses, el 44,7 % presentaba una relación entre el peso y el crecimiento según la edad. La malnutrición afectaba al 3,9 % de los niños, mientras que el 11,7 % corría el riesgo de sufrir problemas nutricionales y el 26,2 % tenía un desarrollo normal en cuanto al peso para su edad.

El valor X^2 cal fue de 6,645, algo inferior al valor X^2_{tab} de 12,592, al utilizar la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % de $p < 0,05$. No solo eso, sino que el nivel de significación fue de 0,355 y el valor GL fue de 6. Estas dos cifras eran bastante importantes. La falta de resultados estadísticamente significativos en la prueba, lo que llevó a la aceptación de la hipótesis nula, demostró que no existe relación entre la edad de los niños y sus habilidades.

Entre los trece y los veintitrés meses de edad, el 47 % de los niños presentaban algún tipo de trastorno del desarrollo. Alrededor del 32 % de estos niños se desarrollaban con normalidad, el 10 % presentaban riesgo y el 1 % tenían un retraso en el desarrollo psicomotor.



Utilizando la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$), obtuvimos un valor X^2_{cal} de 5,977. Este resultado no alcanza no solo el nivel de significación ($P = 0,201$) y el valor GI (4), sino también el 9,488 (el valor de X^2_{tab}). Además, este resultado no alcanza el nivel de significación. Dado que no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el desarrollo infantil, podemos concluir que la hipótesis nula es incorrecta.

Dado que es en este momento cuando se presentan los mayores riesgos para el desarrollo, especialmente de las habilidades psicomotoras, sigue siendo una etapa importante para el desarrollo. Los niños de entre doce y veintitrés meses constituyen aproximadamente la mitad de los niños que acuden al centro de salud para someterse a revisiones médicas.



TABLA 2. SEXO QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Sexo del niño	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total	
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			fi	%	fi	%	fi	%		
Femenino	4	3,9	5	4,9	22	21,4	6	5,8	37	35,9	1	1,0	11	10,7	25	24,3	37	35,9
Masculino	2	1,9	22	21,4	39	37,9	3	2,9	66	64,1	2	1,9	17	16,5	47	45,6	66	64,1
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c= 9,713$ $X^2_t= 7,815$ G.L= 3 **$p = 0,021$ Significativa**

$X^2_c= 0,191$ $X^2_t= 5.992$ G.L= 2 **$p = 0,909$ No Significativa**



La tabla 2 explora la correlación entre la maduración y la sexualidad utilizando la participación de ciento treinta y tres bebés cuyos padres les proporcionaron información durante un periodo de seis a treinta y seis meses. Según los datos, el 64,1 % de los niños participantes eran varones y el 35,9 % eran niñas.

Se ha demostrado que el 64,1 % de los niños varones tienen una relación con su índice de peso-edad, el 37,9 % tienen un índice normal y el 21,4 % corren riesgo nutricional. Otro 3,9 % de las niñas están desnutridas.

Para el análisis estadístico X², se utilizó un margen de error del 5 %, un nivel de significación del 95 % y un valor p inferior a 0,05. Según lo que podemos deducir, el valor X² es 9713, mucho más alto que el número X² de 7815 que aparece en la tabla. Además, con un nivel de significación de 0,021, el valor G.I es 3. Los investigadores han encontrado una fuerte correlación entre el género de los niños y su progreso en el desarrollo, lo que tiene importantes implicaciones teóricas.

Entre los niños varones, el 64,1 % presentaba algún tipo de problema de desarrollo, mientras que el 32,445,6 % alcanzaba un desarrollo normal, el 16,1 % presentaba riesgo de desarrollo y el 1,9 % experimentaba retrasos en el desarrollo psicomotor.

Tras aplicar la prueba estadística X² Con un margen de error del 5 % y un umbral de significación del 95 % de $p < 0,05$, podemos obtener un valor X²_{cal} de 0,189. El valor G.L. es 2 y el grado de probabilidad es 0,909, por lo que este número es inferior al valor X²_{tab} de 5,992. Por lo tanto, la prueba estadística no es significativa, ya que contradice la hipótesis específica de que el género no tiene ningún impacto en el desarrollo del bebé.

Los resultados de esta encuesta muestran que, al describir a los estudiantes que no pueden controlar su comportamiento, el término «traído» es el más utilizado. La



razón es que el 64 % de estos jóvenes se consideran transgénero. Según Pérez (12), se han realizado más investigaciones en el Centro de Salud y Bienestar de Santana en Chilca. Hay más niños que niñas entre los menores de un año, con un 54,1 % de esos niños en ese grupo de edad y un 45,9 % en el siguiente. Los resultados de estos estudios muestran que, en promedio, solo se necesitan cuatro controles, lo que se ajusta al promedio de once controles que se sugiere.



TABLA 3. ATENCIÓN EN LA ANTROPOMETRÍA SEGÚN CONTROL DE PESO Y TALLA QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Control de peso y talla	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total			
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	n		fi	%	fi	%	fi	%					fi	%	fi	%	fi	%		
Completa	1	1,0	10	9,8	43	41,7	2	1,9	56	54,4	0	0	6	5,8	50	48,5	56	54,4		
Incompleta	5	4,8	17	16,5	18	17,5	7	6,8	47	45,6	3	2,9	22	21,4	22	21,4	47	45,6		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c= 4.857$ $X^2_t= 7,815$ G.L= 3 $p = 0,000$ **Significativa**

$X^2_c= 4.857$ $X^2_t= 5.992$ G.L= 2 $p = 0,000$ **Significativ**



La tabla 3 Muestra el uso de las mediciones de altura y peso en relación con el desarrollo y el crecimiento de 103 niños cuyas madres informaron que sus edades oscilaban entre los seis y los treinta y seis meses. Aunque el 45,6 % de las personas solo registran o informan parcialmente su peso y altura, el 54,4 % registran y controlan ambos.

En términos de peso en relación con la edad, el 41,7 % de los niños del grupo cuya altura y peso se registraron completamente (el 54,4 % del total) mostraron un crecimiento normal. La desnutrición era motivo de preocupación para el 16,5 % del 45,6 % de las personas cuyos datos de peso y altura faltaban, y para el 4,8 % de esas personas, la situación era mucho peor.

Los resultados mostraron que el valor X^2_{cal} de 16,847 era mayor que el valor X^2_{tab} de 7,815 después de aplicar la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % de $p < 0,05$. El umbral de significación se fijó en $P = 0,001$ y el valor G.L fue de 3. Podemos deducir que llevar un registro del peso y la altura de un niño está relacionado con su desarrollo, ya que la prueba estadística arrojó resultados significativos, lo que confirma la hipótesis específica que se propuso.

Esto tenía que ver con el crecimiento de los niños; en ese grupo, el 54,4 % tenía registros completos de altura y peso, y el 48,5 % mostraba signos de desarrollo típico. Por el contrario, en el grupo en el que el 45,6 % de los casos tenía registros incompletos de peso y altura, el 2,9 % Más de la mitad de los niños (21,4 %) mostraban síntomas de retraso en el desarrollo psicomotor, y otro 21,4 % corría el riesgo de sufrir retrasos en el desarrollo.



En comparación con el valor X^2_{tab} de 5,992, el valor X^2_{cal} de 22,416 fue mayor cuando se aplicó la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % de $p < 0,05$. Además, descubrimos que el valor G.L. era 2 y el nivel de significación era $P = 0,000$. Los resultados de esta prueba estadística mostraron una fuerte correlación entre el seguimiento del crecimiento de los niños en términos de peso y altura y su trayectoria general de desarrollo. Sus resultados corroboran la teoría particular planteada.

En la presente investigación en el 54% de niños participantes del estudio acudieron a sus controles completos siendo en el menor de 1 años 11 controles, en el niño de 1 a 2 años 6 controles, y el niño de 2 a 3 años 4 controles.

Según **Santana, Pérez (12)** concluyo que el registro y control de peso y talla debe realizarse de forma completa no solo en el control sino en el registro ya que en algunos controles solo se les pregunta y no talla al niño concluyendo que los controles en promedio de 4 siendo el ideal de 11 controles

Sandoval (9) Descubrí que el índice de edad y el peso/altura antropométricos eran la base del sistema de categorización. Las tres métricas se encontraban dentro de los límites de referencia normales, lo que sugería un crecimiento adecuado; se evalúan con mayor eficacia para la desnutrición global y la desnutrición crónica en niños.



TABLA 4. CONTROL DE HEMOGLOBINA SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Control de hemoglobina	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total	
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			fi	%	fi	%	fi	%		
Control de RN	3	2,9	1	1,0	8	7,8	2	1,9	14	13,6	1	1,0	7	6,8	6	5,8	14	13,6
Un control de Hb	3	2,9	16	15,6	40	38,8	2	1,9	61	59,2	2	1,9	13	12,6	46	44,7	61	59,2
Dos controles Hb	0	0	4	3,9	9	8,7	5	4,9	18	17,5	0	0	2	1,9	16	15,5	18	17,5
Tres controles Hb	0	0	6	5,8	4	3,9	0	0	10	9,7	0	0	6	5,8	4	3,9	10	9,7
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c = 26,198$ $\chi^2_t = 16,919$ G.L= 9 **p = 0,000 Significativa**

$\chi^2_c = 14,768$ $\chi^2_t = 12,592$ G.L= 6 **p = 0,001 Significativa**



Según El segundo objetivo específico fue evaluar los programas de detección y tratamiento del desarrollo en el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca para niños menores de 36 meses.

La tabla 3 muestra el control de hemoglobina que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses proporcionados por las madres y se encontró en el 59,1% expresaron un control de hemoglobina en el niño, en el 17,5% manifestaron que le realizaron 2 controles, en el 9,7% con tres controles de hemoglobina y en el 13,6% aun no le habían realizado el control solo cuando nació le realizaron el control de hemoglobina.

