



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA ENFERMERIA COMUNITARIA



Relación entre el estrato socioeconómico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, de un centro de salud público de Montevideo

Autores:

Br. Cuello, Valeria  
Br. Medina, Virginia  
Br. Santucci, Natalia

Tutores:

Prof. Agda. Lacava, Esther  
Prof. Agda. Menoni, Teresa

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos que hicieron posible llevar a cabo nuestra investigación.

A nuestras tutoras por su apoyo, disponibilidad y entusiasmo.

A nuestras familias y amigos por otorgarnos la comprensión y el cariño en todo momento a lo largo de la carrera, alentándonos y brindándonos confianza en forma permanente.

A cada una de nosotras que hicimos posible este Sueño hecho Realidad.

---

## INDICE

---

oResumen.....	Pág. 4
oIntroducción.....	Pág. 5
oPlanteamiento del Problema.....	Pág. 6
oJustificación Científica.....	Pág. 7
oMarco Conceptual.....	Pág. 9
oObjetivos de la Investigación.....	Pág. 23
oDiseño Metodológico.....	Pág. 24
oDefinición de las Variables.....	Pág. 26
oPresentación de los Resultados.....	Pág. 28
oAnálisis.....	Pág. 42
oConclusiones.....	Pág. 48
oSugerencias.....	Pág. 49
oReferencias Bibliográficas.....	Pág. 50
oCronograma de Gantt.....	Pág. 52
oPresupuesto.....	Pág. 53
oAnexos.....	Pág. 54
I. Instrumento de recolección de datos	
II. Instructivo del instrumento	
III. Patrones de Crecimiento de la O.M.S.	

## RESUMEN

El siguiente estudio pretendió conocer la relación existente entre el Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar, con el Crecimiento en Peso y Longitud de los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 2 años de edad, cuyo control pediátrico se realizó en un Centro de Salud Público del Primer Nivel de Atención, ubicado en la ciudad de Montevideo, en el período comprendido entre el 3 y el 6 de noviembre de 2009,

Se realizaron entrevistas a los acompañantes de la población objetivo, que aportaron información antropométrica del niño a estudiar, las características del núcleo familiar y su entorno. Se estudiaron 80 niños pertenecientes al Programa Aduana que allí se lleva a cabo, con una población total actualmente de 750 niños. El crecimiento se reportó como la relación entre Peso y Longitud por mes de Edad y por Sexo, conociendo a través de las curvas percentilares, el crecimiento adecuado, insuficiente o excesivo, bajo los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La composición familiar se clasificó en Familia Nuclear, Extensa y Monoparental. Y el Estrato Socioeconómico, en Estrato Alto, Medio, Medio bajo, Bajo y Muy bajo.

Al conocer el Peso y Longitud en niños durante los dos primeros años de vida, atendidos en un Centro de Salud Público de Montevideo, obtuvimos que muestran en su mayoría un patrón similar al reportado para los niños sanos de diversas poblaciones según lo establecido por la OMS. Los Estratos Socioeconómico predominantes se visualizaron en Bajo y Muy Bajo, para la totalidad de los niños y las familias nucleares constituyeron el mayor porcentaje de nuestro estudio.

Si bien una familia que se encuentra en un Estrato Social capaz de cubrir sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda y vestimenta, que son esenciales para el crecimiento del niño, se observó, a través de este estudio que la estructura familiar es de mayor importancia, ya que la Familia Nuclear, obtuvo en niños, el mejor crecimiento para su edad y no así la Familia Monoparental, estando ambas en Estratos Socioeconómico Bajos y Muy bajos.

Se reflejó que la mejora en las condiciones generales de vida, con una mejor renta, mayor acceso al agua potable y mejores niveles educativos, lograrían los avances para un crecimiento óptimo de todo individuo

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Investigación, fue elaborado por tres estudiantes de la Facultad de Enfermería, cursando la Licenciatura de Enfermería Plan de estudio 93, enmarcados en el trabajo final de investigación requisito para la culminación de la carrera.

Entendimos que el crecimiento del niño, adquiere rasgos propios en los diferentes países, regiones e incluso localidades, debido al ambiente, la genética y la diversidad de etnias.

A partir de esto, fue que se pretendió conocer la relación existente entre el Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar con el Crecimiento en Peso y Longitud de los niños desde su nacimiento hasta los 2 años de edad, cuyo control pediátrico se realizó en el Centro de Salud del Primer Nivel de Atención del Barrio Piedras Blancas.

La familia del niño es integrante del contexto denominado "comunidad" que vive en un lugar y en un período social e histórico definido, de ahí las influencias del medio de las cuales la familia es transmisora. Como ni el niño ni su medio ambiente son estáticos, se propuso como criterio de selección del tema, de que existe una estrecha relación entre: -Composición Familiar, Crecimiento Infantil y Estrato Socioeconómico-

La población de interés para la realización de la investigación fueron los niños de 0 a 2 años de edad, controlados entre los días 3 y 6 de noviembre, en un Centro de Salud Público, ubicado en la ciudad de Montevideo. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Tomándose como universo 80 niños que constituyeron el 10% del total de niños que integran el Programa Aduana en dicho lugar.

Para llevar a cabo los objetivos se utilizó como instrumento la entrevista realizada al acompañante del niño al momento del control pediátrico.

Comprometidas con la realidad y los desafíos que su transformación presenta, como futuras profesionales de la salud buscamos realizar un aporte, que contribuya a profundizar el conocimiento de la condición de la familia y el estrato socioeconómico sobre el crecimiento infantil de nuestro país.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Área Problema**

Familia y Crecimiento de los niños desde su nacimiento hasta los 2 Años de vida.

### **Problema**

¿Cuál es la relación entre el Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar, con el Crecimiento en Peso y Longitud de los niños menores de dos años de edad, de un Centro de Salud Público de Montevideo?

Se concibe el crecimiento como el resultado de un programa genético que se va expresando a lo largo del eje del tiempo, y que está inmerso en un Medio Ambiente. Este Medio Ambiente puede ser favorable o desfavorable. Si el medio ambiente es desfavorable, el programa genético del crecimiento no va a poder expresarse en toda su potencialidad, y entonces el niño alcanzará una estatura menor que la genéticamente programada. Por el contrario, si el medio ambiente es óptimo, entonces podemos asumir que el niño va a poder expresar en forma completa su potencial genético de crecimiento.<sup>1</sup>

Los estándares de crecimiento infantil de la OMS, presentan a los lactantes amamantados hasta los seis meses de edad, como modelo de crecimiento normal, facilitan la identificación de niños con retardo de crecimiento y son útiles para medir la creciente epidemia mundial de sobrepeso-obesidad.<sup>2</sup>

En nuestro país, la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Si bien el indicador Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en los últimos años - al igual que en muchos países de América Latina - las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación. Dado que en los hogares pobres se encuentran más del 50% de los niños menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir son francamente superiores. La desnutrición ha aumentado en los niños menores de 2 años de las zonas más excluidas<sup>3</sup>

Hace ya 20 años, Juan Pablo Terra aludía sobre este tema, publicando su análisis sobre la infancia en Uruguay. Allí advertía sobre los riesgos que generaba el funcionamiento de la estructura social y económica uruguaya al concentrar la pobreza en las primeras edades.<sup>4</sup>

Las clases sociales no sólo se diferencian por la incidencia del desempleo que

<sup>1</sup> Fano Virginia. Guías para la evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2da Edición. 2001

<sup>2</sup> CLAP/OMS Guía de Manejo en la malnutrición en menores de cinco años. 2007

<sup>3</sup> MSP Programa Prioritario de Atención a la Niñez 2006

<sup>4</sup> Terra Juan Pablo: Creciendo en Situación de Riesgo. Niños Pobres de Uruguay. UNICEF. 1989

existe en las mismas. También se diferencian por los impactos diferenciales que tiene el desempleo en el bienestar y pobreza de los hogares de las distintas clases. En la periferia de Montevideo (Norte, Oeste y Este) se verifica un crecimiento demográfico muy significativo, caracterizado por el predominio de sectores de clase baja y particularmente, del crecimiento y expansión de la pobreza y situaciones de vulnerabilidad social. Dicho crecimiento se origina en migraciones desde la ciudad consolidada y combina tres modalidades: vivienda autoconstruida en lotes regulares, conjunto habitacionales públicos y un importante crecimiento de los asentamientos irregulares.<sup>5</sup>

En el departamento de Montevideo hay unos 35 mil hogares en asentamientos irregulares, en donde viven unas 130 mil personas. Los hogares en asentamientos constituyen el 7,2% de los hogares montevideanos, y los asentados el 9,7% de la población del departamento.<sup>6</sup>

El trabajo realizado por el INE, basado en una encuesta continua de hogares y en proyecciones de población, que no ofrece exactitud absoluta, sino una razonable precisión en la clase social baja en Montevideo, se obtuvo con respecto a la calidad constructiva de las viviendas que en estas, predominan las paredes externas construidas con materiales livianos sin revestimiento y con materiales de desecho. Los techos, predominan los de peor calidad: techos livianos o cielo raso y los de materiales de desecho. En los hogares de los asentamientos, un 16,4% de los hogares son monoparentales de jefatura femenina y con 3 o más menores a cargo. El 60% de los jefes de hogar que viven en asentamientos han aprobado 6 años o menos en educación formal. Los miembros de los asentamientos trabajan más en la calle: puesto de feria, a domicilio.

Trabajar en el Primer Nivel de Atención nos acerca para conocer las condiciones de vida de la población infantil en situación de pobreza, desarrollando una atención de salud con un fuerte énfasis preventivo y de promoción donde la familia constituye un rol fundamental en el crecimiento para las tempranas etapas de la vida de los individuos.

Los anteriores planteamientos y estadísticas invitan a la profesión de enfermería para la articulación de acciones que faciliten la atención integral de los niños.

---

<sup>5</sup> Mazzei Enrique: El Uruguay desde la Sociología IV UDELAR 2005

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares, "Condiciones de vida en Montevideo" 2do semestre 2008

## MARCO CONCEPTUAL

### LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Tiene como fin promover la armonía entre el hombre y su entorno. "Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo, terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria". Conceptualiza al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual, compuesto por elementos que conforman un medio interno e inmerso en un entorno que le influye positiva y negativamente. La pérdida de la estabilidad de estos elementos da origen a las necesidades que deben ser satisfechas por el individuo para mantener un estado de salud óptimo o dentro de los límites de lo que se considera normalidad.

### ROL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA

La actividad profesional de la enfermera pediátrica está dirigida a la promoción y prevención de la salud en la infancia y adolescencia. Satisfaciendo los conocimientos enfermeros, las necesidades que presenta el niño en sus tres aspectos bio-psico-social, tales como alimentación, hidratación, descanso-sueño, higiene afectividad y medio ambiente, adecuados para su salud y desarrollo, etc.

La labor de enfermería para ser efectiva, debe abarcar todas las necesidades del niño, físicas, emocionales y espirituales, en cada uno de los períodos de crecimiento y desarrollo, teniendo siempre en cuenta la familia y el entorno.<sup>7</sup>

### PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El aporte de la Enfermería a la comprensión global de la situación de la salud le da su capacidad para identificar las necesidades de forma integral, logrando identificar para luego actuar sobre los aspectos que intervienen directa e indirectamente en el *proceso salud enfermedad* de cada individuo entendiéndolo como tal "al proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y

<sup>7</sup> GÓMEZ-GARCÍA, M. Enfermería Pediátrica. de. Masson-Salvat, 1992

cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentra. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y el equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos\*.

