

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

El Componente crecimiento y desarrollo:

Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH

Nueva Unión, Comas-2009

TESIS

Para optar por el título de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Jocelynn Lisset Jauregui Cárdenas

ASESORA

Gladys Santos Falcon

Lima – Perú

2010

**EL COMPONENTE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:
SIGNIFICADO PARA LAS MADRES DE NIÑOS DE 1
A 4 AÑOS DEL AAHH NUEVA UNIÓN,
COMAS 2009**

DEDICATORIA:

*A mi familia por su
constante esfuerzo y
apoyo incondicional en
esta etapa de mi vida.*

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a las personas que hicieron posible esta investigación, en calidad de asesora, de informantes o de entrevistadas. Todos y cada uno de ellos dedicaron su tiempo contribuyendo de esta manera con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Mi sincero agradecimiento a:

- Dra. Gladys Santos Falcón, Asesora Docente de la presente investigación; por su guía y orientación constante, por dedicar su tiempo, así como brindar valiosos aportes para la realización de la investigación
- Lic. María Elena Canales, Enfermera encargada del Componente de CRED del Puesto de Salud 11 de Julio, por su apoyo y las facilidades brindadas.
- Dra. Nancy Huamán Salazar y Mg. María Infante Contreras, por las recomendaciones brindadas al presente trabajo, en calidad de Jurado.

INDICE

	Pág.
Agradecimiento	iv
Resumen	vii
Summary	ix
Introducción	xi
CAPITULO I “CONSIDERACIONES INICIALES”	1
1. Planteamiento del Problema	1
2. Formulación del Problema	5
3. Justificación del Problema	5
4. Objetivos	6
5. Propósito	7
CAPITULO II “MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL”	8
1. Antecedentes del Estudio	8
2. Fundamentación Teórico	11
3. Bases Conceptuales	13
CAPITULO III “DISEÑO METODOLÓGICO”	28
1. Naturaleza del Estudio	28
2. Escenario del Estudio	31
3. Sujetos del Estudio	32
4. Proceso de Recolección de Datos	33
5. Aspectos Éticos	36
6. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos	37
7. Categorías Analíticas	37

CAPITULO IV “ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS CATEGORÍAS”	
1. Concepción de salud - enfermedad del niño	39
2. Concepciones de las Madres sobre el Componente de crecimiento y Desarrollo (CRED)	42
3. Razones por las que las madres acuden o no a CRED	61
4. Interrelación Madre–Niño-Enfermera	71
CAPITULO V “CONSIDERACIONES FINALES”	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXOS	

RESUMEN

El Componente de Crecimiento y Desarrollo, es un conjunto de actividades que contribuyen, mejorando el estado de salud de la población infantil a través de la evaluación oportuna, periódica y sistemática del crecimiento y desarrollo, de la niña y el niño menor de 9 años detectando precozmente riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

El presente estudio fue de tipo cualitativo, con enfoque de Estudio de Caso Cualitativo titulado: El Componente de Crecimiento y Desarrollo: Significado para las Madres de Niños de 1 a 4 Años del AAHH Nueva Unión, con el objetivo de Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión.

Las técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada a doce madres y una abuela, y las observaciones realizadas en el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio, la recolección de datos se realizó en el período de agosto del 2009 a enero del 2010. Para el análisis de los datos éstos fueron codificados y categorizados; finalmente emergieron los siguientes temas: Concepción de las madres sobre salud - enfermedad del niño, Concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo, Razones por las que las madres acuden o no al Componente CRED, Interrelación Madre – Enfermera - Niño.

Los temas revelan el significado que las madres tienen sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño de 1 a 4 años, estableciéndose que las madres consideran como eje central de la atención de CRED la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño.

Palabras Claves: Control de Crecimiento y Desarrollo, significado para las madres, función de la enfermera en el CRED, estudio de caso

SUMMARY

The Component of Growth and Development, is a group of activities that they contribute, improving the state of the infantile population's health through the opportune, periodic and systematic evaluation of the growth and development, of the girl and the boy smaller than 9 years detecting risks, alterations or dysfunctions of the growth and development precociously, for its attention and reference; promoting appropriate practices of care and upbringing at family and community level.

The present study was of qualitative type, with focus of Study of Case qualitative titled: The Component Growth and Development: Meaning for the Mothers of Children from 1 to 4 Years of AAHH New Union with the objective of Understanding the meaning that they grant to the Component of Growth and Development the mothers of children from 1 to 4 years of age of A.A.H.H New Union.

The used techniques were the interview semi-structured to twelve mothers and a grandmother, and the observations carried out in the Component of Growth and Development of the Position of Health 11 of Julio, the gathering of data was carried out in the period of August from the 2009 to January of the 2010. For the analysis of the data these were coded and categorized; finally the following ones emerged you fear: the mothers' Conception it has more than enough health - illness of the children, Conceptions of the mother's enough Component of Growth and Development, Reasons for those that the mothers go or not to Component CRED, Interrelation Mother - Nurse – child.

The topics reveal the meaning that the mothers have on the component of Growth and Development in relation to the child's health from 1 to 4 years, settling down that the mothers consider as central axis of the attention of CRED the application of the vaccines that is the main motivation for that they go to the establishment of health with their child.

Key Words: Control of Growth and Development, meaning for the mothers, the nurse's function in CRED, case study

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo es un proceso de transformación que evoluciona dinámica y rápidamente en los niños. Este período en el que transcurren el crecimiento (el incremento en el peso y la talla de los niños) y el desarrollo (la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales) se convierte en crítico, porque es durante ese lapso que el cerebro se forma y madura a la máxima velocidad, determinando el potencial de capacidades que éste tendrá en su vida futura.

El Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño involucra la vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones que se traduce en la salud de los niños, éste es un compromiso que trasciende el sector de la salud. Una nación debe resolver los problemas de la infancia si quiere ser exitosa en su lucha por alcanzar el verdadero desarrollo.

El problema de la presente investigación es ¿Cuál es el significado que le conceden al componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión, Comas 2009?, que emergió en base a las siguientes interrogantes: ¿Por qué son pocas las madres que llevan a sus niños a CRED después de cumplir el año de edad?, ¿Será que consideran importante sólo la aplicación de las vacunas?, ¿Será acaso que el personal de salud prioriza la concientización de las madres sobre la vacunación más no, sobre el control de crecimiento y desarrollo?

Planteándose como objetivo general Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años, teniendo como propósito generar la reflexión y motivar al personal del Puesto de Salud 11 de Julio a establecer estrategias de intervención frente a los resultados del estudio en relación al control de Crecimiento y Desarrollo y, de esa forma, favorecer el incremento de la cobertura de atención de los niños

de 1 a 4 años, en base a las respuesta dada por las madres del AAHH Nueva Unión, permitiendo la detección precoz de alteraciones e intervenir oportunamente mediante el control de Crecimiento y Desarrollo. Asimismo, que la madre reciba consejería oportuna en cuanto a los cuidados que debe tener en la salud de su niño.

El presente estudio, está conformado por cinco capítulos, el Capítulo I Consideraciones Iniciales donde se incluye el planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación del problema, los objetivos y el propósito; el Capítulo II Marco Teórico Referencial donde se incluye los antecedentes del estudio, la fundamentación teórica y bases conceptuales; el Capítulo III Diseño Metodológico donde se incluye la naturaleza del estudio, el escenario del estudio, los sujetos del estudio, el proceso de recolección de datos, los aspectos éticos, el proceso de análisis e interpretación de datos y las categorías analíticas; el Capítulo IV Análisis e Interpretación de las Categorías donde se incluye la Concepción de las madres sobre salud - enfermedad del niño, las concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo, Razones por las que las madres acuden o no a CRED y la interrelación Madre – Enfermera – Niño y el Capítulo V Consideraciones Finales. Además se presentan las Referencias Bibliográficas, la Bibliografía y los Anexos.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES INICIALES

1. Planteamiento del Problema

Según la UNICEF (2007), la desnutrición afecta a 53 millones (10%) de personas en América Latina y el Caribe. De esta cifra casi 9 millones (16%) son niñas y niños menores de cinco años que padecen desnutrición crónica o retardo en la talla. Asimismo, la anemia es el problema nutricional más grave y se extiende a lo largo de todos los países de la región sin diferenciar estratos socio-económicos, mostrando prevalencias en niñas y niños menores de 5 años de alrededor del 50%; este promedio es superior en Haití (65,8%) y en países de la Sub-región Andina como Bolivia (51,6%), Perú (50,4%) y Ecuador (50,2%).^{(1), (2)}

Según el MINSA (2007), uno de los principales problemas nutricionales del país es el retardo en el crecimiento o desnutrición crónica. Cerca de la cuarta parte de los niños menores de 5 años (25,4 % según la encuesta ENDES 2000 y 24 % según ENDES 2005) adolecerían de desnutrición crónica. Además este promedio nacional esconde las grandes diferencias entre la región Sierra (37,1%) y Selva (23,4%) en comparación con la región Costa (15,1%). El análisis a nivel departamental muestra que de los 24 departamentos, Huancavelica, Huánuco y Ayacucho fueron los más afectados con prevalencias del 48,5%, 40,7% y 40,2% respectivamente.⁽³⁾

Otro problema nutricional importante es la anemia por deficiencia de hierro que a pesar de la reducción del 49,6 % a 46,2% en niños menores de

5 años la prevalencia de anemia sigue siendo alta. Siendo más frecuente la anemia en el área rural (52,4%) que en el área urbana (40,4%). Asimismo, la anemia se presenta a temprana edad afectando al 63,9% y 71,1% de los niños de 6 a 11 meses y 12 a 23 meses respectivamente; ambos problemas nutricionales limitan el potencial de crecimiento físico, intelectual y psicosocial de los niños. ⁽⁴⁾

Según el MINSA (2003), a nivel nacional que el porcentaje de niños controlados menores de 5 años es de 45,3%, teniendo como niños controlados menores de un año al 69,22%, niños de 1 año controlados 44,40% y niños controlados de 2 a 4 años de 37,49%. Disminuyendo el porcentaje según el niño va creciendo. En relación al porcentaje de niños que tiene riesgo en su desarrollo se evidenció que en los menores de un año el porcentaje fue de 5,27%, de niños de 1 año 6,52% y niños de 2 a 4 años 3,28%. ⁽⁵⁾

En relación a lo expuesto anteriormente, el Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED) según el MINSA (2005), es una de las actividades prioritarias que puede contribuir a enfrentar la problemática de salud infantil. Dicho componente es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas que se realizan en la atención al niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un seguimiento. ⁽⁶⁾

En las prácticas clínicas que realicé en el tercer año de estudios de Enfermería, en el curso de Salud del Niño y Adolescente, durante la rotación en el servicio de Crecimiento y Desarrollo, observé que la asistencia a este servicio era mayoritariamente de madres con niños menores de un año, a los que se les pesaba, tallaba, se les realizaba examen físico y evaluación psicomotriz. Llamaba mi atención en estas prácticas la escasa asistencia de niños mayores de un año al consultorio de crecimiento y desarrollo, por lo tanto no eran evaluados y en caso de que acudían su

atención se hacia dificultosa por la falta de materiales necesarios para su evaluación.

Asimismo, observé que cuando el niño completaba el calendario de vacunas la madre ya no acudía al Componente de Crecimiento y Desarrollo, sólo lo hacía cuando el niño presentaba alguna dolencia. Esta observación me generó algunas interrogantes como: ¿Por qué son pocas las madres que llevan a sus niños a CRED después de cumplir el año de edad?, ¿Será que no saben que deben seguir asistiendo? ¿Será que consideran importante sólo la aplicación de las vacunas?, ¿Será acaso que el personal de salud prioriza la concientización a las madres sobre la vacunación más no, sobre el control de crecimiento y desarrollo?

Posteriormente, al desarrollar la evaluación de la sede, del proyecto de investigación para la asignatura de Investigación en Enfermería, en el Puesto de Salud 11 de julio que pertenece al Centro de Salud Año Nuevo, micro-red Collique III, Red de Salud Túpac Amaru, de la Dirección de Salud Lima – Ciudad, en el mes de abril del 2008, al solicitarle a la enfermera el libro de seguimiento del niño sano, observé que contaba sólo con un libro de registro diario, donde no se registraban niños mayores de un año. Asimismo, la enfermera refirió que “en el Puesto de Salud la cobertura de niños atendidos menores de un año es de 70%; y de un año a cinco es del 40%; el cual va disminuyendo según aumenta la edad”. Con esta realidad los niños quedan predispuestos a presentar enfermedades nutricionales, problemas respiratorios y no es posible la detección temprana de problemas osteo-musculares, entre otros.

Además, se observó en el Puesto de Salud antes referido, que no se encontraba material de difusión referente al Componente CRED, como afiches acerca de la atención, su importancia y las edades que abarca el Control de CRED. El análisis de este relato me generó las siguientes interrogantes: ¿Será que las madres consideran innecesario el control

CRED después del año de edad?, ¿Será que el servicio no está bien difundido entre las madres?, ¿Qué factores están condicionando la disminución de la asistencia de madres con niños mayores de un año al Componente CRED?

En relación a la regularidad de la atención del servicio de CRED del Puesto de Salud 11 de Julio, se observó que los días viernes no había atención por motivo de reuniones, en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT), siendo asumidas las dos estrategias sanitarias por una sola enfermera. Además cuando el personal técnico se encontraba de descanso, la enfermera asumía el triaje, viéndose la atención de CRED interrumpida por momentos, prolongando los tiempos de espera, de las madres que acudían a ese servicio. El análisis de este relato me generó la siguiente interrogante: ¿No se da la atención necesaria en el Componente CRED por falta de personal suficiente?

Ha sido determinante en la decisión por investigar sobre el tema la experiencia que tuve a través de un diálogo que escuché en el Puesto de Salud 11 de Julio en el mes de abril del 2008 en el que sostuvieron una madre de familia y el personal de salud, donde la señora llevaba una niña mayor de un año a su control. El personal de salud pregunta “¿Le toca su vacuna?”, la madre responde “no, viene a su control” y el personal responde “regrese en mayo”. En esos momentos debido a que no había otra enfermera en el Puesto de Salud no se estaba atendiendo a niños mayores de un año por la campaña de vacunación contra la hepatitis B, sólo a los niños menores de un año, porque ellos tienen que seguir con su régimen de vacunas. Este relato me generó esta interrogante: ¿Será que las madres no son motivadas por el personal de salud?, ¿Por qué cuando acuden las madres con sus niños no son atendidas?, ¿Qué factores institucionales influyen en el desarrollo adecuado del Componente CRED? y ¿Qué

interiorizan las madres para acudir o no con su niño de 1 a 4 años al Componente CRED?.

2. Formulación del Problema

Todas las observaciones y las interrogantes antes planteadas me llevaron a la siguiente pregunta central de investigación:

¿Cuál es el significado que le conceden al componente de Crecimiento y Desarrollo las madres de niños de 1 a 4 años de edad del AAHH Nueva Unión, Comas 2009?

3. Justificación del problema

El control del crecimiento y desarrollo constituye el eje de atención del niño y la niña, ya que además de realizar la vigilancia longitudinal del crecimiento y desarrollo del niño, se ponen en marcha otras acciones como la promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria oportuna, estimulación temprana, vacunación, supervisión de la visión y audición, salud bucal, detección oportuna de alguna alteración, además de acciones dirigidas al desarrollo de las potencialidades de cada niño en particular, en todos sus aspectos: emocionales, cognitivos, del lenguaje, entre otros.

Según el MINSA (2006-2007), los indicadores de impacto relacionados con la atención del niño son la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de la niñez, la prevalencia de desnutrición crónica y la tasa de incidencia de anemia según grupos de edad. En nuestro país de acuerdo a ENDES 2004-2005 por cada 1000 nacidos vivos, 24 mueren antes de cumplir el primer año y 32 mueren antes de cumplir los cinco años de edad. Siendo mayor en los departamentos que conforman el trapecio andino: Cusco (84 por mil nacidos vivos), Huancavelica y Apurimac (71 por mil nacidos vivos), Huanuco (63), Puno (59) y Cerro de Pasco (58). Afirmando que la reducción de mortalidad infantil en menores de cinco años tiene una importante relación con el desarrollo de políticas de salud,

tales como inmunizaciones, la ampliación del acceso a los servicios de salud, el Control de Crecimiento y Desarrollo. ^{(7), (8)}

Según el MINSA (2007), el Seguro Integral de Salud (SIS) ha facilitado la disminución de la barrera económica al acceso de los servicios de salud en los menores de 5 años contribuyendo a la disminución de la mortalidad especialmente por las enfermedades prevalentes de la infancia como Infección Respiratoria Aguda (19%) y Enfermedad Diarreica Aguda (3%), cuyo control ha brindado la mayor contribución a la ganancia en años de expectativa de vida en las niñas y niños. ⁽⁹⁾

Asimismo el MINSA(2007), refiere que el porcentaje de desnutrición crónica a nivel nacional es del 24% y de anemia 46.2% en los niños menores de cinco años, es por ello que al cumplirse el control del niño se contribuye a evitar problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición crónica en menores de cinco años, que generan un impacto negativo durante todo su ciclo de vida, limitando su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez y que además incrementa el riesgo de muerte del niño. ⁽¹⁰⁾

La importancia de la investigación que se propone radica en comprender el significado que le conceden al componente CRED las madres, esto nos permitirá entender el porque de las actitudes de las madres hacia el crecimiento y desarrollo de sus niños y por consiguiente nos permitirá tener una información real sobre aspectos que son importantes para las madres del AAHH Nueva Unión que hacen que acudan al Componente CRED del Puesto de Salud 11 de julio.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Comprender el significado que le conceden al componente de crecimiento y desarrollo, las madres de niños de 1 a 4 años de edad del A.A.H.H Nueva Unión, Comas 2009.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la importancia que le dan las madres al crecimiento y desarrollo de sus niños de 1 a 4 años de edad.
- Identificar la percepción de las madres sobre la atención recibida en el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño.
- Describir la interrelación Madre-Enfermera–Niño.

5. Propósito

Se espera que el presente trabajo sirva como reflexión para el personal del Puesto de Salud 11 de Julio y autoridades sobre los resultados de la investigación y a partir de ello, motivar al personal a establecer estrategias de intervención, en relación al control de Crecimiento y Desarrollo y, de esa forma, favorecer el incremento de la cobertura de atención de los niños de 1 a 4 años, además de permitir la detección precoz de alteraciones e intervenir oportunamente mediante el control de Crecimiento y Desarrollo. Asimismo, que la madre reciba consejería oportuna en cuanto a los cuidados que debe tener en la salud de su niño.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

1. Antecedentes del Estudio

Se hizo una exploración de los estudios relacionados al presente tema de investigación, hallándose los siguientes:

1.1 Antecedentes Nacionales

Carmen Denisse, Mellado Huamaní en el 2007, realizó el estudio *“Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de crecimiento y desarrollo en el centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión”*, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de crecimiento y desarrollo en el centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión. El método fue descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 110 madres de niños menores de un año; la técnica utilizada fue la entrevista estructurada, el instrumento fue un cuestionario. El resultado al que llegó el estudio fue que la satisfacción de la madre con la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del CMI-DAC es baja (68 %) mencionando entre otros aspectos “Al ingresar al servicio la enfermera no saluda”, no son derivados a un especialista ante un problema detectado, no entrega indicaciones escritas y el tiempo de consulta no es adecuado.

El aporte del estudio a la presente investigación es en relación a sus resultados, sobre la satisfacción de la madre, que en ese estudio es baja, en cuanto a la atención que brinda enfermería; predisponiendo a la

madre a no regresar al control; reafirmandose el problema de la poca asistencia de las madres debido a las actitudes del personal o a factores institucionales.