En el grupo de niños a los que se les realizo un control de hemoglobina del 59,2% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose el 38,8% con crecimiento peso edad normal y en el 15,6% con riesgo nutricional y con el 2,9% con desnutrición peso /edad.

Tras el análisis, se determinó que $X^2_{cal}=26,198$, superando $X^2_{tab}=16,919$, con un G.L=9 y un umbral significativo de $P=0,006$. Se logró tras utilizar la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p<0,05$). El análisis estadístico confirma la relación entre el control de los niveles de hemoglobina de los niños y su crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, los resultados respaldan la hipótesis propuesta.

Se demostró que el desarrollo estaba asociado al grupo de niños cuyo control de la hemoglobina era del 59,2 % en una fecha determinada. En este grupo de niños, el 44,7 % no mostraba signos de retraso en el desarrollo, el 12,6 % estaba en riesgo y el 1,9 % presentaba un retraso en las habilidades psicomotoras.

El valor X^2_{cal} fue de 14,768 tras someterlo a prueba utilizando la



estadística X²

con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % de $p < 0,05$. Si lo comparamos con el valor X²_{tab} de 12,592, esto queda claro. Además, se utilizó un umbral de significación de 0,022 para indicar que el valor G.L. era 4. El análisis estadístico demostró una asociación entre el desarrollo de los niños y el control de los niveles de hemoglobina. De ello se deduce que la teoría propuesta en particular debe ser precisa.

A más del 59 % de los niños menores de tres años se les realizaron pruebas de hemoglobina para determinar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro.

Después de realizar una prueba utilizando la estadística X² con un margen de error del 5 % y un umbral de significación de $p < 0,05$, se determinó que el valor X²_{cal} era 14,768. Esto resulta obvio si se compara con el valor de 12,592 que se observa en la tabla X²_{tab}. Además, se utilizó un umbral de significación de 0,022 para indicar que el valor G.L. era 4. Una investigación estadística reveló que existe una conexión entre el desarrollo de los niños y la regulación de sus niveles de hemoglobina. Por consiguiente, se deduce que la hipótesis que se ha planteado en particular debe ser correcta.

Con el fin de establecer la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro, se realizaron pruebas de hemoglobina a más del 59 % de los niños menores de tres años.

Solo al 65 % de los niños se les controló la hemoglobina y menos del 50 % recibió suplementos vitamínicos; estos resultados coinciden con los de Santana y Pérez (12). Debido a la pandemia, un número considerable de personas (el 84 %, para



ser exactos) no acudió a sus revisiones programadas en el CRED, lo que provocó una disminución de la cantidad de terapia para las personas de este grupo de edad.

Los valores de hemoglobina (Hb) se encontraban dentro del rango normal en el 96 % de los casos y los niveles de las muestras de heces en el 86 %, según un análisis independiente realizado por Sandoval (9).



TABLA 5. ATENCIÓN SEGÚN PROFILAXIS DE PARASITOSIS QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Profilaxis de parasitosis	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total			
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%					fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguna	3	2,9	6	6,8	3	2,9	1	1,0	13	12,6	2	1,9	5	4,9	6	5,8	13	12,6		
Una profilaxis	2	1,9	17	16,6	35	34,0	5	4,7	59	57,3	1	1,0	16	15,5	42	40,8	59	57,3		
Dos profilaxis	1	1,0	4	3,9	23	22,3	3	2,9	31	30,1	0	0	7	6,8	24	23,3	31	30,1		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c = 15,915$ $\chi^2_t = 12,592$ G.L= 6 **p = 0,014 Significativa**

$\chi^2_c = 10,309$ $\chi^2_t = 9,488$ G.L= 4 **p = 0,036 Significativa**



La tabla 5 muestra la atención de profilaxis de parasitosis que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses proporcionados por las madres y se encontró en el 57,3% de madres expresaron una administración de antiparasitarios, en el 30,1% recibieron 2 tratamientos de parasitosis, y en el 12,6% aún no habían recibido algún antiparasitario.

En el grupo de niños a los que se les empleo una profilaxis con la administración de antiparasitario del 57,3% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose el 34,0% con crecimiento peso edad normal, seguido del 16,6% con riesgo nutricional. Y del grupo donde no recibieron algún antiparasitario como profilaxis el 2,9% con desnutrición.

Tras realizar pruebas utilizando la estadística X^2 con un umbral de significación del 95 % de $p < 0,05$ y un margen de error del 5 %, el valor X^2_{cal} resultó ser 14,768. Esto se hace evidente cuando se compara con el valor X^2_{tab} de 12,592. Además, el valor G.L. fue 4, ya que se utilizó un nivel de significación de 0,022. La investigación estadística reveló una correlación entre la regulación de los niveles de hemoglobina y el desarrollo de los niños. Por consiguiente, es esencial que la teoría sugerida sea correcta.

Con el fin de averiguar la prevalencia de la anemia ferropénica, se realizaron pruebas de hemoglobina a más del 59 % de los niños menores de tres años.

Tras la aplicación de la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % de $p < 0,05$, se determinó un valor X^2_{cal} de 15,915, que superaba el valor X^2_{tab} de 12,592. Con un umbral de significación de 0,014, el valor G.L. fue de 6 y el resultado se consideró significativo.



Un análisis estadístico de la correlación entre el crecimiento y el desarrollo de los niños y el uso de medicamentos antiparasitarios profilácticos reveló una fuerte relación. Por esta razón, la idea se considera cierta. El grupo de niños que recibió tratamiento preventivo tuvo un 57,3 % de casos en los que se demostró que los medicamentos antiparasitarios estaban asociados con el desarrollo.

Mientras que el 40,8 % de los niños de este grupo mostraban signos de crecimiento típico, el 15,5 % estaban en peligro de desnutrición. Por el contrario, el 1,9 % de los niños del grupo que no recibió tratamiento para las infecciones parasitarias mostraron un retraso en el desarrollo psicomotor.

Calculamos un valor X^2_{cal} de 10,309 utilizando la estadística X^2 , que era superior al valor X^2_{tab} de 9,488 y tenía un valor G.L de 4. El margen de error era del 5 % y el umbral de significación del 95 % ($p < 0,05$). Se estableció un valor de $P = 0,036$ como criterio de significación de la prueba estadística, lo que sugiere que la prueba podría considerarse significativa. Estos resultados respaldan la idea de que la profilaxis antiparasitaria afecta a los procesos fisiológicos y de desarrollo de los niños.

En lo que respecta a la administración de un tratamiento integral para evitar las enfermedades contraídas por los niños, a más del 57 % de los participantes se les había recetado profilaxis antiparasitaria, lo cual es una práctica esencial.



TABLA 6. ATENCIÓN SEGÚN ESTADO DE VACUNACIÓN RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Atención según estado de vacunación	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total	
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	Retraso	Riesgo		Normal		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%				fi	%	fi	%			fi
Incompleto	5	4,8	14	13,7	13	12,6	4	3,9	36	35,0	2	1,9	18	16,5	16	15,5	36	35,0
Completa	1	1,0	17	16,6	48	46,6	5	4,8	67	65,0	1	1,0	10	9,7	56	54,4	67	65,0
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c = 14,918$ $\chi^2_t = 7,815$ G.L= 3 **p = 0,000 Significativa**

$\chi^2_c = 17,056$ $\chi^2_t = 5,992$ G.L= 2 **p = 0,000 Significativa**



La tabla 6 muestra cómo se considera el estado de vacunación en relación con el desarrollo y el crecimiento; el estudio incluyó a 103 niños, cuyos padres proporcionaron la información, y los resultados mostraron que el 65 % de los padres registraron y se encuentra con vacunas completas para la edad y en el 35,0% con vacunas incompletas.

En el grupo de niños que tenían y registran vacunas completas del 65,0% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose el 46,6% con crecimiento peso edad normal. Y del 35,0% con registro y vacunación incompleta el 13,7% con riesgo nutricional, en el 4,8% con desnutrición.

Una vez aplicada la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$), los resultados mostraron que el valor X^2_{cal} de 14,918 era mayor que el valor X^2_{tab} de 7,815. Hubo una ventaja adicional, ya que el valor G.L. era 3 y el umbral de significación era $P = 0,002$. La premisa inicial, de que existe una correlación entre el estado de vacunación de los niños y su nivel de desarrollo, se vio confirmada por los numerosos resultados de la prueba estadística.

Esto se asoció con el crecimiento de la cohorte de niños en la que el 65,0 % tenía una cobertura de inmunización completa y el 54,4 % no presentaba anomalías en su desarrollo. Por el contrario, entre los niños cuyos registros de vacunación faltaban, el 21,9 % presentaba trastornos del desarrollo psicomotor y el 35,0 % corría el riesgo de desarrollar problemas.

Utilizando la estadística X^2 , podemos ver que la prueba es estadísticamente significativa, ya que relaciona el estado de vacunación con el desarrollo de los niños. Obtuvimos un valor X^2_{cal} de 17,056, que es superior al valor X^2_{tab} de 5,992



con un valor G.L de 2 y un nivel de significación de $P=0,000$. Este hallazgo da credibilidad a la hipótesis propuesta. Pudimos hacerlo utilizando un margen de error del 5 % y un umbral de significación del 95 %, dado que $p<0,05$.

Aproximadamente el 64,5 % de los niños recibieron todas las vacunas recomendadas, mientras que el 34,5 % no recibió una dosis o no recibió una dosis según su edad.

Los resultados del estudio de atención integral realizado por Santana y Pérez (12) mostraron que ninguna de las vacunas era capaz de proporcionar una protección completa a los bebés menores de un año.

La mitad de los jóvenes encuestados en otro estudio de Pillco (14) pensaban que la cobertura de la inmunización presencial era alta. La encuesta reveló que el 65 % de los jóvenes habían completado las vacunas adecuadas para su edad, lo que contradice esta conclusión.