## **SALUD**

Desde un enfoque global se entiende a la *Salud* como "un fenómeno psico-biológico-social, dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-físico-lógico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismos humano frente a la complejidad del ambiente social."

## **DETERMINANTES DE LA SALUD**

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

## **FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD**

- La Biología Humana: factores genéticos, el ciclo vital, los ritmos biológicos
  
- El Sistema Sanitario: calidad, accesibilidad, financiación
  
- El Medio Ambiente: factores biológicos, factores físicos, factores químicos, factores socioculturales
  
- Los Estilos de Vida: dieta, consumo de drogas, promiscuidad social<sup>B</sup>

---

\* Facultad de Enfermería. Plan de Estudio Licenciatura en Enfermería. Montevideo, 1993.

## COMUNIDAD

Es una agrupación organizada de personas, que perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común. Con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica.<sup>9</sup>

## POBREZA

Es el costo monetario considerado necesario para comprar una canasta de alimentos considerados básicos para una nutrición adecuada y otros bienes y servicios básicos no alimentarios, tales como educación, vivienda, salud, y transporte, entre otros. Este conjunto de bienes y servicios básicos, se denomina Canasta Básica Total.<sup>10</sup>

## PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

\*Se considera a todo servicio que brinde una institución Pública o Privada que constituya el primer contacto del usuario con el sistema en cualquiera de las modalidades actualmente existentes\*<sup>11</sup>

## PROGRAMA PRIORITARIO DE ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS

Busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los mismos que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, entre otras, la accesibilidad y continuidad en la atención, y facilitando una integración entre este ámbito programático que se define longitudinal, con ámbitos programáticos transversales que recorren las diferentes etapas del control y desarrollo, brindándole integralidad: salud bucal, salud mental, inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros.

La estrategia se define bajo el marco general de acción señalado por las autoridades gubernamentales, de priorizar una mejora en las condiciones de vida de la

<sup>9</sup> Ander-Egg, E. Diagnóstico Social, conceptos y metodologías. Lumen. Bs.As, 1995.

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. Uruguay. 2008

<sup>11</sup> MSP, Primer Nivel de Atención. 2005

población infantil-adolescente en situación de pobreza a través de políticas sociales integrales, desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis preventivo y de promoción y mayores niveles de accesibilidad, con promoción de derechos y participación ciudadana, donde espacios como la escuela y la familia se constituirán en objetivos a fortalecer.

## **PROGRAMA ADUANA**

Tiene la finalidad de realizar el control y seguimiento de salud del niño desde su nacimiento hasta el 2º año de vida (a partir del año 2007) aplicando promoción y prevención de salud en el 1er nivel de atención. El PROGRAMA ADUANA consiste en prácticas de captación y seguimiento de recién nacidos desde la maternidad y en los centros barriales de atención, con instrumentos de información centrales y locales que aseguren el control periódico, sobre la base de un monitoreo permanente y de un criterio de priorización ante situaciones de riesgo. Es un valioso Programa de apoyo al Control de Salud del niño y niña. Ha desarrollado un importante instrumento, la VISITA DOMICILIARIA, (en particular si hay falta a la cita), para conocer mejor la situación familiar y apoyar la recaptación del niño, verdadero puente entre la familia y los servicios.

## **EDAD**

Etapa del individuo en el período del tiempo que ha transcurrido desde al nacimiento hasta la fecha expresada en Meses.

Para evaluar el crecimiento, se han considerado como referencia los controles pediátricos establecidos en el carné de salud del niño del M.S.P.:

- menor a un mes (1er y 2do control pediátrico)
- un mes (control pediátrico 3)
- dos meses (control pediátrico: 4)
- tres meses (control pediátrico: 5)
- cuatro meses (control pediátrico: n° 6)
- cinco meses (control pediátrico n° 7)

- seis meses (control pediátrico n° 8)
- ocho meses (control pediátrico n° 9)
- diez meses (control pediátrico n° 10)
- doce meses (control pediátrico n° 11)
- quince meses (control pediátrico n° 12)
- dieciocho meses (control pediátrico n° 13)
- veintiún meses (control pediátrico n° 14)
- veinticuatro meses (control pediátrico n° 15)

### **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Son las medidas corporales utilizadas para evaluar el estado nutricional de los individuos y la comunidad, con fines de clasificación, monitoreo o vigilancia. El peso y la longitud para niñas menores de dos años de edad.

### **INDICADOR ANTROPOMÉTRICO**

Es un instrumento que permite evaluar y el estado nutricional. Toma como base algunas medidas corporales y se obtiene mediante una comparación (a partir de un valor de referencia)

### **PESO PARA LA LONGITUD**

Es un buen indicador para el estado nutricional actual y no requiere el conocimiento preciso para la edad.

## PERCENTIL

Expresión matemática de las frecuencias relativas acumuladas multiplicadas por cien.<sup>12</sup>

## CRECIMIENTO NORMAL

El crecimiento normal del niño se inicia con un periodo de crecimiento rápido, una etapa de crecimiento lento, y nuevamente una fase de aceleración en el periodo de la pubertad.

Cuando el peso al nacer es normal, el crecimiento va acompañado de un aumento aproximado de 700 gramos mensuales durante los cinco primeros meses, doblándose el peso de nacimiento entre el 4° y el 5° mes de vida.

Después, el crecimiento es más lento: el aumento mensual durante los siete meses siguientes es, por término medio, de 500 g, es decir, que al año el niño habrá triplicado su peso.

\_La Longitud: la longitud media en el nacimiento es de 50 cm.

El lactante crece 25 cm en el primer año y 15 cm en el segundo.

Después entra en una fase de lentitud y su crecimiento es de: 10 cm entre 2 y 3 años, 5 a 10 cm por año en los años siguientes, hasta el desarrollo del crecimiento prepuberal, de 9 a 10 años.

\_El peso: con un promedio de peso al nacer de 3300 gramos se alcanza el doble hacia el 5° mes y triple al año.

A partir de un año el promedio de aumento de peso anual es de 2 a 3 kg hasta la crecida prepuberal de 9 a 10 años.<sup>13</sup>

Para discernir si un niño presenta un crecimiento normal para la edad se debe graficar la medida del niño en tablas (peso para la edad, talla para la edad, peso para la longitud), si la medición cae dentro de los límites normales seleccionados entre los percentiles P3 y P97 el niño tiene un crecimiento adecuado. Si la medición cae por debajo del P3 el crecimiento es insuficiente para la edad y si el valor cae mayor al P97 hay un excesivo crecimiento para la edad<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Manual de Bioestadística de H.Pardell. Masson, Barcelona 1986.

<sup>13</sup> Cuadernos de la Enfermera. Pediatría. R. Steinschneider. Ed.1989.

<sup>14</sup> Manual del crecimiento y desarrollo del niño. OPS. 1988

## **CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO**

El crecimiento y desarrollo del ser humano es todo cambio en forma de respuesta adaptada y organizada frente a experiencias de interacción con el medio, en el tiempo y de acuerdo con el potencial genético. El crecimiento propiamente tal es un proceso cuantitativo derivado de la multiplicación celular, que determina un aumento de las dimensiones corporales y conduce a producir individuos de formas diferentes. El desarrollo en cambio, es un proceso cualitativo, de las funciones de maduración de órganos y sistemas que van haciéndose cada vez más complejas y perfectas.

Se trata de procesos diferentes entre sí y por lo general interdependientes, que ocurren al mismo tiempo y, por ser procesos biológicos, pueden ser influidos por factores endógenos y especialmente exógenos.

El crecimiento es fácilmente afectado por las condiciones ambientales, que lo favorecen o lo dificultan.

Los ritmos de crecimiento y desarrollo varían de un niño a otro, pero mientras el crecimiento termina con individuos de formas y dimensiones diferentes, el desarrollo o la maduración, es sensiblemente igual para todos.

## **MECANISMOS DEL CRECIMIENTO**

El crecimiento o aumento de tamaño ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: la hiperplasia o aumento del número de células que ocurre a través de la multiplicación celular; y la hipertrofia o aumento del tamaño de las células. Ambos mecanismos contribuyen al crecimiento humano, aunque operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida.

## **ESTUDIO DEL CRECIMIENTO**

Podemos estudiar el crecimiento a nivel de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tienen una gran aplicación clínica, tales como el peso y la longitud. El peso refleja la acumulación o aumento de diferentes tejidos del organismo. La de la longitud mide casi exclusivamente el tejido óseo, es un excelente reflejo del crecimiento global del niño y presenta una curva posnatal semejante a la del peso.

No importa demasiado que el niño presente un peso y una talla ligeramente por encima o por debajo de lo indicado en las gráficas de valores promedio para su edad y sexo. Lo importante es que su patrón de crecimiento se mantenga normal, es decir, que vaya ganando peso y longitud a una velocidad adecuada. El problema puede surgir si un niño de repente se desvía de forma rápida del patrón de crecimiento que había estado siguiendo hasta ese momento.<sup>15</sup>

## **FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO**

En el complejo proceso de crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras lo retrasan.

En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

**Factores Nutricionales:** se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo.

**Factores Socioeconómicos:** es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene implicancias sobre el crecimiento. Esta situación tiene carácter extensivo a la población de recién nacidos de regiones pobres, donde la incidencia, de recién nacidos de bajo peso es significativamente mayor en los países en vías de desarrollo.

**Factores Emocionales:** se relacionan con la importancia de proporcionar al niño un ambiente psicoafectivo adecuado desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento.

**Factores Genéticos:** ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y

<sup>15</sup> Manual del crecimiento y desarrollo del niño. OPS. 1986

aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos.

**Factores Neuroendocrinos:** participan en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes

### **PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL de la OMS 2006**

El conjunto de curvas de crecimiento, es la nueva referencia internacional para evaluar la nutrición en individuos, pero permite el manejo correcto de poblaciones. Los niños nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en el mismo nivel de crecimiento. Existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es notablemente similar. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

### **CONFECCIÓN Y USO DE GRAFICAS DE CRECIMIENTO**

La representación gráfica se inscribe en un sistema de coordenadas, ubicándose en el eje vertical, la variable medida en la unidad correspondiente, mientras que en el eje horizontal se inscribe el tiempo. El punto de entrecruzamiento del valor antropométrico con la edad, señala la posición relativa que tiene ese valor con respecto a la gráfica. En toda la gráfica de crecimiento se establecen límites superiores e inferiores entre los que se incluye un área. La población de individuos cuyas medidas se encuentran contenidas dentro de los límites preestablecidos, será considerada como adecuada para la edad. Para los estudios de crecimiento se utilizan como límites discriminantes ciertos indicadores estadísticos como por ejemplo, los límites dados por los percentiles 3 y 97.

## FAMILIA

La ONU ha definido la familia como el "grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos".<sup>16</sup> En línea con esta definición podemos entender la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo hogar. Conviene no confundir familia y hogar; este es el espacio físico donde habita la familia, por ello el hogar no puede ser más pequeño que la familia. Un mismo hogar puede ser ocupado por un número variable de familias, de manera que los hogares pueden ser unifamiliares, bifamiliares o para tres o más familias.

Podemos definir la familia como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.