Luís Segura, Cecilia Sánchez-Carrión, Giovanna Baltazar y Amanda Lavado, en el 2006, realizaron el estudio “Registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario”. Este estudio tuvo como objetivo determinar el tiempo empleado en el registro de datos en las consultas de los servicios de crecimiento y desarrollo en un centro de salud. Se llevó a cabo en el centro de Salud Mi Perú, Dirección de Salud Callao, Perú.

El estudio se basó en el estudio de tiempos, mediante observación directa, durante el proceso de atención a 51 usuarios en la consulta del Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Obteniéndose como resultado que durante la atención a los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo, se usó 5 formatos para el registro de datos. Cada vez que un niño fue atendido, se registró 31 variables; una de ellas fue registrada simultáneamente en 5 formatos, 3 variables en 6 formatos y 7 en 2 formatos. La mediana de tiempo requerido para el registro manual de todos los formatos fue 2,09 minutos, equivalentes a 15,3% del tiempo total de atención a cada niño. Llegando a la conclusión que el registro de datos en los servicios de crecimiento y desarrollo demandan una alta proporción del tiempo disponible para la atención a los usuarios.

El aporte del estudio a la presente investigación son los resultados, los cuales evidencian que un 15% del tiempo de atención de la enfermera es destinado al llenado de formatos, lo cual disminuye el tiempo para la atención directa al niño.

1.2 Antecedentes Internacionales

Akemi Iwata, Monteiro y Maria das Graças Carvalho, Ferriani, en el 2000, realizaron el estudio “La atención a la salud del niño:

perspectivas en la práctica de la enfermería en la comunidad” en Río de Janeiro-Brasil, con el objetivo de analizar la práctica de enfermería en la asistencia del niño en la comunidad y colocar algunas perspectivas de esta práctica para el milenio.

El estudio fue desarrollado a través de una revisión de la literatura sobre el tema. Abordando de forma sintética la situación de la salud de la población brasileña y del niño en particular, en el actual contexto social. Las autoras hacen una reflexión sobre la historia de la práctica en la atención de la salud del niño y sobre la práctica actual de la enfermería comunitaria, observándose que ésta es realizada a la luz del Programa Oficial de la Asistencia a la Salud del Niño. La perspectiva de esta práctica es acompañar el crecimiento y desarrollo del niño en el seno familiar, en un trabajo multidisciplinario de visita domiciliaria y grupos de madres, en los cuales una enfermera, co-participante, se destaca por su formación en salud preventiva y promocional.

El aporte del estudio a la presente investigación está en relación a la reflexión realizada por las investigadoras sobre la importancia del trabajo comunitario, y sobre todo, la importancia del acompañamiento en el crecimiento y desarrollo del niño por parte de la enfermera con fines preventivo – promocionales.

Glória Lúcia Alves Figueiredo y Débora Falleiros de Mello, en el 2003, realizaron el estudio “La práctica de enfermería en la atención a la salud del niño en una unidad básica de salud”; Este estudio tuvo como objetivo identificar las acciones de enfermería en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo de niños menores de cinco años de edad, usuarios de dos unidades básicas de salud de Franca-São Paulo-Brasil.

El estudio empírico fue basado en la observación, a través de video grabación de las actividades de enfermería en los sectores de

vacunas, pre-consulta, post consulta y test para detección de Hipotiroidismo Congénito y Fenilcetonuria. Las autoras verificaron que las acciones básicas de acompañamiento de crecimiento y desarrollo, del estímulo a la lactancia materna, orientaciones alimentarias, vacunas, prevención de enfermedades prevalentes están permeando la atención de enfermería, aunque de forma fragmentada en la comunicación y vínculo con la clientela.

El aporte del estudio a la presente investigación está en relación a los instrumentos de recolección de datos, como la observación, videograbación, que permite un mejor análisis de lo que acontece en la situación estudiada.

2. Fundamentación Teórica

2.1 Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud, es uno de los modelos más utilizados, fue formulado por Irwin Rosenstock, considera que las decisiones adoptadas por los usuarios en relación con las pautas preventivas o terapéuticas recomendadas guardan una estrecha relación con los valores, creencias y percepciones que el mismo tiene sobre la salud de su niño, la gravedad o amenaza del problema, las posibilidades de resolverlo, la eficacia de las medidas recomendadas y los obstáculos y dificultades para seguirlas y avisos para tomar una acción.

Según Rosenstock (1992) y Frías (2000), exponen que el modelo de Creencias en Salud se dirige a explicar los factores que intervienen en la adopción de conducta saludable, la conducta de seguimiento y cumplimiento basado en las condiciones, antecedentes historia, biografía, factores de disposición y factores del medio y las condiciones como los estímulos positivos y negativos. ^{(11), (12)}

Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la

misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva. En relación al estudio esto va depender de que tan susceptible de enfermar es el niño según la madre, lo que va a condicionar su asistencia al Componente de CRED, así como los beneficios que ofrece éste componente, frente a las barreras, como falta de tiempo y trabajo, desinterés frente al control del niño.

2.2 La teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

Una de las teorías de enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud, que refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos-perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud.

Según Marriner (2007), en la teoría de Nola Pender refiere que el “Modelo de Promoción de Salud” sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos. ⁽¹³⁾

Se puede relacionar esta teoría con el presente tema de estudio de la siguiente manera:

- Los factores personales lo relacionaremos con características de las madres, entre ellos los biológicos (edad), psicológicos (el estado de salud percibido y la definición de salud) y sociocultural (raza, etnia, formación y conocimientos)
- Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones.
- Barreras percibidas, como el tiempo de espera para ser atendida, desinterés, falta de tiempo entre otros.
- La auto-eficacia percibida disminuirá las barreras presentes.

- Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva.
- Influencias interpersonales, la influencia de los que se encuentran en su entorno (familia, amigas), cómo reaccionan frente a la atención y los conocimientos que tienen frente al control de CRED.
- Influencias Situacionales, está relacionado al consultorio de CRED, a la sala de espera, experiencias anteriores tanto positivas y negativas relacionadas con el control.

Según lo expuesto en la teoría de Nola Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño.

3. Bases Conceptuales

3.1 Oferta de los servicios de salud para la atención del niño de 1 a 4 años de edad.

3.1.1 *Definición de Oferta de Servicios de Salud*

Corella (1996) y Mercado (2000), mencionan que la oferta de Salud está constituida por los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, información, organización, insumos, financieros, entre otros, que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de prestaciones de salud a la población según sus necesidades. ^{(14), (15)}

3.1.2 Elementos de la Oferta de Servicios de Salud

- Organización de la oferta en servicios de salud: Anderson (1992), considera que la organización de la oferta de servicios de salud, es un proceso que se establece a partir del análisis de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, es lo que el sistema hace con sus recursos, coordinando a los agentes y servicios existentes para controlar el proceso de brindar servicio.⁽¹⁶⁾
- La administración del sistema de beneficios: según Corella (1996), los mecanismos administrativos y operacionales mediante los cuales se mantiene en forma actualizada el listado de quienes pertenecen al sistema, los riesgos de salud que están cubiertos, los alcances de la cobertura establecida, las formas mediante las cuáles se pueden acceder a los beneficios, es por ello que el personal que lo conforma debe estar altamente calificado para realizar una distribución oportuna de recursos y equipos.⁽¹⁷⁾
- Recursos humanos: Es la mano de obra dedicada a la atención de salud, constituyéndose en un profesional altamente calificado con habilidades en consejería, interacción socio-emocional que consiga el Rapport y empodere al usuario mediante la entrega de información.⁽¹⁸⁾
- Infraestructura: Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización.
- Recursos financieros: Corresponden al monto que anualmente se asignará a la institución, en el caso de salud su principal financiador es el estado.

3.1.3 Influencia de la oferta de los Servicios de Salud en la atención del niño de 1 a 4 años de edad.

Cuando se logra la satisfacción de la madre y ella internaliza los beneficios, es posible un cambio en su comportamiento,

produciendo la práctica de conductas preventivas y por ende acuda al servicio de Crecimiento y Desarrollo con su niño.

Corella y Col. (2001), exponen que al ofertar los servicios de salud se debe tomar en especial consideración las necesidades de la madre, el tipo de información brindada por el personal que sea clara y precisa y el tratamiento sea eficaz, respetando la cultura de la persona.⁽¹⁹⁾

3.2 Demanda de Servicios de Salud de la madre del niño de 1 a 4 años de edad

3.2.1 *Definición de Demanda de los Servicios de Salud*

Corella (1996), considera que la demanda en el análisis económico, se define como la disposición de pagar por conseguir un bien o servicio con el fin de satisfacer sus necesidades.⁽²⁰⁾

Por otro lado, Madueño (2002), refiere que la demanda de salud se define como la percepción de una necesidad de atención de salud, para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar algún hecho que haya quebrantado su salud. Esta necesidad responde a factores físicos tales como accidentes, embarazos, enfermedades y/o factores relacionados al ciclo de vida tales como la inmunización en edad temprana y la atención de personas de edad avanzada.⁽²¹⁾

Al respecto Corella y Col. (2001), mencionan que dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su nivel socioeconómico para que pueda pagar el acceso, la disponibilidad de infraestructura según su grado de necesidad y el grado de susceptibilidad de enfermar. Este último determinará la cantidad demandada de salud, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea recibir. La demanda cambia de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados. Pero, sobre todo, la decisión se ve influenciada por la percepción de un síntoma

de enfermedad por parte del individuo. ⁽²²⁾

3.2.2 *Participación de la madre en el cumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo.*

3.2.2.1 La madre como cuidadora

La madre del niño debe estar preparada física y psicológicamente, debe asumir una actitud madura, tiene la responsabilidad de cuidar, criar y alimentar a su niño para que crezca fuerte y sano en un ambiente adecuado. Para ello la madre debe tener un grado de instrucción el cual contribuya a su desarrollo intelectual y le permita brindar un cuidado de calidad a su hijo; pero ella además posee un marco cultural, como son sus creencias y actitudes que influyen en el cuidado de su salud y la de su niño.

Es por ello que su asistencia al Componente CRED es determinante para que adquiera conocimientos y los ponga en práctica al momento de cuidar a su niño. Además es la figura de la madre la que condiciona los hábitos del niño, ya que éste no decide que comer, cuando ir al establecimiento de salud y que tratamiento va seguir. En ello radica el papel decisivo de la madre en el cuidado de la salud de su niño, siendo de vital importancia los conocimientos de la madre. ^{(23), (24), (25)}

3.2.2.2 Factores Personales de la madre que intervienen en la demanda de atención.

Los factores personales son inherentes al individuo y suponen la intencionalidad de realizar un comportamiento.

a) Factores Personales Biológicos

Según Marriner (2007), incluye variables como: ⁽²⁶⁾

- Edad, se refiere a la edad cronológica.
- Paridad, el número de hijos.

b) Factores Personales Psicológicos

Mercado (2000), expone que la utilización de los servicios de salud va a depender del nivel de conocimientos que posea la madre, para percibir su vulnerabilidad frente a una enfermedad y convencerse de la efectividad de la acción a realizar. ⁽²⁷⁾

- *Importancia de salud*, Marriner (2000) refiere que las personas que tienen una alta valoración de la salud es más probable que la intenten promover. ⁽²⁸⁾

- *Auto-eficacia percibida*, Marriner (2007) considera que el hecho de que una persona este convencida de que una conducta es asumible y puede influir en el alcance de dicha conducta. ⁽²⁹⁾

- *Significado para las madres del Componente de Crecimiento y Desarrollo*, se refiere a la concepción asignada al componente de crecimiento y desarrollo que se ha formado en base a la atención recibida y los conocimientos que posea la madre del niño.

- *Definición de salud*, la definición de cada uno sobre el significado de la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un máximo nivel de bienestar puede influir en los intentos de modificar dicha conducta según explica Marriner (2007) ⁽³⁰⁾

- *Estado de salud percibido*, el estado actual de sensación de bienestar o malestar puede determinar la probabilidad de que se adopten conductas favorecedoras de salud, cuando consideran que los beneficios que se pueden obtener de ello son importantes. ⁽³¹⁾

c) Factores Personales Socio Culturales.

Mercado (2000), define los factores personales socio-culturales como la atención y respuesta de la madre según su saber popular a determinadas situaciones de salud. ⁽³²⁾

Incluyen variables como:

- *Cultura*, según Barrantes (1997), como un estilo de una comunidad que posee un conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos. ⁽³³⁾
- *Aculturación*, proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural. Éste puede producirse de dos formas diferentes tales como fusión de creencias y costumbres de ambos grupos, dando lugar a una única cultura y el caso más frecuente en el que una de las sociedades absorbe los esquemas culturales de la otra a través de un proceso de selección y modificación.
- *Estado socioeconómico*, son los recursos que dispone la madre para acceder a un servicio de salud.

3.3 Componente de Crecimiento y Desarrollo del niño y la detección temprana de alteraciones.

El desarrollo saludable de la niñez es fundamental para asegurar el bienestar futuro de nuestra sociedad, en este sentido, la convención de los Derechos del Niño, como marco normativo de referencia internacional para el desarrollo de políticas públicas a favor de la infancia, establece diversos acuerdos que expresan la convicción plena del interés superior de la niñez y la relevancia de la protección y cuidado necesarios para su bienestar, con la participación activa y responsable de los padres y las instituciones o personas encargadas de su protección y cuidado.

Dentro de este contexto la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud Peruano ha elaborado la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” en el 2006, cuya finalidad es brindar una atención integral de salud de calidad a la niña y el niño de 0 a 9 años, que responda a las

necesidades de salud y contribuya a elevar la calidad de vida de este grupo poblacional. ⁽³⁴⁾

3.3.1 Definición del Componente de Crecimiento y Desarrollo

Según Hernandez (1987) y el MINSA (2006), el Componente de Crecimiento y Desarrollo, está definido como el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades destinadas a verificar que los niños adquieran las características corporales, sensoriales y psicosociales y funciones neurológicas que corresponden a su edad. La detección temprana de riesgos, facilitando el diagnóstico y tratamiento oportuno de alguna alteración y de esa forma evita secuelas, incapacidad y previene el deceso del niño. ^{(35) (36)}

3.3.2 Concepto de Crecimiento

Según Bastidas, Posada y Ramírez (2005), crecimiento es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. ⁽³⁷⁾

Al respecto Wong (1993), indica que se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta es de gran importancia en los dos primeros años de vida posnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. El aumento de peso es muy rápido, especialmente en el primer trimestre incrementado 680 gramos por mes, en el segundo trimestre gana 500 gramos por mes, el tercer trimestre 300 gramos por mes y en el cuarto trimestre 150 gramos por mes. A partir del primer año gana 2 kilos por año. En relación a la talla se incrementa en 2.5 cm. mensuales en el primer trimestre, en los siguientes trimestres gana 2

centímetros por mes hasta el año. A partir del año de edad hasta los 4 años crece 10 centímetros por año. ⁽³⁸⁾

3.3.3 Concepto de Desarrollo

Castro (2003), expone que el desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. ⁽³⁹⁾

Para la evaluación del desarrollo se han diseñado varios instrumentos, entre los cuales los más usados son: la Escala Abreviada de Desarrollo, la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el menor de dos años y el Test de Desarrollo Psicomotor en los niños mayores de 2 hasta los 5 años.

3.3.3.1 Desarrollo Biológico

Wong (1993), menciona que el volumen del tracto respiratorio y el crecimiento de estructuras asociadas, las estructuras internas de la garganta y el oído continúan siendo cortos y rectos, el tejido linfóide de las amígdalas y del adenoides es más grande, predisponiendo al niño a infecciones del tracto respiratorio. Los ruidos cardiacos y respiratorios disminuyen y aumenta la presión sanguínea. ⁽⁴⁰⁾

Los procesos digestivos se vuelven completos, la acidez del contenido gástrico aumenta y cumple una función protectora, se va completando el proceso de mielinización que lleva al control paulatino de los esfínteres anal y uretral. Además los mecanismos de defensa de la piel y la sangre, como la fagocitosis se vuelven eficaces.

3.3.3.2 *Desarrollo Sensorial*

Wong (1993), menciona que durante la etapa preescolar se alcanza una agudeza visual de 20/20, desarrollando una visión binocular, siendo posible la detección de estrabismo. Los sentidos del gusto, oído, olfato y tacto se vuelven más finos, se coordinan entre sí y se asocian. La agudeza sensorial se desarrolla con rapidez durante los tres primeros meses de vida. Las investigaciones realizadas demuestran que los recién nacidos son capaces de realizar discriminación visual y auditiva. Dos días después del nacimiento los niños pueden distinguir olores. Reaccionan a los ruidos elevados y, probablemente, poseen el sentido del gusto. En estos tres primeros meses los niños pueden distinguir colores y formas, y pueden mostrar preferencias por estímulos complejos y nuevos, en contraposición a los estímulos sencillos y familiares.⁽⁴¹⁾

3.3.3.3 *Desarrollo Motor*

Las etapas principales de la locomoción son: reptar (propulsarse utilizando sólo los brazos), gatear (propulsarse con las manos y las rodillas) y caminar. Un niño anda entre los 13 y los 15 meses de edad en promedio. En el tercer año de vida, el niño anda con seguridad, puede acelerar o moderar la marcha, cambiar de dirección y detenerse a su voluntad. Sube y baja escaleras apoyado en una mano o bien puede prescindir del apoyo manual.

Según Berhrman (2005), la preferencia lateral aparece en algunos niños antes de los 2 años; sin embargo, y por lo general, se produce entre los 3 y los 6 años. A los 4 años comienza ya a dibujar letras y números sin un esquema definido. Durante el sexto año, las letras y los números aparecen bien alineados horizontalmente y aunque el tamaño es demasiado grande, conseguirá reducirlo a 6 o 7 mm durante el séptimo año.⁽⁴²⁾

3.3.3.4 Desarrollo de la Capacidad Lingüística

Berhrman (2005), menciona que los niños con un desarrollo normal poseen sistemas neurológicos que detectan y almacenan sonidos vocales, permiten la reproducción de estos sonidos, y a su debido tiempo permiten el lenguaje. Los niños emiten todos los sonidos vocales conocidos, pero sólo retienen aquéllos que oyen con regularidad. Entre el cuarto y el noveno mes, tienen lugar las etapas de balbuceo. A los 9 meses aparecen las primeras vocales claramente pronunciadas. Los sonidos similares a palabras (primeras consonantes) aparecen hacia los 12 meses y tienen un significado a los 18 meses.⁽⁴³⁾

Utilizan frases de una y dos palabras para expresar un significado. Las primeras palabras suelen ser nombres de objetos y descripciones de acciones, por ejemplo “papá”, “agua”. A partir de los 18 meses de edad la adquisición de un lenguaje complejo es muy rápido. A los 2 años y medio es ya posible para el niño la combinación de 2 palabras. El dominio completo de todos los sonidos simples y sus combinaciones es de esperar que se produzca antes de los 7 años.

3.3.3.5 Desarrollo Emocional

Berhrman (2005), refiere que existe un vínculo, que consiste en una unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general, su madre. El llanto y la risa ponen en contacto a los niños con quienes los cuidan. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida; por ejemplo, si un niño es separado de su madre y, tras esa situación no establece un vínculo seguro, se perturbará su desarrollo posterior.⁽⁴⁴⁾

Es probable que sucesos traumáticos que se producen durante la infancia, tales como los abusos físicos o la malnutrición, afecten al desarrollo y al comportamiento de una forma negativa. Experiencias menos extremas también tienen su influencia, pero sus efectos pueden ser temporales y menos llamativos. Se ha demostrado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo, y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro.