Aguilar (11) descubrió que el 90 % de la población seguía el calendario de vacunación recomendado en otro estudio



TABLA 7. CONTROL DE SALUD ORAL QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Control de salud oral	Crecimiento peso/edad										Desarrollo psicomotor									
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		Total		Retraso		Riesgo		Normal		Total			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%		
Ninguna	3	2,9	5	4,9	7	6,8	3	2,9	18	17,5	1	1,0	8	7,8	9	7,8	18	17,5		
Examen odontológico	0	0	4	3,9	4	3,9	0	0	8	7,8	0	0	0	0	8	7,8	8	7,8		
Educación salud ora	3	2,9	14	13,6	27	26,2	6	5,8	50	48,5	2	1,9	15	14,6	33	32,0	50	48,5		
Fluorización	0	0	4	3,9	0	0	0	0	4	3,9	0	0	2	1,9	2	1,9	4	3,9		
Mas 2 atenciones	0	0	0	0	23	22,3	0	0	23	22,3	0	0	3	2,9	20	19,4	23	22,3		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c = 37,205$ $\chi^2_t = 21,026$ G.L=12 **$p = 0,000$ Significativa**

$\chi^2_c = 11,754$ $\chi^2_t = 15,507$ G.L= 8 **$p = 0,163$ no significativa**



La tabla 7 muestra el control de salud oral que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses proporcionados por las madres y se encontró en el 48,5% recibieron educación en salud oral, en el 22,3% recibieron por lo menos 2 tipos de atención en salud oral, en el 3,9% recibieron fluorización y en el 17,9% expresaron no haber recibido ningún tipo de atención en salud oral.

En el grupo de niños donde sus madres expresaron haber recibido educación en salud oral del 48,5% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose el 26,2% junto con un 13,6 % en riesgo de desnutrición y un 2,9 % con un crecimiento adecuado en cuanto al peso para su edad. Y del grupo de niños que no recibieron ningún tipo de control de salud oral en el 2,9% con desnutrición.

Se utilizó un umbral de significación del 95 % ($p < 0,05$) y un margen de error del 5 % en la aplicación de la estadística X^2 . En comparación con el valor X^2_{tab} de 21,026, el valor X^2_{cal} resultó ser 37,205. El umbral de significación fue $P=0,000$ y el valor G.L fue 12. El resultado fue una prueba estadísticamente significativa, lo que demostró la conexión entre el control de la salud bucodental y el crecimiento infantil y, por lo tanto, llevó a la adopción de la hipótesis propuesta.

El 48,5 % de los jóvenes que recibieron educación sobre salud bucodental experimentaron preocupaciones relacionadas con el desarrollo. De los niños encuestados, el 32,0 % no mostraba signos de desarrollo anormal, el 14,6 % presentaba riesgo de trastornos y el 1,9 % tenía un retraso en las habilidades psicomotoras.

Utilizando la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un umbral de significación del 95 % ($p < 0,05$), se obtuvo un valor X^2_{cal} de 11,754. Con un nivel



de significación de 0,163, este resultado es inferior al valor X^2_{tab} de 15,507. El valor G.L es 8. El control de la salud dental no tiene ningún efecto en el estado de desarrollo de un niño, ya que la prueba estadística resultó insignificante. Esto llevó al rechazo de la teoría concreta propuesta.

La atención odontológica debe brindarse desde antes de un año en los menores que va desde educación, hasta procedimientos de limpieza, u otros que se presentan ante la erupción del diente, fluorizaciones y otras recomendando que los menores de 3 años deben ya haber visitado por lo menos una vez al odontólogo.



TABLA 8. ATENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ANEMIA QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Tratamiento de anemia	Crecimiento peso/edad										Desarrollo psicomotor							
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		Total		Retraso		Riesgo		Normal		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Ninguno	0	0	8	7,8	0	0	0	0	8	7,8	0	0	4	3,9	4	3,9	8	7,8
Hierro polimaltosad	6	5,8	12	11,7	33	32,0	5	4,9	56	54,4	3	2,9	17	16,5	36	35,0	56	54,4
Hierro polim+ otros	0	0	1	1,0	16	15,5	3	2,9	20	19,4	0	0	0	0	20	19,4	20	19,4
Sulfato ferroso	0	0	6	5,8	12	11,7	1	1,0	19	18,4	0	0	7	6,8	12	11,7	19	18,4
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100.0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100.0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c= 33,890$ $X^2_t= 16,919$ G.L= 9 **$p = 0,000$ Significativa**

$X^2_c=13,767$ $X^2_t= 12,592$ G.L= 6 **$p = 0,032$ Significativa**



La tabla 8 Incluye a 103 niños, a todos los cuales sus madres les administraron suplementos de hierro, el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro es importante para los niños de entre seis y treinta y seis meses, ya que afecta a su crecimiento y desarrollo. El 54,4 % recibió polimaltosa de hierro como tratamiento para la anemia, el 19,4 % recibió polimaltosa en combinación con otros micronutrientes, el 18,4 % recibió sulfato ferroso y el 7,8 % no recibió ninguna dosis.

En el 54,4 % de los niños que utilizaban polimaltosa de hierro para el tratamiento o la prevención de la anemia ferropénica, se observó una relación entre el peso y el desarrollo de la edad. En tercer lugar, el 32,0 % de los niños crecían normalmente según el indicador de crecimiento peso/edad; el 11,7 % presentaban riesgo nutricional y el 5,8 % estaban desnutridos.

La prueba estadística que empleó la estadística X^2 también utilizó un margen de error del 5 % y un umbral de significación del 95 % ($p < 0,05$). X^2_{cal} tuvo un valor de 33,890, superando el valor de X^2_{tab} de 16,909, con un G.L. de 9 y un nivel de significación de $P = 0,000$, según los resultados. Las pruebas de esta investigación respaldan la hipótesis, muestran que el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro afecta al desarrollo de los niños y confirman la significación estadística de la prueba.

El desarrollo se relacionó con esto en el grupo de polimaltosa al 54,4 %; el 35,0 % mostró un desarrollo normal, el 16,5 % presentaba riesgo de problemas de desarrollo y el 2,9 % mostraba retraso en el desarrollo psicomotor.

Teniendo en cuenta que se utilizó la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un umbral de significación del 95 % de $p < 0,05$, el valor X^2_{cal} resultó ser 13,767,



superando el valor X^2_{tab} de 12,592. En el umbral de significación de 0,032, el valor G.L también fue 6. Según esta prueba estadística, el tratamiento de la anemia se asocia con mejoras en los resultados del desarrollo de los niños. Por lo tanto, se confirmó la idea concreta que se planteó.

Más del 90 % de las personas que participaron en este estudio ya habían tomado un suplemento multivitamínico o de hierro; no obstante, esto debe continuar indefinidamente durante el tiempo necesario para cumplir con las normas y recomendaciones de atención.

Algo más que Aguilar hizo en su estudio... Una medida profiláctica utilizada por el 69 % de las personas es el sulfato ferroso, y un calendario de vacunación seguido por el 90 % de las personas.

Soy Santana, Theresa Pérez (12) Se administraron suplementos vitamínicos en las siguientes dosis: Se determinó que un total del 47,6 % de la primera dosis, el 38,9 % de la dosis posterior, el 24,9 % de la cuarta dosis, el 12,4 % de la quinta dosis y el 16,2 % de la sexta dosis eran positivos. Los resultados mostraron que los niveles de hemoglobina eran solo del 60,5 % y los niveles de suplementos vitamínicos eran incluso inferiores al 50 % en niños menores de un año.



TABLA 9. ORIENTACIÓN INTEGRAL QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Orientación integral	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total			
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%					fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguna	4	3,9	2	1,9	3	2,9	3	2,9	12	11,7	2	1,9	8	7,8	2	1,9	12	11,7		
Consulta anterior	2	1,9	9	8,7	15	14,6	0	0	26	25,2	1	1,0	6	5,8	19	18,4	26	25,2		
Consulta actual	0	0	16	15,5	39	37,8	0	0	59	57,3	0	0	14	13,6	45	43,7	59	57,3		
Consulta ant y act	0	0	0	0	4	3,9	2	1,9	6	5,8	0	0	0	0	6	5,8	6	5,8		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c= 35,466$ $X^2_t= 16,919$ G.L= 9 **p = 0,000 Significativa**

$X^2_c=24,720$ $X^2_t=12,592$ G.L= 6 **p = 0,000 Significativa**



Un tercer objetivo era examinar las iniciativas de promoción de la salud relacionadas con el desarrollo y el crecimiento de los niños menores de 36 meses en el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca.

La tabla 9 muestra la promoción de salud que recibieron las madres en cuidado integral del niño que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses se encontró en el 57,3% recibieron en la consulta actual orientación integral, en el 25,2% recibieron la orientación integral en la anterior consulta, en el 5,8% recibieron orientación sobre cuidado integral en la consulta anterior y actual.

En el grupo de niños a los que la madre recibió orientación en cuidado integral del 57,3% recibieron en la consulta actual se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose en el 37,9% con crecimiento peso edad normal, en el 15,5% con riesgo nutricional. Y en el grupo donde las madres no recibieron ningún tipo de orientación sobre cuidado integral en el 4,9% de niños con desnutrición.

Una vez aplicada la estadística χ^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$), los resultados mostraron que el valor χ^2_{cal} era de 35,890, superando el valor χ^2_{tab} de 16,919. El valor G.L fue de 9 y el nivel de significación fue $P=0,000$. Podemos aceptar la hipótesis propuesta, ya que la prueba estadística es significativa y muestra que la promoción de la salud en el cuidado integral de la infancia está relacionada con el crecimiento infantil.

En el grupo de niños donde recibieron cuidado integral del niño en consulta actual del 57,3% se ha relacionado con el desarrollo obteniéndose en el 43,7% con desarrollo normal, en el 13,6% con riesgo del desarrollo y del grupo donde no



recibieron orientación en cuidado integral del niño en el 1,9% con retraso del desarrollo psicomotor.