## TIPOS DE ESTRUCTURA FAMILIAR

Podemos distinguir, atendiendo al número de miembros y su composición, dos tipos de familias: la familia extensa que está constituida por una agrupación numerosa de miembros, en que junto a los padres e hijos, se incluyen abuelos, tíos, primos, etc, abarcando dos o más generaciones, y la familia nuclear considerada como el subsistema social que consta de dos adultos de sexo opuesto y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos.

Otra tipología estructural es la de las familias monoparentales que están formadas por el padre o la madre y los hijos. Las familias monoparentales surgen como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, divorcio, o por la existencia de padres solteros.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Luis de la Revilla. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. 1994

<sup>17</sup> Luis de la Revilla. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. 1994

**1. La familia nuclear:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica o la pareja o miembros adoptados por la familia.

**2. La familia extensa:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

**3. La familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental por el fallecimiento de uno de los cónyuges.

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO:** se utilizará como Instrumento el puntaje socioeconómico Graffar

La escala global del Puntaje de GRAFFAR, se constituye como la suma simple equiponderada de los puntajes asignados en cuatro Escalas Componentes de carácter social:

1. Profesión del Jefe de Familia,
2. Instrucción de la madre,
3. Fuente y/o modalidad de Ingresos,
4. Condición Habitacional

Cada Escala Componente a su vez, es puntuada mediante cinco valores consecutivos (x:1, x: 2, x:3, x: 4, x: 5). Las características típicas asociadas a cada valor según cada Escala Componente, serían las siguientes:

### **1. Profesión del Jefe de Familia**

Puntaje 1: Profesión universitaria

Puntaje 2: Profesión Técnica (UTU, escuelas técnicas)

Puntaje 3: Empleados/Oficinistas (cajeras)

Puntaje 4: Obreros Especializados (empleados empresas de seguridad, feriantes)

Puntaje 5: Obreros no Especializados (Changas, vendedor ambulante)

### **2. Nivel de Instrucción de la madre**

Puntaje 1: Universitaria

Puntaje 2: Secundaria completa o técnica

Puntaje 3: Secundaria incompleta

Puntaje 4: Educación primaria completa e incompleta

Puntaje 5: Analfabeta

### **3. Fuente y/o modalidad de Ingresos**

Puntaje 1: Renta (empresarios de grandes empresas comerciales)

Puntaje 2: Honorarios (profesionales universitarios que trabajan en forma independiente, Ej.: odontólogos, médicos, abogados)

Puntaje 3: Sueldo quincenal o mensual

Puntaje 4: Sueldo diario o semanal

Puntaje 5: Ingresos esporádicos

#### **4. Condición Habitacional**

Puntaje 1: Casas de lujo (mansiones)

Puntaje 2: Casas o departamentos espaciosos y confortables (n° de dormitorios corresponden con el n° de habitantes)

Puntaje 3: Vivienda modesta de construcción sólida y el n° de dormitorios no corresponden con el n° de habitantes y poseen agua potable y saneamiento

Puntaje 4: Casas o departamentos de construcción precaria (pared de bloque terminada o sin terminar y techo de chapa) con un n° de dormitorios que no corresponde con el n° de habitantes, que poseen agua potable y pozos negros.

Puntaje 5: Casas de baja calidad estructural, acceso inadecuado al agua potable, con pozos negros.

Al utilizar cuatro componentes, el recorrido de la suma total tiene como límite inferior el valor 4 y como límite superior el valor 20. Estableciéndose la siguiente partición

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO I:** Familias cuya suma de notas está comprometida entre 4, 5, 6. -Correspondiente al ***Estrato Socioeconómico Alto-***

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO II:** Familia cuya suma de nota está comprometida entre 7, 8, 9. -Correspondiente al ***Estrato Socioeconómico Medio-***

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO III:** Familias cuya suma de notas está comprendida entre 10, 11, 12. -Correspondiente al ***Estrato socioeconómico Medio Bajo-***

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO IV:** Familias cuya suma de notas está comprendida entre 13, 14, 15,16. -Correspondiente al ***Estrato Socioeconómico Bajo-***

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO V:** Familias cuya suma de notas está comprendida entre 17, 18, 19, 20.-Correspondiente al ***Estrato Socioeconómico Muy Bajo-***

Esta clasificación permite controlar las variables más importantes asociadas a la posición social jerárquica que ocupa la familia dentro de un determinado sistema social

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General:**

◆ Conocer la relación existente entre el Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar con el Crecimiento en Peso y Longitud de los niños menores de dos 2 años de edad.

### **Objetivos Específicos:**

◆ Caracterizar a la población según la Composición de la Familia y según los Estratos Socioeconómicos.

◆ Describir cómo se comporta el Crecimiento de los niños y niñas de acuerdo a la Composición Familiar y el Estrato Socioeconómico.

**Tipo y diseño general del estudio:**

Es un diseño descriptivo, de corte transversal.

**Área de estudio:**

Centro de Salud Público del Primer Nivel de Atención.

**Universo de estudio:**

Todos los niños y niñas cuyas edades estuvieron comprendidas entre 0 y 24 meses, que concurren al control pediátrico del Centro de Salud Público del Primer Nivel de Atención.

**Criterios de inclusión:**

1. Niños nacidos de embarazo de término
2. Niños sin enfermedades congénitas o adquiridas que pudieran desviarlos de su normal crecimiento.
3. Peso de nacimiento mayor o igual a 2.500 gr.
4. Que el acompañante del niño acepte ser entrevistado por el equipo investigador.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El grupo trabajó en conjunto, cubriendo el período establecido en los turnos mañana y tarde entre el 3 y el 6 de noviembre de 2009.

### *Procedimiento para la recolección de la información:*

**Fuente de datos:** Carné del niño del MSP para obtener la medición de la Longitud y el Peso correspondiente al último control, Curvas Percentilares del nuevo Patrón del Crecimiento de la O.M.S (ver anexo III), para conocer los percentiles para Peso y Longitud para la edad y peso para la longitud, según el sexo y la información proporcionada en la entrevista realizada al acompañante del niño al momento del control pediátrico en el Centro de Salud de Montevideo.

**Instrumento:** Formulario elaborado por el equipo investigador para la recolección de datos (ver anexo I).

### **Procedimiento:**

1-Para recabar la información necesaria se elaboró un formulario, el cuál poseía la información necesaria para nuestro estudio: datos sobre la edad, el sexo, peso y longitud actual, junto con la descripción de la composición familiar y preguntas relacionadas con el entorno del niño para determinar así, el estrato socioeconómico utilizando la clasificación Graffar.. El mismo estaba acompañado de un instructivo (ver anexo II).

2-Se procedió a la realización de la prueba piloto. Una vez probado el instrumento y efectuadas las correcciones del mismo, procedimos a la recolección de datos.

3-En primera instancia, se solicitó la correspondiente autorización para realizar dicha investigación en un Centro de Salud Público de Montevideo.

4-El equipo investigador se presentó a dicho centro, exponiendo la metodología de trabajo y los criterios de inclusión para la selección de la población

## **DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

### **1. EDAD:**

•*Definición conceptual:* Etapa del individuo en el periodo del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha expresada en meses.

•*Categoría:* se han considerado como referencia los controles pediátricos establecidos en el carné de salud del niño del M.S.P.:

-menor a un mes (1er y 2do control pediátrico)-un mes (control pediátrico:3)-dos meses (control pediátrico:4)-tres meses (control pediátrico:5)-cuatro meses (control pediátrico: n° 6)-cinco meses (control pediátrico n° 7)-seis meses (control pediátrico n° 8)-ocho meses (control pediátrico n° 9)-diez meses (control pediátrico n° 10)-doce meses (control pediátrico n° 11) -quince meses (control pediátrico n° 12)-dieciocho meses (control pediátrico n° 13)-veintiún meses (control pediátrico n° 14)-veinticuatro meses (control pediátrico n° 15)

### **2. SEXO:**

•*Definición Conceptual:* Características biofisiológicas que diferencian a mujeres y varones, alude a las características de sus aparatos reproductores, funcionamiento y características secundarias

• *Definición operacional:*

- Femenino
- Masculino

### **3. COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

•*Definición conceptual:* una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social

• *Definición operacional:*

- Familia Nuclear (padre, madre e hijos).
- Familia Extensa (se mantiene el vínculo generacional, conviven en el hogar más de dos generaciones.).
- Familia Monoparental (constituida por un solo cónyuge y sus hijos).

#### **4. PERCENTILES:**

• *Definición conceptual:* Expresión matemática de las frecuencias relativas acumuladas multiplicadas por cien.

• *Definición operacional:*

=Por debajo del percentil 3: crecimiento insuficiente para la edad

=Entre percentiles 3 y 97: crecimiento adecuado para la edad

=Por encima del percentil 97: crecimiento excesivo para la edad

#### **5. ESTRATO SOCIOECONÓMICO**

• *Definición conceptual:* es la categoría en la cual se clasifica a los individuos en una sociedad, de acuerdo a las características presentes en ellos y que se encuentran preestablecidas en una escala de medición, las mismas se definen en estrato socioeconómico Alto, Medio, Medio Bajo, Bajo y Muy Bajo. Según: Profesión del Jefe de familia, instrucción de la madre, fuente de ingreso y condición habitacional del niño a estudiar.

• *Definición operacional:*

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO I:** puntaje entre 4, 5, 6.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO ALTO

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO II:** puntaje entre 7, 8, 9.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO III:** puntaje entre 10, 11, 12.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO BAJO

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO IV:** puntaje entre 13, 14, 15, 16.

Equivale a: ESTRATO SOCIECONÓMICO BAJO

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO V:** puntaje entre 17, 18, 19, 20

Equivale a: ESTRATO SOCIECONÓMICO MUY BAJO

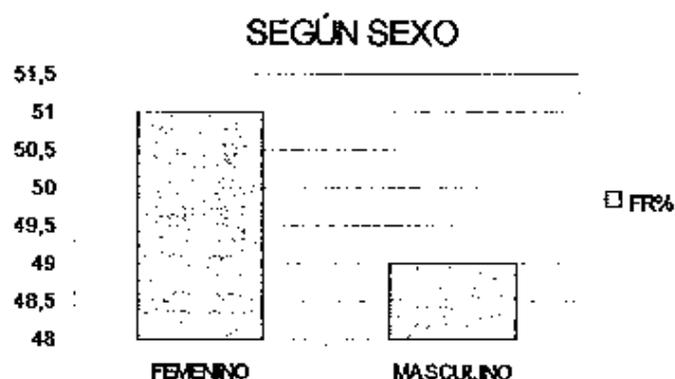
## RESULTADOS

**Tabla N°1-**Caracterización de la población según Sexo

SEXO	FA	FR%
FEMENINO	41	51
MASCULINO	39	49
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N°1-**Distribución de la población según sexo

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



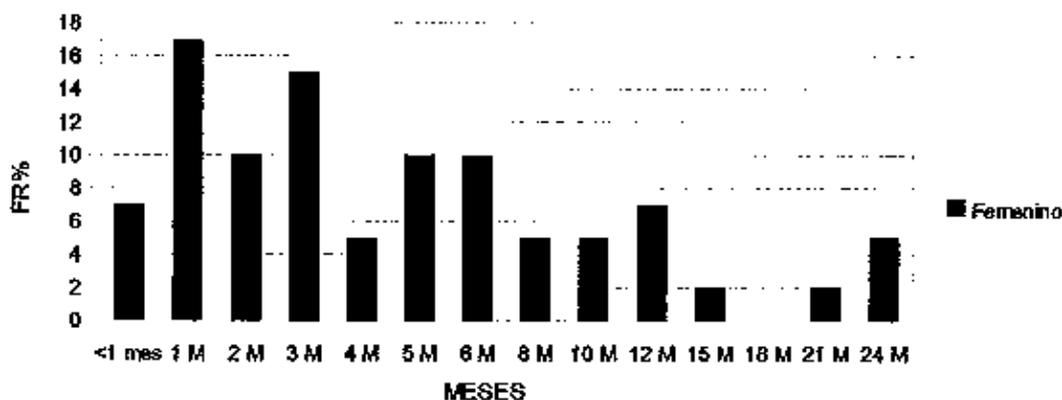
**Tabla N°2-** Distribución de la edad para cada sexo (FA)