3.4 Componentes de Crecimiento y Desarrollo

Según el MINSA (1989), el control de Crecimiento y Desarrollo está conformado por cuatro componentes, el componente administrativo, el componente técnico, el componente educativo y el componente investigativo. ⁽⁴⁵⁾

Los cuales serán descritos en base al autor antes citado:

3.4.1 *Componente administrativo*

- **Organización:** Elaboración de normas para la atención y órganos ejecutivos encargados de desarrollarlos.
- **Programación:** el número de niños que deberán ser atendidos.
- **Supervisión:** se realiza desde el nivel central a la local.
- **Evaluación:** se realiza a nivel operativo en el mismo servicio, y además son evaluados por los otros niveles superiores.
- **Información:** Conjuntos de datos que brinda a la madre durante la atención al niño.

3.4.2 *Componente Técnico*

Son las actividades que puede realizar el profesional de medicina o enfermería durante la atención del niño. Según las siguientes etapas:

- *Previo al Control:*

- Captación de los niños: en centros iniciales y en la comunidad.
- Identificar a los niños con riesgos para determinar su nivel de atención.
- *Durante el control:*
 - Evaluación de los datos del Carné.
 - Elaboración de la historia clínica y/o familiar completa en la primera cita y la evaluación del niño se divide en :
 - Anamnesis: la identificación, antecedentes personales (fisiológicos y patológicos), antecedentes familiares, condiciones socioeconómicas.
 - Examen físico: somatometría se refiere al peso, la talla, el perímetro cefálico.
 - Evaluación del desarrollo Psicomotor según las escalas establecidas.
 - Evaluación del desarrollo dentario.
 - Se realiza el diagnóstico y se brinda la consejería pertinente
- *Posterior al control*
 - Registro de la actividad en el carné e historia clínica.
 - Referencia o interconsulta en base al criterio de riesgo.
 - El seguimiento de los niños.

3.4.3 Componente Educativo

- ❖ Educar a la población sobre el proceso de crecimiento y desarrollo, la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño, tanto dentro del establecimiento de salud como en la comunidad.
- ❖ Cuando la actividad se realiza en la comunidad pasará por tres etapas:
 - *Difusión:* Para realizarlas primero se difundirá a través

de afiches, de agentes de salud.

- *Trabajo Comunal:* se realizan sesiones con los líderes de las comunidades, organizaciones y autoridades y que ellos definan la problemática de salud del niño.
- *Ambiente de Promoción:* crear ambientes adecuados que faciliten el desarrollo de las actividades de difusión y trabajo comunal en relación a la salud integral de niño.
- *Reuniones educativas:* se usarán actividades que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje, desarrollando contenidos educativos con participación grupal en aspectos relacionados con la salud del niño.

3.4.4 Componente Investigativo

- Las normas de investigación del control CRED, se basan en lineamientos y son desarrollados por miembros del equipo de salud, con el fin de fomentar el desarrollo de nuevos conocimientos y la formulación de métodos, técnicas y procedimientos; debe ser efectuada por miembros del equipo de salud de cada establecimiento.
- Los proyectos deben ser presentados anualmente y deben responder prioritariamente al estudio del área o problemas observados.

3.5 Problemas a los que está predispuesto el niño de 1-4 años que no es llevado al Componente CRED.

Según Wong (1993), el niño de 1 a 4 años de edad se encuentra en una etapa de crecimiento corporal, como el de desarrollo cerebral, por ello se considera una etapa de maduración física, social y psicológica. El control de crecimiento y desarrollo, evalúa el desarrollo físico y funcional del niño, además de brindar pautas a la madre sobre su cuidado. Los niños que no son llevados al Componente CRED quedan expuestos a padecer alteraciones nutricionales como la

desnutrición crónica que afecta el crecimiento y desarrollo del niño en las épocas de máxima aceleración e impide que logren su capacidad genética óptima. La desnutrición crónica es aquella que compromete la talla, dependiendo de la duración y de la intensidad de la desnutrición, produciéndose así un retardo en el crecimiento longitudinal lo cual es difícil de recuperar además lo torna susceptible a infecciones, especialmente diarrea. ⁽⁴⁶⁾

Además Wong (1993), menciona que otros problemas en la salud del niño que son la anemia que se debe a la deficiencia de hierro teniendo un efecto más severo si se presenta en los primeros 5 años de vida, el crecimiento cerebral puede retardarse en forma grave, afectando a largo plazo el desarrollo psicomotor y conducta del niño. Asimismo el control CRED permite la detección temprana de alguna alteración como es el caso del pie plano que produce en el niño la pérdida de equilibrio y por ende sufre caídas, cansancio y dolor al caminar, alteraciones visuales que, tratadas oportunamente, no afectarán el desenvolvimiento del niño. ⁽⁴⁷⁾

Asimismo Wong (1993) y el MINSA (1999), consideran que en Componente de CRED, se brinda consejería a la madre sobre la alimentación del niño, el cuidado de la cavidad oral, que está predispuesta a presentar caries y la pérdida de los primeros dientes, si no se realiza el cepillado de ellos. Es importante cumplir el control de Crecimiento y Desarrollo para evitar la aparición de alteraciones o tratarlas a tiempo y no dificulten el crecimiento y desarrollo futuro del niño. ^{(48), (49)}

3.6 Función de la enfermera en el Componente CRED

Según MINSA (1999), la enfermera en el Componente CRED se encarga de promover la salud física y emocional del niño, así como prevenir las enfermedades y la continuidad de la atención mediante la

educación que brinda a la madre del niño. Además de citar al niño, según sea necesario después de la evaluación que se realiza, haciendo una diferenciación del CRED; en relación a la atención que brinda otro profesional (Pediatra) y fijar un significado de importancia en el madre.⁽⁵⁰⁾

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de la Niña y Niño del MINSA indica las acciones que realiza la enfermera u otro personal encargado del Componente CRED como los siguientes:

- Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.
- Evaluación física
- Evaluación del Crecimiento y desarrollo con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP), el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) ó el test abreviado de desarrollo psicomotor (TA).
- Evaluación del calendario de inmunizaciones.
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
- Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses)
- Descarte de parasitosis,
- Consejería integral.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Naturaleza del Estudio

Según Martínez (2006) y Hernández (2006), el estudio de investigación con enfoque Cualitativo es dialéctico y sistémico porque analiza a profundidad la realidad estudiada de forma ordenada.^{(51), (52)} En el presente estudio este enfoque buscó identificar el significado del Componente de Crecimiento y Desarrollo, tal y como la observan las madres de niños que tienen de uno a cuatro años, valorando la situación como un todo.

Martínez (2006), expone que en el trabajo de campo la investigación cualitativa es guiada por los siguientes criterios: la información o los "datos", hay que buscarlos donde están, permitiendo reorientar el enfoque y la recolección de nueva información. Como segundo criterio la observación no debe deformar la verdadera realidad del fenómeno que se estudia. El tercer criterio que la información pueda ser revisada constantemente como las grabaciones de audio, fotografías y anotaciones pormenorizadas de las circunstancias y situaciones, conservando todos los documentos; buscando información que esta relacionada y más ayude a explicar la situación estudiada.⁽⁵³⁾ Al respecto en el estudio se trató de no deformar lo observado en el Componente CRED, describiéndose lo sucedido durante la atención del niño tal como se presentó. Además para poder revisar constantemente la información se grabó a las madres durante las entrevistas realizadas en el AAHH Nueva Unión.

En el presente estudio se abordó la investigación cualitativa porque responde a la naturaleza y objetivos del problema, es decir, que se enfocó en la unidad de análisis intentando descubrir situaciones, interacciones, así como los significados manifiestos y expresados por las madres acerca del Componente de Crecimiento y Desarrollo.

Dentro de la investigación cualitativa existen varios tipos de estudio, uno de ellos es el ESTUDIO DE CASO CUALITATIVO, Arroyo y Col. (2008) y Do Prado y Col. (2008), lo definen como un método de investigación cualitativo que permite la construcción del conocimiento en base al análisis a profundidad de las entidades sociales que se estudia permitiendo la comprensión del mismo. ^{(54), (55), (56)} El estudio de caso me permitió comprender el significado que le dan las madres al Componente de Crecimiento y Desarrollo, mediante el estudio a detalle de las situaciones presentadas en el Componente durante la atención del niño y las entrevistas realizadas a la madre.

Desde el punto de vista de Pérez Serrano citado por Arroyo y Col. (2008) las características del Estudio de Caso son: ⁽⁵⁷⁾

- Es Particularista: se caracteriza por un enfoque claramente ideográfico dirigido a comprender en profundidad la realidad singular.
- Es Descriptivo: del producto final del estudio se obtiene una rica descripción de un individuo o un evento de tipo cualitativo.
- Es Heurístico: da pie a que el lector descubra nuevos significados, amplíe su experiencia y genere descubrimientos, que a su vez, generen iniciativas de acción.
- Es inductivo. Los estudios de casos se basan en el razonamiento inductivo para generar hipótesis, descubrir relaciones y conceptos a partir del análisis minucioso del sistema o entorno estudiado.

El presente estudio tiene como características ser particularista porque se buscó comprender la problemática estudiada a profundidad y es

descriptivo, por describir al final los significados y concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo, en base lo expresado por ellas y lo observado en la atención que recibía el niño en el Componente.

Ludke y André (1986) mencionan como características del estudio de caso los siguientes: ⁽⁵⁸⁾

- La investigación parte de supuestos iniciales, para poder observar los elementos nuevos que emergerán durante el estudio.
- Se realiza una apreciación completa y concisa del contexto donde se desarrolla la problemática estudiada.
- Se revelan las dimensiones de una determinada situación como un todo.
- Se utilizan más de una fuente de información para luego cruzarlas como las entrevistas realizadas a las madres y las observaciones realizadas en el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio.
- Permite relatar las experiencias vividas durante la investigación por parte del investigador durante la realización del presente estudio.

Los autores citados anteriormente mencionan como fases del Estudio de Caso los siguientes:

- **Fase exploratoria:** Se refiere al planteamiento, basado en la experiencia personal. Además se delimita el área de estudio mediante la identificación de elementos claves. ⁽⁵⁹⁾ Esta fase en el presente estudio se inició en base a la experiencia vivida cuando rotaba en el servicio de CRED, en el tercer año de estudios, acudiendo a los escenarios establecidos el Puesto de Salud 11 de Julio y el Asentamiento Humano Nueva Unión.

- **Fase de recolección de datos:** Se refiere a la aplicación de los instrumentos elaborados. ⁽⁶⁰⁾ En la presente investigación se realizó la aplicación de una guía de preguntas norteadoras y la guía de observación.
- **Fase de análisis e interpretación de datos:** Se realiza la transcripción de los datos, luego de una o varias lecturas se establecen las unidades de análisis de los datos, estableciéndose códigos de análisis, posteriormente se reúnen los códigos similares para estructurar las categorías y sub-categorías. Estas categorías son interpretadas a la luz de las teorías o autores seleccionados por el investigador, que tratan sobre el tema en estudio. ⁽⁶¹⁾ En esta fase del estudio emergieron cuatro categorías, las cuales fueron interpretadas en base a la teoría seleccionada.

2. Escenario del Estudio

El estudio se realizó en el Asentamiento Humano (AAHH) Nueva Unión (Año Nuevo- Comas) y el Puesto de Salud 11 de Julio.

Dentro de la jurisdicción del Puesto de Salud 11 de Julio se encuentran los asentamientos humanos, 11 de Julio, el Ayllu, Las Lomas, Nueva Unión y las ampliaciones de los asentamientos. El estudio se realizó en el AAHH Nueva Unión ubicado a altura del km 13 ½ de la Av. Tupac Amaru localidad de Año Nuevo - Distrito de Comas.

El puesto de salud 11 de Julio cuenta dentro de su infraestructura con: farmacia, admisión, consultorio de medicina general, consultorio de Gineco-Obstetricia, tópico, servicio higiénico, sala de espera, consultorio de Crecimiento y Desarrollo y Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, Estrategia de Control y Prevención de la Tuberculosis, Consultorio de psicología, consultorio de Odontología, servicio social SIS.

El Componente de CRED se encuentra ubicado al lado del consultorio de medicina general, está a cargo de una enfermera que atiende

de lunes a viernes 8:00 a.m. a 2 p.m. Además la misma enfermera tiene a su cargo la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, la Estrategia de Control y Prevención de Tuberculosis, Tópico y Triage (en caso necesario).

El consultorio de crecimiento y desarrollo, es pequeño de paredes de color crema y techo blanco cuenta con un fluorescente, una ventana pequeña con rejas en la pared que da a la calle. Entrando por la puerta de derecha a izquierda se observa una camilla de 80 centímetros de altura aproximadamente, cubierta con una solera verde, que cubre solamente el colchón de la camilla, al lado se ubica una mesa, sobre ésta una balanza de color blanco, y en la plataforma un pañal de tela blanca. También presenta un lavadero blanco, encima de éste una jabonera conteniendo un jabón y al lado izquierdo tiene una toalla pequeña. Seguidamente un armario metálico de 3 cajones color negro, un archivador metálico con 2 puertas de vidrio, se observan dos paneles forrados con franela verde, en uno se ubican afiches de la campaña de vacunación y en el otro la población, coberturas de vacunación de polio y pentavalentes, normativas entre otros. Se ubica una refrigeradora de dos puertas de color blanco y una mesa y sobre está dos termos un KST y GYOSTYLE. Al lado de los paneles se ubica una mesa con dos sillas, en la mesa se encuentran folders, cuadernos y registros del servicio. A pesar de ser un ambiente destinado a la atención de niños pequeños, no se observa láminas coloridas de dibujos que llame la atención de los mismos, además no se observó las baterías de evaluación psicomotriz.

3. Sujetos del Estudio

La población estuvo compuesta por 40 madres que tienen niños entre las edades de 1 a 4 años, se determinó por mapeo. (*Ver Anexo A*)

Por tratarse de una investigación cualitativa no se estableció previamente la muestra, ésta se estableció por el nivel de saturación. En el transcurso de la recolección de datos, después de 13 entrevistas la

información empezaba a ser repetitiva, llegándose al nivel de saturación. En el caso de las observaciones se realizaron 20 en el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio.

En el estudio se hizo entrevistas a 12 madres y una abuela, en sus viviendas del AAHH Nueva Unión y observaciones en el Puesto de Salud 11 de Julio.

En este grupo de 12 madres y una abuela (*Ver Anexo B*, las edades varían de 20 a 52 años, las madres entrevistadas en su mayoría fueron adultas jóvenes; en relación al lugar de procedencia 6 madres nacieron en Lima y 7 en el interior del país (región costa, sierra y selva), el lugar de origen de las madres, determinará el grado de aceptación ha ciertos estilos de vida, así como la forma en que ella va cuidar su salud y la de su hijo y su disposición de acudir a un centro asistencial. El número de hijos por madre fluctúa de 1 a 3, en relación al grado de instrucción 8 madres terminaron la secundaria, 3 tienen secundaria incompleta, 1 primaria incompleta y 1 madre llegó a nivel superior, la mayoría de madres posee secundaria completa siendo un factor positivo para la salud de su niño. En relación al área laboral de las madres entrevistadas 9 de ellas son amas de casa y 4 trabajan fuera del hogar en actividades diversas como: cantante, promotora educativa, auxiliar en educación y encargada de ferretería, en cuanto al estado civil 6 de ellas son convivientes, 5 casadas y 2 solteras.

4. Proceso de Recolección de datos

El proceso de recolección de datos se inició con los trámites administrativos, primero con solicitudes simples al dirigente del AAHH Nueva Unión y al Médico Jefe del Puesto de Salud 11 de Julio. Posteriormente se hizo llegar las cartas de presentación respectivas, expedidas por la Directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Se utilizó como técnicas de recolección de datos la observación participante y la entrevista semi-estructurada para obtener la información requerida.

La observación participante, estuvo focalizada a recoger información acerca de las diferentes inter-acciones que se dan entre la Madre-enfermera-Niño durante la atención en el componente de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud 11 de Julio, haciendo uso de una guía de observación que constaba de una parte descriptiva (Descripción del escenario y exteriores, expresiones utilizadas y expresiones faciales utilizadas en la atención) y una parte reflexiva (reflexiones metodológicas, dilemas y esclarecimientos) (Ver Anexo C)

En el Puesto de Salud se iniciaron las observaciones en el mes de Agosto del 2009, en el consultorio del Componente de Crecimiento y Desarrollo. Se observó la atención que recibían los niños menores de 5 años y, en especial, los mayores de un año. Durante el periodo en que se acudió al Puesto de Salud se observó la asistencia de 1 a 3 niños por día, mayores de un año, siendo llevados por las madres al Puesto de Salud, al enterarse que al niño le faltaba una vacuna.

Asimismo, se utilizó la entrevista semi estructurada, la cual fue aplicada a las madres con el objetivo de *Comprender el significado que le conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo de sus niños de 1 a 4 años de edad*. El instrumento utilizado fue una guía de preguntas norteadoras, que consistió en una lista de interrogantes a ser desarrolladas durante las entrevistas como por ejemplo ¿Cuál es el significado que tiene para usted el control de crecimiento y desarrollo?, ¿Cuándo considera que su niño está sano o enfermo?, ¿Cuándo considera necesario llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo?, ¿Cree usted que el servicio de crecimiento y desarrollo le brinda toda la atención necesaria a su niño para mantenerlo sano?, las cuales permitieron profundizar y elaborar otras preguntas conforme se iba obteniendo datos de las madres. (Ver Anexo D)

En la primera entrevista hecha a una madre que se encontraba sentada, fuera de su hogar en el AAHH Nueva Unión a las 4 de la tarde, se optó solo por tomar nota en el momento de la entrevista porque la madre fue muy concisa en sus repuestas, cuando se trataba de profundizar, se quedaba en silencio y dejaba de responder, este hecho me desmotivó un poco, pensando que las otras mamás me iban a responder de la misma manera.

A las dos semanas visité nuevamente el AAHH Nueva Unión, en esta ocasión entrevisté a 3 madres, nuevamente opté por tomar nota y no grabarlas, para que no se sientan intimidadas con la entrevista, sus respuestas fueron amplias con respecto a las preguntas norteadoras, pero aún las entrevistadas hablaban poco. Estas primeras 4 entrevistas se consideraron como entrevistas de exploración y no formaron parte de los datos analizados.

Después de unos días, reinicié las entrevistas, ahora con grabaciones de voz, previo permiso de la entrevistada, en la primera entrevista la madre se mostró desenvuelta, nerviosa al inicio por la grabadora, pero obteniendo al final una entrevista consistente, seguí caminando por el AAHH Nueva Unión y hallé a otra madre sentada fuera de su hogar con su niño, esa entrevista me motivó bastante, hubo fluidez en las palabras de la señora, aunque por momentos se interrumpía la entrevista, debido a que la madre iba a buscar a su hijo, que salía fuera de la mirada de la madre. Esta fue una de las entrevistas más consistentes durante la recolección de datos; en la siguiente entrevista la señora, por momentos tenía un lenguaje fluido y por momentos presentaba silencios, en el momento de profundizar en alguna pregunta.

Continué entrevistando a otras madres, algunas no mostraban mucho interés por ser entrevistadas, contestaban con pocas palabras por lo que decidí adoptar algunas estrategias con las mamás para que haya una mejor

interacción investigadora-investigadas, para lo cual acudí al Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) 11 de Julio, donde se encontraban niños del Asentamiento Humano estudiado. Para ello informé a la encargada del PRONOEI sobre mi proyecto y mi idea de realizar entrevistas a las mamás que acudían a recoger a sus niños. Realicé algunas entrevistas en este grupo de madres que acudieron a recoger a sus niños, quienes mostraron mayor interés en ser entrevistadas.

En los días sucesivos continué realizando las entrevistas, con la limitante de que algunas madres no se encontraban el día de la entrevista y hora acordadas. Utilicé la estrategia de preguntar a los niños mayores de un año, que encontraba andando o jugando por el Asentamiento Humano Nueva Unión *¿dónde está tu mamá?, ¿puedes llamarla?*, y ellos traían a sus mamás, algunas madres aceptaban ser entrevistadas y otras no. Finalmente se llegó al nivel de saturación con trece entrevistas, siendo corroborada por mi asesora, dando así por concluida la recolección de datos.

5. Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la presente investigación antes de la recolección de datos con la aplicación de los instrumentos, se realizó las coordinaciones con la enfermera del servicio de CRED del Puesto de Salud 11 de Julio. Asimismo se explicó a las madres de forma sencilla el título de la investigación, el objetivo, y el propósito de la misma, se les aseguró la confidencialidad de los datos, luego se les solicitó su participación, asegurándoles que tenían la libertad de aceptar o no, el ser entrevistadas y de retirarse de la investigación si consideraban conveniente.

En el momento de la aplicación de los instrumentos se les solicitó su permiso para tomarse notas y para la grabación de las entrevistas, recordándoles que los datos recolectados serán de uso exclusivo para la investigación y que la información será anónima y confidencial. *(Ver Anexo E)*

6. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos

Para el análisis e interpretación de datos, se realizó las respectivas grabaciones íntegras de las entrevistas, se procedió a leer cada una de ellas, luego se establecieron las unidades de análisis, a las que posteriormente se les asignó un código. A cada participante se le asignó un pseudónimo, utilizándose el nombre de piedras preciosas.

Una vez establecidos los códigos, se unieron los códigos similares para estructurar las categorías y sub-categorías. Estas categorías fueron analizadas contrastándolas con la base teórica, las observaciones y con los resultados obtenidos por otros investigadores sobre el tema.

7. Categorías Analíticas.

Las categorías y subcategorías obtenidas fueron las siguientes:

7.1. *Concepción de las madres sobre salud - enfermedad del niño*

7.1.1. Concepción de las madres sobre lo que es un Niño Sano

7.1.2. Concepción de las madres sobre lo que es un Niño Enfermo.

7.2. *Concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED).*

7.2.1. Asociando el Componente CRED, principalmente, con la vacunación.

7.2.2. Considerando otros beneficios del Componente CRED en los niños.

7.2.3. Considerando que la alimentación influye en la talla, indicador del crecimiento y desarrollo del niño.

7.2.4. Considerando que el niño se debe desarrollar tanto física, mental, psicológicamente (desarrollo de los sentidos)

7.2.5. Considerando el desarrollo del niño a través del lenguaje.

7.2.6. Actividades Referidas por la madre que se realiza en el Componente CRED

7.2.6.1. Considerando que en el Componente CRED se realiza el control de peso, talla, examen físico, vacunas y desarrollo psicomotor.

7.2.6.2. Recibiendo orientación sobre alimentación y aseo.

7.2.7. Solicitando orientación del personal de salud sobre la crianza del niño.

7.3. *Razones por las que las madres acuden o no al Componente CRED*

7.3.1. Acudiendo al Componente CRED según indica el carné de control

7.3.2. Acudiendo al Componente CRED cuando el niño está enfermo y por desconocimiento de los cuidados que debe recibir el niño.

7.3.3. Acudiendo al Componente CRED las madres con niños menores de un año porque están más propensos a enfermar

7.3.4. No acudiendo al Componente CRED por factores relacionados con la madre, el niño e institucionales.

7.3.5. No acudiendo al Componente CRED por considerar que no es necesario llevar al niño mayor de un año.

7.4. *Interrelación Madre-Enfermera-Niño*

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LAS CATEGORIAS

Los significados que atribuyen las madres al control de crecimiento y desarrollo fueron agrupados en categorías y sub-categorías que fueron emergiendo del análisis de los datos, que a continuación presentamos.

1. Concepción de salud - enfermedad del niño

Esta categoría presenta la definición de niño sano y niño enfermo que tienen las madres entrevistadas. Esta categoría consta de 2 subcategorías que se presentan a continuación.

1.1. Concepción de las madres sobre lo que es un Niño Sano

Las madres consideran que su niño está bien de salud cuando está alegre, es despierto, es vivaz, come, tiene apetito, está gordito, juguetón, intranquilo, corre, salta, pinta, habla, crece, tiene buena talla, buen peso y no presenta enfermedades. Como se puede verificar en las siguientes declaraciones:

“Considero que está sana cuando come bien, está bien de salud, está, gordita más que nada, que coma bien, su tamaño, que vaya creciendo” (Zafiro)

“Bien despierto, vivaz juguetón, alegre, con buen apetito, ahí considero que está sano” (Topacio).

“Cuando está juguetón, inquieto y no presenta ninguna enfermedad” (Ágata)

La concepción actual de la salud está ligada al concepto de bienestar y se ha considerado que la mejor estrategia para adquirir ese bienestar es

la promoción de la salud. La carta de Ottawa 1986 señala que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas. ⁽⁶²⁾

Es por ello, necesario implementar medidas para el mantenimiento de la salud los niños con actividades de tamizaje, consejería, inmuno-profilaxis y quimioprofilaxis que aseguran la posibilidad de hacer la detección temprana de las alteraciones de la salud, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte en ellos.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, citado por el MINSA (2005), la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento. ⁽⁶³⁾

Sostener que un niño está sano significa considerar que las etapas que transcurren se van cumpliendo acorde a las pautas madurativas que se esperan para su edad, en el estudio las madres consideran que si sube de peso, crece y come es saludable, por lo cual no acude al Componente de CRED. Por ello es importante que el personal de salud transmita a las madres lo que significa el crecimiento y desarrollo adecuado del niño.

1.2. Concepción de las madres sobre lo que es un Niño Enfermo

Las madres consideran que el niño está enfermo cuando está decaído, somnoliento, tranquilo, triste, llora, está callado, no come, no tiene apetito, no juega, está irritable, débil, no corre, está aburrido, duerme mucho, tiene fiebre y anemia. Está es la definición de niño enfermo que tienen las madres, el niño que no aumenta de peso, de talla, no come, en esos casos consideran que necesita atención el niño para recuperar su salud.

Como se puede verificar en las siguientes declaraciones:

“Pero cuando ya está enfermo, él solo es llorar...todo lo ve llorar, no come, no le da ganas de nada, quiere que lo estén cargando, no quiere ni jugar, solo toma agua, no quiere tomar leche”. (Amatista)

“Cuando ellos están sentados, echados yo considero que está enferma...Cuando está malita, está echada no hace nada”. (Ópalo)

“Porque ven que no comen y no crecen, esa es la preocupación de las mamás” (Jaspe)

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como la "Alteración más o menos grave de la salud". La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano.

Según Wong (1993), muchos de los “problemas” de salud que ocurren en la comunidad, son condicionados en su contexto cultural, pudiendo pasar desapercibidos, y otros que no son tales, interpretados como enfermedad, debido a los atavismos históricos y pautas culturales con respecto al proceso salud-enfermedad. Dentro de las características percibidas durante la enfermedad del niño, son la irritabilidad y la inapetencia, estas características presenta el niño o niña cuando afronta una enfermedad infecciosa o viral. Por esta razón muchos padres tienden a espaciar las comidas o darles alimentos poco nutritivos, lo que

al final puede ser perjudicial para su salud. Además uno de los mecanismos que afronta el niño enfermo es la regresión, que se refiere al retorno de una relación de cuidados corporales, de dependencia semejante al lactante.⁽⁶⁴⁾

Marriner (2007), al exponer la teoría de Nola Pender refiere que, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas.⁽⁶⁵⁾ En este sentido, coincido con la autora que el rol educativo de Enfermería desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. De esa manera, la madre pueda estaría capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño.

Por lo cual se considera importante, que se debe educar a la madre sobre como conservar la salud del niño, sobre la detección de signos de alarma y evitar que padezca enfermedades nutricionales, alteraciones en su desarrollo, que siendo detectadas a tiempo a través de una asistencia continúa al Componente CRED podrán ser controladas, formándose así ciudadanos con mejor calidad de salud en nuestro país.

2. Concepciones de las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

Esta categoría presenta todas las concepciones que tienen las madres sobre el Componente CRED, mencionando sus beneficios, identificando la talla como indicador de crecimiento, considerando la mayoría de madres como lo más importante del Componente CRED las vacunas. Esta categoría consta de 7 subcategorías que se presentan a continuación:

2.1. Asociando el Componente CRED, principalmente, con la vacunación.

Uno de los hallazgos del estudio es que la mayoría de madres entrevistadas ha dejado de acudir al CRED con sus niños después de haber completado el calendario de vacunas, asumiendo que concluida la vacunación también terminaba el control. La mayoría de ellas refería que no los estaban llevando al puesto de salud, porque piensan que después de completar las vacunas el niño estará sano, dejando de acudir al Componente CRED porque no lo consideran necesario, además refirieron que acuden con sus niños cuando hay campañas de vacunación, como podemos verificar en las siguientes declaraciones:

“Ahorita no lo estoy llevando porque sus vacunas completas ya tiene” (rubi)

“Que todas las mamás debemos estar al pendiente, de que no se nos pases las vacunas” (Topacio),

“Lo llevan, hasta que termine la vacuna, así como yo, por que después de eso está sano, se va a salvar” (Jade),

“Mayormente veo niños pequeños, para completar las vacunas, yo misma también, cuando mi hijita completó las vacunas, hasta ahí no más lo he llevado, cuando hay campañas de vacunación la llevo” (Ágata).

La edad de aplicación en la mayoría de las vacunas se da dentro del primer año de vida, siendo las madres con niños de esta edad las que acuden al Componente CRED permanentemente, dejando de asistir una vez que el niño ha cumplido el año, ya que a partir de esta edad las vacunas que faltan son los refuerzos.

Además se observó que existe bastante promoción sobre las vacunas dentro de los establecimientos de salud: afiches acerca del lavado de dientes, campaña de vacunación “Contra la Hepatitis B”, contra el dengue y mensajes sobre el control prenatal, pero no sobre el Componente CRED.

En la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño del MINSA (RM 292-2006), dentro del Componente de crecimiento y desarrollo, se evalúa el calendario de inmunizaciones, si sus vacunas están completas, además menciona que el Componente CRED ofrece al niño, consejería nutricional, estimulación temprana, consejería según necesidades captadas en el niño y la madre, entre otros.

Si bien es cierto la vacunación constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, por ello, el esquema de vacunación peruano se vuelve cada vez más complejo, con un mayor número de biológicos (vacunas), por ejemplo a inicios del 2009 se ha introducido tres nuevas vacunas (vacunas contra el rotavirus, neumococo y la influenza), como se observa en la página web del Minsa, sufriendo el esquema una reorganización en cuanto a la fecha de aplicación de las otras vacunas ya existentes.

En tal sentido, tendremos niños más protegidos, pero creemos que no es suficiente para el crecimiento y desarrollo adecuado del niño, en los últimos años el estado ha invertido en la Estrategia Nacional de Inmunizaciones; pero ha dejado de lado algunos aspectos del Componente de Crecimiento y Desarrollo como manuales actualizados y que cuente con el mobiliario, equipo y recurso humano (personal de enfermería) necesario, para el buen desempeño del Componente CRED; actualmente muchos centros no cuentan con una batería completa para realizar la Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) en el niño (0 a 2 años) y menos aún con una batería para realizar el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) que es necesario para evaluar al niño mayor de 2 hasta los 5 años. Además de ello se observa que no se actualiza el Manual de Normas de Atención del menor de cinco años, ya que último data de 1999, teniendo una antigüedad de 10 años.

En las observaciones realizadas en el Puesto de Salud se detectó que no hay afiches coloridos y como también se observa por los canales de televisión comercial que no existe propaganda con relación al CRED, pero si sobre las vacunas, lo cual consideramos que está bien, pero también debería darse mayor publicidad al Componente CRED del niño, que se encarga del peso, la talla, el examen físico, el tamizaje de anemia y parasitosis, la detección de problemas nutricionales, la detección de factores de riesgo, el desarrollo psicomotor y orientación según las necesidades del niño y la madre, tal como lo señala la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño del MINSA (2006).⁽⁶⁶⁾

El Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED) no incluye solo la vacunación, es una evaluación integral del niño, en ese sentido se debe educar a las madres para que ellas internalicen que no es sólo importante la aplicación de vacunas, sino que existen otros beneficios que ofrece este componente para que continúen asistiendo con sus niños después del año de edad y no abandonen este Componente como viene sucediendo actualmente, en la mayoría de los casos.

2.2. Considerando otros beneficios del Componente CRED en los niños.

En el estudio se encontró que algunas madres son concientes de la importancia de acudir con sus niños, por los beneficios que brinda el Componente CRED para el crecimiento y desarrollo de éstos. Estas madres manifestaron que el control permite ver cómo va el peso, la talla de sus niños, si la alimentación que les brindan es adecuada y que alimentación deben darles para “el desarrollo de sus mentes”, en resumen saber si el niño está creciendo y desarrollando bien. Como podemos verificar en las siguientes declaraciones:

“Siempre lo he llevado, algunas mamás dicen ¿para qué? así está mejor, pero al momento que se enferman no saben de qué, por qué le ha dado fiebre, cuando tú

lo llevas a su control, ya sabes ya, te dicen que es lo que tiene, si está bien o no. Pero cuando no lo llevas no sabes que tiene el niño” (Amatista)

“Si, yo creo que sí, sino como uno se da cuenta que está ganando peso, talla, si no tiene anemia, si es que lo estamos alimentado adecuadamente, el crecimiento, peso de niño, nos permite detectar a tiempo si es que el bebe está creciendo bien, más que todo” (Topacio)

“El control donde ven su peso y talla, como va su desarrollo, su mentecita, como va desarrollando, si está bien” (Perla).

Dentro de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño del MINSA (2006), el Componente de CRED está definido como un “conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños, menores de 10 años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye la maduración de las funciones neurológicas, la detección temprana de cambios o riesgos en su estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.”⁽⁶⁷⁾

En concordancia con lo mencionado por algunas madres los conceptos que ellas dieron con sus propias palabras tiene semejanza con lo que refiere la norma técnica, pero a pesar de considerar que el Componente CRED permite detectar que el niño está creciendo y desarrollando bien, en su mayoría, no acuden a él, al parecer por considerar lo más esencial el control “las vacunas”.

Lo mencionado anteriormente se evidenció en las madres que acudían al Componente CRED con niños mayores de un año, no lo hacían para saber si su niño estaba creciendo o desarrollando adecuadamente, sino por la falta de una vacuna, en el caso de algunas

madres acudían por los refuerzos, evidenciando que aunque se conoce la finalidad, no han internalizado los beneficios que tiene sobre la salud de sus niños. Propiciando que ciertas alteraciones más tarde se agudicen y pongan en riesgo la integridad del niño, o en muchos casos, afecte su vida futura.

Canáda Health mencionado por Cesar Lip (2005), refiere que la base para un crecimiento sano y un desarrollo positivo en los años posteriores de la vida se establece, en gran medida, durante los seis primeros años. Las experiencias vividas en estos años son las que tienen, de todas las etapas del ciclo de vida, la mayor influencia sobre las conexiones y el modelado de las neuronas del cerebro. Una estimulación positiva durante las primeras etapas de vida mejora la capacidad de aprendizaje, el comportamiento y la salud en la edad adulta.⁽⁶⁸⁾

En resumen se debe propiciar un desarrollo infantil integral, que lleva a una vida de mayor calidad para cada niño, que aún en medio de condiciones adversas puede lograr el máximo desarrollo de su potencial genético. Debemos asignar el valor que se merece al Componente de Crecimiento y Desarrollo y lograr que las madres lo relacionen como el eje central de la evolución del niño.

2.3. Considerando que la alimentación influye en la talla, indicador del crecimiento y desarrollo del niño.

La mayoría de las madres del estudio consideran que la alimentación es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño. Afirman que un niño que reciba alimentos balanceados va a crecer y tener un buen desarrollo cerebral, va a crecer bien y va a poder estudiar, siendo así, la alimentación es considerada por las madres como un elemento importante dentro del crecimiento y desarrollo del niño. Como podemos verificar en las siguientes declaraciones:

“Bueno éste en crecimiento, crecimiento es más, para mí es importante verlo solamente. Como crece, ver su desarrollo, su crecimiento, tengo que alimentarlo, te dan folletos, que le puedes alimentar, para que el niño vaya desarrollando” (Amatista)

“Algunos están mal alimentados, porque un niño de muy pequeño tiene que estar muy bien alimentado para que crezca bien y estudie” (Jaspe)

Según el MINSA (2005), la edad pre escolar (24 meses a los 4 años) es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños los que le permiten adquirir múltiples capacidades. El niño (a) comienza a establecer patrones de conducta, por eso se le debe ayudar a desarrollar hábitos de alimentación, higiene y actividad física adecuados. El niño necesita una alimentación variada que le permita crecer, desarrollar actividad física y estar sano. ⁽⁶⁹⁾

En ese sentido, Cortez (2004), nos dice que la nutrición tiene una profunda influencia en el crecimiento y en el desarrollo. Los niños no son simplemente adultos pequeños, sino que pasan por diversos periodos evolutivos que son decisivos para el desarrollo de los órganos. Las deficiencias nutricionales durante estas fases críticas pueden dar lugar a retardos de crecimiento que pueden no ser recuperados posteriormente. La alimentación del niño debe de ser variada y aportar los requisitos nutricionales necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado. Los excesos leves de nutrientes pueden ser tan indeseables como las deficiencias leves. ⁽⁷⁰⁾

Según los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del MINSA (2004), actualmente, se conoce más sobre los profundos efectos de la desnutrición y la anemia, los cuales vistos como indicadores del estado nutricional general, pueden advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones, no sólo en el plano

físico como la pérdida de oportunidad de una mayor talla y disminución de la capacidad estructural corporal, sino como un daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis y el pensamiento matemático y la capacidad de respuesta ante situaciones no estructuradas, alteraciones emocionales y afectivas. ⁽⁷¹⁾

Asimismo para algunas madres del estudio, que un niño tenga más talla de la esperada para su edad, se traduce como un indicador no solo de crecimiento, sino también de desarrollo. Como se puede verificar en la siguiente declaración:

“Bueno otro cambio, ha crecido, para su edad es un niño desarrollado, los otros niños de su edad son más pequeños, me dijo la doctora que es muy desarrollado para su edad, mi niño es alto para su edad, como se llama el debería tener menos talla y tiene más”
(Amatista).

Sin embargo, según la teoría, la talla sólo indica el crecimiento del niño, mientras el desarrollo se aboca a la maduración de funciones. Al respecto, Gómez Betty (2003), define crecimiento como el aumento celular, en número y tamaño, que constituye el aspecto cuantitativo, la talla, refleja el crecimiento de esqueleto y huesos. En tanto que el desarrollo lo define la autora, como el proceso en el cual suceden cambios y se adquieren habilidades para realizar diferentes funciones y constituye el aspecto cualitativo o formal de adaptación progresiva del individuo al ambiente. Se divide en cuatro grupos principales: movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y persona social. ⁽⁷²⁾

Según Bastidas, Posada y Ramírez (2005), el crecimiento, es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal

dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Mientras el desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambios, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. ⁽⁷³⁾

Según lo expuesto anteriormente, la talla es un indicador del crecimiento del niño que es evaluado a través de tablas referenciales en la atención que brinda enfermería en el Componente CRED, pero no indica el desarrollo del niño, evidenciándose que las madres necesitan mejor información acerca del crecimiento y desarrollo de su niño, ya que equivocadamente, algunas de las que participaron en el estudio, consideran sólo la talla como sinónimo del crecimiento y también del desarrollo de sus niños.

Si bien es cierto desarrollo y crecimiento no tienen la misma definición, ambos se ven influenciados por la alimentación que ha recibido el niño. Afectando su desenvolvimiento futuro ante la sociedad. De manera que hoy se cuenta con Lineamientos de nutrición materno Infantil del MINSA, por el impacto negativo que genera sobre la salud del niño; el cual hay que seguir promocionando haciendo ver a las madres, los problemas de desarrollo que pueden tener sus niños, al no asistir al control regularmente, a pesar de que ellas mismas reconocieron que son orientadas sobre este tema y que les interesa recibirlo no están motivadas suficientemente para acudir al Componente CRED.