Tras aplicar la estadística χ^2 Nuestro valor χ^2_{cal} de 24,720 es mayor que el valor χ^2_{tab} de 12,592 cuando utilizamos un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$) y un margen de error del 5 %. Además, G.L. es 6 y el nivel de significación se establece en $P = 0,000$. Podemos confirmar que el asesoramiento sanitario exhaustivo está asociado con el desarrollo de los niños con significación estadística. Ahora aceptamos esa hipótesis en particular.

Los resultados de la investigación de Salcedo (8) mostraron que más del 57 % de los niños habían recibido algún tipo de educación o asesoramiento sanitario. Este es solo un ejemplo de la importante labor de divulgación que realizan las enfermeras de atención primaria para animar a las personas a participar., las familias y las comunidades en la orientación sobre el cuidado de la salud, la creación de entornos saludables y la enseñanza del autocuidado, especialmente para las poblaciones vulnerables como la infancia.

Como estudio adicional, Suárez-Villa y sus colegas (7) afirman categóricamente que cualquier persona a quien se le confíe el cuidado de niños debe recibir una formación completa y actualizada sobre temas como la alimentación saludable, la higiene personal, el desarrollo óptimo de los bebés, la vida saludable y el manejo adecuado de los niños. Con ello, quieren crear entornos de aprendizaje que ayuden a los niños a prosperar en todos los aspectos de su existencia.



TABLA 10. CONSEJERÍA NUTRICIONAL QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Consejería nutricional	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total			
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%					fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguna	4	3,8	0	0	1	1,0	1	1,0	6	5,8	2	1,9	4	3,9	0	0	6	5,8		
Consulta anterior	2	1,9	3	2,9	18	17,5	4	3,9	27	26,2	1	1,0	12	11,2	14	13,6	27	26,2		
Consulta actual	0	0	20	19,5	34	33,0	4	3,8	58	56,3	0	0	10	9,7	48	46,6	58	56,3		
Consulta anterior y act	0	0	4	3,9	8	7,8	0	0	12	11,7	0	0	2	1,9	10	9,7	12	11,7		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$\chi^2_c=53,038$ $\chi^2_t=16,919$ G.L= 9 $p = 0,000$ **Significativa**

$\chi^2_c=37,291$ $\chi^2_t=12,592$ G.L= 6 $p = 0,000$ **Significativa**



La tabla 10 muestra la promoción de salud que recibieron las madres sobre consejería nutricional que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses se encontró en el 56,3% recibieron en la consulta actual consejería nutricional, en el 26,2% recibieron la orientación integral en la anterior consulta, en el 11,7% recibieron orientación sobre cuidado integral en la consulta anterior y actual y en el 5,8% nunca recibieron ninguna consejería nutricional.

En el grupo de niños donde la madre recibió consejería nutricional en la consulta actual del 56,3% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose en el 33,0% con crecimiento peso edad normal, en el 19,5% con riesgo nutricional. Y en el grupo donde las madres no recibieron ningún tipo de consejería nutricional en el 3,8% de niños con desnutrición.

Los resultados mostraron que el valor X^2_{cal} de 53,038 era mayor que el valor X^2_{tab} de 16,919, con un valor G.L de 9 y un nivel de significación de $P=0,000$, mientras que la estadística X^2 se empleó con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p<0,05$). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el nivel de significación no era importante. Según estudios estadísticos, los programas de promoción de la salud que se centran en una nutrición adecuada se han asociado con resultados positivos para el desarrollo de los niños. Se observó una asociación considerable. Podemos decir que la hipótesis planteada era correcta.

En el grupo de niños donde las madres recibieron consejería nutricional en consulta actual del 56,3% se ha relacionado con el desarrollo obteniéndose en el 46,6% con desarrollo normal, en el grupo de madres que recibieron consejería nutricional en la consulta anterior en el 11,2% con riesgo del desarrollo y del grupo donde no recibieron consejería nutricional en el 1,9% con retraso del desarrollo psicomotor.



La estadística X^2 , Suponiendo un margen de error del 5 % y un umbral significativo del 95 % ($p < 0,05$), es factible obtener un valor X^2_{cal} de 37,291, que supera el valor X^2_{tab} de 12,592. Esto se debe a que el valor X^2_{cal} es superior a este número. El nivel de significación se establece de forma similar en 0,000, comparable al de G.L., y G.L. también se establece en 6. Dado que los datos son estadísticamente significativos, podemos aceptar el concepto de que el asesoramiento dietético tiene un efecto en el desarrollo de los niños. Esto les abre muchas posibilidades.

En lo que respecta a la promoción de la salud, una de las cosas más importantes que deben hacerse es garantizar que el grupo de madres con hijos pequeños tenga la oportunidad de recibir tratamiento y asesoramiento nutricional. Ingerir la cantidad adecuada de alimentos es un factor importante que no debe pasarse por alto. Tal y como sugieren Suárez-Villa et al. (2007), las personas responsables del cuidado de niños pequeños deben recibir una formación que no solo sea completa, sino también actualizada en lo que respecta a cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición. Desde una perspectiva a largo plazo, esto sería beneficioso para los niños, ya que les ayudaría a desarrollarse plenamente en todos los aspectos de sus vidas.



TABLA 11. SESIONES DEMOSTRATIVAS QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Sesiones demostrativas	Crecimiento peso/edad								Total		Desarrollo psicomotor						Total			
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		fi	%	fi	%	Retraso		Riesgo		Normal		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%					fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguna	5	4,8	3	2,9	11	10,7	3	2,9	22	21,3	3	2,9	9	8,7	10	9,7	22	21,3		
Consulta anterior	1	1,0	12	11,7	21	20,3	2	1,9	36	35,0	0	0	7	6,8	29	28,2	36	35,0		
Consulta actual	0	0	12	11,7	29	28,2	4	3,9	45	43,7	0	0	12	11,7	33	32,0	45	43,7		
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0		

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c= 17,562$ $X^2_t= 12,592$ G.L= 6 **$p = 0,007$ Significativa**

$X^2_c=15,909$ $X^2_t= 9,488$ G.L= 4 **$p = 0,003$ Significativa**



La tabla 11 muestra la promoción de salud en sesiones demostrativas que recibió la madre que se relaciona con el crecimiento y desarrollo con la participación de 103 niños de 6 a 36 meses se encontró en el 43,7% recibieron sesiones demostrativas en consultas actual, en el 35,0% recibieron sesiones demostrativas en las consultas anteriores, en el 21,3% no recibió alguna sesión demostrativa.

En el grupo de niños donde la madre recibió sesiones demostrativas en consulta actual del 43,7% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose en el 28,2% con crecimiento peso edad normal, en el 11,7% con riesgo nutricional. Y en el grupo donde las madres no recibieron ninguna sesión demostrativa con el 4,9% de niños con desnutrición peso/edad.

Los resultados mostraron que el valor X^2_{cal} de 17,562 era mayor que el valor X^2_{tab} de 12,592 tras la aplicación de la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$). El umbral de significación fue $P=0,007$ y el valor G.L fue 6. La prueba estadística demostró que existe una relación entre la participación de la madre en la promoción de la salud a través de sesiones de demostración y el desarrollo del niño. La teoría específica planteada también se validó con esta confirmación.

El desarrollo del 43,7 % de los niños cuyas madres participaron en las consultas actuales y asistieron a sesiones de demostración se asoció con esto. Un tercio de los niños de este grupo se desarrolló con normalidad, el 11,7 % El riesgo del 2,9 % de retrasos en el desarrollo y el 2,9 % de retrasos en el desarrollo psicomotor del grupo fueron inferiores al 0 % del grupo de control.

Se descubrió que el valor X^2_{cal} de 15,909 era superior al valor X^2_{tab} de 9,488 tras utilizar la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación



del 95 % de $p < 0,05$. Tras realizar los cálculos, este fue el resultado. Además, utilizamos un valor GL de 4 y un nivel de significación de 0,003. La hipótesis presentada es relevante para el desarrollo infantil, ya que esta prueba estadística se detectó como significativa.

La investigación realizada por Cordero et al. (15) indica que al menos el 80 % de los participantes en el estudio se unieron a una sesión de demostración. En este caso, la gestión de la salud y otros campos relacionados serán los puntos centrales de la sesión. Los resultados del estudio sugieren que el asesoramiento puede ayudar a desarrollar procedimientos de cuidado infantil, descubrir oportunidades para reorientar los servicios del CRED e identificar fallos. Todo ello encaja bien con el plan de fortalecer el sistema de atención primaria del sector sanitario.



TABLA 12. VISITA DOMICILIARIA QUE SE RELACIONA CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Visita domiciliaria	Crecimiento peso/edad										Desarrollo psicomotor							
	Desnutrición		Riesgo		Normal		Sobrepeso		Total		Retraso		Riesgo		Normal		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
No ha recibido	0	0	9	8,7	21	20,4	3	2,9	33	32,0	0	0	8	7,8	25	24,3	33	32,0
Una vez	2	1,9	14	13,6	40	38,8	6	5,8	62	60,2	1	1,0	15	14,6	46	44,7	62	60,2
Dos v	4	3,9	4	3,9	0	0	0	0	8	7,8	2	1,9	5	4,9	1	1,0	8	7,8
Total	6	5,8	27	26,3	61	59,2	9	8,7	103	100,0	3	2,9	28	27,2	72	69,9	103	100,0

Fuente: Elaboración propia base SPSS.

$X^2_c=37,400$ $X^2_t=12,592$ G.L= 6 $p = 0,000$ **Significativa**

$X^2_c=22,796$ $X^2_t=9,488$ G.L= 4 $p = 0,000$ **Significativa**



La tabla 12 Los resultados de este estudio, en el que participaron 103 niños de entre seis y treinta y seis meses, ponen de relieve la importancia de las visitas domiciliarias a las madres y el desarrollo y crecimiento de sus hijos. Para el 62 % de la población, el número asignado de visitas domiciliarias fue de una, el 32 % nunca recibió ninguna y el 7,8 % recibió dos.