FA EDAD EN MESES SEGÚN SEXO														
Sexo	<1 mes	1M	2M	3M	4M	5M	6M	8M	10M	12M	15M	18M	21M	24M
Femenino	3	7	4	6	2	4	4	2	2	3	1	0	1	2
Masculino	2	5	3	3	7	2	2	4	2	1	0	2	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>

**Tabla N° 3-** Distribución de la edad para ambos sexos (FR%)

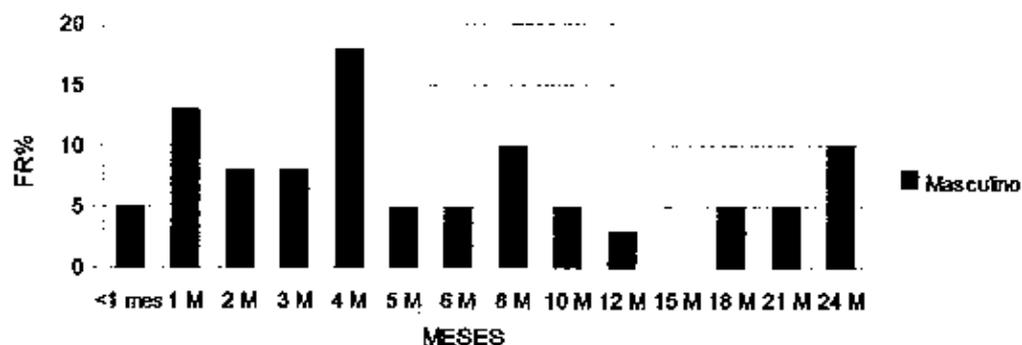
FR% POBLACIÓN TOTAL EN MESES SEGÚN SEXO															
SEXO	<1 mes	1M	2M	3M	4M	5M	6M	8M	10M	12M	15M	18M	21M	24M	TOTAL
Femenino	7	17	10	15	5	10	10	5	5	7	2	0	2	5	100
Masculino	5	13	8	8	18	5	5	10	5	3	0	5	5	10	100

**Gráfico N° 2-** Distribución de la Edad para el sexo femenino



Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Gráfico N° 3-** Distribución de la edad para el sexo masculino

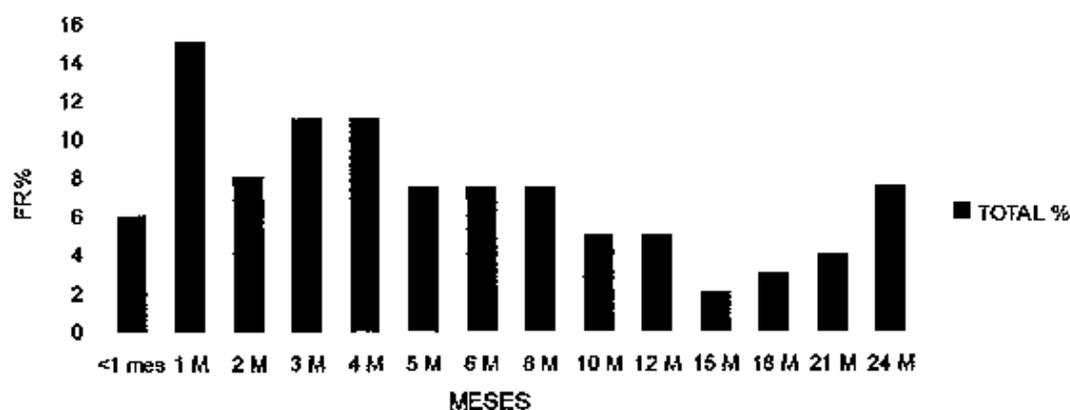


Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N° 4-** Porcentaje de la Población total en meses para ambos sexos

POBLACIÓN TOTAL EN MESES PARA AMBOS SEXOS														
	<1 mes	1M	2M	3M	4M	5M	6M	8M	10M	12M	15M	18M	21M	24M
FR%	6	15	8	11	11	7,5	7,5	7,5	5	5	2	3	4	7,5

**Gráfico N° 4-** Distribución de la población en edad para ambos sexos

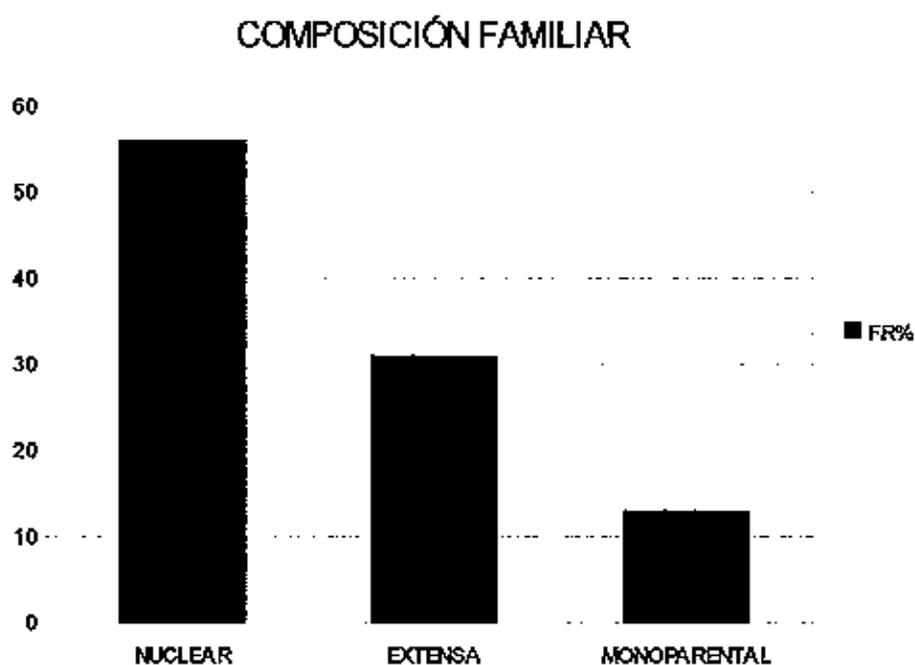


Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N°5-Composición Familiar**

FAMILIA	FA	FR%
NUCLEAR	45	56
EXTENSA	25	31
MONOPARENTAL	10	13
TOTAL	80	100,00%

**Gráfico N° 5-Composición familiar**

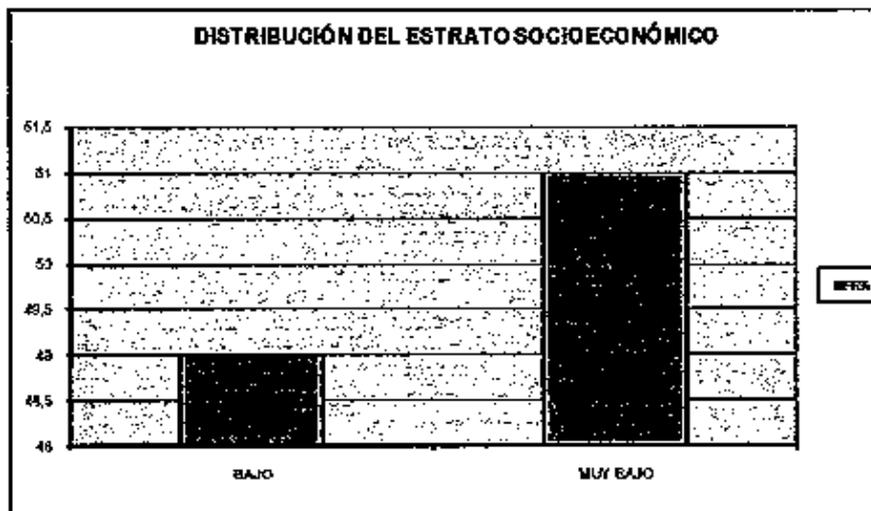


Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N°6-**Estrato Socioeconómico Graffar

<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
BAJO	39	49
MUY BAJO	41	51
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 6-**Distribución del Estrato Socioeconómico

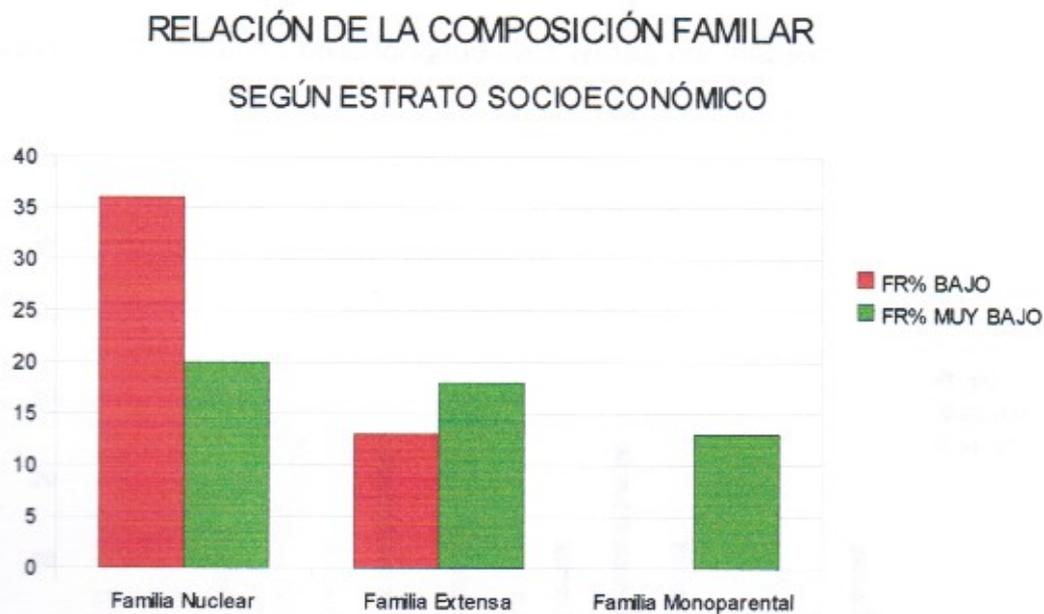


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°7-**Relación entre Composición Familiar según el Estrato Socioeconómico

ESTRATO SOCIOECONÓMICO				
COMPOSICIÓN FAMILIAR	FA BAJO	FR% BAJO	FA MUY BAJO	FR% MUY BAJO
Familia Nuclear	29	36	16	20
Familia Extensa	10	13	15	18
Familia Monoparental	0	0	10	13
TOTAL	39	49	41	51