2.4. Considerando que el niño se debe desarrollar tanto física, mental, psicológicamente (desarrollo de los sentidos).

En el estudio se encontró que algunas madres consideran que el niño desarrollará físicamente cuando aumenta de tamaño, que desarrolla mentalmente cuando aprende algo nuevo cada día, como una palabra; psicológicamente a través del desarrollo de los sentidos como la vista, el tacto:

Como se puede verificar en las siguientes declaraciones:

“Va desarrollar este tanto físicamente, psicológicamente más, más bien, por ejemplo en enseñanza, que aprenda a reconocer los objetos, su cuerpo mismo, en que está ubicado, como se llaman, que vaya aprendiendo” (Zafiro)

“Como va desarrollando el niño en cuanto a, su crecimiento, como el va desarrollando, su cuerpito, psicológicamente, al momento que empieza a aprender hablar, empieza a voltear ante los sonidos, cuando lo llamamos, desarrollar su vista su tacto” (Topacio).

Campo y Folgoso citado por Gallego Cristina (2004) define el desarrollo como “la maduración progresiva y diferenciación de órganos y sistemas”; esta maduración consiste en un cambio y perfeccionamiento de estructuras nerviosas, óseas, musculares, etc. y de diversos sistemas: respiratorio, digestivo, cardiovascular, es decir, que cada órgano y sistema se especializa en una función determinada. ⁽⁷⁴⁾

La autora citada también reconoce en el desarrollo motor una creciente maduración funcional, entendida como la capacidad del niño o niña de reaccionar progresivamente al medio a través de movimientos gruesos y finos. Es importante enfatizar que este desarrollo es resultado de la interacción dinámica entre factores hereditarios y las experiencias que el entorno familiar y educativo proporcione a los niños y las niñas.

Dentro del desarrollo del niño se considera como un proceso

dinámico y continuo de maduración funcional que involucra la transformación de un organismo vivo en una unidad funcional física, mental y social que se manifiesta a través de cambios en el área motora, área de lenguaje y de comportamiento psico-social. Lo referido anteriormente es similar a lo que algunas madres describen como desarrollo, pero que no le dan la importancia debida, por lo cual, deberán ser orientadas de forma adecuada, para participar en forma activa en el desarrollo de sus niños.

2.5. Considerando el desarrollo del niño a través del lenguaje.

En las entrevistas se halló que algunas madres consideran el buen desarrollo del niño a través del lenguaje, considerando éste cuando el niño menciona una nueva palabra y va desarrollando poco a poco. Las madres relacionan la pronunciación de nuevas palabras como el desarrollo de “las mentes” de sus niños. Como se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

“A él le voy notando cada día, con una nueva palabra, cada día él va desarrollando una palabra nueva poco a poco”. (Amatista)

“Su mente cada día tiene más pensamientos diferentes, cada día habla más cositas, nuevas palabras” (Rubi).

Según el MINSA (2005), en CRED se realiza la evaluación del desarrollo psicomotor del niño, para lo cual se hace uso de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), que mide el rendimiento del niño de 0 a 2 años, evaluando las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora; el Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento del niño de 2 a 5 años en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador y el uso de test abreviado que se observa en el carnet del niño.⁽⁷⁵⁾

Según Pablo Castañeda (1999), el lenguaje es una de las manifestaciones del desarrollo, ciertos retrasos pueden atribuirse a la herencia, debido a que hay familias donde los niños empiezan a hablar más tarde que en otras. Pero también hay casos, en gran medida, generados por el medio ambiente, en especial por el hogar, en el que los padres no suelen estimular adecuadamente la adquisición y el desarrollo del habla de sus niños. Las características progresivas del desarrollo del lenguaje verbal en los diferentes niveles de edad, se adscriben a las etapas del desarrollo integral del niño, encontrándose estrechamente asociado a los siguientes aspectos:⁽⁷⁶⁾

- Al proceso de maduración del sistema nervioso, tanto al central (SNC) como al periférico, correlacionándose sus cambios progresivos con el desarrollo motor en general y con el aparato fonador en particular.
- Al desarrollo cognoscitivo que comprende desde la discriminación perceptual del lenguaje hablado hasta la función de los procesos de simbolización y el pensamiento.
- Y al desarrollo socioemocional, que es el resultado de la influencia del medio sociocultural, de las interacciones del niño y las influencias recíprocas.

El autor citado, considera que las etapas principales del lenguaje son la Etapa Pre-lingüística y Etapa Lingüística.

La Etapa pre-lingüística es denominada también como la etapa pre-verbal, comprende los primeros 10 a 12 meses de edad. Se caracteriza por la expresión buco-fonatoria que de por sí apenas tiene un valor comunicativo. La comunicación que establece el niño con su medio (familia), especial y particularmente con su madre, es de tipo afectivo y gestual. De allí que para estimularlo lingüísticamente la madre deba utilizar, junto con el lenguaje afectivo y gestual, el lenguaje

verbal. La palabra debe acompañar siempre al gesto y a las actividades de la madre con su hijo.

Esta etapa pre-verbal hasta hace poco despertaba escaso interés de los especialistas, pero gracias a las investigaciones actuales, hoy sabemos que tiene un valor relevante y trascendental en la configuración de las bases del desarrollo lingüístico, puesto que tanto las expresiones vocales (sonidos o grupo de sonidos de simple significación) como las expresiones verbales (sonidos, grupo de sonidos, palabras aisladas, etc.) influyen de modo determinante en el desarrollo posterior de la comunicación lingüística del niño.

La Etapa lingüística, se inicia con la expresión de la primera palabra, a la que se le otorga una legítima importancia como el primer anuncio del lenguaje cargado de un propósito de comunicación. Sin embargo, no se puede decir con precisión cuándo comienza, cuándo este anuncio del lenguaje se precisa y confirma, cuándo se puede hablar de la "primera palabra". Por eso la fecha de su aparición está diversamente fijada, ya que los estudios al respecto se basan mayormente en las informaciones que dan las madres. Considerada la etapa más amplia pasando de emisiones fónicas (pa-pa, ma-ma) hasta perfeccionarse en palabras más elaboradas a medida que el niño crece.

Según lo expuesto, el lenguaje es una de las áreas evaluadas a través del test de pauta breve del desarrollo psicomotor, en el control de crecimiento y desarrollo, que va depender no sólo de factores genéticos para avanzar, sino también, de factores ambientales, debido a que los niños emiten todos los sonidos vocales conocidos, pero sólo retienen aquéllos que oyen con regularidad, las madres lo mencionan como una manifestación de que el niño se está desarrollando, pero no lo consideran como un motivo para acudir al Componente CRED, que es el lugar donde ellas deberían ser orientadas, de cómo estimular a sus

niños, en las diferentes áreas como son: el área motora, área social, área de coordinación y el área de lenguaje.

2.6. Actividades Referidas por la madre que se realiza en el Componente CRED

2.6.1. Considerando que en el Componente CRED se realiza el control de peso, talla, examen físico, vacunas y desarrollo psicomotor.

Como referimos anteriormente las madres, en su mayoría, mencionan como actividades desarrolladas en el Componente CRED y que les motiva a llevar a sus niños es la aplicación de vacunas, luego el control del peso y la talla, en cuarto lugar el desarrollo del examen físico, la evaluación del desarrollo psicomotor y la orientación sobre alimentación. Sin embargo, actividades como la evaluación del desarrollo psicomotor y la educación a la madre, que son actividades que también son desarrolladas por la enfermera, no son prioritarias para las madres, siendo éstas actividades brindadas según las necesidades captadas en la madre. Como se evidencia en los siguientes testimonios:

“Los pesan, los tallan, de acuerdo a los meses que van creciendo, por decir lo que tienen que comer, los primeros meses solo leche materna. Seguido después de los seis meses ya son purés, después ya es más comida, por decir que deben hacer en los primeros meses, que miran a la mamá, o caminan, se sientan solos, que sus vacunas ya estén completas a cada mes, los primeros meses llevan sus vacunas a mes a mes, ya a partir del año, al año y medio” (Ágata)

“El control de niño sano, donde la doctora (enfermera) lo evalúa le mide la talla, su peso, le revisaban, de ahí, sucesivamente... si el bebé va subiendo su peso, va creciendo, le revisa su orejita, su penecito, el ombligo, los ojitos. La medida y el peso, le ponen un aparatito en la espalda, para ver cómo están los pulmones” (Diamante).

Dentro de las observaciones realizadas en el Componente de

Crecimiento y Desarrollo, se halló como actividades prioritarias el control de peso, talla; en algunos casos evaluación psicomotriz y orientación sobre alimentación desde los primeros meses. Se observó que la atención se inicia con el saludo de la enfermera a la madre, luego se solicita la tarjeta a la madre y se indica el retiro de las ropas del niño, procediendo a pesar y tallar al niño. Durante el examen físico se va explicando a la madre, sobre temas de higiene, según las necesidades captadas, luego se registra el peso y talla en la tarjeta, finalizando con la consejería y la mención de la próxima cita. Como se evidencia en la siguiente observación en el servicio de CRED del puesto de salud estudiado:

ENFERMERA (*sonriente*): *hola señora, hola pequeño*

MADRE: *le va colocar su vacuna a mi niño le falta, así me dijo la señorita*

ENFERMERA: *¿el carnet del niño?*

MADRE: *no lo tengo se me ha perdido*

ENFERMERA: *se acuerda que vacunas le han colocado a su niño*

MADRE: *a mi me han dicho que el falta su refuerzo*

ENFERMERA: *¿donde le colocó sus vacunas?*

MADRE: *en Huancayo*

La enfermera procede a pesar y tallar al niño, para lo cual solicita a la madre que le quite a su niño sólo los zapatos y la chompa. Después de eso la enfermera le pregunta a la madre por el resultado de hemoglobina que le solicitaron el mes anterior.

MADRE: *aún no lo he recogido, ahora lo traigo*

(La madre sale)

Mientras la madre del niño sale la enfermera llama al niño le sonrío, pregunta el nombre de las figuras de una hoja.

NIÑO (*el niño se muestra tímido, callado, no mira a la enfermera de frente a los ojos, permanece con la cabeza baja*)

ENFERMERA: *¿te pegan en casa?, ¿quién te pega? ¿Cómo te pegan?*

NIÑO: (*no responde, solo mira con miedo y los ojos llorosos como asustado, continúa con la mirada baja*)

La madre regresa pero no ha encontrado el resultado, la enfermera le explica en otro carné la gráfica de peso y talla, y donde se encuentra el niño, el cual presenta talla baja y peso no adecuado a su edad, además el niño no ha crecido en relación al mes anterior (se tuvo como referencia los datos de peso y talla de la historia que fueron registrados para la atención médica).

ENFERMERA: *no puedo colocar la vacuna porque no hay un registro de que vacuna le falta, trate de buscar el carnet del niño, hágale exámenes de Hemoglobina y llévelo para que lo vea el doctor, y saber porque su niño no ha crecido en un mes.*

MADRE: *si señorita lo voy a traer (mira a su hijo y a la enfermera)*

NIÑO: *(continúa triste y con miedo.)*

(PS 11 de Julio 10/08/09 10:10 am. duración 35min)

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño del MINSA (2006), las actividades que se incluyen en el Componente de Crecimiento y Desarrollo son la valoración y monitoreo nutricional (evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada), evaluación física, evaluación del desarrollo con la escala de la Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). El Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) ó el Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA), evaluación del calendario de inmunizaciones, evaluación de la agudeza visual y auditiva, tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses), descarte de parasitosis, valoración de la situación familiar (abuso sexual y maltrato infantil), detección de problemas nutricionales y de desarrollo, suministro de micronutrientes, consejería, Sesiones de estimulación del desarrollo y cuidado integral de acuerdo a la edad, identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño. ⁽⁷⁷⁾

En la atención brindada al niño mayor de un año (observación antes descrita) se realizó el control de crecimiento y desarrollo, que

incluyó las siguientes actividades, control de peso y talla, la enfermera valoró la situación familiar del niño (maltrato infantil), al observar que el niño era demasiado retraído, se solicita los resultados de hemoglobina que en la norma está considerada como tamizaje de anemia, no se realiza la vacunación al desconocerse la vacuna faltante. Además se menciona a la madre que su niño no ha crecido, es considerado como la detección de problemas nutricionales, no incluyendo dentro de la atención del niño las siguientes actividades de consejería, descarte de parasitosis, evaluación de agudeza visual y auditiva, evaluación del desarrollo psicomotor.

Creemos que por falta de tiempo y de personal, por ser la única enfermera en el puesto de salud, ésta no dialogó e interactuó más con la madre sobre la importancia de un control más continuo del crecimiento y desarrollo del niño.

Según lo expuesto, las actividades que las madres identifican que durante el control del crecimiento y desarrollo, se llevan a cabo son en primer lugar la vacunación, luego el peso, la talla y la orientación sobre alimentación. Dejando de lado otras actividades necesarias para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, entre ellas la evaluación del desarrollo psicomotor, evaluación física, el tamizaje de anemia, descarte de parasitosis e intervenciones que se realiza a los niños mayores de un año como son agudeza visual y auditiva, valoración de la situación familiar (abuso sexual y maltrato infantil), suministro de micronutrientes, consejería, sesiones de estimulación del desarrollo y cuidado integral de acuerdo a la edad, identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.

2.6.2. Recibiendo orientación sobre alimentación y aseo

Algunas madres refirieron que fueron orientadas en relación a

la alimentación, sobre el número de comidas, consistencia, cantidad, que alimentos dar a los niños, como el hígado, pescado entre otros. Siendo también de interés de muchas de ellas que sus niños coman, conocer que alimentos darle, siendo ello una motivación para acudir al control. Además de la alimentación algunas fueron orientadas sobre higiene personal dentro de ello, el lavado de manos con el objetivo de mantener sano al niño. Como podemos verificar en la siguiente declaración:

“En el control te dicen como lo tienes que bañar, como tienes que cortar las uñas, tenerlo limpio, la higiene, más que todo lavarle las manos para el almuerzo, del desayuno, no da más que todo la alimentación, como alimentarlo al niño, que comida darles, que papillas darle, porque ahorita las papillas ya no, ahora come normal, bueno esas son las cosas que nos dicen, pues, como, como tenerlo, alimentarlo. Eso es sobre todo lo que más nos brindan” (amatista).

Es importante la evaluación nutricional del niño, la cual se realiza desde el nacimiento hasta los 9 años, con prioridad en el menor de 5 años; en cada control o contacto de la niña (o) con los servicios de salud con el objetivo de indagar sobre las características de la alimentación e identificar factores de riesgo, los resultados obtenidos sirven como base para la consejería sobre alimentación que según los testimonios son de importancia para las madres. Además de ser orientados sobre higiene para mantener la salud del niño y prevenir enfermedades como las diarreas e infecciones respiratorias agudas.

Debemos enseñar a las madres de que el control siempre ofrece algún nuevo tema de interés para ella, como en el caso de los preescolares y escolares sobre las loncheras saludables entre otros. Propiciar en cada visita un motivo para acudir al siguiente control, además de las vacunas.

2.7. Solicitando orientación del personal de salud sobre la crianza y alimentación del niño.

Según una entrevistada la enfermera debe motivar a las madres ha acudir al Componente CRED, proporcionando orientaciones a las madres, sobretodo, a las primerizas sobre la crianza de los niños, a través de reuniones, para que ellas aprendan de las experiencias de las otras madres. Como se verifica en la siguiente declaración:

“Debe ayudarnos a saber más, como podemos criar, en sus controles, como podemos alimentarlos bien, que nos enteremos, más de los niños. Como yo te digo hacer capacitaciones con las mamás, contarían cómo son sus niños y habría, ver, buscar soluciones como criar, orientarles” (Jaspe).

El MINSA (2006), menciona que los espacios para hablar de alimentación y nutrición deben permitir a las personas socializar sus problemas, encontrar objetivos comunes y, desde la reflexión, buscar el bienestar individual, familiar y colectivo, sólo si las personas reflexionan sobre sus problemas, podrán hacer algo para resolverlos, de tal forma que se impacte la calidad de vida desde lo alimentario y nutricional y, por ende, la promoción de la salud.⁽⁷⁸⁾ Es por ello que dentro de las actividades consideradas en el control de crecimiento y desarrollo en la niña o niño menor de 9 años es la identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.

En ese sentido, tal como nos dice la UNICEF (2005), las familias pueden favorecer el crecimiento físico y el desarrollo mental y social del niño, adoptando prácticas como la lactancia natural exclusiva hasta los seis meses, comenzando la alimentación complementaria en ese momento y prolongando la lactancia natural hasta que el niño tenga dos años o más. Pueden velar porque los niños reciban una cantidad adecuada de micronutrientes, bien en su régimen alimentario o

mediante suplementación dietética. Asimismo pueden responder a las necesidades del cuidado del niño hablándole, jugando con él y proporcionándole un entorno estimulante. Todos los miembros de la familia tienen un papel que desempeñar, incluidos los hombres. ⁽⁷⁹⁾

Durante las observaciones realizadas en el Componente de CRED, en la mayoría de casos era solo la madre la que llevaba al niño al control, siendo necesario que en el Componente se brinde información clara y precisa para que la madre sea participe del cuidado del niño y le proporcione un medio adecuado que permita el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

A pesar de que la mayoría de madres se preocupan profundamente por el bienestar de sus niños, ha resultado difícil motivarlas a mejores prácticas de nutrición y acciones de salud preventiva, debido a que a menudo las madres no perciben el problema o no ven los resultados de sus acciones. En relación a lo expuesto el Componente de CRED, muestra los beneficios de continuar controlando a su niño, los cuales aparentemente no son identificadas por la mayoría de madres del estudio. Por consiguiente la enfermera debe brindar en la consejería puntos claves que la madre pueda asimilar y ejecutar, lo que permitirá el éxito de este componente traduciéndose en una asistencia continúa de las madres con sus niños no solo menores de un año, sino también con los mayores de esa edad.

3. Razones por las que las madres acuden o no al Componente CRED

Esta categoría presenta las razones por lo que las madres acuden o no al Componente CRED. Esta categoría consta de 5 subcategorías que se presentan a continuación.

3.1. Acudiendo al Componente CRED según indica el carné de Control

Las madres refieren que acuden llevando a su niño al Componente de Crecimiento y Desarrollo según la cita e indicación

dada por el personal que la atendió, en este caso el personal de enfermería, que es denominada por las madres como “doctora” y el Carné de Control le informa en que fechas acudir al control en los primeros 5 años del niño.

Como se evidencia en las siguientes expresiones:

“Como dice la tarjeta, como indica de que mes hasta que mes debe llevarlo, hasta los 9 años, tengo que seguir llevando.... Como me da cita la doctora” (Jade)

“Que le dice el control de un niño sano, que le manden, por decir cada mes, según la cita, me atiende la doctora, de color celeste.” (Ópalo).

Dentro de la atención en el consultorio se observó que las citas al control podían variar en caso de que los niños presentaran alteraciones nutricionales acortando la cita en los primeros años a 15 días. El encargado del Componente CRED es el personal de enfermería.

En relación a ello el estudio realizado por Akemi Iwata, Monteiro y Maria das Graças Carvalho, Ferriani en el 2000: “La atención a la salud del niño: perspectivas en la práctica de la enfermería en la comunidad” presenta la reflexión de las investigadoras sobre la importancia del trabajo comunitario, y sobre todo, la importancia del acompañamiento en el crecimiento y desarrollo del niño por parte de la enfermera, por tener una formación preventivo – promocional.

Es importante que en la orientación a la familia se reconozca la labor que enfermería desarrolla en la etapa infantil, interviniendo en el desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del niño para asegurar la calidad de vida del niño.

Como fue referido anteriormente, las madres llevan al control a su niño según la cita e indicación dada por el personal que la atendió, en este caso el profesional de enfermería, que es denominado como “doctora” por las madres, no siendo reconocido el papel que juega la

enfermera dentro de la salud del niño y la que brinda la atención en el Componente CRED.

Asimismo, es importante resaltar el valor que las madres dan al carné de control, considerándolo como una guía de la atención que brinda el Componente CRED, relacionada sobre todo, a la fecha en la que deben acudir al Componente CRED, los ítems del Test Abreviado, que se visualiza por edades, además el peso y talla del niño son graficados en la tarjeta para establecer si el niño presenta desnutrición y definir el tipo. Como se evidencia en las siguientes declaraciones:

“Si caminaba, si habla alguna palabrita según la edad que marcaba la tarjeta, según su edad, se supone que debe hacer lo que dice la tarjeta” (Coral)

“Todavía no se porque hasta los nueve años. Porque en la tarjeta te dice así, y es como una guía” (Jade).

Según la norma técnica para la atención integral del niño y la niña (RM 292-2006), el control del niño durante el primer año tiene 7 controles, y a partir del año hasta los 54 meses 10 controles, para ser evaluados, lo cual se puede visualizar en el carné de crecimiento y desarrollo en la parte inferior de la *Grafica Talla-Edad*. (Ver anexo F y G)

Según Griffiths Marcia (1996) la tarjeta de control debe cumplir con ciertos requisitos tales como:⁽⁸⁰⁾

- El tamaño de la tarjeta y de los espacios en los que se harán las anotaciones y la claridad y ubicaciones de los pesos y los meses: Recuadros grandes, claramente marcados, harán más fáciles el registro y su interpretación. Todas las tarjetas deben ser sometidas a prueba con los trabajadores de salud.
- Detalles culturalmente relevantes: Las tarjetas tienden a ser valoradas más cuando están escritas en el lenguaje local, son atractivas para la familia, tienen ilustraciones que representan a

niños locales, utilizan colores significativos, etc. Todas las tarjetas deben ser sometidas a prueba con las familias.

- **Acentuación del eje vertical:** Esto permite detectar más fácilmente los cambios en el peso y marcar incrementos de 100 gramos en el gráfico, eliminando la necesidad de estimar dónde pudiera caer un peso específico y facilitando determinar si el aumento de peso ha sido adecuado o no.
- **Categorías del estado nutricional reemplazadas por canales de crecimiento marcados ya sea con líneas tenues o sombreadas:** Este cambio ayudará a las madres y a los trabajadores a ver si el niño se mantiene dentro de su propio canal en lugar de ver si el niño ocupa un lugar alto o bajo en la curva.
- **Recordatorio sobre comportamientos clave para edades específicas:** En una sección de la gráfica, ayuda tener puntos clave de la consejería o pistas para que el trabajador determine lo que los responsables del cuidado del niño deberían estar dándole de comer a una determinada edad para ayudar a identificar problemas.

En relación a los requisitos del carné expuesto anteriormente, se observó que los cuadros son pequeños, causando equivocaciones al momento de graficar, el carné es colorido, siendo diferente para el niño y la niña, presenta gráficos sobre alimentación y desarrollo psicomotor; en la gráfica de peso-edad y talla edad, se encuentra dividida en 5 zonas de distinto color según el diagnóstico del niño, haciendo notar como está yendo el peso y talla del niño. Además de ser útil para brindar consejería a la madre.

Según el MINSa (2006), los instrumentos de registro e información que son utilizados en el control de crecimiento y desarrollo son la historia clínica, el carné de control de crecimiento y desarrollo, el Registro diario de atención Integral de la niña y el niño (parte diario),

el Registro de seguimiento del niño y niña en riesgo y el Formato de Atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).⁽⁸¹⁾

De todos los instrumentos mencionados por el MINSA, el carné de crecimiento y desarrollo, es el único que lleva consigo la madre, por ello, es el único instrumento que las madres identifican durante el control CRED, siendo considerado como una “guía de la atención que se brinda al niño”, porque en el carné se observa los datos del niño, el esquema de vacunación, la fecha de la próxima cita, la gráfica de peso-edad, gráfica de talla-edad, consejos sobre alimentación, un esquema donde figura las edades en que el niño debe ir a controlarse, los antecedentes perinatales y el test de abreviado de desarrollo psicomotor.

3.2. Acudiendo al Componente CRED cuando el niño está enfermo y por desconocimiento de los cuidados que debe recibir el niño

El Componente CRED forma parte del paquete de vida niño según el MINSA, que tiene la finalidad de la detección precoz y atención oportuna de una enfermedad en el niño. En el caso de las madres entrevistadas en el estudio, ellas no tienen una asistencia regular al Componente CRED, sobre todo después del año de vida de sus niños, acudiendo al Componente CRED cuando el niño está enfermo, cuando baja de peso, no come, no crece o cuando desconoce los cuidados a tener con el niño, sobretodo, en el caso de madres primerizas. Como se evidencia en las siguientes declaraciones:

“Cuando está enferma está pálida, se adelgaza y no quiere comer, ahí me doy cuenta que está mal, y tengo que llevarlo a su control, sin ánimo, sin ganas de jugar” (Zafiro)

“A veces como uno no sabe cómo no es doctora, para eso es el control” (Jade).

En el Modelo de Creencias en Salud formulado por Irwin Rosenstock y colaboradores (1992), considera que las decisiones

adoptadas por las madres en relación a la salud del niño (pautas preventivas o terapéuticas recomendadas) guardan una estrecha relación con los valores, creencias y percepciones que ella tiene sobre la salud de su niño, la gravedad o amenaza del problema, las posibilidades de resolverlo, la eficacia de las medidas recomendadas y los obstáculos y dificultades para seguirlas. El modelo se dirige a explicar los factores que intervienen en la adopción de conducta saludable, la conducta de seguimiento y cumplimiento basado en las condiciones, antecedentes historia, biografía, factores de disposición y factores del medio y las condiciones como los estímulos positivos y negativos. ⁽⁸²⁾

Además Marriner (2007), menciona la Teoría de Nola Pender, en relación a que los aspectos que influyen para adoptar una conducta en salud obedecen a factores personales, beneficios percibidos, el afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales. Dentro de los factores personales que son las características de las madres se encuentran los factores biológicos (edad de la madre), factores psicológicos (el estado de salud percibido del niño y la definición de salud) y factores socioculturales (raza, etnia y conocimientos). Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso, un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones. Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva. Influencias interpersonales, se refiere a la influencia de los que se encuentran en su entorno (familia, amigas), considerar que la atención brindada es adecuada y los conocimientos que tienen sobre el Componente CRED, motivará a las madres a acudir al Componente CRED. ⁽⁸³⁾

Según lo expuesto anteriormente la mayoría de madres que participaron en el estudio acuden cuando el niño se encuentra enfermo

corroborando así lo que nos dice el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de Promoción de la Salud, que mencionan que la madre acudirá al Componente CRED cuando el niño está enfermo o está susceptible de enfermar. Solo en algunos casos las madres acuden para adquirir conocimientos referentes al cuidado del niño, coincidiendo así con lo preconiza el Componente CRED, que es considerado un conjunto de actividades preventivo-promocionales, por lo cual la atención se debe brindar a niños aparentemente sanos, con el objetivo de preservar la salud de éstos.

3.3. Acudiendo al Componente CRED las madres con niños menores de un año porque están más propensos a enfermar

Las madres llevan al control a los menores de un año porque consideran que están más propensos a enfermar, tienen bajas defensas, son más débiles, necesitan vacunas, para saber si están creciendo y porque no dicen donde les duele. Como se puede evidenciar en la siguiente declaración:

“Porque cuando ellos nacen, son pequeños y están en todo el riesgo de enfermarse, tienen bajas defensas, agarran más rápidos las enfermedades, le da gripe, le salen ronchas, escorbuto, yo creo que las defensas cuando el niño esta mal alimentado tiene menos defensas y se enferma” (Jade).

Según la UNICEF (2006) y Wong (1993), los menores de un año son considerados uno de los grupos más vulnerables, donde se encuentra el mayor porcentaje de mortalidad 24/ 1000 nacidos vivos mueren antes de cumplir el año (ENDES 2000-2004) mientras 32/1000 nacidos vivos mueren antes de cumplir los 5 años (ENDES 2000-2004). En esta etapa se da un crecimiento progresivo, todos los sistemas principales del organismo experimentan una maduración progresiva y se da un desarrollo simultáneo de habilidades que le permitirán reaccionar frente al entorno. ^{(84) (85)}

Es por ello que las madres entrevistadas expresaron que prestan mayor atención a la salud del menor de un año, al considerarlo más débil y con mayor riesgo de enfermar, considerando necesario acudir al control, además las vacunas son aplicadas durante el primer año de vida, por lo que la asistencia de las madres con sus niños, en este grupo etario, es mayor.

3.4.No acudiendo al Componente CRED por factores relacionados con la madre, el niño e institucionales

La mayoría de madres no llevan al niño al Componente CRED después de que el niño cumple el año de edad porque ya completó sus vacunas, aquello se evidenció en las fechas, que se realizaron las observaciones en el Puesto de Salud 11 de Julio, de los 7-8 niños atendidos por día, se observó que solamente acudían madres con niños mayores de un año como máximo 3 o a veces ninguno durante el día de atención, solamente cuando les faltaba una vacuna, pero no por la salud del niño. Lo cual es referido por una de las madres entrevistadas que actualmente no acuden a CRED:

“No acuden al control, de repente falta de tiempo, trabajo, ya tienen mala experiencia con todo el tiempo que se toman para atenderse, en algunos casos es demasiado” (Topacio)

“Cuando la doctora le dice que esta sano ya no lo llevan” (Jade).

En el trabajo de Miguel Bustamante Suárez en el 2003 sobre *“Uso de los servicios de salud en tres comunidades rurales del Perú”*, refiere que al sentirse la persona sana o el cuidador asumir lo mismo no se acude a los centros asistenciales del primer nivel.

Según el MINSA (2004), al no ser llevado el niño al control, no accede al paquete de atención integral de salud, que es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere el niño para satisfacer

sus necesidades de salud, que se traduce en el control de crecimiento y desarrollo, brindados por el personal de salud, la propia persona (auto-cuidado), familia, los agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.⁽⁸⁶⁾

En relación a lo expuesto anteriormente, las madres al percibir que su niño está sano no acuden al Componente CRED, no accediendo a los cuidados destinados para satisfacer sus necesidades de salud.

Asimismo las madres refieren que los motivos por los que no acuden son porque tienen que trabajar y por la falta de tiempo, ya que de las 13 entrevistadas, 4 trabajan fuera del hogar y el resto se dedica a labores en el hogar, a pesar de ello éstas últimas no llevan al niño a su control, por el tiempo que les demanda la atención del niño. En relación a ello el Modelo de Creencias en Salud refiere que la utilización de los servicios de salud, en este caso, la atención del niño depende de los beneficios que atribuyen al control y que éstos sean mayores que las barreras presentes.

Por ello el personal de enfermería debe educar a las madres sobre la finalidad del Componente CRED, que es el control y la vigilancia en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño, que es fundamental para la prevención de enfermedades respiratorias agudas, diarreas, enfermedades inmuno-prevenibles, accidentes, desnutrición y enfermedades bucales mediante cuidados básicos y no el tratamiento de enfermedades como creen las madres.

3.5.No acudiendo al Componente CRED por considerar que no es necesario llevar al niño mayor de un año.

Las madres consideran que los niños mayores de un año tienen buenas defensas, son independientes, comen, tienen vacunas completas, son grandes, fuertes, te dicen donde les duele y mientras estén sanos no necesitan ir al control. Como se puede verificar en la siguiente

declaración:

“No lo he llevado porque los niños se hacen un poco independientes, la veo sana sobre todo, sana, ya no se enferma, la veo sana ya la he dejado de llevar, la veo sana y como se que ha completado sus vacunas y tiene todos sus refuerzos. Como ya está bien protegida y no se enferma ya no la llevo al control, la veo sana y ya tiene todas sus vacunas, todos cuando ya completan sus vacunas dejan de ir, solo algunos cumplen.” (Ágata).

Según el MINSA (2006), el grupo objetivo de la atención del Componente CRED son las niñas y los niños, desde la etapa de recién nacido hasta los nueve años con 11 meses y 29 días. Esta etapa de la vida es la más vulnerable en el crecimiento y desarrollo humano ya que en ella se instalan y ocurren procesos que garantizan la formación de una persona con todo su potencial. ⁽⁸⁷⁾

En relación a ello, Wong (1993) menciona que en la etapa preescolar el niño empieza a caminar, es un tiempo de intensa exploración del entorno, el pequeño intenta averiguar como funcionan las cosas y cómo controlar a los demás, con sus berrinches, negativismo y terquedad. Aunque constituye un reto permanente para los padres y el niño en tanto que aprenden a conocerse, además se logra el desarrollo tanto físico e intelectual. El dominio de tareas correspondientes a esta edad requiere una base sólida de confianza, empezar a establecer límites, disciplinas y al rivalidad entre hermanos. El profesional de enfermería conocedor de la dinámica del crecimiento y desarrollo infantil, puede ayudar a los padres a ocuparse de manera acertada de las tareas de esta edad. ⁽⁸⁸⁾

Por lo expuesto anteriormente, podemos ver que los primeros cinco años de vida son los más importantes en el crecimiento y desarrollo del niño, en especial el primer año de vida, pero pasado esta edad, el niño está en riesgo de presentar diversos problemas como:

osteo-musculares, anemia, parásitos, riesgo a accidentes en el hogar por la necesidad de explorar todo lo que le rodea, además se da el desarrollo de la autonomía del niño, entre otros, por ello ser tratados adecuadamente para que no influyan negativamente en la salud del niño y en su vida futura, por lo que es necesaria su asistencia y la debida atención en el Componente CRED.

4. Inter-relación Madre-Enfermera-Niño

Una de las observaciones sobre la inter-relación Madre-Enfermera-Niño, en el Puesto de Salud 11 de Julio, al ingresar la madre con su niño al Componente CRED es la siguiente situación:

ENFERMERA (sonriente): *Buenos días señora, hola pequeña.*

MADRE (Con el seño fruncido): *Srta. Ya le toca su vacuna.*

NIÑA (4 años de edad, intranquila mira a todos lados): *denme una hoja y lapicero, quiero dibujar.*

(La enfermera talla y pesa a la niña, solicita el carné, gráfica peso y talla, luego procede a evaluar el desarrollo psicomotor de la niña)

ENFERMERA (muestra cuadrado de color rojo): *¿Qué color es?*

NIÑA (mira a otro lado): *No responde*

MADRE (Con el seño fruncido y seria): *haz caso, contesta, es que su papá le consiente en todo señorita, le dice que si yo le hago algo le avise, este año iba a estudiar en el colegio, como se ponía llorar cada vez que la llevaba, su papá no deja que la lleve.*

ENFERMERA (tranquila): *Señora lo que usted tiene que hacer es conversar con su niña, además de hablar con el papá, la niña tiene que ir al psicólogo.*

NIÑA: *(la niña se pone a mirar a todos lados, juega con el lapicero, raya las hojas, luego quiere rayar la mesa)*

MADRE: *(se molesta y le alza la mano)*

NIÑA *(no llora solo la mira)*

ENFERMERA (Seria): *señora hable con su niña, no le pegue, tiene que hablar fuerte y de forma clara, no use la violencia. Señora tiene que hablar con su*

esposo, para que no le quite autoridad delante de la niña, regrese el sábado para vacunarla.

MADRE (Seria): *ya señorita*

La enfermera sale del consultorio

NIÑA (distráida sigue cogiendo las cosas de la mesa)

MADRE (molesta): *ya deja eso, compórtate le tira un manazo en la cara a la niña.*

NIÑA (no llora, sólo mira a su mamá)

ENFERMERA: *hasta luego pequeña, hasta luego señora.*

(PS 11 de Julio 07/09/09, duración 40 min.)

Durante la atención se observó que la enfermera tenía un trato afable con la madre y la niña, mientras la madre se mostró seria e irascible ante el comportamiento de la niña, notándose la intervención de la enfermera en estos casos, mediante la consejería mencionándole como debe tratar a la niña, el no uso de la violencia para educar a la niña.

Según Wong (1993), el maltrato infantil alude al maltrato físico o psicológico, intencionado o por descuido. El maltrato físico es la realización deliberada de daño físico a un niño, normalmente por la persona que está a su cargo; los factores que predisponen el maltrato físico son las características de los padres (dificultad para contener sus impulsos agresivos), del niño (su temperamento, lugar en la familia, si está enfermo, nivel de actividad y grado de sensibilidad a necesidades paternas) y el entorno (estrés, desempleo, viviendas pequeñas). Las manifestaciones clínicas significativas de maltrato físico son hallazgos físicos (moretones, marcas, quemaduras, fracturas y dislocaciones) y conductas del niño (desconfía del contacto físico con adultos, miedo aparente a los padres, se mantiene quieto, conducta para llamar la atención).⁽⁸⁹⁾

En relación a lo expuesto y lo observado durante la atención en el Componente de CRED, factores que predisponen a la violencia en este caso fueron, la dificultad que tuvo la madre para contener sus impulsos agresivos, que la niña estuviera distraída y no obedezca, teniendo que

intervenir la enfermera en su rol educativo. Creemos que esta intervención debe ser más directa, educando a la madre.

Martín Zurro (1999), menciona que la relación asistencial como cualquier relación humana profundamente significativa afecta a sus protagonistas hasta el punto de transformarlos. Cómo influye en el paciente, los profesionales realizan dos tipos de actividad sobre las creencias y las emociones de los consultantes. En primer lugar, dan nombre a las enfermedades, indican la gravedad de los padecimientos, disparan los botones de alarma, modificando la percepción de la realidad, y señalan las vías por las que los pacientes deben perseguir la restauración o preservación de su salud. En segundo lugar se da una influencia bidireccional: del profesional a la comunidad y de la comunidad al profesional. Se podría decir, que el profesional instruye y educa, pero la comunidad también educa al profesional. ⁽⁹⁰⁾

Asimismo Flores (2006), refiere que en el proceso de trabajo en salud están presentes tanto el trabajo vivo como el trabajo muerto, pudiendo prevalecer uno sobre el otro. En los actos de cuidar en salud, se espera que prevalezca la dimensión del trabajo vivo, pues este opera con tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, espacios de acogida y escucha, más allá de los saberes tecnológicos estructurados y de los equipamientos. Sin duda alguna, el trabajo muerto inscrito en los materiales, normas, rutinas, protocolos de atención es importante para la producción de actos de salud, no obstante, estos instrumentos no son suficientes para la producción de cuidado centrado en las necesidades de los usuarios. ⁽⁹¹⁾

Por consiguiente consideramos el cuidado como el alma de los servicios de salud, como la esencia de enfermería, ya que, se trata de una intervención terapéutica que debe estar centrada en las necesidades del usuario. En el caso de la consulta de la enfermera en el Componente CRED

corresponde a ella la producción de un núcleo cuidador, es decir, un espacio de interacción Madre – Enfermera -Niño, que permita la escucha, así como la formación de un vínculo de confianza, donde la madre pueda expresar las dudas relacionadas al cuidado de la salud de ella y de su hijo, la enfermera pueda realizar una orientación de acuerdo a las necesidades observadas en cada caso, favoreciendo que el niño tenga un crecimiento y desarrollo óptimo, lo cual en el futuro producirá el mejoramiento de su calidad de vida.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES FINALES

La utilización de la investigación cualitativa en el presente estudio me permitió comprender la concepción que tienen las madres sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo. Asimismo, como investigadora aprendí a no prejuzgar los datos brindados por las madres, por el contrario conservar el verdadero significado dado por ellas, hasta llegar al análisis, donde no sólo me basé en lo expuesto por la madres y lo encontrado en la teoría, sino que me permitió expresar mi propio punto de vista sobre la situación estudiada.

El estudio permitió comprender la concepción que tienen las madres sobre el Componente CRED, se detectó que, para la mayoría de ellas, la parte esencial del CRED es la aplicación de vacunas a sus niños menores de un año; por lo cual dejan de asistir a CRED al cumplir el niño el año de edad, como viene sucediendo actualmente.

Las madres consideran la talla como el principal indicador de que su niño está creciendo y desarrollándose adecuadamente, siendo lo que más preocupa a las madres. En algunos casos las madres consideran el lenguaje como indicador de desarrollo, a través de la pronunciación de nuevas palabras en el niño, siendo influenciada esta área por el entorno del niño. Consideramos que es necesario que la madre acuda al Componente CRED para ser orientada y motivada sobre la estimulación de esta área por la enfermera.

Las madres reconocen como actividades del Componente CRED, el control de peso, de talla, obviando actividades importantes para el desarrollo

del niño como son: la evaluación del desarrollo psicomotor, el tamizaje del niño. Asimismo, algunas madres refieren que son orientadas sobre alimentación, considerando que influye en el crecimiento y desarrollo del niño, solicitando una de ellas (madre primeriza) ser orientada sobre alimentación y también sobre la crianza del niño, en base a la experiencia de otras madres, lo cual es estipulado en la Norma Técnica de Atención de Salud del Niño y Niña del Ministerio de Salud.

Se debe considerar la interrelación madre–enfermera-niño, considerando que la intervención terapéutica de enfermería debe estar centrada en las necesidades de la madre y su hijo.

Las madres refieren que acuden al Componente CRED según indicación del profesional de enfermería y el carné de Crecimiento y Desarrollo, el cual es calificado como una guía de la atención que recibe el niño, acudiendo sobre todo cuando el niño se encuentra enfermo y es menor de un año, por ser considerado en esta edad susceptible de enfermar.

Debemos considerar que existen factores modificables que pueden favorecer el control del niño, entre ellos tenemos la educación de la madre, que va depender del profesional de enfermería, que es el encargado de orientar a la madre según las necesidades captadas. Como nos señalan las teorías del Modelo de Creencias en Salud (de Irwin Rosenstock) y el Modelo de Promoción de Salud (de la enfermera Nola Pender), el proceder de la madre en la salud del niño se debe a factores personales y del entorno, que determinan que acuda o no a los servicios de salud, como en el presente estudio, al Componente CRED.

Creemos que es necesario realizar mayor divulgación de los beneficios que ofrece el componente CRED por parte del personal del puesto de Salud 11 de julio, especialmente del personal de Enfermería, de modo a que las madres interioricen estos beneficios y continúen acudiendo con sus niños menores después del año de edad de éstos, para un control efectivo de su crecimiento y

desarrollo y, de esta manera, se destierre de la imaginación de las madres que el componente CRED se reduce a la aplicación de vacunas y control de talla y peso.

Es por ello necesario que el profesional de enfermería eduque a las madres que un control adecuado del crecimiento y desarrollo de sus niños contribuirá para una vida saludable de éstos y una mejor calidad de vida presente y futura. Lo cual está expuesto en la Norma Técnica de Atención al Niño y Niña del MINSA.

Creemos que esta realidad en el Componente CRED es compleja y depende también de factores institucionales como, por ejemplo, de que el puesto de salud disponga de material necesario para una adecuada atención y además se incremente el número de profesionales de enfermería. De esa manera la enfermera dispondría de mayor tiempo y motivaría a las madres a que acuden con sus niños aún después del año de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNICEF. Mapa de la vulnerabilidad de la desnutrición crónica infantil. Nueva York, USA: UNICEF House, 2007. Página 4
2. UNICEF. Informe sobre la salud del mundo. Nueva York, USA: UNICEF House, 2003. Página 132
3. MINSA. Plan nacional concertado de salud. Lima, Perú: MINSA, 2007. Página 46
4. *Ibíd.* Página 47
5. MINSA. Informe mensual CRED-DGSP-DEGS [en línea] 2003[fecha de acceso 24 de febrero del 2010] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/indicadoresna.htm#>
6. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. [en línea] 2005[fecha de acceso 16 de abril del 2009] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/docconsulta.asp>. Página 1
7. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 5
8. MINSA. Plan nacional concertado de salud. Lima, Perú: MINSA, 2007. Página 44
9. *Ibíd.* Página 45
10. *Ibíd.* Páginas 46-47
11. Rosenstock, Irwin. Porque la gente utiliza los servicios de Salud. OPS, publicación científica N° 534. Investigación sobre servicios de Salud: una Antología. Kerr White. Washington D. C, 1992. Páginas 405 – 410.
12. Frías, Antonio. Salud Pública y Educación para la salud. España: Editorial Elsevier, 2000. Páginas 349-350
13. Marriner, Ann y Col. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2007. Página 455
14. Correla, JM. Gestión de los Servicios de Salud. España: Editorial Díaz de Santos, 1996. Página 45

15. Mercado, Javier. Análisis cualitativo en Salud: Teoría, método y práctica. España: Editorial Plaza y Valdés, 2000. Página 99
16. Andersen, Ronald y Col. Marco Teórico para el Estudio del Acceso a la Atención Médica. OPS, publicación científica N° 534. Investigación sobre servicios de Salud: una Antología. Kerr White. Washington D. C, 1992. Páginas 607-608
17. Op Cit, Corella, J M. Página 43
18. Ibíd. Página 42
19. Corella, JM y Col. Sistemas de salud: Diagnóstico y planificación. España: Editorial Díaz de Santos, 2001. Páginas 123-124
20. Op Cit, Corella, J M. Página 27
21. Madueño, Miguel. Perú: Estudio de demanda de servicios de salud. Perú: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc., 2002. Página 23
22. Op cit, Corella, José María y Col. Páginas 139-140
23. Aranceta, Javier y Col. Nutrición y Salud Pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones. España: Editorial Elsevier, 2006. Páginas 706-707.
24. Schaffer, Rudolpf. Ser Madre. 5^{TA} edición . España: Editorial Morata, 1993. Páginas 12-13
25. Novel, Gloria y Col. Enfermería Psicosocial y Salud. España: Editorial Elsevier, 2005. Página 116.
26. Op cit, Marriner Ann y Col. Página 456
27. Op cit, Mercado, Javier, Página 100.
28. Marriner, Ann y Col. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2000. Página 533
29. Op cit, Marriner, Ann y Colb. Página 533
30. Ibid, Página 533
31. Ibid, Página 533
32. Op cit, Mercado, Javier. Página 102.

33. Barrantes, Emilio. En torno a la naturaleza, la sociedad y la cultura. Perú: Centro de producción editorial UNMSM, 1997. Páginas 204-205.
34. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 1
35. Hernández, Rita y Col. Manual operativo para la evaluación y estimulación del crecimiento y desarrollo. España: Editorial Elsevier, 1987. Página 14
36. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 3
37. Bastidas M, Posada A, Ramírez H. El niño sano. 3° edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2005. Páginas 26-27
38. Wong, Donna. Enfermería Pediátrica. 4^{TA} edición. España: Editorial Mosby-Doyma Libros, 1993. Página 316
39. Castro C, Durán E. Crecimiento y desarrollo. 2° edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2003. Páginas 37- 39
40. Op cit, Wong, página 316
41. Ibid. pág. 317
42. Berhrman, Richard. Manual de Pediatría de Nelson. España: Interamericana McGraw-Hill, 2005. Páginas 7-10
43. Ibid, Páginas 7-10
44. Ibid, Páginas 7-10
45. MINSA. Normas y Técnicas de atención al niño. Lima, Perú: MINSA, 1989. Página 22-36
46. Op cit, WONG, Donna. Página 9
47. Ibid, WONG. Página 12
48. Ibid, WONG. Página. 72
49. MINSA. Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. Perú: MINSA, 1999. Páginas 246
50. Opcit, MINSA, Página 3
51. Martínez, Miguel. La Investigación Cualitativa. Revista de psicología. Vol. 9 n°1. Perú, 2006. Página 127
52. Hernández. Roberto. Metodología de la investigación. 4^{ta} edición. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2006. Página 8-9.

53. Op cit, Martínez, Miguel. Páginas 132-135
54. Arroyo y Col. Métodos de Investigación Cualitativa: Estudio de Casos. Madrid, España, 2008. Página 4
55. Ibid, pág. 4
56. Do Prado ML, De Souza ML, Carraro TL. Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington: OPS - Paltex, 2008. Páginas 88-89
57. Arroyo y Col. Métodos de Investigación Cualitativa: Estudio de Casos. Madrid, España, 2008. Página 5
58. Ludke y Andre. Pesquisa em EducaÇao: Abordagens cualitativas. São Paulo: EPU, 1986. Página 18-21
59. Ibid, pág. 21-22
60. Ibid, pág. 22
61. Ludke y Andre. Pesquisa em EducaÇao: Abordagens qualitativas (traducido por la Dra. Gladys Santos, 2009) São Paulo: EPU, 1986. Páginas 22-23
62. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. [en línea] [fecha de acceso 26 de diciembre del 2009] Disponible en: <http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>
63. MINSA. Promoción Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Lima, Perú: MINSA, 2005. Página 12
64. Op cit, WONG, Donna. Páginas 5-9
65. Op cit, Marriner, Ann y Col, Página 455
66. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 5-7
67. Ibid, página 6
68. Lip, César y Rocabado, Fernando. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima, Perú: MINSA-OPS, 2005. Página 54
69. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Lima, Perú, 2005. Página 3

70. Cortez, Rafael. La nutrición de los niños en edad pre-escolar. Economía y Sociedad 51, CIES, 2004. páginas 1-2
71. MINSA. Lineamientos de de Nutrición Materno Infantil del Perú. Lima, Perú: MINSA, 2004. Páginas 9-10
72. Gómez, Betty y colb. La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo. Revista de enfermería IMMS, México, 2003. Página 94
73. Op cit. Bastidas M, Posada A, Ramírez H, Páginas 26-27.
74. Gallego, Cristina. Desarrollo Físico del niño y de la niña y su relación con la Psicomotricidad. España: EQUIP1/EDIFAM, 2004 Pág. 5-6.
75. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Lima, Perú, 2005. Página 23
76. Castañeda, Pablo Lenguaje Verbal del Niño. Perú: Fondo Editorial UNMSM, 1999, Páginas 37-60
77. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 5-7
78. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 12
79. UNICEF. Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán. Nueva York, USA: UNICEF House, 2005. Página 116
80. Griffiths, Marcia y Colb. Promoviendo el Crecimiento de los Niños. Departamento de Desarrollo Humano, Banco Mundial, 1996. Páginas 15-16
81. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 14
82. Opcit, ROSENSTOCK, Irwin. Pág. 405 – 410
83. Op cit, Marriner, Ann y Col, Página 455
84. UNICEF. Perú: Crecimiento y Desarrollo del Niño. Fondo de Naciones Unidas, Perú, 2006. Páginas 3-4
85. Op cit, WONG, Donna, pág. 239
86. MINSA. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, Perú: MINSA, 2004. Página 23
87. MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006. Página 3

88. Opcit, WONG, Donna, pág. 316
89. Ibid, páginas 378-383
90. Zurro, Martín y Cano. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4^{ta} edición. España: Editorial Harcourt Brace, 1999. Página 92
91. Flores, Yolanda y col. El Proceso del Trabajo de la Enfermera en el Cuidado al Niño. Revista latinoamericana de Enfermería, México, 2006. Página 3.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, Ronald y Col.** Marco Teórico para el Estudio del Acceso a la Atención Médica. OPS, publicación científica N° 534. Investigación sobre servicios de Salud: una Antología. Kerr White. Washington D. C, 1992.
- Aranceta, Javier y Col.** Nutrición y Salud Pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones. España: Editorial Elsevier, 2006.
- Arroyo y Col.** Métodos de Investigación Cualitativa: Estudio de Casos. Madrid, España, 2008.
- Bastidas M, Posada A, Ramírez H.** El niño sano. 3° edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2005.
- Barrantes, Emilio.** En torno a la naturaleza, la sociedad y la cultura. Perú: Centro de producción editorial UNMSM, 1997.
- Berhrman, Richard.** Manual de Pediatría de Nelson. España: Interamericana McGraw-Hill, 2005.
- Castañeda, Pablo.** Lenguaje Verbal del Niño. Perú: Fondo Editorial UNMSM, 1999,
- Castro C, Durán E.** Crecimiento y desarrollo. 2° edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2003.
- Correla, JM.** Gestión de los Servicios de Salud. España: Editorial Díaz de Santos, 1996.
- Corella, JM y Col.** Sistemas de salud: Diagnóstico y planificación. España: Editorial Díaz de Santos, 2001.
- Cortez, Rafael.** La nutrición de los niños en edad pre-escolar. Economía y Sociedad 51, CIES, 2004.
- Do Prado ML, De Souza ML, Carraro TL.** Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington: OPS - Paltex, 2008.
- Flores, Yolanda y col.** El Proceso del Trabajo de la Enfermera en el Cuidado al Niño. Revista latinoamericana de Enfermería, México, 2006.

- Frías, Antonio.** Salud Pública y Educación para la salud. España: Editorial Elsevier, 2000.
- Gallego, Cristina.** Desarrollo Físico del niño y de la niña y su relación con la Psicomotricidad. España: EQUIP1/EDIFAM, 2004.
- Griffiths, Marcia y Colb.** Promoviendo el Crecimiento de los Niños. Departamento de Desarrollo Humano, Banco Mundial, 1996.
- Gómez, Betty y colb.** La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo. Revista de enfermería IMMS, México, 2003.
- Hernández, Rita y Col.** Manual operativo para la evaluación y estimulación del crecimiento y desarrollo. España: Editorial Elsevier, 1987.
- Hernández, Roberto.** Metodología de la investigación. 4^{ta} edición. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2006.
- INEI.** Encuesta demográfica y de Salud Familiar. Lima, Perú: MINSA, 2007.
- Lip, César y Rocabado, Fernando.** Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima, Perú: MINSA-OPS, 2005.
- Ludke y Andre.** Pesquisa em EducaÇao: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- Ludke y Andre.** Pesquisa em EducaÇao: Abordagens qualitativas (traducido por la Dra. Gladys Santos, 2009) São Paulo: EPU, 1986.
- Madueño, Miguel.** Perú: Estudio de demanda de servicios de salud. Perú: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc., 2002.
- Marriner, Ann y Col.** Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2007.
- Marriner, Ann y Col.** Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt, 2000.
- Martínez, Miguel.** La Investigación Cualitativa. Revista de psicología. Vol. 9 n°1. Perú, 2006.
- Mercado, Javier.** Análisis cualitativo en Salud: Teoría, método y práctica. España: Editorial Plaza y Valdés, 2000.

MINSA. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, Perú: MINSA, 2004.

MINSA. Informe mensual CRED-DGSP-DEGS [en línea] 2003[fecha de acceso 24 de febrero del 2010] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/indicadoresna.htm#>

MINSA. Lineamientos de de Nutrición Materno Infantil del Perú. Lima, Perú: MINSA, 2004.

MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. [en línea] 2005[fecha de acceso 16 de abril del 2009] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/docconsulta.asp>.

MINSA. Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. Perú: MINSA, 1999.

MINSA. Normas y Técnicas de atención al niño. Lima, Perú: MINSA, 1989.

MINSA. Plan nacional concertado de salud. Lima, Perú: MINSA, 2007.

MINSA. Promoción Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Lima, Perú: MINSA, 2005.

MINSA. Resolución Ministerial 292. Lima, Perú: MINSA, 2006.

Novel, Gloria y Col. Enfermería Psicosocial y Salud. España: Editorial Elsevier, 2005.

Rosenstock, Irwin. Porque la gente utiliza los servicios de Salud. OPS, publicación científica N° 534. Investigación sobre servicios de Salud: una Antología. Kerr White. Washington D. C, 1992.

Schaffer, Rudolfp. Ser Madre. 5^{TA} edición . España: Editorial Morata, 1993.

UNICEF. Informe sobre la salud del mundo. Nueva York, USA: UNICEF House, 2003.

UNICEF. Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán. Nueva York, USA: UNICEF House, 2005.

UNICEF. Mapa de la vulnerabilidad de la desnutrición crónica infantil. Nueva York, USA: UNICEF House, 2007.

UNICEF. Perú: Crecimiento y Desarrollo del Niño. Fondo de Naciones Unidas, Perú, 2006.

Wong, Donna. Enfermería Pediátrica. 4^{TA} edición. España: Editorial Mosby-Doyma Libros, 1993.

Zurro, Martín y Cano. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4^{ta} edición. España: Editorial Harcourt Brace, 1999.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A “MAPA DE LA COMUNIDAD”	III
ANEXO B “PERFIL DE LOS PARTICIPANTES”	IV
ANEXO C “GUÍA DE OBSERVACIÓN”	V
ANEXO D “GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA”	VII
ANEXO E “CONSENTIMIENTO INFORMADO”	IX
ANEXO F “CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑA”	X
ANEXO G “CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑO”	XII
ANEXO H “ENTREVISTAS DEGRABADAS”	XIV

ANEXO A

MAPA DE LA COMUNIDAD



ANEXO B

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

Cuadro N°1
Perfil de las Participantes del Estudio del
AAHH Nueva Unión, Año Nuevo – Comas
Agosto-Enero 2009

Seudónimo	Parentesco	Edad	N° de hijos	Lugar de nacimiento	G. Instrucción	Ocupación	Estado civil	Religión
Zafiro	Mamá	25	1	Ancash (10 años *)	Sec. Completa	Ama de casa	Casada	Católica
Amatista	Mamá	32	1	Ancash (15 años *)	Sec. Completa	Ama de casa	Conviviente	Católica
Rubí	Mamá	27	1	Cajamarca (3 años *)	Sec. Completa	Ama de casa	Conviviente	Católica
Topacio	Mamá	31	2	Lima	Sec. Completa	Ferretería	Casada	Católica
Perla	Mamá	21	1	Lima	2 ° Sec.	Ama de casa	Conviviente	Católica
Jaspe	Mamá	27	3	Lima	Sec. Completa	Promotora educativa	Soltera	Evangélica
Diamante	Mamá	34	2	Ayacucho (29 años *)	Superior	Auxiliar	Casada	Católica
Esmeralda	Mamá	35	3	Huancavelica (6 a. años *)	5 ° primaria	Ama de casa	Conviviente	Ninguna
Jade	Mamá	20	1	Lima	Sec. Completa	Cantante	Soltera	Católica
Coral	Mamá	30	2	Tarapoto (4 años *)	Sec. Completa	Ama de casa	Casada	Evangélica
Ópalo	Abuela	52	2	Junín (20 años *)	2 ° Sec.	Ama de casa	Conviviente	Católica.
Ágata	Mamá	26	2	Lima	Sec. Completa	Ama de casa	Casada	Católica.
Ónix	Mamá	25	1	Lima	3 ° Sec.	Ama de casa	Conviviente	Católica.

* Tiempo que vive en Lima.

ANEXO C

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Observar la relación Madre-Enfermera – Niño.

Lugar: Fecha:

Hora: inicio..... término.....

PARTE DESCRIPTIVA

SALA DE ESPERA

Descripción del Lugar “Afiches, limpieza, decoración”:

.....

Descripción física del personal que labora:

.....

Expresiones verbales de las madres:

.....

Describir su apariencia física:

.....

Interrelación de las madres entre ellas y acompañantes

.....

EN EL CONSULTORIO DE CRED

Atención al inicio en CRED

Expresiones verbales (enfermera).....

Expresiones faciales (madre)

Expresiones verbales (madre).....

Atención propiamente dicha

Actividades.....

Frases utilizadas por la enfermera

Expresiones faciales (enfermera).....

Expresiones verbales (enfermera).....

Expresiones faciales de la madre.....

Expresiones verbales madre.....
Expresiones faciales (niño).....

Final de la atención

Expresiones faciales (enfermera).....
Frasas utilizadas por la enfermera
Expresiones faciales (madre).....
Expresiones verbales (madre).....
Expresiones faciales niño).....

PARTE REFLEXIVA

Reflexiones metodológicas de la investigadora.....
.....
Dilemas de la investigadora.....
.....
Cambios en la perspectiva del investigador.....
.....
Esclarecimientos.....
.....

ANEXO D
GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA
ENTREVISTA

PRESENTACIÓN

Estimada Señora:

Es grato dirigirme a Ud.; soy alumna de Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, mi nombre es Jocelynn Jáuregui Cárdenas, me encuentro realizando la siguiente investigación “*Significado que le conceden las madres al control de crecimiento y desarrollo de los niños de uno a 4 años*”. Esta investigación tiene como objetivo comprender el significado que le conceden al componente de crecimiento y desarrollo las madres, es por ello que solicito su participación en la investigación permitiendo ser entrevistada. Cabe mencionar que la entrevista es anónima y la información confidencial, los resultados serán de uso exclusivo para la investigación. Le agradezco por anticipado su colaboración.

INSTRUCCIONES

- La entrevista tendrá una duración de más o menos 30 minutos.
- Tómese el tiempo necesario para responder a las preguntas.
- Si tuviera alguna duda, no dude en preguntar.
- Tomaré nota de sus respuestas o las grabaré para lo cual le solicito su autorización.
- Ninguna respuesta es considerada equivocada.

Datos Generales

¿Cuál es su parentesco con el niño?

- a. Mamá
- b. Tía
- c. Hermana
- d. Abuela
- e. Otros.....

¿Cuántos años tiene usted?

- a. 15-19
- b. 20-24
- c. 25-29
- d. 30-34
- e. 35-39
- f. 40-44
- g. 44-49

¿Dónde nació usted?

- a. Costa.....
- b. Sierra.....
- c. Selva.....

¿Cuántos años vive en

Lima ?.....

¿Cuál fue el último año que usted aprobó en el colegio o en la escuela?

- a. Sin estudios.....
- b. Primaria completa...
- c. Primaria incompleta...
- d. Secundaria incompleta
- e. Secundaria completa
- f. Técnica
- g. Superior Universitario
- h. No responde

¿A que se dedica usted?

- a. ama de casa

- b. Comerciante
- c. Empleada del hogar
- d. Obrera
- e. Otros.....
- f. No responde

¿Cuál es su estado Civil?:

- a. Conviviente
- b. Separada
- c. Casada
- d. Viuda
- e. Divorciada
- f. Soltera
- g. No responde

¿Qué religión profesa?

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otra.....
- d. Ninguna

1. ¿Cuál es el significado que tiene para usted el control de crecimiento y desarrollo?
2. ¿Cuándo considera que su niño está sano o enfermo?
3. ¿Cuándo considera necesario llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo?
4. ¿Cree usted que el servicio de crecimiento y desarrollo le brinda toda la atención necesaria a su niño para mantenerlo sano?

Gracias por su participación

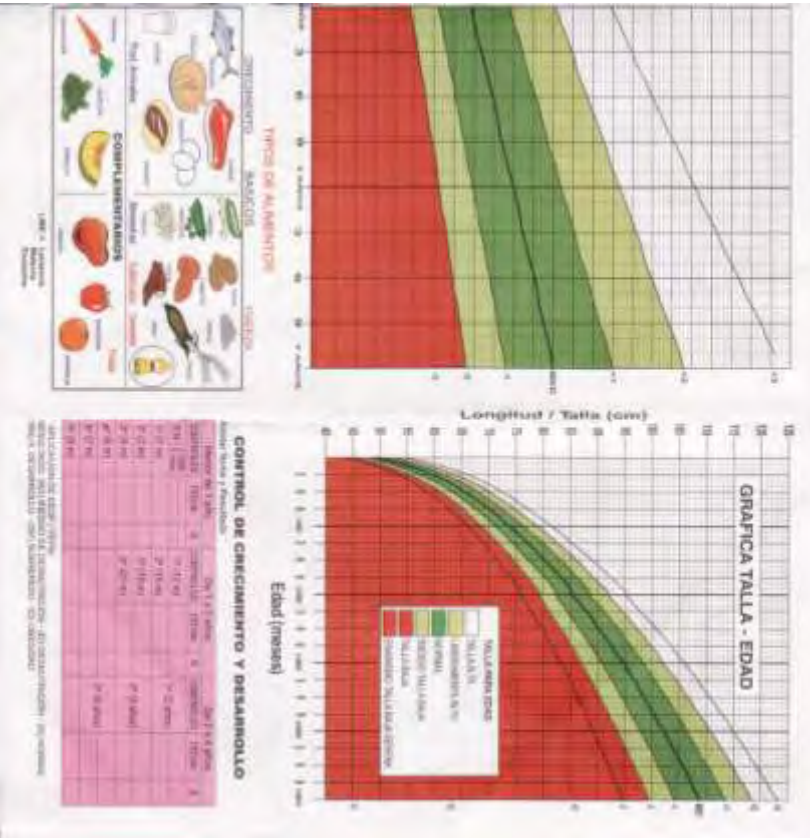
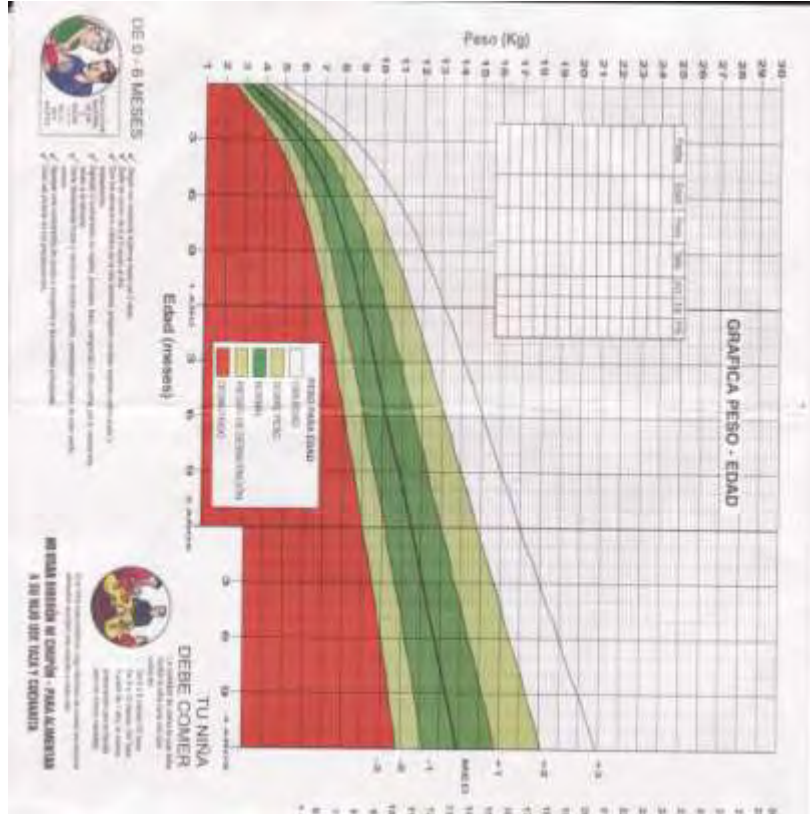
ANEXO E
CONSENTIMIENTO INFORMADO

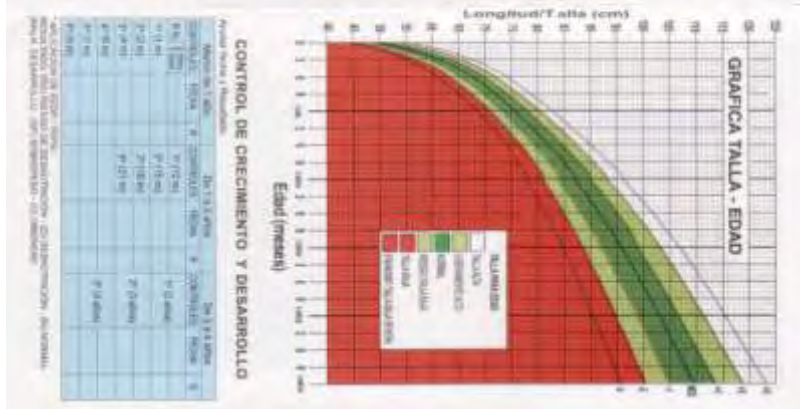
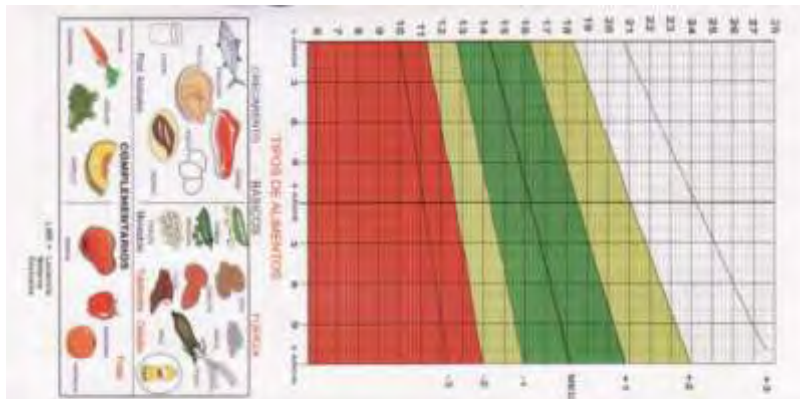
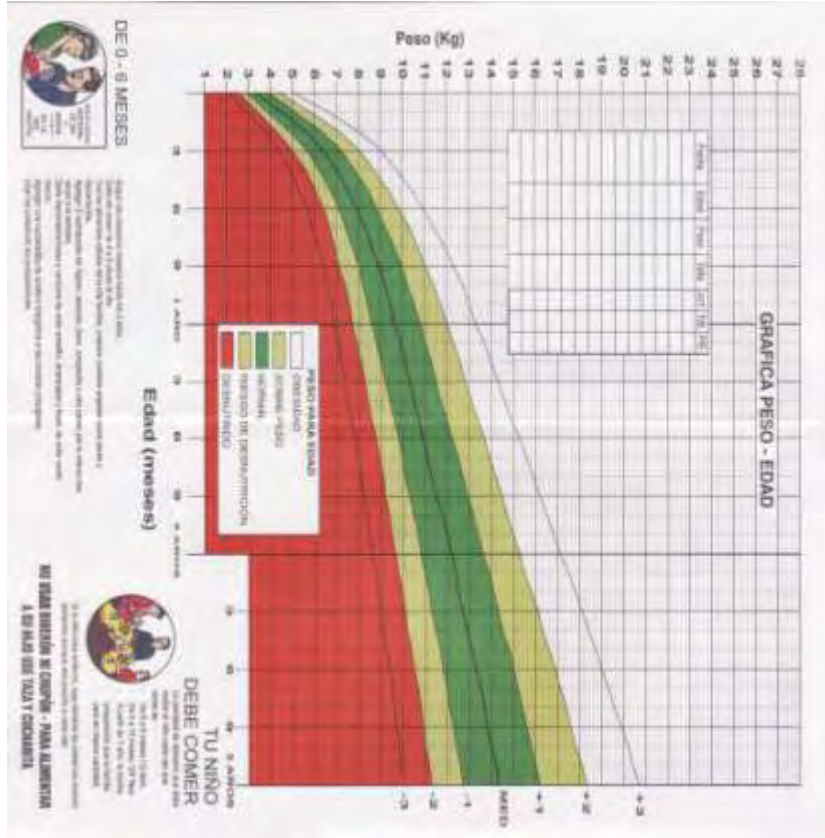
A través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “El Componente Crecimiento y Desarrollo: Significado para las Madres de Niños de 1 A 4 Años Del AAHH Nueva Unión”

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que proporcione a la investigadora será exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad y anonimato.

.....
Nombre Apellidos

DNI





ANEXO H

ENTREVISTAS DEGRABADAS

A continuación se va a presentar 2 entrevistas, que brindaron un mayor número de datos en la investigación:

ENTREVISTA N° 01

Pseudónimo: Amatista

¿Cuál es su parentesco con el niño?

Soy la Mamá

¿Cuántos años tiene usted?

Tengo 32 años

¿Dónde nació usted?

Ancash

¿Cuántos años vive en Lima?

Hace 15 años que vivo en Lima

¿Cuál fue el último año que usted aprobó en el colegio o en la escuela?

Secundaria Completa

¿A que se dedica usted?

Soy Ama de casa, no más

¿Cuál es su estado Civil?

Conviviente

¿Qué religión profesa?

Yo, Católica

¿Cuándo considera usted que su niño esta sano?- Cuando lo llevo al control, por la alimentación más que todo, cuando él come bien, cuando siento alegre veo que esta sano, pero cuando ya está enfermo, el solo es llorar, cuando esta sanito él esta alegre. Feliz, jugando, ahí me voy dando cuenta, *¿Cuándo está enfermo?* - pero cuando esta enfermo todo lo ve llorar, no come, no le da ganas de nada, quiere que lo estén cargando, no quiere jugar, solo toma agua, no quiere tomar leche. *¿Cree usted*

que el servicio de crecimiento y desarrollo le brinda toda la atención necesaria para mantener sano a su niño?- Claro, *¿De que forma?* - cuando lo llevas a control para saber como esta, ahí la doctora te dice si está bien o está mal, le voy poniendo más atención a él, cuidándole más que todo su alimentación, su comida, para que este más sano y no se me enferme, *¿Además de alimentación, en que más se enfocan en el control?* - te dicen como lo tienes que bañar, como tienen que cortar las uñas, tenerlo limpio, la higiene más que todo lavarle las manos para el almuerzo, desayuno, nos da más que todo la alimentación, como alimentarlo al niño, que comida darles, que papillas darle, ahorita él papillas ya no, ahora come comida normal, como tenerlo, alimentarlo. *¿Algo más que favorece que su niño este sano?* - Bueno eso son las cosas que nos dicen como alimentarlo, *¿Cuándo considera necesario llevarlo al control?*- Bueno yo a mi niño lo llevaba a cada mes, ahorita no más no lo he llevado porque estado de viaje, para saber como está, como va desarrollando, si ha subido o si ha bajado de peso, para saber como va, porque ahí veces cosas que no le da apetito de comer, porque no come, no quiere esas cosas, para saber y preguntar a la doctora. *¿Qué es crecimiento?* – para mi es importante como crece, ver su desarrollo, la doctora me indico que para su desarrollo tengo que alimentarlo, darle esas cosa, te dan folletos, para que tu niño vaya desarrollando, *¿usted con que asocia desarrollo, que sucede con su niño?* - A el lo veo con el comportamiento yo veo como va desarrollando, su alimentación, el va bien, mi niño come de todo. Bueno otro cambio, ha crecido, para su edad es un niño desarrollado, los otros niños de su edad son más pequeños, mi niño es alto par su edad, me dijo la doctora, que esta desarrollando. *¿Cuál es el significado que tiene para usted el Control de Crecimiento y desarrollo?*- Como va evolucionando, como va desarrollando su crecimiento, desarrollando su mente, cambiando, su manera de, como va hablando, empieza hablar algunas palabras, va desarrollando el, su mente, va creciendo, a él le voy notando cada día, con una nueva palabra, cada día va desarrollando una palabra nueva, ahí días que habla clarito, luego se le olvide, luego empieza a recordar.

¿Por qué cree que las madres no acuden a CRED? - Ay algunas mamás que no toman importancia, al control de los niños, dicen que no así mi niño crece bien, que algunos lo llevan a sus controles sus niños son más enfermos, por eso prefieren no llevarlo, porque cuando le ponen vacuna le da fiebre, tienen miedo a la vacuna por la fiebre, a mi niño no a él lo he llevado todos los meses a su vacuna, solo me falta la vacuna del

año, no lo he llevado por que estado de viaje, como recién ha llegado y además ha tenido gripe, fiebre, siempre lo he llevado, algunas mamás dicen para que, así esta mejor, pero al momento que se enferman no saben de que, porque le ha dado fiebre, cuando tu lo llevas a su control, te dicen que es lo que tiene, si está bien o no, pero cuando no lo llevas no sabe que tienen el niño, porque está enfermó.

ENTREVISTA N° 04

Pseudónimo: Amatista

¿Cuál es su parentesco con el niño?

Soy la Mamá

¿Cuántos años tiene usted?

Tengo 31 años

¿Dónde nació usted?

Lima

¿Cuál fue el último año que usted aprobó en el colegio o en la escuela?

Secundaria Completa

¿A que se dedica usted?

Encargada de una Ferreteria

¿Cuál es su estado Civil?

Casada

¿Qué religión profesa?

Yo, Católica

No lo llevo al control desde hace dos meses, *¿Cuando considera usted que su niño esta sano?*- Bien despierto, vivaz juguetón, alegre, con buen apetito y ¿cuando está enfermo? Decaído, somnoliento, se le baja el apetito, irritable, llorón. *¿Cree usted que el servicio de crecimiento y desarrollo le brinda toda la atención necesaria para mantener sano a su niño?* - Sí, no se limitan a medirlo y tallarlo, y me dicen lo de la tarjeta, además de eso le hacen jugar, le hacen otras pruebas, la ultima vez me mandaron sacarle examen de hemoglobina, me pareció mas completo, me dio una forma de nutrirle, que comidas darle, horarios, creo que en otros sitios no le dan. Evalúan lo que dice la tarjeta, ¿aparte de alimentación que otros temas han tocado cuando lo ha llevado? - eso no más. Peso, talla y lo que dice la tarjeta de que voltea de un lado otro, *¿usted considera que es necesario llevar al niño a CRED?*- Si, sino

como uno se da cuenta que esta ganando peso, talla, si no tiene anemia, si es que lo estamos alimentado adecuadamente, el crecimiento, peso de niño, nos permite detectar a tiempo si el bebe está creciendo bien, más que todo. Que crezca sano, que crezca, que según a de acuerdo a una tablita, que según su edad debe pesar y tallar, pero no solo eso porque hay muchos niños que tienen buen peso, buena y talla pero pueden estar anémicos.

¿Un niño sano que características debe tener?- Buena talla, buen peso, bien de salud, sin enfermedades como diarrea. *¿Qué es crecimiento y desarrollo?* -Como va desarrollando el niño en psicomotor, su crecimiento, como el va desarrollando, su cuerpito, psicológicamente- *¿de que forma?* al momento que empieza hablar, empieza a voltear ante los sonidos, cuando lo llamamos, desarrollar su vista su tacto. *¿Para usted que significa control de CRED?* - Es una forma de poder controlar que mi niño crezca sano, controlar el buen crecimiento y desarrollo de mi niño, y que lo considero muy importante, que todas las mamás debemos estar al pendiente, de que no se nos pases las vacunas. *¿Usted porque cree que no llevan sus niños al control?* - De repente falta de tiempo, trabajo, ya tienen mala experiencia con todo el tiempo que se toman para atenderse en la posta, en algunos casos es demasiado. Porque no lo consideran importante, se conforman con verlos gorditos, grandecitos, muchas personas caemos en eso error, hay caso que niños gorditos tienen anemia, en otros casos descuido en su mayoría, en el caso de mi vecina a su niño le falta tres vacunas y eso que ella no trabaja. *¿Hasta que edad debe llevar a su niño a CRED?* Al control de niño sano, Hasta los 5 años, lo más importante es el peso, la talla y la anemia. *¿Por qué considera que el menor de un año acude a CRED?* Yo creo que el menor de un año es un niño mas propenso a coger enfermedades, más débil, las defensas son más bajas, mayor de un año, ya las mamás se confían ya tienen sus buenas defensas para que.

Gracias Por su Tiempo