En el grupo de niños donde madre manifestó haber recibido una visita domiciliaria del 60,2% se ha relacionado con el crecimiento peso/edad obteniéndose en el 38,8% con crecimiento peso edad normal, en el 13,6% con riesgo nutricional. Y en el grupo donde las madres manifestaron 2 visitas domiciliarias en el 3,9% de niños con desnutrición.

Tras la aplicación de la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$), los resultados revelaron que el valor X^2_{cal} se situaba en 37,400, superando el valor X^2_{tab} de 12,592. Además, el umbral de significación fue $P=0,000$ y el valor G.L fue 6. Esto valida la hipótesis de que las visitas domiciliarias tiene un impacto positivo en el progreso de los niños, lo que respalda la significación de la prueba estadística.

En el grupo de niños donde las madres manifestaron que haber recibido una visita domiciliaria del 60,2% se ha relacionado con el desarrollo obteniéndose en el 44,7% con desarrollo normal, en el 14,6% con riesgo del desarrollo y del grupo donde recibieron 2 visitas domiciliarias en el 1,9% con retraso del desarrollo psicomotor.

La aplicación de la estadística X^2 con un margen de error del 5 % y un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$) arroja un valor X^2_{cal} de 22,796, que supera el valor X^2_{tab} de 9,488. No solo eso, sino que el nivel de significación es $P = 0,000$ y



el valor G.L es 4. Los resultados de las pruebas estadísticas, que son significativos y respaldan la hipótesis propuesta, confirman que las visita domiciliaria tienen un efecto en el desarrollo de los niños.

En el ámbito de las intervenciones extramurales, se incluyen las visitas domiciliarias. Las investigaciones muestran que casi el 60 % de las personas han recibido alguna vez una visita domiciliaria. Los resultados del estudio muestran que cuatro visitas domiciliarias podrían ser suficientes para planificar una intervención eficaz, lo que es bueno para la salud de la comunidad y la familia.



TABLA 13. CRECIMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Crecimiento del niño peso/edad	N°	%
Desnutrición peso / edad	6	5,8
Riesgo nutricional	27	26,3
Normal	61	59,2
Sobre peso	9	8,7
Total:	118	100.00

Fuente: Registro del estado nutricional p/e de carnet y/o historia clínica.



Según el objetivo específico 4 propuesto fue evaluar.

En la Tabla 13 Se muestran los resultados del desarrollo físico según el indicador antropométrico peso en relación con la edad en la cual se ha obtenido en el 59,2% con estado nutricional normal, en el 26,3% con riesgo nutricional, en el 8,7% con sobre peso y en el 5,8% con desnutrición.

Sandoval (9) encontró que, con el uso de peso, talla, según los datos, la mayoría de los jóvenes crecen con normalidad y se encuentran dentro de los rangos de referencia típicos cuando alcanzan los tres años de edad. Su punto fuerte es la lucha contra el hambre en el mundo.

Velasquez (20). Existe una correlación entre los datos antropométricos y el desarrollo psicomotor; el 60 % de los niños muestran un desarrollo normal, y el 8 % de los niños desnutridos muestran un mayor porcentaje de retraso ($p = 0,000$). Los resultados muestran que los niños en edad preescolar del Centro de Salud Vallecito de Puno se benefician significativamente de una dieta saludable en lo que respecta a su desarrollo psicomotor.



TABLA 14. DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA

Desarrollo psicomotor (EEDP o TA)	N°	%
Retraso en el desarrollo	3	2,9
Riesgo del desarrollo	28	27,2
Desarrollo normal para edad	72	69,9
Total:	118	100.00

Fuente: Registro del desarrollo según historia clínica



En la Tabla 14 Se presentan los resultados relacionados con el desarrollo psicomotor registrado según evaluación EEDP o TA según el cual se ha obtenido en el 69,9% con desarrollo normal para la edad, en el 27,2% con probabilidad de alteración en el desarrollo psicomotor, y un 2,9% con signos de retraso.

La investigación mostro que cerca del 70% Junto con el desarrollo psicomotor típico, ciertas investigaciones, como la realizada por Aguilar (11), descubrieron que el 53 % de los niños nacidos de madres adolescentes sufren anomalías en el desarrollo psicomotor. El estudio de las variables de riesgo biológico para el desarrollo psicomotor reveló que este está significativamente correlacionado tanto con factores de protección individuales como con factores de riesgo ambientales.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se ha valorado que la atención integral que tiene el cribado, el Centro de Salud Juliaca 9 de Octubre 2024 ha desarrollado un plan que prioriza la atención y promoción de la salud con el fin de vincular el desarrollo y crecimiento de los niños menores de 36 meses. Los resultados cuadrados X² con valores p inferiores a 0,05 se consideran estadísticamente significativos, no teniendo mayor relación la atención en antropometría se da la hipótesis general parcialmente.

SEGUNDA: Se ha determinado que la atención en la antropometría en el control y registro de peso y talla con 54,4% fue completo ($p=0,001$ CRED y $p=0,022$ DES), está asociado con la maduración de bebés y niños pequeños evaluados en el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca, que tienen menos de 36 meses de edad, con resultados estadísticamente significativos de la X² cuadrada, con un valor p inferior a 0,05 no teniendo relación la edad y sexo del niño, con lo que se acepta de forma parcial primera hipótesis específica.

TERCERA: Se ha determinado en la atención en el tamizaje y tratamiento con control de hemoglobina en el 59,2% con un control ($p=0,000$ CRED y $p=0,022$ DES), con una profilaxis de antiparasitarios en el 57,3% ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ DES), en el 65,0% con el cumplimiento de vacunación según la edad ($p=0,002$ CRED y $p=0,000$ DES), con el 48,5% de educación en salud oral ($p=0,000$ CRED), y con el 54,4% Los infantes menores de 36 meses que



fueron tratados y prevenidos contra la anemia con polimaltosa férrica en el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca evidenciaron una relación significativa con el crecimiento y el desarrollo ($p=0,000$ CRED y $p=0,032$ DES). Con un valor p inferior a 0,05, los resultados de la X^2 cuadrada sugieren que la segunda hipótesis específica podría aceptarse.

CUARTA: Se ha identificado en la promoción de la salud con el 57,3% recibió en la consulta actual orientación sobre cuidado integral del niño ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ DES), en el 43,7% recibió sesión demostrativa en la consulta actual ($p=0,007$ CRED y $p=0,003$ DES), en el 60,2% con una visita domiciliaria ($p=0,014$ CRED y $p=0,036$ DES) Dado que se refiere al proceso de maduración en bebés menores de 36 meses, la tercera hipótesis particular fue aprobada por el Centro de Salud 9 de Octubre de Juliaca. La hipótesis fue aceptada, ya que los valores de la prueba X^2 cuadrado fueron inferiores a 0,05.

QUINTA: Se ha evaluado el crecimiento en el 59,2% fue normal, en el 26,3% fue de riesgo, en el 8,7% tuvieron sobre peso y en el 5,8% estuvo desnutrido; y el desarrollo del 69,9% con desarrollo normal, en el 27,2% con riesgo nutricional, en el 2,9% Los niños con retraso en el desarrollo menores de 36 meses del Instituto de Salud 9 de Octubre presentaban varias deficiencias.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la autoridad del Puesto de Salud 9 de Octubre consigna en lugar visible la cartera de servicios y horarios de atención así continuar coordinando con todo el equipo de salud la atención integral a todos los usuarios y pacientes en el establecimiento, principalmente a los niños menores orientando a la madre los diferentes servicios ofertados por la unidad sanitaria.

SEGUNDA: Determinar el estado nutricional del niño es responsabilidad de la persona encargada del plan de crecimiento y desarrollo del DIT debe realizar controles exhaustivos y constantes de actividades tales como el seguimiento del peso y la estatura del niño, para realizar un diagnóstico oportuno cuando existan riesgo o estado de desnutrición.

TERCERA: A los responsables y las responsables de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones dar cumplimiento al paquete de atención integral, derivando aquellos procedimientos que no se dan en el establecimiento de salud, con el fin de garantizar la rápida identificación de factores de riesgo, estados nutricionales y desarrollo psicomotor deficiente a través de.

CUARTA: La enfermera encargada del programa de fomento de la salud debe establecer una rutina, y los distintos enfoques de intervención deben combinarse para proporcionar intervenciones de atención continuadas, nutrición, inmunizaciones entre otros



para las madres para motivar la continuidad de todo el paquete de atención.

QUINTA: A la enfermera de DIT y tanto el desarrollo como el crecimiento Es fundamental motivar y educar a las madres para que sean más conscientes de la importancia de cuidar a sus hijos y llevarlos a revisiones periódicas y desarrollo psicomotor, registrar adecuadamente y derivar para los diferentes servicios y lograr una real atención integral del niño /niña.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). Cuidado para el desarrollo infantil. Obtenido de [https://www.unicef.org/peru/media/12221/file/CDI- %20Espa%C3%B1ol.pdf](https://www.unicef.org/peru/media/12221/file/CDI-%20Espa%C3%B1ol.pdf)
2. Huachaca DC. Impacto institucional y familiar por la COVID-19 en el Programa crecimiento y desarrollo en menores de 5 años Carabayllo, Lima. 2021.
3. Ponce G. Plan de intervención de enfermería para reducir la discontinuidad en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de dos años a consecuencia de covid-19 en el centro de salud Bellavista–Abancay, 2021. 2021.
4. Romero M, Sandoval M, Tamayo K, Vizcaya C, Rosifelicita D. Cobertura y cumplimiento del esquema de inmunizaciones en niños hasta 5 años, Las Cuibas, Estado Lara. Revista venezolana de salud publica. 2014;2(1):23-30
5. MINSA Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. NTS 137-MINSA/2017/DGIESP. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191049/537-2017-MINSA.pdf?v=1593813764>
7. Hernández MP, Prada MA, Briñez ER, López IR Factores que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil. Colombia 2020. Disponible en: <https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/269>
8. Suárez-Villa M, Borré-Ortiz YM, Expósito MY, Pérez MC. Prácticas educativas en salud: eje fundamental en el desarrollo de la primera infancia en centros de desarrollo integral. Salud, Barranquilla [Internet]. Abril de 2020