**Gráfico N°7-**Composición familiar según estrato socioeconómico

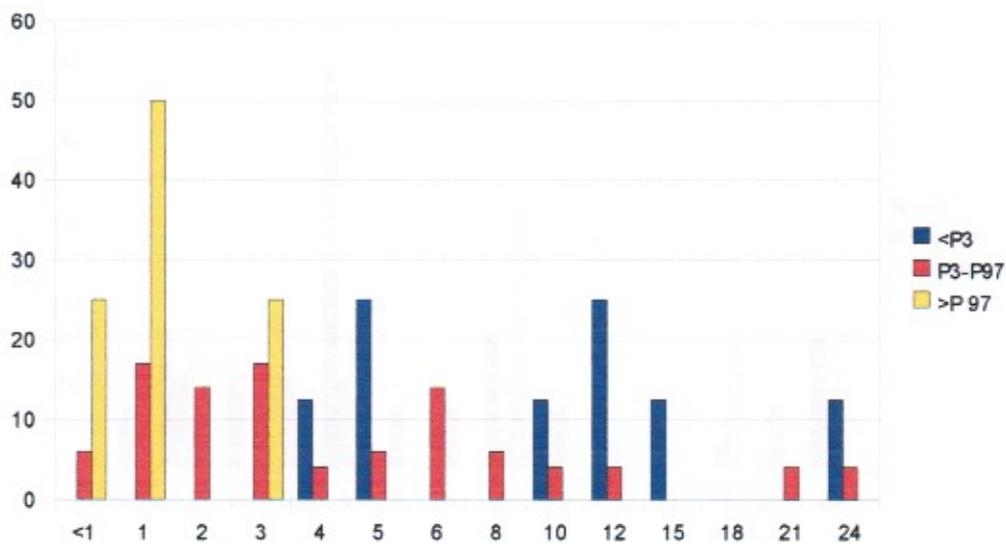


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 8-** Percentil Peso/Longitud para Niñas por meses

RELACION PERCENTIL- PESO/LONGITUD- PARA NIÑAS						
MESES	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P50	FA >P 97	FR% >P 97
< 1	0	0	2	6	1	25
1	0	0	5	17	2	50
2	0	0	4	14	0	0
3	0	0	5	17	1	25
4	1	12,5	1	4	0	0
5	2	25	2	6	0	0
6	0	0	4	14	0	0
8	0	0	2	6	0	0
10	1	12,5	1	4	0	0
12	2	25	1	4	0	0
15	1	12,5	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0
21	0	0	1	4	0	0
24	1	12,5	1	4	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>	<b>29</b>	<b>100,00%</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N°8-**Relación peso/longitud para Niñas por meses

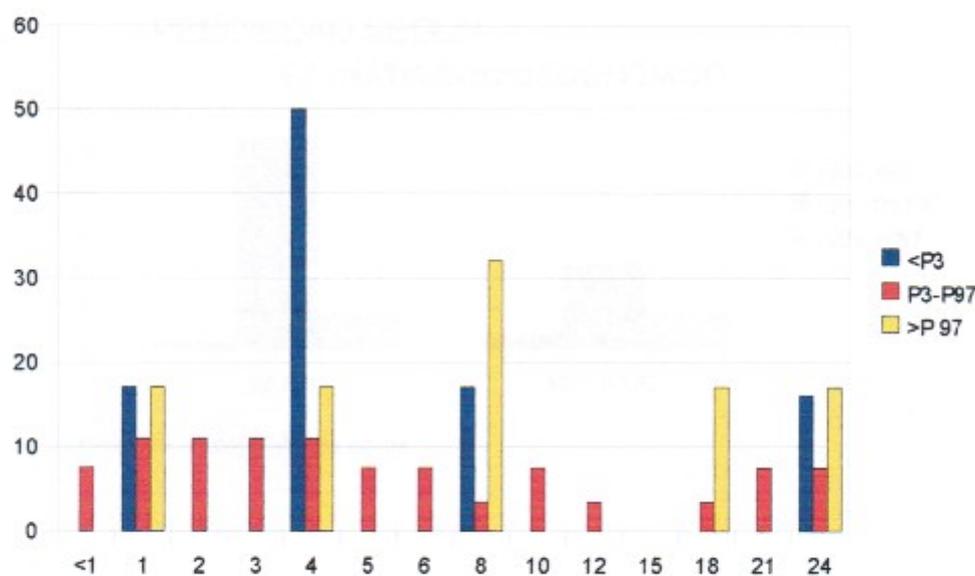


Fuente de datos: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N° 9-** Peso/longitud en Niños por meses

RELACIÓN EDAD PESO/LONGITUD EN NIÑOS						
MESES	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P 3	FR% >P 97
< 1	0	0	2	7,5	0	0
1	1	17	3	11	1	17
2	0	0	3	11	0	0
3	0	0	3	11	0	0
4	3	50	3	11	1	17
5	0	0	2	7,5	0	0
6	0	0	2	7,5	0	0
8	1	17	1	3,5	2	32
10	0	0	2	7,5	0	0
12	0	0	1	3,5	0	0
15	0	0	0	0	0	0
18	0	0	1	3,5	1	17
21	0	0	2	7,5	0	0
24	1	17	2	7,5	1	17
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>	<b>27</b>	<b>100,00%</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico N°9-** Percentil Peso/longitud en Niños por meses



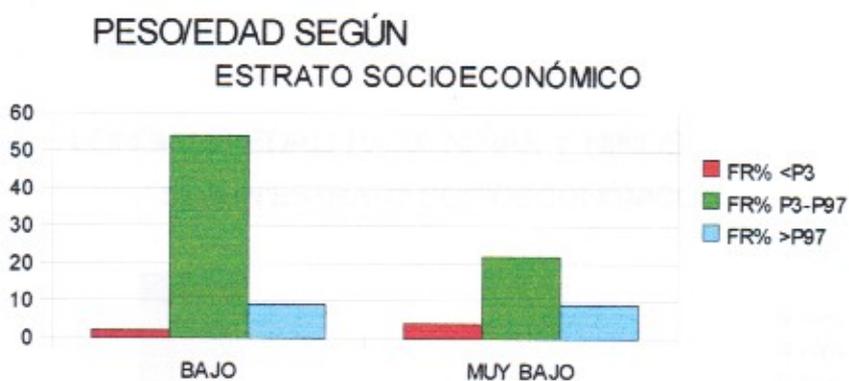
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 10- FAMILIA NUCLEAR -RELACIÓN PESO-**

Relación variable percentil peso/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% >P97
BAJO	1	2	24	54	4	9
MUY BAJO	2	4	10	22	4	9
TOTAL	3	6	34	76	8	18

**Gráfico N° 10-Peso/edad según estrato socioeconómico para la familia nuclear**



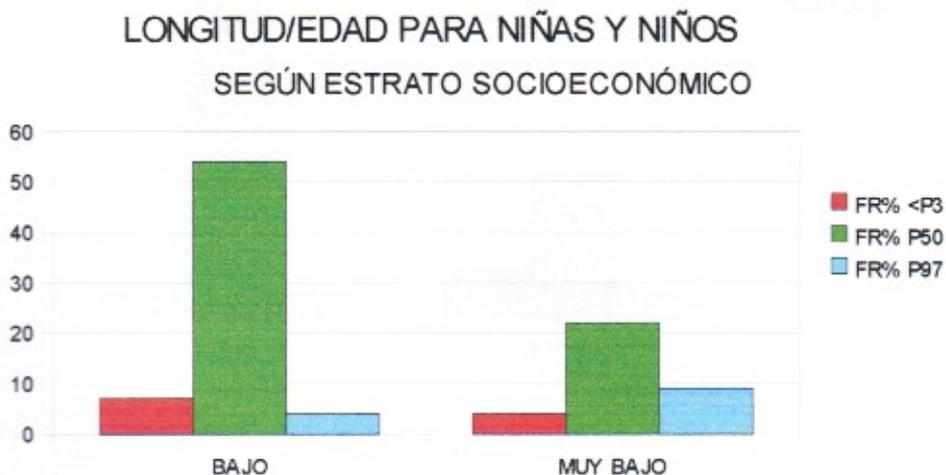
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 11- FAMILIA NUCLEAR -RELACIÓN LONGITUD-**

Relación variable percentil longitud/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% > P97
BAJO	3	7	24	54	2	4
MUY BAJO	2	4	10	22	4	9
TOTAL	5	11	34	76	6	13

**Gráfico N° 11-**Longitud/edad según estrato socioeconómico para la familia nuclear



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

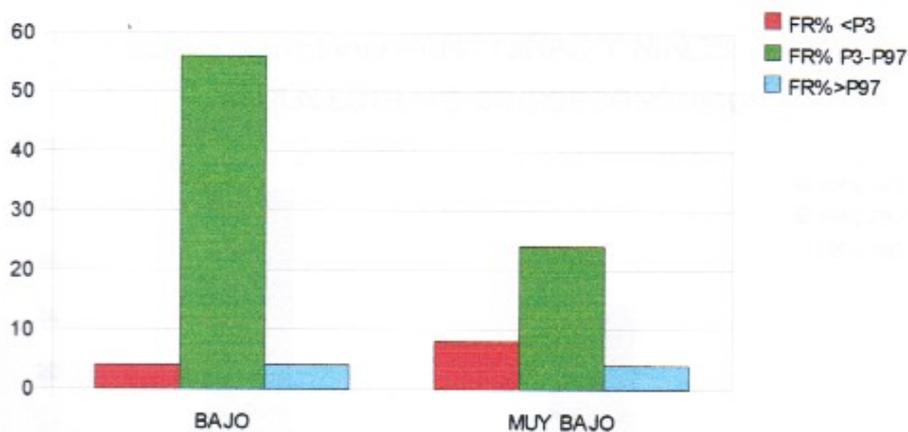
**Tabla N° 12- FAMILIA EXTENSA -RELACIÓN PESO-**

Relación variable percentil peso/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% >P97
BAJO	1	4	14	56	1	4
MUY BAJO	2	8	6	24	1	4
TOTAL	3	12	20	80	2	8

**Gráfico N° 12-Peso/edad según estrato socioeconómico para la familia extensa**

PESO/EDAD PARA NIÑAS Y NIÑOS SEGÚN  
ESTRATO SOCIOECONÓMICO



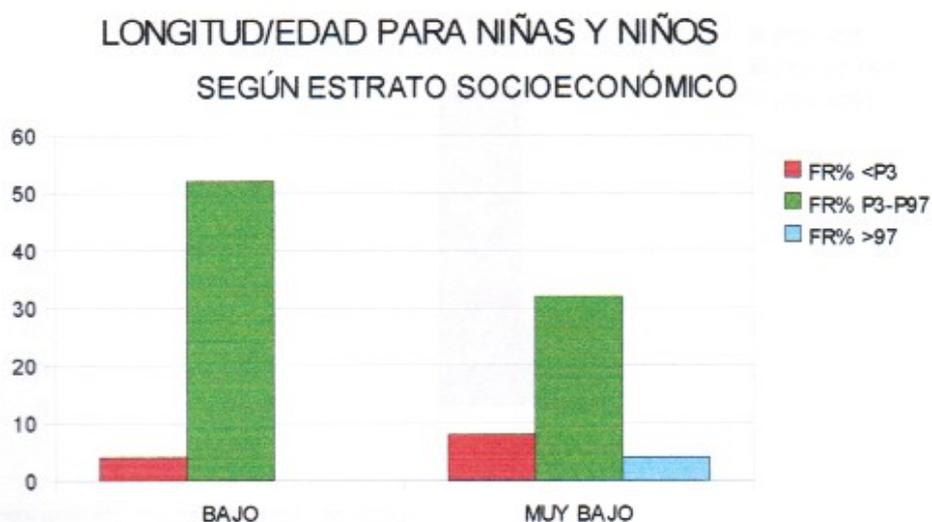
Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N° 13- FAMILIA EXTENSA -RELACIÓN LONGITUD-**

Relación variable percentil talla/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% >P97
BAJO	1	4	13	52	0	0
MUY BAJO	2	8	8	32	1	4
TOTAL	3	12	21	84	1	4

**Gráfico N° 13-**Longitud/edad según estrato socioeconómico para la familia extensa



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 14- FAMILIA MONOPARENTAL -RELACIÓN PESO.**

*Relación variable percentil peso/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico*

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% >P97
BAJO	0	0	0	0	0	0
MUY BAJO	8	80	2	20	0	0
TOTAL	8	80	2	20	0	0

**Gráfico N°14-Peso/edad según estrato socioeconómico para la familia monoparental**



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 15- FAMILIA MONOPARENTAL -RELACIÓN LONGITUD-**

*Relación variable percentil longitud/edad para niñas y niños según estrato socioeconómico*

ESTRATO	FA <P3	FR% <P3	FA P3-P97	FR% P3-P97	FA >P97	FR% >P97
BAJO	0	0	0	0	0	0
MUY BAJO	6	60	1	10	3	30
TOTAL	6	60	1	10	3	30

**Gráfico N°15-**Longitud/edad según estrato socioeconómico para la familia nuclear



Fuente: Instrumento de recolección de datos

## **ANÁLISIS**

El siguiente análisis corresponde a los datos obtenidos en el estudio descriptivo realizado en un Centro de Salud en la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre el 3 y el 6 de noviembre de 2009.