- [consultado el 30 de marzo de 2025]; 36(1): 325-341. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000100325&lng=en. Publicación electrónica el 31 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.155.412> .
9. Salcedo AM. Fortalecimiento de competencias para la atención integral a la primera infancia en el municipio de Chía durante el periodo 2018-1. Artículo disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/33114>
10. Sandoval B. Caracterización de la niñez menor de 2 años, beneficiaria de la estrategia de AIN-C, municipio de Curaren, Área Sur de Francisco Morazán, Honduras, febrero 2016. Tesis . Disponible en el repositorio institucional en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7766/2/t868.pdf>
11. Córdoba, A. Factores asociados al incumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo de menores de cinco años en los centros de salud de la provincia de Colón. Año 2017. Maestría thesis, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
12. Aguilar M. Factores de riesgo y protectores relacionado al desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años de madres adolescentes atendidos en la Micro Red Santa Elena, Ayacucho 2024. <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/9d136647-3ea2-408a-9211-3298ee6f19bd>
13. Santana FM, Perez M. Características de la atención integral recibida en el menor de 1 año atendidos en el Centro de Salud Chilca, 2021. Tesis. Disponible en repositorio institucional en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/91de9023-d49b-49a3-8e8c-9f8a2c12400f>



14. Vilca SJ. Atención integral en niños menores de 5 años en tiempos de pandemia, Centro de Salud La Tomilla – Arequipa 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108914>
15. Pillco MI. Prestaciones de servicio y atención integral en niños del Programa Nacional Cuna Mas en tiempos de pandemia Abancay, 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/64084>
16. Cordero LG, Montes C, Velásquez JE, Rodríguez Y, Vigo WE, Rosas-Aguirre AM. Estudio cuali-cuantitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2016.v33n1/21-31/>
17. Rodríguez Y, Ingrid A. Características y deserción del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años atendidos en el C. S. Jorge Chávez, 2022. Tesis. Disponible en repositorio institucional en: <https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14070/1049/004-1-9-081.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Limachi A. Nivel de Satisfacción en atención de Crecimiento y desarrollo en Madres con Niños menores de 5 años atendidos en el puesto de salud Escuri, Juliaca 2019. Tesis, disponible en repositorio institucional en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4413>
19. Castro-Mayta EG. El control de crecimiento y desarrollo en la reducción de anemia en el Perú. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2023 Oct [citado 2025 Mar 31] ; 23(4): 41-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000400041&lng=es. Epub 30-Nov-2023. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v23i4.5497>.



20. Toma LM, Aguilar HB. Factores relacionados a la deserción del control de Crecimiento y Desarrollo en madres con niños menores de 2 años de las zonas alto Andinas en tiempos de COVID 19. Tesis, disponible en repositorio institucional en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4679>
21. Velasquez L. Relación del estado nutricional con el desarrollo psicomotor de niños preescolares del Centro de Salud Vallecito – Puno, 2023. <https://repositorio.uancv.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e50c9f8e-7d17-45cd-85cf-1ca02a3a6a00/content>
22. Mamani M. Factores sociodemográficos relacionados al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Laraqueri Puno 2021. Tesis. Disponible en repositorio institucional en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC%20S.A.C./150>
23. Ministerio de Salud. Norma técnica –Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas. [Internet]. Lima 2017. [Citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
24. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. [Internet]. Perú: 2017. [Acceso 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
25. Ministerio de Salud. Manual de Normas para el manejo, prevención y control de enfermedades diarreicas agudas y el cólera. Lima – Perú 1995. https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=control+de+enfermedades+diarreicas+agudas+minsa+peru



26. Ministerio de salud. Manual de buenas practicas de higiene de alimentos.

OPS-

OMS.

https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=666-manual-de-higiene-de-los-alimentos&category_slug=nutricion&Itemid=235

27. Ministerio de Salud. Reglamento de la calidad de Agua para Consumo

Humano: D.S. N° 031-2010-SA / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental – Lima: Ministerio de Salud; 2011. 44 p.; ilus. Disponible en: http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/Reglamento_Calidad_Agua.pdf

28. The United Nations Children’s Fund, World Health Organization. Pneumonia the forgotten killer of children. New York: UNICEF, WHO; 2006.

29. Organización Mundial de la Salud [Internet] Washinton, DC, Estados Unidos:

Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). (n.d.) [Online]. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/55522020000100325&lng=en. Publicación electrónica el 31 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.155.412>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

*BASE DATOS AIEPI Y CRED Y DES.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos



	Edad	Sexo	Talla	Nive h er oglob	Parasi tosis	Estadova cunal	Saludo ral	Tratami entoane mia	Orientac ion	Conseje rianutri cional	Demost raciones	Visi ado micili	CRECIMI ENTO	DESARR OLOPS
1	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
2	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C anterior	Nunca	riesgo nutri...	Normal
3	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	Ninguno	Completo ...	Educaci...	Ninguno	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
4	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Fluoriza...	Ninguno	C actual	C actual	C anterior	2 veces	riesgo nutri...	Normal
5	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
6	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	Ninguno	Completo ...	Ninguno	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	sobrepeso	Normal
7	6 a 11 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	Exame...	Ninguno	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Normal
8	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Ninguno	C actual	C actual	C anterior	Nunca	riesgo nutri...	Normal
9	6 a 11 ...	Femenino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal
10	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
11	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Incompleto...	Ninguno	Polimalto...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	2 veces	desnutrición	Riesgo
12	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	Ninguno	Incompleto...	Fluoriza...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Normal
13	24 a 35 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	Anterior y...	C anterior	C actual	Nunca	sobrepeso	Normal
14	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polim+ ot...	C actual	C anterior	C actual	Nunca	normal	Normal
15	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Riesgo
16	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	Ninguna	1 vez	normal	Normal
17	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Riesgo
18	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	1 profila...	Incompleto...	Exame...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Normal
19	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	Exame...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
20	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	Ninguno	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Normal
21	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C anterior	Ninguna	1 vez	normal	Normal



	Edad	Sexo	Talla	Nive herr oglob	Parasi tosis	Estadova cunal	Saludo ral	Tratami entoane mia	Orientac ion	Conseje rianutri cional	Demost raciones	Visi ado micili	CRECIMI ENTO	DESARR OLOPS
22	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	Ninguo	Completo ...	Exame...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
23	24 a 35 ...	Femenino	Completo	3 cont...	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	Ninguna	C actual	Ninguna	Nunca	normal	Normal
24	24 a 35 ...	Femenino	Completo	2 cont...	1 profila...	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Nunca	normal	Riesgo
25	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	2 profila...	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	Ninguna	C actual	Ninguna	2 veces	riesgo nutri...	Riesgo
26	12 a 23 ...	Femenino	Completo	2 cont...	2 profila...	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	Anterior y...	Anterior y...	Ninguna	1 vez	normal	Normal
27	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	C actual	Anterior y...	Ninguna	Nunca	normal	Normal
28	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	normal	Normal
29	12 a 23 ...	Femenino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal
30	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	Ninguo	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	2 veces	desnutrición	Retraso
31	12 a 23 ...	Masculino	Completo	Ninguno	1 profila...	Incompleto...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	Nunca	normal	Normal
32	6 a 11 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Normal
33	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	2 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
34	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
35	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Normal
36	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	Ninguo	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	C anterior	C anterior	Ninguna	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
37	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Sulfato d...	C actual	C anterior	C actual	Nunca	normal	Normal
38	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C anterior	C anterior	C actual	Nunca	normal	Normal
39	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
40	12 a 23 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	Anterior y...	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
41	24 a 35 ...	Masculino	Completo	3 cont...	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
42	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
43	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
44	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Normal
45	12 a 23 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
46	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Sulfato d...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Normal
47	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	Ninguna	C anterior	Ninguna	1 vez	sobrepeso	Riesgo
48	6 a 11 ...	Femenino	Completo	1 control	Ninguo	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C anterior	C anterior	Nunca	normal	Riesgo



	Edad	Sexo	Talla	Nive henn oglob	Parasi tosis	Estadova cunal	Saludo ral	Tratami entoane mia	Orientac ion	Conseje rianutri cional	Demost raciones	Visi ado micili	CRECIMI ENTO	DESARR OLOPS
49	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
50	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Sulfato d...	C anterior	C anterior	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
51	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal
52	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
53	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C anterior	Nunca	riesgo nutri...	Normal
54	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Ninguno	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
55	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Fluoriza...	Ninguno	C actual	C actual	C anterior	2 veces	riesgo nutri...	Riesgo
56	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
57	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	sobrepeso	Normal
58	6 a 11 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	Exame...	Ninguno	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Normal
59	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Ninguno	C actual	C actual	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
60	6 a 11 ...	Femenino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal
61	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
62	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	1 profila...	Incompleto...	Ninguno	Polimalto...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	2 veces	desnutrición	Riesgo
63	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Incompleto...	Fluoriza...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
64	24 a 35 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	Anterior y...	C anterior	C actual	Nunca	sobrepeso	Normal
65	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polim+ ot...	C actual	C anterior	C actual	Nunca	normal	Normal
66	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	Nunca	normal	Riesgo
67	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	Ninguna	1 vez	normal	Normal
68	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Riesgo
69	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	2 cont...	1 profila...	Incompleto...	Exame...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Normal
70	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	2 profila...	Completo ...	Exame...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
71	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	Ninguno	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Normal
72	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	1 control	2 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C anterior	Ninguna	1 vez	normal	Normal
73	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Exame...	Polim+ ot...	C anterior	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
74	24 a 35 ...	Femenino	Completo	3 cont...	Ninguno	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	Ninguna	C actual	Ninguna	Nunca	normal	Normal
75	24 a 35 ...	Femenino	Completo	2 cont...	1 profila...	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Nunca	sobrepeso	Riesgo
76	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	2 profila...	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	Ninguna	C actual	Ninguna	2 veces	riesgo nutri...	Riesgo
77	12 a 23 ...	Femenino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	Anterior y...	Anterior y...	Ninguna	1 vez	normal	Normal
78	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	C actual	Anterior y...	Ninguna	Nunca	normal	Normal
79	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	1 vez	normal	Normal
80	12 a 23 ...	Femenino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal



	Edad	Sexo	Talla	Nive herr oglob	Parasi tosis	Estadova cunal	Saludo ral	Tratami entoane mia	Orientac ion	Conseje rianutri cional	Demost raciones	Visi ado micili	CRECIMI ENTO	DESARR OLOPS
81	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	Ninguna	Ninguna	Ninguna	2 veces	desnutrición	Retraso
82	12 a 23 ...	Masculino	Completo	Ninguno	1 profila...	Incompleto...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	Anterior y...	C actual	Nunca	normal	Normal
83	6 a 11 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Normal
84	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	sobrepeso	Normal
85	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	sobrepeso	Normal
86	12 a 23 ...	Masculino	Incompl...	1 control	Ninguno	Incompleto...	Ninguno	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	Nunca	riesgo nutri...	Riesgo
87	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	Ninguno	Completo ...	Ninguno	Polimalto...	C anterior	C anterior	Ninguna	1 vez	desnutrición	Retraso
88	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	1 control	2 profila...	Completo ...	Educaci...	Polim+ ot...	C actual	C anterior	C actual	Nunca	normal	Normal
89	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C anterior	C anterior	C actual	Nunca	normal	Riesgo
90	6 a 11 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
91	12 a 23 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	Anterior y...	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
92	24 a 35 ...	Masculino	Completo	3 cont...	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C anterior	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
93	24 a 35 ...	Masculino	Completo	1 control	2 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
94	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Sulfato d...	C actual	C actual	C actual	1 vez	normal	Normal
95	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Riesgo
96	12 a 23 ...	Masculino	Completo	2 cont...	1 profila...	para edad	Educaci...	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	1 vez	normal	Normal
97	12 a 23 ...	Femenino	Incompl...	Ninguno	2 profila...	Incompleto p	Educaci...	Sulfato d...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Normal
98	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	Ninguno	1 profila...	Completo par	Educaci...	Polimalto...	Ninguna	C anterior	Ninguna	1 vez	sobrepeso	Riesgo
99	6 a 11 ...	Femenino	Completo	1 control	Ninguno	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C anterior	C anterior	C anterior	1 vez	desnutrición	Riesgo
100	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	1 profila...	Incompleto...	Educaci...	Polimalto...	C actual	C actual	C actual	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
101	24 a 35 ...	Masculino	Incompl...	3 cont...	1 profila...	Completo ...	Educaci...	Sulfato d...	C anterior	C anterior	C anterior	1 vez	riesgo nutri...	Riesgo
102	12 a 23 ...	Masculino	Completo	1 control	1 profila...	Completo ...	Ninguno	Polim+ ot...	C actual	C actual	C anterior	Nunca	normal	Normal
103	6 a 11 ...	Femenino	Incompl...	1 control	1 profila...	Completo ...	+ 2 inte...	Polimalto...	C actual	C anterior	C actual	1 vez	normal	Riesgo



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE / ESCALA MEDICIÓN.	METODOLOGIA
<p>Problema general PG. ¿Cómo será la atención integral relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca ?</p>	<p>Objetivo general OG. Valorar la atención integral que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca</p>	<p>Hipótesis general HG. La atención integral que está relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca 2024 son la atención en antropometría, en la atención de tamizaje y tratamiento y en la promoción de la salud</p>	<p>V1. 1. Atención integral</p>	<p>1.1. Atención en Antropometría</p>	<p>1.1.1. Edad</p> <p>1.1.2. Sexo</p> <p>1.1.3. Peso talla</p>	<p>6 a 11 meses 12 a 23 meses 24 a 35 meses</p> <p>Femenino Masculino</p> <p>Completo Incompleto</p>	<p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo: Básica, de nivel Correlacional y transversal</p> <p>Población:</p> <p>Muestra: 103 niños de 6 a 35 meses</p> <p>Técnica: Variable 1. Entrevista Variable 2_ Revisión documental /observación</p> <p>Instrumentos: V1. Guía de entrevista V2. Ficha de recolección de datos</p>
<p>Problema específico PE1. ¿Cómo será la atención en la antropometría</p>	<p>Objetivos específicos OE1. Identificar la atención en la antropometría</p>	<p>Hipótesis específica HE1. La atención en la antropometría está relacionado con</p>					



<p>esta relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca ?</p>	<p>que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?</p>	<p>el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca</p>					
<p>PE2. ¿Cómo será la atención en el tamizaje y tratamiento que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?</p>	<p>OE2. Determinar la atención en el tamizaje y tratamiento que se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca.</p>	<p>HE2. La atención en el tamizaje y tratamiento se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca</p>		<p>1.2. Tamizaje y tratamiento</p>	<p>1.2.1. Control de hemoglobina 1.2.2. Tratamiento de parasitosis 1.2.3. Estado vacunación 1.2.4. Control de salud oral 1.2.5. Tratamiento anemia</p>	<p>Ninguno 1 control 2 controles 3 controles Ninguno 1 profilaxis 2 profilaxis 3 profilaxis Incompleto para edad Completo para edad Ninguno Examen odontológico Educación salud oral Fluorización Tratamiento odontológico + 2 intervenciones Ninguno Hierro Polimaltosado Polimaltosado + otros Sulfato ferroso Otros..</p>	



<p>PE3. ¿Cómo será la promoción de la salud se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?</p>	<p>OE3. Identificar la promoción de la salud que esta relacionado con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca .</p>	<p>HE3. La promoción de la salud se relaciona con el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca.</p>		<p>1.3. Promoción de salud</p>	<p>1.3.1. Orientación integral</p> <p>1.3.2. Consejería nutricional</p> <p>1.3.3. Sesiones demostrativas</p> <p>1.3.4. Visita domiciliaria</p>	<p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Ninguna Consulta anterior} Consulta actual Anterior y actual</p> <p>Nunca 1 vez 2 veces 3 veces</p>
<p>PE4. ¿Cómo será el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca?</p>	<p>OE4. Evaluar el crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca.</p>	<p>HE4. El crecimiento y desarrollo en niños menores de 36 meses, Puesto de Salud 9 de octubre, Juliaca es de riesgo de talla baja en mas del 20% y de riesgo del desarrollo en mas del 10%.</p>	<p>Variable 2. Crecimiento y desarrollo</p>	<p>Crecimiento</p> <p>Desarrollo</p>	<p>Valoración del crecimiento</p> <p>Valoración del desarrollo TA -EEDP</p>	<p>a)Desnutrido b) Riesgo nutricional c) Normal d) Sobre peso- obesidad</p> <p>a)Retraso b) Riesgo desarrollo c) Retraso del desarrollo</p>



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del presente estudio es: ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024. El estudio no genera ningún riesgo a la madre o al niño, ya que a través de preguntas deberá responder de manera sincera y de forma anónima.

El trabajo de investigación que se realizara usted debe brindar su consentimiento una vez comprendido su forma de participación y su deseo de participar en esta actividad, de manera voluntaria.

Si su respuesta es (SI), llene los siguientes datos.

Yo _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el objetivo del presente estudio de investigación y manera de participación, voy a participar libre y voluntariamente por lo que autorizo a la Srta. Bach. BACH. YOVANA CARINA YAPU YANA egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez en la ciudad de Juliaca, por lo que autorizo a realizarme una encuesta sobre el tiempo los riesgos y el cuestionario.

Juliaca, Abril del 2024.

.....

ANEXO 4: INSTRUMENTOS**GUÍA DE ENTREVISTA A MADRE DE NIÑO DE 6 A 35 MESES
CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE**

Sr. Srta. Me dirijo a su persona para solicitar pueda llenar el cuestionario acerca de algunos factores determinantes que pudiera estar afectando en la presencia de la anemia en los niños. Dándole seguridad que la información brindada es totalmente confidencial y anónima y con fines de investigación.

Atención integral

Antropometría:

1. Edad

- 6 a 12 meses
 13 a 23 meses
 24 a 36 meses

2. Sexo

- Femenino
 Masculino

3. Peso y talla

- Hoy le realizaron el control Peso Si () No ()
Talla Si () No ()
 Completo
 Incompleto

Tamizaje y tratamiento

4. Cuantos controles hasta hoy de hemoglobina le realizaron a su niño/niña

- Ninguno /solo RN
 1 control
 2 controles
 3 controles

5. Tratamiento profilaxis de parasitosis (recibió antiparasitario)

- Ninguna vez
 1 profilaxis con antiparasitarios
 2 profilaxis con antiparasitarios
 3 profilaxis con antiparasitarios



6. Estado vacunación (carnet)
- Incompleto para edad
 - Completo para edad
7. Control de la salud oral que recibió hasta hoy
- Ninguno
 - Examen odontológico
 - Educación salud oral
 - Fluorización
 - Tratamiento odontológico
 - + 2 intervenciones
8. Tratamiento anemia que recibió o viene recibiendo
- Ninguno
 - Hierro Polimaltosado
 - Polimaltosado + otros micronutrientes
 - Sulfato ferroso
 - Otros..

Promoción de la salud

9. Orientación integral
- Ninguna
 - Consulta anterior
 - Consulta actual
 - Anterior y actual
10. Consejería nutricional
- Ninguna
 - Consulta anterior
 - Consulta actual
 - Anterior y actual
11. Sesiones demostrativas
- Ninguna
 - Consulta anterior
 - Consulta actual



Anterior y actual

12. Visita domiciliaria

Nunca

1 vez

2 veces

3 veces



FICHA RECOLECCION DE DATOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y NIÑA

(Carnet del niño /niña- H. CI)

I. Valoración del crecimiento y desarrollo

Valoración del crecimiento: Edad: Peso: Talla

Desnutrición t/e

Riesgo peso, talla,

Normal

Sobre peso

Obesidad

Valoración del desarrollo TA- TP según formatos del Test peruano

Trastorno desarrollo

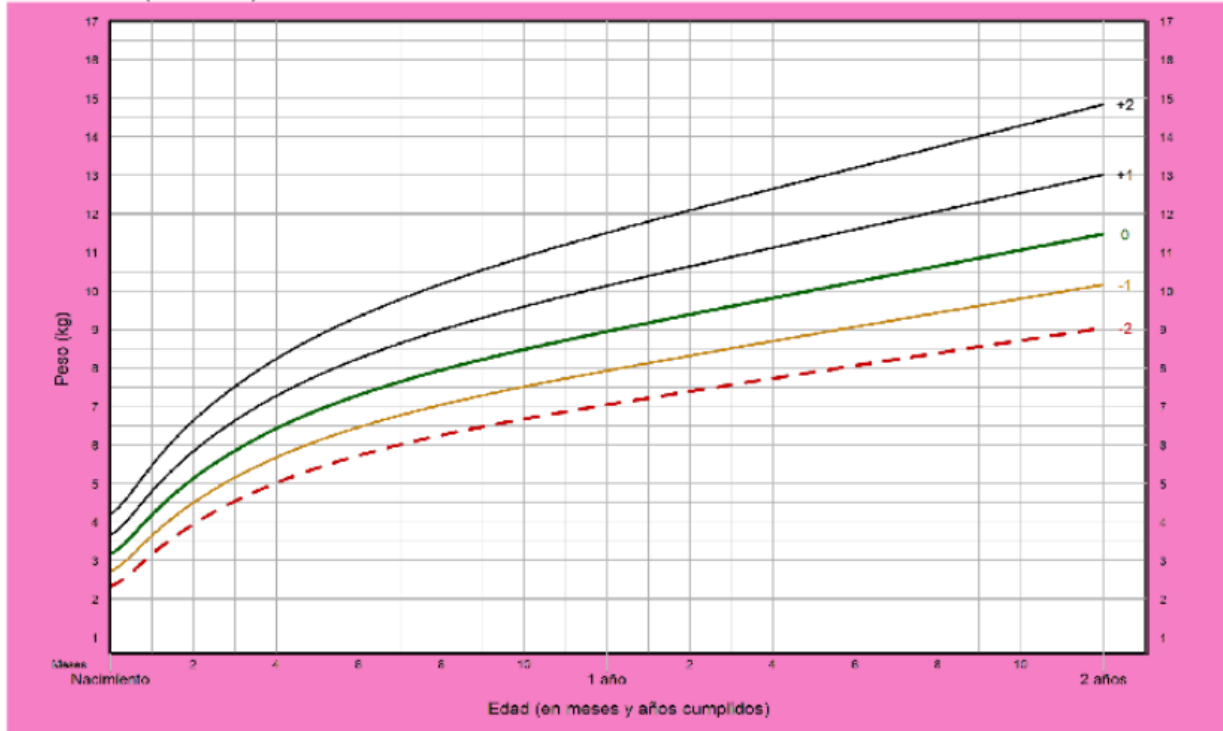
Riesgo

Normal



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

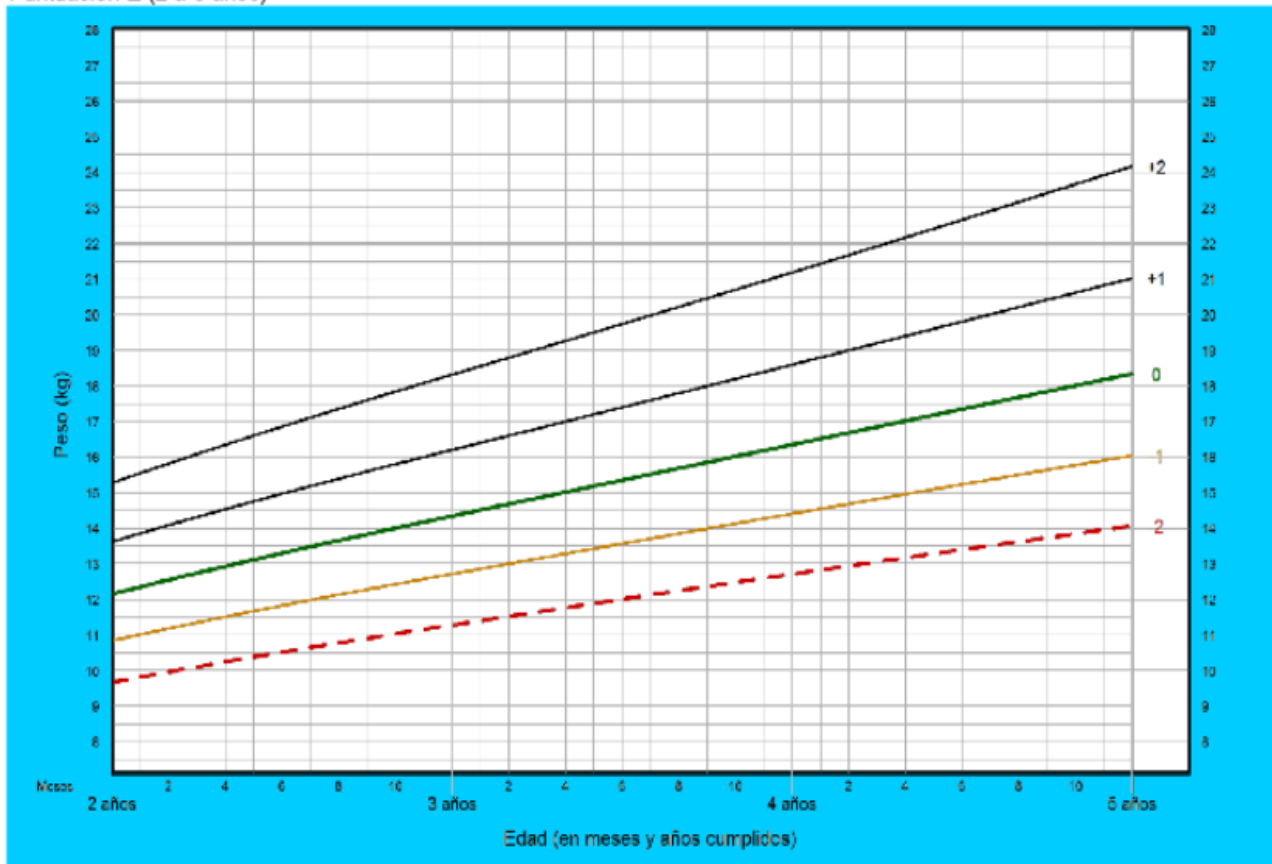


Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016

Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud



ANEXO 5: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Juicio de experto del Instrumento de validación

I. Datos Generales

1.1 Apellidos y Nombres del Experto : Luz Angel Blanco Calcina
 1.2 Institución donde Labora : Puesto de Salud 9 de Octubre - Juliaca
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : _____
 1.4. Autor del Instrumento. : Yovano Cirina Yapo Yana
 Titulo del instrumento: _____

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Minimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado													X
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación													X
4 organización	Existe una organización lógica													X
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos													X
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos													X
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems													X
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis													X
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													X

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV Promedio de valoración

X

Fecha DNI 44185546 Firma del Experto: [Firma]

[Firma]
 DE LUZ ANGEL BLANCO CALCINA



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Juicio de experto del instrumento de validación

I. Datos Generales

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : Silvia N. Cruz Colca
 - 1.2 Institución donde Labora : Puesto de Salud 9 de Octubre - Juliaca
 - 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : _____
 - 1.4 Autor del Instrumento. : Yovano Carina Yapu Yana
- Título del instrumento: _____

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Mínimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado													X
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación													X
4 organización	Existe una organización lógica											X		
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos													X
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos													X
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems													X
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis													X
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													X

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

X

IV Promedio de valoración

FechaDNI..... Firma del Experto:.....



MICRO RED CONO SUR
IPRESSE
C.S. 09 DE OCTUBRE

Silvia N. Cruz Colca



ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS.

Dra. SILVIA CRUZ COLCA, JEFA DEL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE.


Yo, YAPU YANA YOVANA CARINA, Bachiller de la escuela profesional de ENFERMERIA de la Universidad Andina " NESTOR CACERES VELAZQUEZ", de Juliaca, identificado con DNI N°. 72231375, con domicilio en el Jr. 8 de octubre provincia de SAN ROMAN – JULIACA, departamento de PUNO, ante Ud. Me presento y expongo lo siguiente:

Mediante el presente documento me dirijo muy respetuosamente ante usted, Señor (a) jefa del puesto de salud 9 de octubre, con la finalidad de poder solicitarle AUTORIZACION para poder realizar estudio de TESIS, en el AREA de control de crecimiento y desarrollo del niño y adolescente CRED, denominado "ATENCION INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESE, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024". Esto con la finalidad de optar mi titulo Profesional de Licenciada En Enfermería.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted Señor (a) jefa del puesto de salud 9 de octubre pueda acceder a mi petición, por ser justa y legal.

Juliaca, 31 de agosto del 2024


YAPU YANA YOVANA CARINA
72231375



MICRO RED CONO SUR
IPRESS
C.S. 09 DE OCTUBRE



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 13/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YOVANA CARINA YAPU YANA

Dirección: Jr. 8 de noviembre S/N

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72231375

Teléfono: 967771437

email: carinayapuyana12@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono:

email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación []

Tesis [X]

Trabajo de Suficiencia Profesional []

Trabajo Académico []

ATENCIÓN INTEGRAL RELACIONADO CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Atención integral, crecimiento, desarrollo, niño.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?

1

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional Nacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P07

Firma de Autor



huella digital

13 de octubre del 2025

Fecha