Basándonos en una población total de 80 niños que asistió a su control pediátrico, en la fecha estipulada, podemos decir que en nuestro estudio, el 41% de los niños pertenecieron al sexo femenino y el 39% al sexo masculino. Por lo cual, la muestra para ambos sexos fue representativa.

Según la franja etaria, la población total se concentró en los niños de un mes con un 15%, seguido por un 11% de niños de tres y cuatro meses. Para el 8% se obtuvo niños de dos meses, luego por los de cinco, seis, ocho y veinticuatro meses con un 7,5%. Los niños menores de un mes fueron de un 6%. Con un 5% estuvieron los niños de diez y doce meses. El 4% se obtuvo para los niños de veintiún meses, el 3% para los niños de dieciocho meses y por último un 2% para los niños de quince meses. Obtuvimos en los niños menores de un mes, un 60% para el sexo femenino y el 40% restante para el sexo masculino.

Por lo tanto, este estudio representa en su mayoría, niños entre el primer y cuarto mes de vida.

Para los niños menores de un mes, en un 60% se obtuvo para el sexo femenino y el 40% restante para el sexo masculino.

Los niños de un mes, en su mayoría, comprendieron al sexo femenino con un 58% y un 42% al sexo masculino.

Para los niños de tres meses, el 67% correspondió al sexo femenino el 33% restante al sexo masculino.

Los niños de cuatro meses, se representaron con un 78% para el sexo masculino y el 22% para el sexo femenino.

Dentro de los cinco y seis meses, el 67% se correspondían al sexo femenino el 33% restante al sexo masculino.

En un 67% dentro de los ocho meses, fueron del sexo masculino y el 33% del sexo

femenino.

Ambos sexos obtuvieron el 50% dentro de los diez meses.

Para los niños de un año cumplido, este estuvo comprendido en su mayoría por los del sexo masculino en un 80% y el 20% para el sexo femenino.

Dentro del total de los niños de quince meses, el sexo femenino predominó con un 100%.

El 100% de los niños de dieciocho meses fueron del sexo masculino.

Dentro de los veintiún meses el 95% fueron de sexo masculino y el 5% restante del sexo femenino.

Por último los niños con dos años de vida, fueron en un 67% para el sexo masculino y del 33% para el sexo femenino.

Referente a la estructura familiar, podemos decir que el 56% correspondió a la unidad básica familiar: es decir, la familia nuclear, esto significa que la mayoría de estos niños tienen la figura presente de ambos padres en su hogar. Además el 31% perteneció a la familia extensa en las cuales se caracterizaba la presencia de adultos mayores siendo en estos casos los abuelos. El restante grupo con un 13% perteneció a las familias monoparentales, donde predominaba solamente la figura materna.

Dentro de la clasificación de estrato socioeconómico, ninguna familia se concentró en los correspondientes estratos Alto, Medio y Medio Bajo, que representa a la posición social jerárquica más alta de nuestro puntaje. Es notorio, en cambio, como la población se encontró dentro de los estratos Socioeconómico más bajos de nuestra clasificación jerárquica social ya que el 51% correspondió al estrato socioeconómico Muy Bajo, y el restante 49% se clasificó en estrato socioeconómico Bajo.

Para profundizar aún más nuestro análisis relacionamos nuestras variables estrato socioeconómico y composición familiar, obteniendo los siguientes datos:

- De los niños que pertenecieron a las **Familias Nucleares**, el 36% estuvo representado en el **Estrato Socioeconómico Bajo** y el 20% en el **Estrato Socioeconómico Muy Bajo**.
  
- Dentro de la **Familia Extensa** el 18% perteneció a un **Estrato Socioeconómico Muy Bajo** y el 13% a el **Estrato Socioeconómico Bajo**.
  
- En el total de la **Familia Monoparental**, ésta se concentro en el **Estrato Socioeconómico Muy Bajo** con un 13%.

Para conocer el crecimiento de nuestros niños y niñas, estudiamos las variables peso y longitud según sexo para la edad, representadas a través de las curvas percentilares tomadas del nuevo patrón de crecimiento de la OMS.

Pasaremos a describir el crecimiento peso/longitud para las Niñas según la edad en meses:

- Las niñas que se encuentran en un adecuado crecimiento para la edad (entre el P3 y el P97): el 17% obtuvo niñas de entre 1 y 3 meses, el 14% entre 2 y 6 meses. Un 6% menor a un mes, cinco y ocho meses, el restante 4% se ubicaron las niñas de cuatro, diez, doce, veintiuno y veinticuatro meses.
  
- Aquellas que obtuvieron un crecimiento excesivo para la edad ( $P > 97$ ), fueron en un 50% niñas con un mes, y el 25% menores a un mes y de tres meses.
  
- Las niñas que presentaron un crecimiento insuficiente para la edad ( $P < 3$ ), fueron en un 25% para las de cinco y doce meses, y para las niñas de cuatro, diez, quince y veinticuatro meses, estas representaron un 12,5%.

En cuanto al crecimiento peso/longitud para Niños:

- Dentro del crecimiento adecuado (entre P3 y P97), obtuvimos que un 11% fue para los niños de uno, dos, tres y cuatro meses, siendo para los niños menores de un mes, cinco, seis, diez, veintiuno y veinticuatro meses, el 7,5%. El 3,5% abarcó a los niños de ocho, doce y dieciocho meses. Cabe destacar que no se encontró ningún niño con crecimiento adecuado dentro de quince meses.

- Los niños que tuvieron un crecimiento excesivo para la edad (>97), encontramos que un 32% pertenecieron a niños de ocho meses, y el 17% a niños con uno, cuatro, dieciocho, y veinticuatro meses.

- Aquellos niños con un insuficiente crecimiento para la edad, se ubicaron en un 50% para niños de cuatro meses y un 17% para niños de uno, ocho y veinticuatro meses.

Por la descripción anterior, se visualiza en este estudio que los niños que se encuentran en los últimos meses de edad, presentan en su mayoría un crecimiento insuficiente, podemos decir que esto se puede dar, gracias a que, casi siempre la lactancia materna se concentra dentro de los primeros meses de vida, teniendo para la familia beneficios económicos a la hora de administrar los gastos alimenticios, mientras estos son chiquitos.

Para llegar a determinar cómo se comporta el crecimiento de los niños y niñas de acuerdo a la composición familiar y el estrato socioeconómico, relacionamos estos datos con los Percentiles para el Peso y para la Longitud por separado, obteniendo los siguientes datos:

**Características para el PESO según Composición Familiar y Estrato Socioeconómico:**

→ Dentro de las **FAMILIAS NUCLEARES**, la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil peso/edad para niñas y niños, se encontró que dentro del crecimiento adecuado este se comportó con un 54%, el 9% representó un excesivo crecimiento y el 2% obtuvo un insuficiente crecimiento para la edad.

En este mismo grupo pero con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo, el 22% mantuvo un crecimiento adecuado, el 9% excesivo y el 4% insuficiente para la edad.

→ Referente a las **FAMILIAS EXTENSAS**, la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil peso/edad para niñas y niños, se encontró que dentro del crecimiento adecuado este se comportó con un 56%, un 4% obtuvo un insuficiente crecimiento y un 4% tuvo un crecimiento excesivo para la edad

Para este mismo grupo pero con un Estrato socioeconómico Muy Bajo, el 24% mantiene un crecimiento adecuado, el 8% insuficiente y el 4% excesivo para la edad.

→ En cuanto a las **FAMILIAS MONOPARENTALES**, la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil peso/edad para niñas y niños no se obtuvieron datos.

Para el mismo grupo pero con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo, el 80% mantiene un insuficiente crecimiento y el 20% un crecimiento adecuado para la edad.

Características para la **LONGITUD** según Composición Familiar y Estrato Socioeconómico

→ Para las **FAMILIAS NUCLEARES**, la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil longitud/edad para niñas y niños, fue de un 54% con un adecuado crecimiento, el 7% con un insuficiente crecimiento y un 4% con un crecimiento excesivo.

En este mismo grupo pero con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo, el 22% mantiene un crecimiento adecuado, el 9% un crecimiento excesivo para la edad y el 4% un crecimiento insuficiente.

→ Dentro de las **FAMILIAS EXTENSAS**, la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil longitud/edad para niñas y niños, obtuvimos que dentro del crecimiento adecuado se comportó con un 52%, 4% insuficiente y ninguno tuvo un crecimiento excesivo.

En este mismo grupo pero con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo, el 32% crecimiento adecuado, el 8% insuficiente y el 4% mantuvo un crecimiento excesivo para su edad.

→ Por último, dentro de las **FAMILIAS MONOPARENTALES** la relación existente entre el Estrato Socioeconómico Bajo y el percentil longitud/edad para niñas y niños, no obtuvimos registro de datos.

Para este mismo grupo pero con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo, el 60% mantuvo un crecimiento insuficiente, el 30% excesivo y el 10% adecuado para la edad.

## CONCLUSIONES

- ✓ El Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar, sí se relacionan con el Crecimiento en Peso y Longitud para niñas y niños.
  
- ✓ Nuestros niños estudiados pertenecieron a los estratos socioeconómicos bajos y muy bajos.
  
- ✓ La Composición Familiar más afectada fue la Familia Monoparental, donde la mayoría de los niños obtuvieron un Crecimiento Insuficiente para la edad, con un Estrato Socioeconómico Muy Bajo.
  
- ✓ Los niños crecen con un Adecuado Crecimiento principalmente en las Familias Nucleares y Extensas.
  
- ✓ Con un Crecimiento Excesivo se concentraron, niños pertenecientes a las Familias Nucleares.
  
- ✓ Los niños con un Crecimiento Insuficiente en su mayoría, comprendieron a las Familias Monoparentales

## **SUGERENCIAS**

◆ Los hallazgos de crecimiento insuficiente y excesivo para la edad, representan no solo la oportunidad para la acción directa, orientada y decidida, sino también el compromiso para mejorar el Programa de Atención a la Niñez junto con el Programa Aduana.

◆ Por eso, tenemos que seguir profundizando conocimientos para lograr una mejor atención, preventiva, moderna, equitativa, accesible e integral a nuestra población infantil.

◆ Para esto es necesario una estricta supervisión del equipo interdisciplinario de los sectores más pobres y marginados, donde la figura de la Licenciada en Enfermería es fundamental.

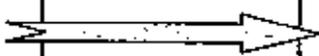
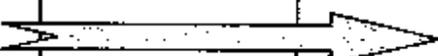
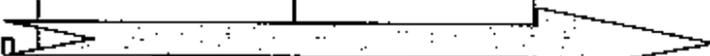
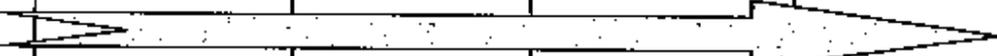
◆ Ya que detectar de manera oportuna las alteraciones de crecimiento, facilita a su vez las intervenciones a tiempo para evitar mayores complicaciones en el estado de salud y nutrición de los niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg. Diagnóstico social, conceptos y metodologías. Lumen. Bs.As. 1995
- Atención Primaria de la Salud. MSP-UNICEF, documento N° 21, Ed. República Oriental del Uruguay, 1994
- Cusminsky M. La supervisión del crecimiento. En Crecimiento y Desarrollo. Hechos y Tendencias. OPS.1988
- Díaz Rosello J L. Sistema Informático del Niño. CLAP N° 124; 1993
- Facultad de Enfermería. Plan de Estudio Lic en Enfermería. Montevideo. 1993.
- Fano Virginia. Guías para la evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2da edición. 2001
- Gómez-García, M. Enfermería Pediátrica. Serie Manuales de Enfermería. Edición Masson-Salvat, 1992
- ❖Gonzales Diaz J.P. Talla Baja: Conceptos, Clasificación y Pauta Diagnóstica. En: Endocrinología Pediátrica. Canarias Pediátrica. 1999, Vol. 22 n° 2
- Informe Técnico N° 45. Los censos de talla y sus usos. Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- Luis de la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar; 1994
- Martell Miguez y Col. Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida posnatal. OPS/CLAP, 1981
- Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño. CLAP N° 1304. 1994

- Mazzei E. El Uruguay desde la sociología IV.. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR.1994.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez. MSP 2006
- Niños y Mujeres del Uruguay. Compromiso de Todos. UNICEF. CEPAL, 1989
- Terra J.P. Creciendo en Condiciones de Riesgo. Niños pobres del Uruguay. UNICEF. 1989
- Organización Mundial de la Salud. Guías del Manejo en la Malnutrición en menores de cinco años. CLAP/OMS. 2007
- Organización Mundial de la Salud. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. 2da edición OMS 1994
- Organización Mundial de la Salud. Patrones del Crecimiento Infantil. OMS; 2008
- Patri Alfredo. Crecimiento y Desarrollo del niño y adolescente. Ed Mediterraneo1993, Santiago-Chile.
- R. Steinschneider. Cuadernos de la Enfermera. Pediatría. Masson, S.A. París

**CRONOGRAMA DE GANTT**

	Julio 2008- Enero 2009	Mayo-Octubre De 2009	Noviembre 2009	Diciembre 2009
Elaboración del protocolo				
Presentación del Protocolo a las tutoras				
Ejecución del trabajo final de investigación				
Presentación del trabajo final de investigación				

## PRESUPUESTO

<b>RRHH</b>	<b>NÚMERO</b>
Investigadores	3
<b>RRMM</b>	
Computadoras	2
Impresoras	2

<b>TRANSPORTE</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
Gastos de desplazamiento de los investigadores	\$1.000
<b>GASTOS FUNGIBLES</b>	
Papelería	\$500
Impresión	\$1.000
Cartuchos de impresión	\$1.000
Fotocopias	\$500
<b>TOTAL</b>	<b>\$4.000</b>

# ANEXOS

**ANEXO N° I**

*Instrumento que se utilizó para la recolección de datos:*

**ENTREVISTA QUE SE REALIZÓ AL ACOMPAÑANTE DEL NIÑO**

**Edad del Niño.....**

**Sexo.....**

**Peso al nacer.....**

**Longitud al nacer.....**

**Edad gestacional.....**

**Patologías crónicas.....**

**Peso actual.....**

**Percentil peso/edad.....**

**Longitud actual.....**

**Percentil longitud/edad.....**

**¿Quiénes viven con el niño?**

.....

**¿Quién es el Jefe de Familia? (la persona que recibe mayor ingreso económico)**

.....

**¿A qué se dedica el jefe de familia?**

.....

**¿La madre del niño que estudia tiene cursados?**

.....

**El ingreso económico de la familia es:**

Semanalmente

Quincenalmente

Mensualmente

Esporádico

Otros.....

**Con respecto a la vivienda:**

**-¿Cuántos dormitorios tiene la vivienda?.....**

**-¿De que material están hechas las paredes?.....**

**-¿De que material está hecho el techo?.....**

**-¿De que material está hecho el piso?.....**

**-¿Posee agua potable?.....**

**-¿Tiene saneamiento o pozo negro?.....**

**-¿Posee el baño adentro de la vivienda?.....**

## **ANEXO N° II**

*Instructivo del instrumento:*

### **1. Profesión del Jefe de Familia**

Puntaje 1: Profesión universitaria

Puntaje 2: Profesión Técnica (UTU, escuelas técnicas)

Puntaje 3: Empleados/Oficinistas (obreros públicos y privados de tiendas, supermercados)

Puntaje 4: Obreros Especializados (empleados empresas de seguridad, feriantes, empleadas domésticas)

Puntaje 5: Obreros no Especializados (Changas, vendedor ambulante)

\*Se considerará la profesión del jefe de hogar como el preceptor de ingresos

### **2. Nivel de Instrucción de la madre**

Puntaje 1: Universitaria

Puntaje 2: Secundaria completa o técnica

Puntaje 3: Vivienda modesta de construcción sólida y el n° de dormitorios no corresponden con el n° de habitantes y poseen agua potable y saneamiento

Puntaje 4: Casas o departamentos de construcción precaria (pared bloque terminada o sin terminar y techo de chapa) con un n° de dormitorios que no corresponde con el n° de habitantes, que poseen agua potable y pozos negros.

Puntaje 5: Casas de baja calidad estructural, acceso inadecuado al agua potable, con pozos negros.

<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO ALTO</b>
------------------------------------

Familias cuya suma del puntaje del cuestionario realizado este comprometido entre 4, 5, 6
--

<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO</b>
-------------------------------------

Familia cuya suma del puntaje del cuestionario realizado este comprometido entre 7, 8, 9
---

<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO BAJO</b>
--

Familias cuya suma del puntaje del cuestionario realizado este comprendido entre 10, 11, 12
--

<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO</b>
------------------------------------

Familias cuya suma del puntaje del cuestionario realizado este comprendido entre 13, 14, 15, 16
--

<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO MUY BAJO</b>
--

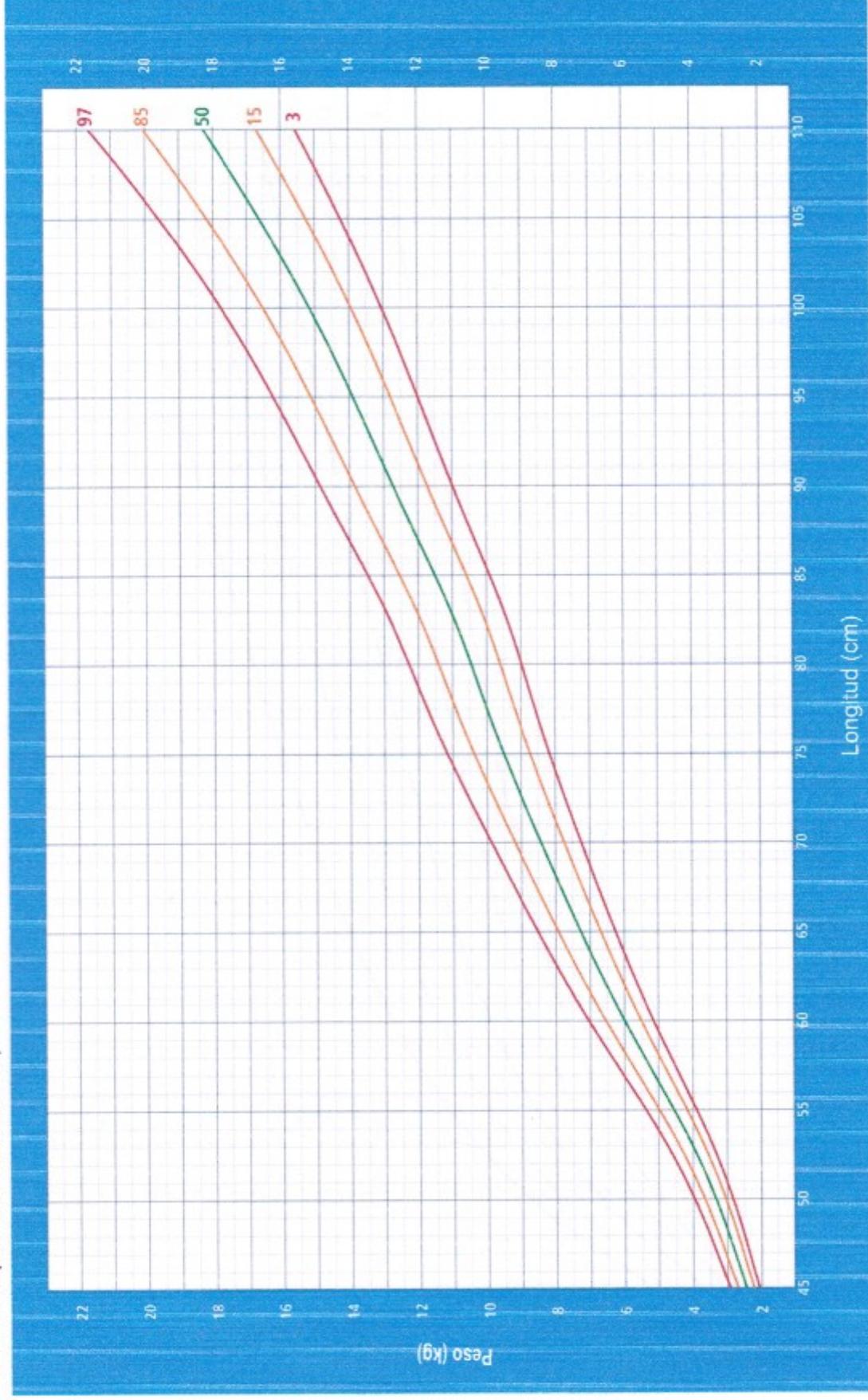
Familias cuya suma del puntaje del cuestionario realizado este comprendido entre 17, 18, 19, 20
--

**PATRONES DE  
CRECIMIENTO  
INFANTIL DE LA OMS**

# Peso para la longitud Niños



Percentiles (Nacimiento a 2 años)

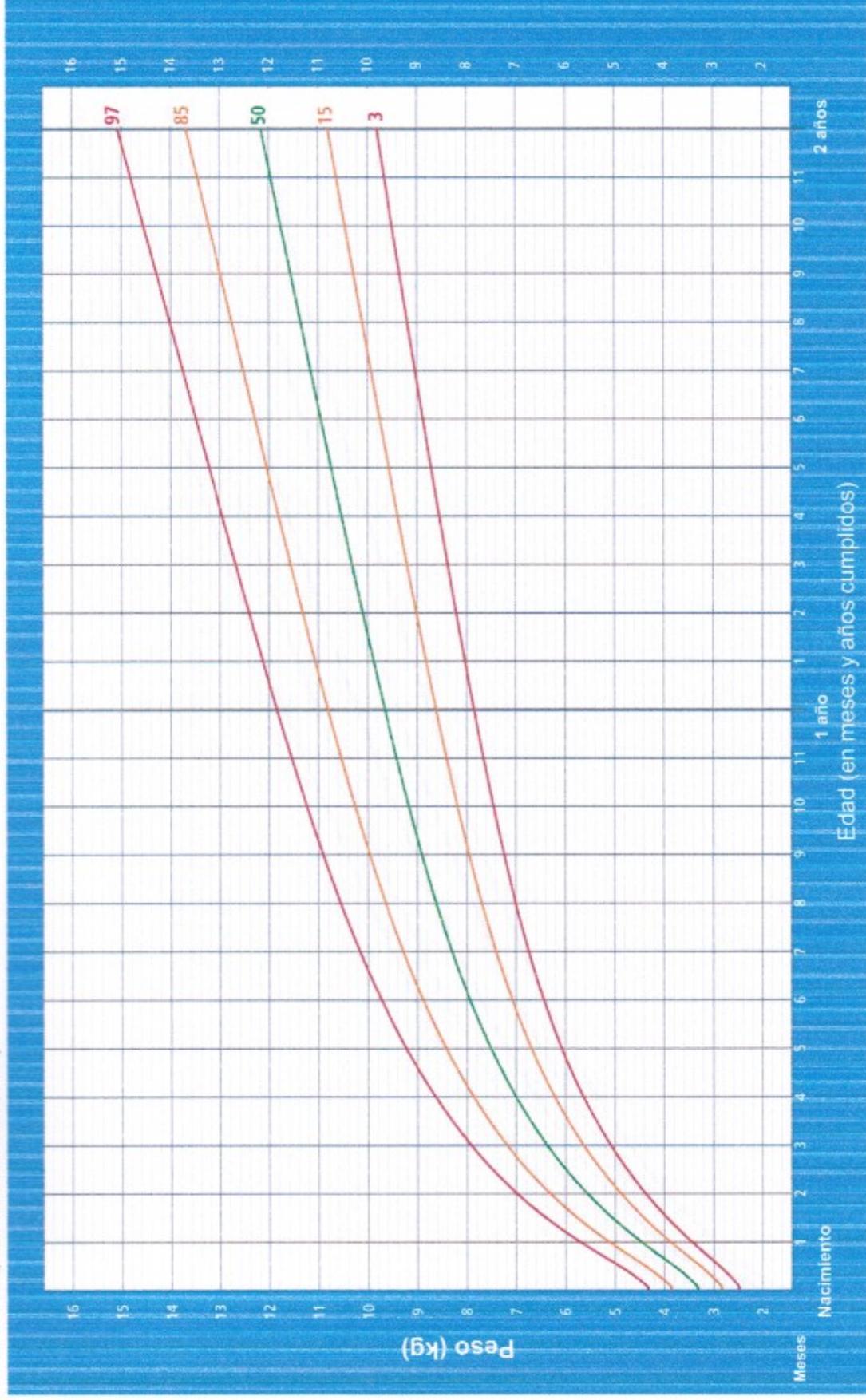


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Peso para la edad Niños



Percentiles (Nacimiento a 2 años)

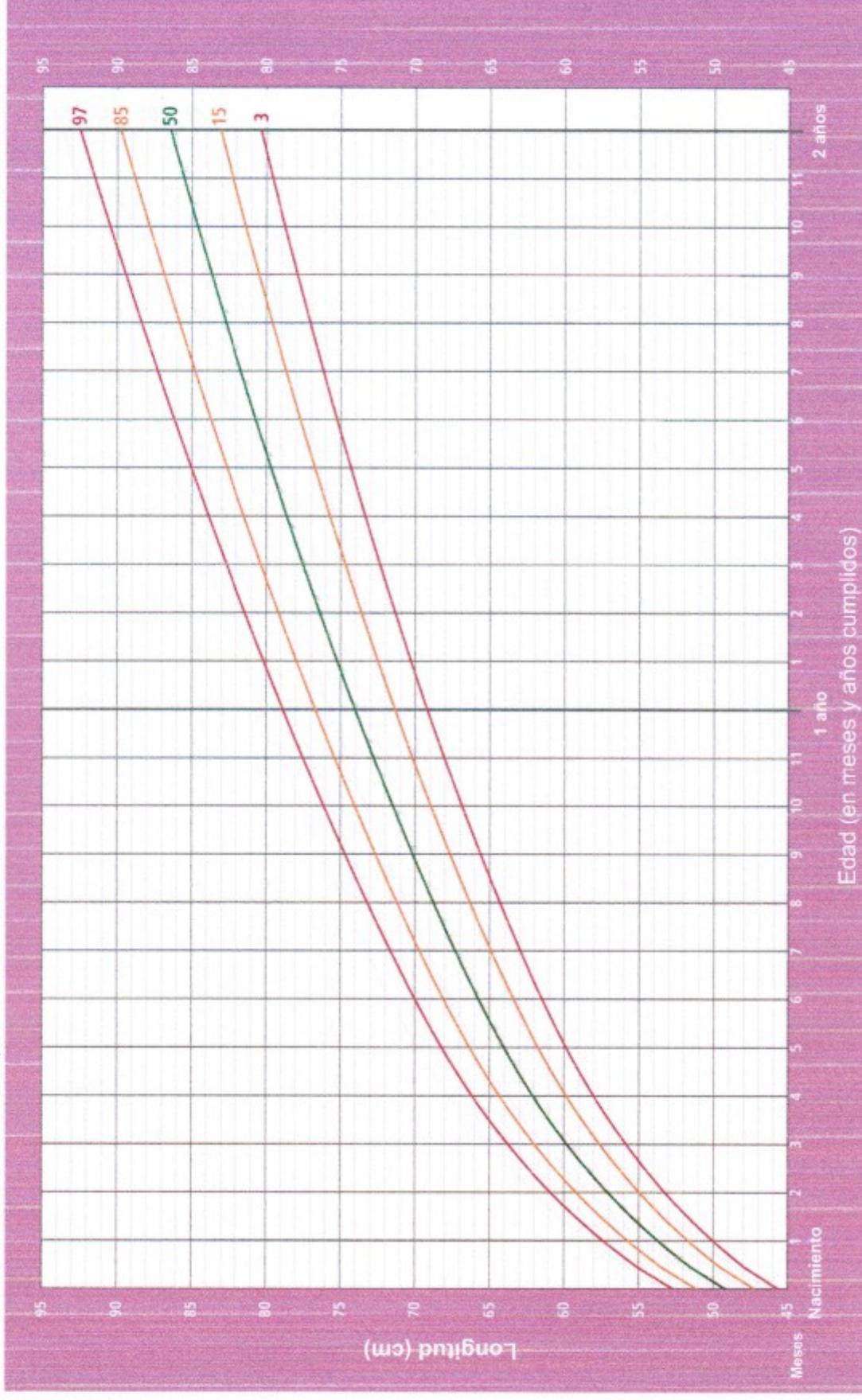


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Longitud para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 2 años)

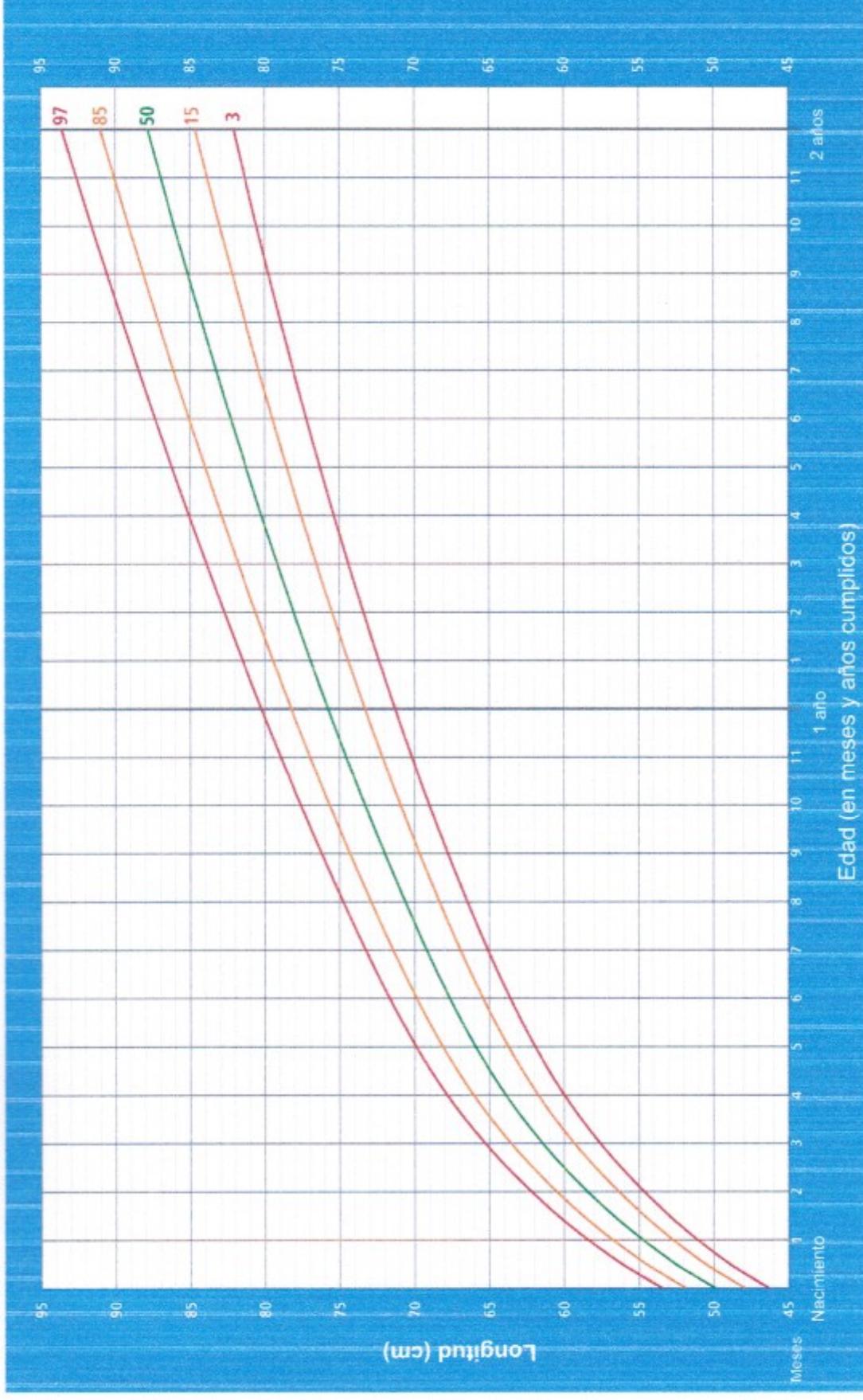


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Longitud para la edad Niños



Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS