

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**ROL DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE
MENOR. CENTRO DE SALUD DE PÍTIPO - 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Bach. Chinchay Pacheco Tania
Bach. De La Cruz Carbonel Teresa**

Chiclayo, 28 de enero del 2016

**ROL DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE
MENOR. CENTRO DE SALUD DE PÍTIPO - 2015.**

POR:

**Bach. Tania Nathaly Chinchay Pacheco
Bach. Teresa de Jesús De La Cruz Carbonel**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

**Lic. Mirtha Tarcila Moreno Solano
Presidente de Jurado**

**Mgtr. Magaly Chú Montenegro
Secretaria de Jurado**

**Lic. Yrma Lily Campos Bravo
Vocal/Asesor de Jurado**

CHICLAYO, 28 de enero del 2016

Dedicatoria

A Dios por haber estado con nosotras en cada paso que hemos dado, cuidándonos y brindándonos las fuerzas para continuar, y así hacer posible la elaboración de esta investigación hasta lograr nuestro objetivo.

A los seres que más amamos en este mundo, a nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional, su confianza y su gran cariño que nos fortaleció en todo momento y nos permitió ser cada día mejor.

Teresa y Tania

Agradecimiento

A nuestra asesora por su apoyo constante, colaboración, enseñanzas y conocimientos impartidos que sirvieron de mucho para llevar a cabo este trabajo de investigación; a los miembros del jurado que con sus aportes enriquecieron esta investigación, a todas las personas que siempre estuvieron alentándonos a pesar de las dificultades y por último a las madres del Centro de Salud de Pítipo por su comprensión y colaboración para llevar a cabo con éxito esta investigación.

Teresa y Tania

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	8
CAPITULO I: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	11
1.1. Antecedentes	11
1.2. Base teorico - conceptual	15
CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO	25
2.1. Tipo de investigacion	25
2.2. Abordaje metodologico	25
2.3. Sujetos de investigacion	29
2.4. Escenario	30
2.5. Instrumentos de recoleccion de datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Analisis de datos	35
2.8. Criterios eticos	36
2.9. Criterios de rigor cientifico	38
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANALISIS	40
Consideraciones finales	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	73

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso, cuyo objetivo fue: describir, comprender y analizar el rol que cumplen las madres en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor. El sustento teórico se basó en la teoría de Barnad, Winnicott, Walley y la Norma Técnica de Salud de Crecimiento y Desarrollo - 2010. Los sujetos fueron 9 madres, la muestra se determinó por saturación y redundancia; los datos se recolectaron con la entrevista semiestructurada y lista de cotejo. Los resultados fueron interpretados mediante el análisis temático. Durante el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta los principios éticos de Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln. Los resultados fueron 4 categorías: Rol maternal en el cuidado de las necesidades básicas del niño, fomentando el desarrollo emocional y social, limitaciones en el cumplimiento de su rol y apoyo del profesional de salud en el rol maternal. Concluyendo que El rol que cumple la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo de su hijo esta direccionado eminentemente hacia la satisfacción de las necesidades básicas: alimentación, higiene y cuidado de su salud a través del cumplimiento del calendario de vacunación; y en un segundo plano también contribuye a fomentar su desarrollo emocional y social, y es, en el día a día que va descubriendo los logros y potencialidades de su hijo, superando las dificultades o limitantes que se presentan y experimentando alegría y gratificación frente a su buen desempeño.

PALABRAS CLAVES: Rol maternal, lactante, cuidado y crecimiento y desarrollo.

ABSTRACT

This qualitative research with case study approach, whose aim was to describe, understand and analyze the role that mothers in caring for the growth and development of children infant. The theoretical support was based on the theory of Barnard, Winnicott, Walley and the Technical Standards of Health Growth and Development - September 2010. The subjects were mothers, the sample was determined by saturation and redundancy; Data were collected with semi-structured interview and checklist. The results were interpreted using the thematic analysis. During the course of the investigation it took into account the ethical principles of scientific rigor Sgreccia and Guba and Lincoln. The results were 4 categories: Maternal role in caring for the basic needs of the chil, emocuonal promoting social and development, limitations in fulfilling its role, profesionalde support health maternal role. Concluding that the role of the mother in the care of the growth and development of your child is to help you be disciplined in terms of food, hygiene and health care, to develop useful tools to achieve this, discover their potential in the day day and above all be willing to learn something new every day to improve their care and their performance in that role that experiences the joy and gratification of their role and this in turn is strongly linked to its vision regarding how to raise your child, a situation that motivates him to learn to make better decisions and be responsible for the care of your child.

KEY WORDS: Role maternal, infant care and growth and development

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del bebé a lo largo de su primer año de vida es fascinante. En unos pocos meses pasa de ser una criatura débil y totalmente dependiente a convertirse en un niño o niña activo que anda, juega y se relaciona con los demás. Jugar con el bebé, hablarle y, en general, proporcionarle un cuidado integral dentro de un ambiente cálido en afectos y rico en estímulos, facilita que madure adecuadamente, tanto si es normal como si tuviera alguna dificultad especial.

Es precisamente en esta etapa en donde la madre desempeña un papel o rol muy importante en el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño, ya que esta etapa es más vulnerable, porque significa preparar al niño o niña para su desenvolvimiento normal en el grupo, dándole confianza y cuidando que cada etapa que atravesase, lo haga de la mejor manera posible; pero en la actualidad el acompañamiento materno exclusivo se ve mermado por que ahora las madres son consideradas totalmente multifuncionales, ya que además de ejecutar las labores de madre y esposa, como es el caso de miles de mujeres en todo el mundo, se desempeñan también como jefas del hogar y sustento de su familia con el fruto de su propio trabajo.¹

Este rol compartido de la mujer va cada día en aumento. Así lo demuestran los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del 2010. En el que se señala que existe un 79.2% de mujeres que trabajan, obligándose a dejar a los niños a cargo de otras personas (tías, abuelita, cuñadas, vecinas, etc.) y desatendiendo de alguna manera el cuidado del crecimiento y desarrollo que deben tener con sus hijos. Estudios realizados en Estados Unidos se estima que entre el 1 y 3% de los niños menores de 5 años presentan retraso del desarrollo; y que entre 5 y 10% de la población pediátrica sufre alguna "discapacidad del desarrollo". A esto se añade los problemas de comportamiento, obteniendo como resultado que entre el 12 y 16% de los niños padecen problemas de desarrollo o de

conducta y la prevalencia aumenta hasta el 16.8%, diagnosticándose problemas del desarrollo y/o de comportamiento en 1 de cada 6 niños¹. Por otro lado los resultados de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud realizada en España por el Instituto Nacional de Estadística en 1999 concluyen que el 2.24% de niños de 0 a 6 años de edad tiene una limitación, el 2.5% de niños de esta edad tiene un trastorno del desarrollo que no va a derivar forzosamente en discapacidad y otro 2.5% de niños presenta riesgo biológico o social de padecer un trastorno.¹

Esta problemática no es ajena a la realidad nacional. En el 2011, la United National International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF) encontró que un 28% de los niños o niñas menores de 36 meses en el Perú no han recibido sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED). No se evidenció diferencias significativas entre las áreas rurales y urbanas, siendo el panorama igual de preocupante en todo el país.²A nivel local, en Lambayeque se observa que un 38.6% de niños menores de 1 año no reciben controles de crecimiento y desarrollo. Está claro que en ambientes deteriorados, donde no hay presencia de la figura materna, afecta negativamente el desarrollo global que pueda tener el niño, siendo así un factor de riesgo para su posterior desarrollo.³

De otro lado, el Ministerio de Salud (MINSa) expone el cumplimiento obligatorio de la Norma Técnica de Salud de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años desde el 2010, para que de manera gratuita, periódica y sistemática se vigile adecuada y oportunamente el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y pertinente riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades. Esto facilita su diagnóstico e intervención acertada disminuyendo deficiencias y discapacidades. Pese a ello, los niños menores de 1 año en Lambayeque no son llevados al control de CRED, registrando un 38.6%

Las investigadoras, durante la ejecución de las prácticas pre profesionales realizadas en diversos servicios de salud, evidenciaron que las madres llevan al control del niño(a) solo cuando les toca su vacuna y alguna de ellas manifiestan: “...señorita, estoy apurada, me tengo que ir rápido para cocinarle a mi esposo, o porque mi otro hijito llega del colegio”, “...licenciada, solo lo traje porque le tocaba su vacuna...”, “además está sanito”, restándole importancia a la atención integral del control de CRED incumpliendo de esta manera parte de su rol en el cuidado de su hijo.

Sumada a esta situación, muchas de las madres que trabajan, en repetidas ocasiones realizan una elección equivocada del cuidador con el que su niño se quedará. La mayoría de las veces es elegido quien mayor disponibilidad tenga, sin importar criterios como edad y capacidad de responsabilidad, recurriendo al hermano mayor o al abuelito. En otros casos, no se tiene en cuenta la capacidad de cuidado al niño, optando por la vecina o el primer familiar disponible, por ejemplo: hermano, tío, u otros, sin importar que la elección de un cuidador apropiado que reemplace a la madre contribuirá con el buen crecimiento y desarrollo del niño al generarse un adecuado apego. Así lo afirma Van⁴, manifestando que el apego hacia un cuidador protector ayuda a los lactantes a regular sus emociones negativas en momentos de estrés y angustia y a explorar el medioambiente, incluso si contiene estímulos un tanto atemorizantes. Por ello, se considera que la madre es una importante piedra angular para el desarrollo en la vida del niño.⁴

Ante lo mencionado, surgen los siguientes cuestionamientos: ¿la madre estará preparada para cumplir su rol en el cuidado del crecimiento y desarrollo de su hijo?, ¿conocerá cuáles son los cuidados oportunos que le debe brindar a su niño para que tenga un buen crecimiento y desarrollo?, formulándose la siguiente interrogante de investigación ¿Cómo es el rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor del Centro de Salud de Pítipo. Chiclayo, 2015? Teniendo como objetivos:

comprender, describir y analizar el rol que cumplen las madres en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor.

La investigación se justificó porque el rol que cumplen las madres en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor es primordial y vital; actualmente, la madre descuida muchas veces su cumplimiento, porque aparentemente ven sanos a sus hijos y piensan que todo está bien y no necesitan acudir a sus controles de CRED. Sin embargo, es importante que los niños(as) reciban este servicio y esto se cumplirá con el empeño que ponga la familia y en especial la madre, sabiendo que mediante esto podrá ayudar a su niño(a) a desarrollarse y a crecer mejor y detectar a tiempo alguna discapacidad que sería perjudicial si se deja de lado.

Por otro lado se puede observar que en la actualidad, ha disminuido notablemente la asistencia de los niños(as) a sus controles de CRED, ya sea porque la madre no tiene tiempo o trabaja, también porque le parece innecesario llevarlo. Por ello, esta investigación pretendió conocer como se viene llevando a cabo el rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo de sus hijos. Además, con los resultados se pretendió conocer con certeza el rol que cumple la madre en el crecimiento y desarrollo, permitiendo a la enfermera plantear nuevas estrategias o replantear las existentes para mejorar el cumplimiento oportuno del control de CRED, y así evitar complicaciones y ayudar al niño a alcanzar su máximo potencial y una mejora en su calidad de vida.

Los resultados expuestos permitirán también a la enfermera orientar a la madre para que tenga intervenciones maternas saludables con sus hijos, ya que ellas son las principales cuidadoras del niño y quienes ejercen sobre ellos una gran influencia en el desarrollo de la personalidad. Además que servirá como referencia para otras investigaciones que se relacionan con el objeto de estudio, por ser un tema importante a nivel local, nacional e internacional; y relevante para la enfermería.

I. MARCO TEORICO:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Se efectuó una búsqueda bibliografía exhaustiva en diferentes bases de datos, se encontraron los siguientes trabajos de investigación que las investigadoras consideran pertinentes.

A nivel Internacional:

Peña M, Aguilar C, Vera A, ⁵en la investigación titulada “Estimulación y desarrollo del infante en zona rural en pobreza extrema” manifestaron que el objetivo de su trabajo es estudiar el impacto de la valoración subjetiva de la madre en relación con la participación paterna en actividades de control y promoción del desarrollo, y valorar el efecto de las acciones asociadas con la estimulación en el desarrollo del niño. Las variables analizadas fueron: apoyo percibido, estimulación y desarrollo infantil. Los instrumentos utilizados fueron: escala del desarrollo integral (EDIN); inventario de estimulación del niño en el hogar (HOME) e inventario de la alianza para la paternidad (PAI). La muestra incluyó 115 madres con un hijo entre 1 y 5 años, en comunidades rurales del sur del estado de Sonora, México. Los resultados indican que la percepción de apoyo de la pareja correlaciona con las dimensiones del HOME y especialmente con las siguientes: 1) los padres se relacionan con sus hijos, 2) oportunidad para la variedad y 3) organización del medio ambiente. Sobre las dimensiones de estimulación y desarrollo solo se encontró relación entre la dimensión respuesta emocional y verbal de los padres y desarrollo integral del niño, y en particular en desarrollo en el área de lenguaje.

Jaimes L,⁶en un estudio sobre " Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos”, refirieron que el crecimiento y desarrollo de los niños, requiere fortalecimiento del vínculo con los padres, para intervenir en las necesidades desde las diferentes

dimensiones; el profesional de enfermería como cuidador, desde el contacto inicial con los padres e hijos, mediante el apoyo educativo orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas. Material y método: información de un caso revisado en práctica formativa del programa de crecimiento y desarrollo de una institución de salud de baja complejidad, del área metropolitana: aplicando el proceso de enfermería y el análisis de la situación del paciente desde el referente teórico de Kathryn Barnard. Tuvo como sujetos a 120 padres de los niños de edades entre 0 a 5 años. Resultados: El proceso de enfermería realizado en el caso, permite priorizar el cuidado, el cual se orienta apoyo educativo de los padres, contribuyendo a intervenir las condiciones que afecta el crecimiento y desarrollo, según las necesidades identificadas. Discusión y conclusiones: mediante la intervención oportuna a los padres orienta al apoyo educativo, permite que identifique los cuidados que se deben modificar y que fortalecen el crecimiento y desarrollo. El enfermero en formación mediante la aplicación del proceso de enfermería en su práctica formativa, le permite reconocer el lenguaje estandarizado fortalece la unidad de criterio para su ejercicio profesional

Guerra J, Ruiz C, 7manifestaron en el presente estudio titulado: “Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres”; de tipo cualitativo, descriptivo, exploratorio. Cuyo objetivo fue "interpretar las experiencias y vivencias de los padres de los neonatos acerca del cuidado de enfermería que reciben sus hijos en la unidad de neonatos (UCIN) del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS)". Se utilizó una entrevista semiestructurada la cual sirvió como guía para obtener los testimonios de los padres y madres de los neonatos hospitalizados. Sujetos de estudio fueron los padres de los neonatos hospitalizados. Conclusiones: El impacto emocional ante la evidencia de tener que dejar a su hijo en una UCIN enfrenta a los padres a una separación muy prematura de este, al desconocimiento de las condiciones en las que se encuentra y a la incertidumbre sobre su recuperación. Los padres de los neonatos sienten que

a través de la comunicación con las enfermeras obtienen respeto a sus creencias religiosas, una voz de aliento en los momentos difíciles, y se facilita el aprendizaje de los cuidados que requieren sus hijos.

Por otro lado Linares A, ⁸ en la investigación titulada “Pautas de crianza utilizadas por las madres, en niños pertenecientes a comunidades aborígenes (etnia Mataka, Toba y Chorote) del norte de Salta y su relación con las funciones maternas descritas por D. Winnicott. Tiene como objetivo dar a conocer las pautas de crianza utilizadas por las madres. La metodología utilizada es una entrevista semiestructurada que indaga las pautas de crianza desde el nacimiento, tomando en consideración la lactancia, la alimentación, el juego y el sueño. Dicha entrevista fue elaborada, luego de dos años de observación detenida en dicha comunidad. Estas pautas se relacionarán con las Funciones Maternas descritas por D. Winnicott (1960). El instrumento se administra en la Sala de Primeros Auxilios dependiente del Hospital Gral. Mosconi AO XXVIII, recorriendo casa por casa de la comunidad, y en los establecimientos sojeros donde se encuentran algunas madres de dichas comunidades. La muestra es de 20 madres de niños de entre 6 y 24 meses de edad, pertenecientes a comunidades Mataka, Toba y Chorote. Conclusiones: Los resultados expuestos hasta el momento, permiten pensar, en una primera aproximación a las madres de las comunidades aborígenes estudiadas, que las mismas brindan a sus pequeños un apoyo corporal de gran importancia para que los mismos puedan desplegarse activamente en su capacidad motora. Las madres, en general, no presentan dificultades en la lactancia. El pecho es la parte del cuerpo que entregan a los niños no sólo como fuente nutricia, sino como apoyo estructural, en él, la mayoría de los pequeños se duermen, calman su angustia y hasta neutralizan su irritabilidad. No cabe duda que en lo corporal, las madres no sólo manipulan al niño dándole seguridad, sino que a través del sostén otorgado, les permiten desenvolverse en activa exploración de su medio y su cultura.

A nivel Nacional:

Según Espinoza E,⁹ en la investigación titulada “La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno”, tuvo como objetivo: Explorar la relación que puede tener la idea de seguridad de una madre frente a su rol materno y su visión de futuro, en la forma de criar a su hijo. Su estudio de naturaleza cualitativo mediante entrevista semi-estructurada. La muestra fueron 12 púerperas de 16 a 30 años atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante septiembre 2010. Resultados: Se encontró que las madres que no manifestaron sentirse seguras en su desempeño como madres fueron las mismas que veían su futuro como algo incierto. Además estas mismas madres manifestaron haber sido criadas por madres que no se sintieron seguras en su rol materno. Conclusiones: El nivel de seguridad que muestra una mujer, en el inicio de su maternidad, frente a su rol de madre, podría estar fuertemente ligado a su visión de futuro en la forma de criar a su hijo.

2.1 BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL

El presente trabajo de investigación se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes conceptos, para rol maternal a Winnicott y la teoría Barnad, cuidado Waldow; Lactante a Walley y Wong y en Crecimiento y Desarrollo la Norma Técnica de Salud de Crecimiento y Desarrollo del (2010).

La Academia de la Lengua Española refiere que el término rol es la función que alguien o algo cumple.¹⁰ Por otro lado Pérez refiere que el rol de madre consiste en ayudar a su hijo a tener disciplina, a desarrollar las herramientas útiles para lograrlo, descubrir su potencial, estar dispuesto a aprender cada día algo nuevo. La madre debe comprender que no solo el niño está en proceso de crecimiento y madurez, a su vez, ella está aprendiendo, creciendo, madurando, conociendo nuevos horizontes y nuevas experiencias. Ella también tiene sus sueños, sus metas, sus habilidades, capacidades y debe

intentar día a día descubrirlas y desarrollarlas, aprender a tomar las mejores decisiones y ser responsables frente al cuidado del niño.¹¹

Sin embargo la madre ha ocupado el rol de estar a cargo del cuidado de los hijos mientras que el padre tiene el rol de proveedor. Por tanto el rol del cuidado del bebé en los primeros años de vida del bebé tiene connotaciones distintas en padres y madres ya que éstas suelen ser la figura más cercana al bebé. Luego del nacimiento del bebé, la mujer debe enfrentar una serie de tareas ya que inmediatamente después del parto debe hacerse cargo de su hijo. Además, debe aprender a anteponer las necesidades del bebé (por ejemplo, lactancia) a las propias y aceptar los cambios corporales que se producen.¹¹

Sin embargo Winnicott antepone el concepto de función frente al del sujeto que la realiza (madre, padre o sustituto). La función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. De ahí que la función materna puede ejercerla, indistintamente, todo aquel que tenga condiciones y disposición para hacerla.¹²

Es por ello que Winnicott propone tres funciones maternas primordiales: el sostenimiento o sostén (holding), es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostenerlo (emocionalmente) de manera apropiada, La manipulación o manejo (handling), contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática (la unidad psiquesoma) que le permite percibir lo 'real' como contrario de lo 'irreal' (La familia y el desarrollo del individuo) y la manipulación favorece la personalización del bebé y la presentación objetal (objet-presenting) función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al infante para que pueda hacer real su impulso creativo. La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos”

A medida en que la madre habilita en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, éste despliega su capacidad de habitar el mundo. La presentación objetal promueve la realización del niño. Por el contrario, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real. Estas tres funciones determinan, de forma correlativa, una forma de desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación en aras de la unidad psique-soma; y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.

Para asumir con mayor seguridad y conocimiento estas funciones del rol de la madre como lo señala Winnicott, se debe centrar en la interacción entre madre-hijo promoviendo el aprendizaje; respondiendo y elaborando conductas iniciadas en el lactante y probando nuevas cosas a fin de garantizar el óptimo crecimiento y desarrollo en esta etapa vulnerable del ser humano, como a continuación lo manifiesta Barnard.

Barnard, citado por Marriner, ²⁰centra su teoría en la interacción madre - niño con el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre - hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. Un aspecto importante en las afirmaciones teóricas de Barnard es que la enfermera proporciona sobre todo apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo. En lo que respecta a la actitud, una de las dimensiones observables en la interacción madre - hijo es la aceptación y rechazo.

Las características del niño influyen sobre las actitudes de la madre y estas varían con los cambios del niño. Es un contexto particular del aprendizaje, el niño aprende a través de los refuerzos que recibe especialmente de la madre.¹³

En este estudio se observa cómo es la interacción que tiene la madre con su niño y si manifiesta una buena comunicación o empatía con el bebé, logrando comprenderlo y cumpliendo así su rol de madre.

El modelo de Barnard,¹⁴ es una teoría intermedia de enfermería que se dirigió especialmente a la relación cuidador niño, los conceptos se definieron de forma operativa y detallada. El cuidador se identificó como un concepto principal. La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describen en el modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades.

En primer lugar tenemos la claridad del lactante en la emisión de señales, para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.

En segundo lugar la reactividad del lactante a los padres, al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también a de aprender a leer los signos que estos les transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envían las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.

En tercer lugar la sensibilidad de los padres a las señales del lactante, los padres igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pro además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones

matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños.

En cuarto lugar la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante, algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia de estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar han de darse cuenta que la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.

Finalmente, tenemos a las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres, la capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como la que se asocian a la alimentación.¹⁴

Cabe resaltar que el entorno es un aspecto esencial de la teoría de Barnard. Básicamente el entorno incluye todas las experiencias con las que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles. El entorno incluye: recursos sociales y financieros, otras personas y una adecuación del hogar y la comunidad, así como todas las cualidades que afectan también al cuidador, en donde valorar un entorno físico va a permitir crear un entorno seguro, alegre y acogedor, logrando que el lactante pueda satisfacer sus necesidades básicas y potenciando su evolución física, afectiva y social, para conseguir un desarrollo armónico y completo, permitiendo un óptimo crecimiento y desarrollo del niño lactante.

Las madres cumplen un papel muy importante ayudando a los niños a afrontar las experiencias traumáticas y a reponerse de ellas. Por ello no hay

duda de que brindar un cuidado consciente y que responda a sus necesidades requiere de mucha energía física y emocional.

Así, “cuidado” para Waldow¹⁸, es más que una simple actividad de curar, el cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser, con el mundo, como una forma de vivir plenamente de modo informal o rudimentario. El cuidar se inicia de dos formas: como un modo de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño en relación con otro ser, por tanto, relacional. Las personas se relacionan en una forma y promueven el crecimiento y el bienestar de los otros, en tal sentido el profesional de enfermería siempre está en constante interrelación con la persona que cuida y sus familiares, promoviendo el autocuidado.

El cuidado es la acción de cuidar; implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, es tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.¹⁹ En el caso del cuidado de niños, se trata de una actividad que debe ser llevada a cabo por un adulto que pueda actuar con responsabilidad ante cualquier contingencia. Los niños deben ser controlados en sus juegos y actividades cotidianas para evitar que se lastimen y que pongan sus propias vidas en riesgo. Aquí la madre o el cuidador principal cumple un rol muy importante, porque va a depender de su constante preocupación y asistencia a los controles para que su bebe cumpla su crecimiento y desarrollo de manera satisfactoria.

Podemos decir que el cuidado del lactante es una labor que implica una valoración permanente del niño y de dedicación especial; en donde este adquiere destrezas sociales, emocionales y motrices, que lo predisponen a un aprendizaje eficaz. Por ello un cuidado efectivo es importante no solo para la supervivencia del lactante si no para su óptimo desarrollo físico, mental y una buena salud, contribuyendo al bienestar general y a la felicidad que en otras palabras es una buena calidad de vida. Así como se puede observar en la

presente investigación, que las madres brindan un cuidado favorable a sus niños con la finalidad de potenciar las capacidades del lactante.

Lo que ocurre con los niños y niñas en los primeros años de vida tiene una importancia tanto para su bienestar inmediato como para su futuro. Si un niño recibe el mejor comienzo, probablemente crecerá sano, desarrollará capacidades verbales y de aprendizaje, asistirá a la escuela y llevará una vida productiva y gratificante.

La infancia es la etapa de aprendizaje y desarrollo más importante de la vida de un ser humano. La vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna se denomina lactancia.¹⁶ Comprende al niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad y, a su vez, puede dividirse en dos sub - periodos: lactante menor, desde los 0 días de nacido hasta los 12 meses; y lactante mayor, de los 12 meses de edad hasta los 24 meses.¹⁷

Un niño es un ser libre e independiente, psicoafectivo y biológico, con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo, que tiene una familia, comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenece y que le pertenecen, de donde hereda factores sociales, culturales, económicos y políticos.¹⁵ Su entorno es todo lo que tiene para poder adaptarse al mundo que le rodea; sus padres y familiares son su medio de apoyo constante, por ellos aprende y vive nuevas experiencias que lo harán crecer y desarrollarse como persona.

Ante lo mencionado podemos decir que los niños no aprenden solo oyendo, sino también viviendo, y de la experiencia misma que le aportan sus padres. Aquí se le da importancia a las buenas relaciones familiares que aportarán a que el bebé se sienta seguro y protegido, ya que es vital para su óptimo crecimiento y desarrollo del lactante menor. En esta investigación la muestra fueron los lactantes menores que acudían a sus controles de

crecimiento y desarrollo en el centro de salud, que la mayoría oscila entre las edades de 17 días hasta 10 meses.

Durante la infancia es fundamental realizar el crecimiento y desarrollo de cada niño, puesto que la supervisión en el niño sano constituye uno de los componentes más importantes de las acciones de salud que se llevan a cabo a través del programa de crecimiento y desarrollo, en el cual se logra un seguimiento periódico del niño evaluando las distintas etapas evolutivas y, poder detectar así alguna patología a corto plazo.

Por ello, definiremos que el crecimiento es el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de las células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia).²⁰ Por su parte, el desarrollo es un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones.²⁰

El crecimiento y el desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida, época en que el cerebro se forma y desarrolla a la máxima velocidad. Si en este período se altera el adecuado desarrollo del cerebro se producirán consecuencias que afecten al niño y niña durante toda su vida (INEI/UNICEF, 2008). A través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo psicomotor de las niñas y los niños se contribuye a la detección precoz, atención y referencia oportuna de niñas y niños en riesgo o con trastornos del desarrollo y crecimiento.

En tanto la Norma Técnica de Salud del MINSA, el esquema de periodicidad del control de crecimiento y desarrollo del niño o niña está previsto de la siguiente manera: recién nacido (2 controles), de 01 a 11 meses (11 controles) y de 12 a 23 meses (6 controles). Durante el control de crecimiento y desarrollo se realizan un conjunto de procedimientos para la

evaluación periódica de ambos procesos. Así también se detecta riesgos o factores determinantes de riesgo, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención y promover prácticas adecuadas de cuidado del niño y niña. Para ello, el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para la valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.²¹

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera *individual*, porque cada niño es un ser con características propias y específicas, por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno; *integral*, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo, es decir la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño; *oportuna*, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar su crecimiento y desarrollo según a su edad; *periódica*, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y considerando la edad de la niña o niño; y *secuencial*, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.²¹

En la actualidad los problemas de crecimiento y desarrollo constituyen una preocupación, tanto para los profesionales sanitarios como para los padres. Hay que tener en cuenta que cualquier circunstancia que afecte el estado de salud del niño repercutirá negativamente sobre su crecimiento. Por esta razón, la valoración del crecimiento es uno de los métodos más sensibles para enjuiciar el estado de salud, tanto individual como colectiva. Algo relevante que se debe tomar en cuenta es el medio ambiente afectivo donde se desarrolla el niño, pues la relación desde los primeros momentos de vida entre la madre (o la persona que la sustituya) y el niño, va a tener gran importancia sobre su crecimiento. De la calidad de esta unión dependerá el

comportamiento y la conducta humana en cuanto a alimentación, protección física y estimulación psíquica y cultural del niño.²²

Por ello, llevar al niño a los controles CRED es vital y fundamental puesto que se realizan un conjunto de procedimientos con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promoción de prácticas adecuadas para el cuidado del niño. En la presente investigación se puede detallar que casi en su totalidad las madres llevaban a sus niños a sus controles de crecimiento y desarrollo, pues así ellas podrían darse cuenta cómo iba desarrollándose su niño de acuerdo a la edad que tenía. También porque las enfermeras le brindaban información de cómo deberían ser los cuidados básicos hacia su bebe, teniendo el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño, y detectar de manera precoz y pertinente riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención eficaz disminuyendo deficiencias y discapacidades.

II. MARCO METODOLOGICO:

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo cualitativa, ^{24,,25,26,} porque permitió estudiar la realidad en su contexto natural, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo al significado que tienen para las personas involucradas. La investigación cualitativa implica la utilización y recojo de una gran variedad de materiales, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes y sonidos que describan las rutinas y las situaciones problemáticas así como los significados en la vida de las personas. A la vez, permitió develar las realidades vividas respecto al rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor desde la percepción de las madres, incluidas en un contexto donde la investigación se desarrolló de manera natural. Los resultados que se obtuvieron de esta investigación, permitió entender la situación problema descrita, que conllevó a las investigadoras dar respuesta de cómo es el rol de madre en el crecimiento y desarrollo del lactante menor.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO:

La investigación se realizó con la metodología de estudio de caso. Según Martínez Carazo, ²⁷ el estudio de caso es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares. Podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para el recojo de evidencia cualitativa o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar una nueva teoría. Al utilizar este método, las investigadoras intentaron responder cómo es el rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor. En tal sentido este abordaje permitió develar el objeto de estudio tal cual se presenta en la realidad, de manera natural y compleja.

Se tuvo en cuenta los principios planteados según Ludke.²⁸ para lograr una mejor comprensión del objeto de estudio:

Los estudios de caso se “dirigen al descubrimiento”, lo que significa que las investigadoras empezaron a develar el caso por algunos supuestos teóricos iniciales, sobre el rol maternal que afianzaron los conocimientos, pero procuraron mantenerse constantemente y atentas a los nuevos elementos que pudieron surgir como importantes durante el desarrollo del estudio. Fue clave registrar cada dato manifestado por las madres y analizarlo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

Los estudios de caso permiten “la interpretación en el contexto”, como principio básico explica que es importante tener en cuenta el contexto en el que se sitúa el fenómeno. Las investigadoras buscaron comprender el problema, percepciones, comportamientos e interacciones de las madres en el rol del cuidado de Crecimiento y Desarrollo que le brindan para a sus hijos.

En este caso la investigación se realizó en el Centro de Salud de Pítipo, ubicado en el distrito de Pítipo, provincia de Ferreñafe; pertenece al primer nivel de atención en salud del MINSA con la categoría I3. Para cumplir con este principio además se utilizó un grabador de voz para captar la mayor cantidad de datos y durante todo el proceso de recolección de datos se hicieron uso de la entrevista y una lista de evaluación del carnet de crecimiento y desarrollo, para registrar cada detalle sobre el tema y que fueron fuentes confiables que ayudaron en la investigación.

Otro principio es “Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda”, para cumplir con este principio las investigadoras intentaron revelar la variedad de dimensiones presentes en la situación problemática de la investigación, enfocándola como un todo. Se realizó un análisis minucioso de la situación, partiendo de la información ya obtenida, lo que permitió apreciar la importancia de las opiniones brindadas por las madres, generando una confrontación detallada con la situación problemática.

Los estudios de caso procuran representar los diferentes y, a veces, conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación de estudio puede suscitar opiniones distintas; las investigadoras recogieron como parte de la investigación diversas opiniones del sujeto de estudio, revelando incluso a las madres su propio punto de vista sobre el rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo, a fin de develar el fenómeno tal como se procede en la realidad.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación. Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños fotografías, discusiones y mesas redondas. Las investigadoras utilizaron un lenguaje sencillo y fácil de comprender; obtuvieron los datos mediante las entrevistas dirigidas a las madres y de la lista de cotejo del crecimiento y desarrollo del lactante menor.

Así mismo se tuvo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Watt.²⁶ quienes caracterizan el desarrollo del estudio de casos en tres fases:

La fase exploratoria o abierta: Comienza con un plan, que se va formando más claramente a medida que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados conformes se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. El presente estudio de caso partió de algunas interrogantes que las investigadoras identificaron durante sus prácticas pre profesionales en los servicios de crecimiento y desarrollo. Las preguntas se realizaron teniendo en cuenta la literatura pertinente sobre el tema, como lo es la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo del Niño (2010). Luego se realizó la entrevista a las madres de los lactantes menores que acuden al Centro de Salud de Pítipo, lo que permitió enriquecer la problemática y delinear el al objeto de estudio.

La fase de delimitación del problema: una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, las investigadoras procedieron a recolectar sistemáticamente la información, utilizando como instrumento una guía de entrevista dirigida a las madres y se delimitó la muestra hasta alcanzar la saturación, y la lista de cotejo para evaluar el crecimiento y desarrollo del lactante menor a través del carnet de control de Crecimiento y desarrollo del niño(a),

La fase del análisis sistemático y la elaboración del informe final: después de un determinado periodo de permanencia en el campo, en esta fase se realizó el análisis de los datos, mediante el análisis de contenido temático, a fin de tornar la información más accesible y comprensible al lector; y finalmente se elaboró el informe en base al análisis de las entrevistas, que nos permitió mostrar algún aspecto interesante del estudio o validando lo observado.

La metodología del estudio de caso tiene un papel importante en el área de la investigación, ya que sirve para obtener un conocimiento más amplio de fenómenos actuales y para generar nuevas teorías, así como para descartar las teorías inadecuadas. El uso de este método de investigación también sirvió, especialmente, para diagnosticar y ofrecer soluciones en el ámbito de las relaciones humanas. Con esta investigación se pretendió dar nuevos aportes sobre el tema del rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor, a fin de analizar la situación problemática y dar nuevas soluciones que ayudarán a la mejora del fenómeno de estudio.

El estudio de caso es una herramienta útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes. Permite analizar un problema, determinar el método de análisis así como las diferentes alternativas o cursos de acción para atenderlo, es decir,

estudiarlo desde todos los ángulos posibles y tomar decisiones objetivas y viables. En este caso, las investigadoras realizaron un análisis crítico y reflexivo de las opiniones vertidas por las madres de familia sobre el rol que cumple en el cuidado del crecimiento y desarrollo de su niño, generando una confrontación con lo mencionado anteriormente en la situación problemática.

2.3. SUJETO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación tuvo como sujetos de estudio a 9 madres con lactantes menores que acuden al Centro de Salud de Pítipo. Las mismas que presentaron las siguientes características: según la edad: el 37.5% (3) presentaron edades entre 30 a 35 años, el 37.5% (4) entre 24 a 30 y el 25% (2) entre 20 a 18; según el nivel educativo: el 50% (5) contaba con nivel primario, el 37.5% (3) con nivel secundario y el 12.5% (1) con nivel superior; en cuanto al estado civil : 50% (4) son casadas, el 37.5% (3) son convivientes y el 25% (2) con solteras; según la ocupación: el 87.5% (8) son ama de casa, 12.5% (1) con nivel superior; según el número de miembros en la familia: 50% (3) 8 integrantes en la familia , el 37.5% (5) 4 integrantes en la familia , y el 12.5% (1) 10 integrantes en la familia; según el número de hijos: el 37.5% (6) y el 62.5% (3) tuvo 4 hijos; según la edad de tienen cada hijo: 37.5% (3) presentaron edades entre 15 a 12 años, el 34.5% (3) entre 4 a 2 años, y el 12.5% (1) entre 10 a 4 meses y el 15.5% (2) entre 17 a 24 días; según la religión que profesan el 100% (9) son católicas; según el trabajo laboral el 90% (8) no trabajan y el 10% (1) si trabaja en docencia .

Por lo tanto en esta investigación la edad promedio de las madres fue de 29 años de edad, con un nivel educativo de nivel primaria, estado civil casadas, profesan la religión católica, ocupación son amas de casa, con un promedio de 9 miembros en la familia y con 4 hijos.

Las madres seleccionadas cumplieron con los criterios de selección a fin de contar con una muestra homogénea y así dar cumplimiento con el principio de rigor científico. Siendo los criterios de inclusión: Madres de lactantes sanos, y que quieran participar voluntariamente; y los excluyentes fueron: Madres con niños diagnosticados con enfermedad crónica (Definida como afección de larga duración y por lo general de progresión lenta como por ejemplo tenemos: asma, tos ferina, dolores de cabeza, diabetes tipo 1 y 2, amigdalitis etc.) o discapacidad (Aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental o sensorial. Por ejemplo: Retraso Mental, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral y trastorno bipolar.)

La muestra se delimitó a través de la técnica de saturación de datos, la cual ocurrió cuando los muestreos adicionales ya no proporcionaron nueva información, solo fueron datos redundantes; es decir cuando las madres comenzaron a repetir los mismos datos en los discursos. Así mismo, dentro de la investigación se presentó las entrevistas realizadas a las madres, cuyas identidades fueron protegidas por un código (M1= madre 1...) asignado por las investigadoras, con la finalidad de respetar la confidencialidad de la entrevista; así como los datos generales (estado civil, procedencia o nivel de instrucción).

2.4. ESCENARIO:

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Pítipo, ubicado en el distrito de Pítipo, perteneciente a la provincia de Ferreñafe. Dicho establecimiento tiene 30 años de funcionamiento y pertenece al primer nivel de atención en salud del MINSA con la categoría I-3. Atiende de lunes a sábado 8 a.m. a 1p.m y 2p.m a 6:30 p.m. Cuenta con los servicios de medicina general, enfermería, obstetricia, psicología, odontología, nutrición, laboratorio, admisión, triaje y una sala de partos que falta implementar. Atienden 12 horas (mañana y tarde).

En el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud atiende una enfermera de planta y otra enfermera serumista en turno de mañana y tarde. Es un lugar amplio, ventilado e iluminado, cuenta con los materiales básicos para evaluar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), pero le hace falta mayor difusión y creatividad dentro y fuera del consultorio.

Se atienden de 10 a 15 niños de 100 adscritos al Centro de Salud. Entre las actividades que realiza la enfermera son: las visitas domiciliarias para el seguimiento, ya que el niño se queda mayormente con la abuelita, pues la madre sale a trabajar, llega tarde y cansada; los controles de crecimiento y desarrollo; charlas educativas a las madres sobre temas de interés como alimentación, crecimiento y desarrollo.

2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Los datos para la investigación fueron recolectados a través de la Guía de entrevista con preguntas abiertas.²⁹ Se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada a profundidad que permitió reunir datos de carácter privado de manera cordial. Se realizó todo lo posible por lograr que durante la entrevista, tanto el entrevistador como el entrevistado estén centrados en las preguntas de estudio, y así poder obtener respuestas concretas de las madres que se entrevistaron, para ello, las investigadoras procuraron estar atentas a los relatos para poder encausarlas al objeto de estudio. Las estrategias utilizadas para registrar la totalidad de la información de las entrevistas comprendieron: tomar notas durante la entrevista de la expresión no verbal, la anotación detallada de los datos subjetivos que manifestaron los entrevistados y así mismo se grabó las entrevistas para obtener datos fidedignos y confiables.

Para llevar a cabo las entrevistas se tuvo que acudir al centro de salud de Pítipo en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED) previamente

coordinando con el director de dicho establecimiento, para evitar cualquier imprevisto. En aquella área atiende una enfermera de planta y otra enfermera serumista en turno de mañana y tarde. Es un lugar amplio, ventilado e iluminado, cuenta con los materiales básicos para evaluar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en donde tuvimos que acudir a las consultas de CRED donde asistían las madres con sus niños y les comentábamos sobre nuestro proyecto de investigación y preguntándoles si aceptaban participar, logrando obtener una cita para ir a visitarlas a su domicilio, lo cual nos brindaron su dirección y pactamos el día y la hora más conveniente; posterior a ello procedimos a ir a cada dirección y así entrevistar a las madres.

Las entrevistas a las madres se realizó en hora y lugar concretados con cada una de ellas (en su domicilio) para evitar que los participantes se sientan incómodos, cohibidos y así viertan con libertad todas las respuestas respecto al tema. Previamente se brindó una hoja informativa y se firmó el consentimiento informado (anexo N°03); además la entrevista estuvo estructurada en dos partes. La primera correspondió a los datos personales que permitieron contextualizar al sujeto de estudio, tomando en cuenta un código (M1= madre 1) que permitió identificarlas; la edad, estado civil, religión, nivel de instrucción, ocupación de la madre y el padre, número de hijos, edad de los niños y miembros de la familia. La segunda partió de una pregunta norteadora para guiar la entrevista: Cuénteme ¿cómo cuida usted el crecimiento y desarrollo de su hijo? y otras cinco preguntas auxiliares para profundizarla, conforme se dieron las respuestas, se introdujeron las preguntas auxiliares (Anexo 1) durando en promedio cada entrevista, entre 15 a 20 minutos, de los cuales las madres fueron grabadas mediante un mp3 y, posteriormente, las investigadoras transcribieron la información para su análisis respectivo.

Otro instrumento que se utilizó fue la lista de cotejo que contenía nueve ítems enunciados a manera de preguntas cerradas y, adicionalmente,

otro casillero para escribir alguna observación (Anexo N° 02); instrumento que permitió hacer el seguimiento respecto a los controles de crecimiento y desarrollo del lactante menor, información que se tomó de la historia clínica del niño. A cada lista se le colocó el mismo código de la madre; además se consideró la edad del niño y fecha de cotejo. El tiempo que se empleó para aplicar la lista de cotejo fue de 5 a 8 minutos, y se realizó en el momento en el que se aplicó la lista fue después de cada entrevista dirigida a las madres con previo permiso de la enfermera.

Cabe mencionar que dichos instrumentos fueron validados mediante el juicio de expertos, según temática y tipo de investigación. Para ambos se pidió la validación a tres expertos en la materia: la primera cuenta con 7 años de experiencia laboral en el área de docencia en la asignatura de cuidado de enfermería al niño y adolescente sano, la segunda con 30 años de experiencia en el área neonatología y labor asistencial del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y la tercera es docente de la Escuela de Enfermería con 9 años de experiencia en investigación cualitativa.

Luego se realizó un estudio piloto con tres madres de otros establecimientos de salud del primer nivel de atención, para verificar si las preguntas eran adecuadas y entendidas por los sujetos, quedando así validado el instrumento final de recolección de datos.

2.6. PROCEDIMIENTO:

En primer lugar, el proyecto se inscribió en el catálogo de la Escuela de Enfermería, luego paso al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para obtener su aprobación. Por consiguiente el trabajo de investigación fue aprobado por dicho comité, con la resolución N° 242-2015-USAT-FM

Como paso previo se utilizó la validación de los instrumentos de investigación a cargo de tres expertos en la materia. También se piloteo dichos instrumentos con 3 madres de niños lactantes menores, que se ajustaron a los criterios de inclusión y exclusión, pudiendo verificar su viabilidad, y realizando, así los ajustes necesarios a dichos instrumentos.

Posteriormente se inició la ejecución del proyecto de tesis. Para ello se solicitó la autorización al Enfermero Jefe del Centro de Salud de Pítipo, el Lic. Segundo Andrés Díaz Osorio, donde se dio cumplimiento con todos los requisitos que solicitaron a fin de garantizar el normal desarrollo de la investigación, para lo cual se presentó: la resolución de aprobación del proyecto, una copia del proyecto, un CD que contenía el proyecto en Word, PDF y la solicitud de permiso para la recolección de datos en dicho centro de salud, emitido por la Escuela de Enfermería.

Luego se solicitó el permiso de las enfermeras que trabajan en el área de CRED para obtener la lista de los lactante menores, se realizó la respectiva entrevista a las madres la misma que contó con una pregunta norteadora, seguida de cinco preguntas auxiliares; no sin antes informarles de manera detallada sobre el estudio (Anexo N°01), y hacerles firmar el consentimiento informado (Anexo N° 03) y la aplicación de la lista de cotejo para obtener datos sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños (Anexo N°02). La entrevista se desarrolló en el domicilio de la madre en un ambiente tranquilo, agradable y sin ruido, que le proporcionó comodidad y seguridad. Ella fue grabada e identificada a través de un seudónimo (M=1...) para guardar su anonimato. Se regresó a los hogares de algunas madres para profundizar en algunas preguntas que eran necesarias para completar el análisis. La transcripción de las entrevista se hizo después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata en las siguientes preguntas.

Se solicitó a la madre en cada entrevista su carnet de control de crecimiento y desarrollo (CRED), logrando verificar si estaban cumpliendo en llevar a sus niños a sus controles y vacunas. Posteriormente las investigadoras regresaron al Centro de Salud a llevar a cabo la aplicación de la lista de cotejo para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños, para ello se solicitaron las historias clínicas previo permiso con la enfermera encargada del consultorio de crecimiento y desarrollo y se contrastó los datos obtenidos manifestados por las madres con lo encontrado en las historias clínicas de cada niño. Al finalizar se obtuvo los datos necesarios y precisos explicados en el instrumento, para su posterior análisis y elaboración del informe.

2.7 ANALISIS DE DATOS:

Para el análisis de los datos recogidos se utilizó el análisis de contenido, que ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, captar y evaluar los relatos obtenidos durante las entrevistas.^{30,31} Asimismo buscó interpretar lo dicho por quienes fueron los sujetos de estudio a través de la entrevista. El análisis de contenido que se realizó en la investigación comprende tres etapas:

Pre análisis: en esta fase se realizó una lectura superficial del material recolectado, con la finalidad de seleccionar los datos pertinentes, es decir obtener información que se relacione con el objeto de estudio y que fueron considerados en el análisis, logrando la familiarización de las investigadoras con el contenido. Esto permitió tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos. En esta etapa se realizó la lectura previa de las entrevistas dirigidas a las madres y las lista de cotejo, con el fin de seleccionar los datos relevantes que van a someterse a un análisis, es decir obtener información que se relacione con el objeto de estudio y que fueron considerados en el análisis, esto permitió que las investigadoras se familiaricen con el contenido del tema de investigación y así

lograr una idea general de los resultados para establecer su posible esquematización.

Codificación: proceso de clasificación de datos en torno a ideas, temas y conceptos que irán surgiendo de la lectura de la investigación. Los datos brutos fueron cambiados sistemáticamente en unidades que permitió una descripción precisa de las características del contenido. En esta fase, las investigadoras realizaron una transformación del material original a los datos útiles, es decir, se separaron los textos, párrafos, catalogando los elementos significativos; de tal manera que los datos que se obtuvieron del “emic” (objetos de estudios) se convirtieron en un lenguaje del “etic” (profesional), con la finalidad de alcanzar los fines de la investigación. Por otro lado una vez agrupado los datos se procedió a brindar un identificador a cada grupo, los cuales fueron llamados códigos, lo que permitió reagrupar las unidades de significado y reducir la información.

Categorización: Esta operación consistió en la clasificación de elementos constitutivos del conjunto de unidades de significados seleccionados por diferenciación, tras la agrupación por género a partir de criterios previamente definidos, es decir los códigos que fueron asignados, ahora fueron categorizados, llegando de alguna forma a establecer nuevas relaciones teóricas con respecto a lo investigado. Las investigadoras agruparon las unidades seleccionadas por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas contrastando la realidad, con el marco teórico y con el punto de vista de las investigadoras.

2.8. CRITERIOS ÉTICOS:

En la presente investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos de Sgreccia.^{32, 33}

El valor fundamental de la vida humana y el respeto a su dignidad: la vida corpórea y física del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa su valor fundamental. Se dice así porque aunque la persona no se agota en su cuerpo, este es esencial a la misma, en cuanto se constituye en el fundamento único por el que la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio. A través de él expresa otros valores como la libertad, la sociabilidad y el mismo proyecto de futuro.

Las investigadoras hicieron uso de este principio bioético durante todo el proceso de la recopilación de datos, asegurándose de tener en cuenta el respeto a la vida de las madres que participaron del presente estudio, anteponiéndolo ante cualquier otro tipo de interés que pudieran afectar la integridad de ella en sus diferentes dimensiones: física, psíquica y/o espiritual. La investigación se desarrolló respetando el anonimato de la madre a través del uso del seudónimo.

El principio de la libertad y la responsabilidad: deriva inmediatamente del valor fundamental de la vida. La libertad no coincide con la autonomía y la autodeterminación, ser libre no significa ejercitar de modo absoluto el libre arbitrio. Todo acto de libertad es realizable concretamente solo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como "res-pondere" o responder del propio obrar ante sí y ante los demás.

Las investigadoras aplicaron este principio con la finalidad de dar a las madres la libertad y la responsabilidad de participar libremente en la investigación; teniendo en cuenta su opinión, respetando sus versiones en cuanto al rol que cumple en el cuidado del crecimiento y desarrollo de su niño. Se respetaron también su cultura y sus creencias, así como su decisión de continuar o retirarse de la investigación cuando lo deseen. Como parte del procedimiento se solicitó a las madres la firma del consentimiento informado para participar del estudio. Durante la etapa de recolección de datos las

investigadoras no pretendieron cambiar o discrepar en sus formas de cuidar el crecimiento y desarrollo de su niño lactante.

El desarrollo de cada etapa del trabajo de investigación sirvió de ayuda para las madres y sus niños lactantes, ya que no solo se centró en el beneficio de las investigadoras; se enfocó a la madre desde una forma holística, sin llegar a simplificarla a una cosa o sistema, explicándole mediante charlas educativas y con la entrega de trípticos la importancia del rol de la madre en el cuidado de CRED una vez finalizada la investigación.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO:

Existen algunos criterios que permiten evaluar el riesgo y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial. Estos criterios son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferencia o aplicabilidad. La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participan en él y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otros u otros investigadores pueden seguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares. La transferibilidad consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos.³⁴

Para avalar la calidad científica de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes principios de rigor. ³⁵

La credibilidad se logra a través del uso de la observación persistente y focalizada, el chequeo con los informantes y el contraste de la información detectada por el investigador con las opiniones de grupos de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación. La credibilidad se puso en práctica en la recepción de los datos, ya que estos se tomaron lo más

exacto posible. También se evidenció al momento de poner en conocimiento a la madre sobre la investigación y lo que se quiere lograr de esta. Los instrumentos de recolección de datos (la entrevista a profundidad dirigida a las madres y la lista de cotejo) también fueron muestra de la credibilidad del investigador, ya que estos datos se recogieron con la mayor veracidad posible.

La auditabilidad o también llamada confirmabilidad hace necesario contar con un registro y documento completo de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación al estudio. Mediante este criterio se logró que la investigación sea utilizada como antecedente para otros trabajos de investigación y, de esta manera, enriquecer la línea de investigación haciendo uso de conclusiones y recomendaciones. Además se explicaron los escenarios de la investigación y se describió detalladamente a los sujetos del estudio.

La transferibilidad es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Se trata de examinar cuanto se ajustan los resultados a otro contexto. En la presente investigación se logró mediante una descripción minuciosa de los sujetos de estudio en este caso las madres, el escenario en donde se desarrolló la investigación. Así mismo los resultados servirán para que se transfieran en otro contexto diferente al estudiado si el lector lo decide.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

Luego de realizar el análisis de los datos, se obtuvo como resultados de las entrevistas de las madres cuatro categorías con sus respectivas subcategorías, lo que nos permitió identificar cómo es el rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor que acude al Centro de Salud de Pítipo. Chiclayo, 2015

CATEGORÍA I: Rol maternal en el cuidado de las necesidades básicas del niño.

- 1.1 Cuidando su alimentación y dieta del niño.
- 1.2 Aprendiendo los buenos hábitos de higiene personal.
- 1.3 Protegiendo su salud (Vacunas, enfermedades)

CATEGORÍA II: Fomentando el desarrollo emocional y social.

CATEGORIA III: Limitaciones en el cumplimiento de su rol.

CATEGORÍA IV: Apoyo del profesional de salud en el rol maternal.

CATEGORÍA I: Rol maternal en el cuidado de las necesidades básicas del niño.

Convertirse en padres por primera vez es un cambio en la vida, cuando les dicen que viene una nueva vida que se hizo con amor entre los esposos; la más emocionada es la madre ya que ella va a tenerlo nueve meses en su vientre y es la persona que cumplirá un rol trascendental en la vida del niño, pues lo acompañara siempre en cada momento de su vida.

La Academia de la Lengua Española refiere que el término rol es la función que alguien o algo cumple.³⁶ Por lo tanto, decimos que el rol de madre consiste en ayudar a su hijo a tener disciplina, a desarrollar las herramientas útiles para lograrlo, descubrir su potencial, estar dispuesto a aprender cada día algo nuevo. La madre debe comprender que no solo el niño está en proceso de crecimiento y madurez, a su vez, ella está aprendiendo, creciendo, madurando, conociendo nuevos horizontes y nuevas experiencias. Ella también tiene sus sueños, sus metas, sus habilidades, capacidades y debe intentar día a día descubrirlas, desarrollarlas y aprender a tomar las mejores decisiones y ser responsables frente al cuidado del niño.³⁶

Al respecto Winnicott señala que la madre en su rol de cuidadora principal tiene tres funciones esenciales: Sostenimiento (Holding); es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostenerlo (emocionalmente) de manera apropiada. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad (sin miedo a dejarlo caer), adecuando la presión de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, etc.; está proporcionándole una vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental, Manipulación (Handling); esta función contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicomática, que le permite percibir lo “real” como contrario de lo “irreal”. La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y favorece la personalización del bebé; y la presentación Objetal (Object-Presenting); consiste en mostrar gradualmente los objetos de la

realidad al niño para que pueda hacer real su impulso creativo, promoviendo la realización del niño a medida que la madre habilita en el bebé la capacidad de habitar el mundo.³⁷

Estas tres funciones determinan, de manera correlativa, una forma de desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.³⁷

Por otro lado, Waldow define que el cuidado es una forma de expresión y de relación con el otro ser, como una forma de vivir plenamente de modo informal o rudimentario. El cuidar se inicia de dos formas: como un modo de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño en relación con otro ser. Las personas se relacionan en una forma que promueven el crecimiento y el bienestar de los otros, en tal sentido el profesional de enfermería siempre está en constante interrelación con la persona que cuida y sus familiares, promoviendo el autocuidado.³⁸

Por ello las investigadoras han concluido que el termino cuidar de la salud significa lograr un adecuado desarrollo integral, y este comprende diversos estímulos y factores que permitirán a cada persona crecer y desarrollarse, ser productivos y establecer lazos de convivencia social adecuados, en pocas palabras lograr un máximo deseado de bienestar y salud integral a pesar de las adversidades y problemas cotidianos. Esa capacidad de salir adelante, de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establece principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

Así mismo podemos afirmar que el rol fundamental de la madre es el saber de manera correcta en cómo cuidar a su niño; ya que esto le va a permitir adquirir nuevas experiencia en su cuidado y experimentar la alegría

y la gratificación de su papel, en las cuales demanda de unas series de roles, como se demuestra en la siguiente subcategorías:

1.1. Cuidando su alimentación y dieta del niño.

La alimentación constituye uno de los problemas más prioritarios con los que se enfrentan los adultos responsables de los niños. Por ello, es importante tener en cuenta que alimentar adecuadamente es algo más que proveer de alimentos suficientes para el crecimiento del cuerpo. En una alimentación adecuada intervienen además de una buena selección de alimentos, la situación socio familiar, los hábitos y costumbres (alimentarios, religiosos, etc.), la educación, el nivel cultural, etc.

Cada etapa de la vida tiene sus peculiaridades y en cada momento la alimentación debe adaptarse a ellas, pues durante la infancia las características que debe tener la dieta están condicionadas por el ritmo del crecimiento, la tolerancia a los diferentes alimentos, la capacidad digestiva, el grado de autonomía y las habilidades del niño o niña.

El primer año es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño. También es el momento en el que es más inmaduro y vulnerable. Por ello, es especialmente importante asegurarle una alimentación suficiente y adecuada, con el triple objetivo de: satisfacer sus necesidades nutritivas; no solo debe proporcionar energía para el mantenimiento de las funciones vitales, sino que debe cubrir unas necesidades mayores relacionadas con el crecimiento y maduración, mantener el estado de salud, prevenir estado de deficiencia y enfermedades crónicas; y empezar a crear unos buenos hábitos alimentarios.

En los niños menores de un año, según la OMS, la UNICEF y la AAP (Academia Americana de Pediatría) recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y después complementar con alimentos hasta más allá del año (AAP) y de los dos años (OMS y UNICEF). Se pueden introducir antes otros alimentos si se desea, pero no antes de los tres o cuatro meses.

La alimentación a pecho debe ser a libre demanda, para permitir la autorregulación entre las necesidades del bebé y la producción de leche en el pecho materno. El bebé que es amantado según su demanda no necesita tomar ningún otro líquido ni agua (salvo en caso de fiebre alta o diarrea intensa), ni zumos, ni infusiones, ni tan siquiera en épocas de calor. La leche materna aporta cantidades equilibradas de agua y solutos en cualquier condición climática.

Aun en el caso que un niño o niña amamantada tenga que separarse de su madre por unas horas al día es posible, pues hay varias maneras de proporcionar la leche materna: Si a la madre le es factible, ella misma puede venir a amamantar al niño o puede dejar leche extraída, para que la persona que cuidara al niño le proporcione cuando éste de señales de tener hambre. Esta leche se le puede administrar con una cucharita, jeringuilla o vasito, siendo preferible este último por su rapidez, por lo que, los bebés son capaces de beber de él con mucha facilidad, aún los más pequeños y evita la probabilidad de que el niño se acostumbre a biberones y rechace el pecho, como se ven reflejados en sus discursos:

“...Dejar la leche materna en la refrigeradora congelando no es bueno, porque ya no es nutritivo, pero lo hacía porque en las mañanas tenía que salir a trabajar...” M – 3 / Bebe 7 meses

“...Los primeros meses lo cuido dándole lactancia materna exclusiva, porque estará más sanito, más protegido de cualquier enfermedad y recibirá muchos nutrientes a través de mi leche...” M – 2 / Bebe 4 meses

“...Desde que nació solamente le doy pura lactancia materna hasta el día de hoy y así lo seguiré cuidando porque no quiero que se enferme...” M – 2 / Bebe 4 meses

“...Por ahora le doy solo lactancia materna cada vez que quiera para que se alimente bien y crezca sano como tiene 2 meses lacta cada momento...” M – 5 / Bebe 2 meses

“... Desde que nació lo estoy alimentando con leche materna, así me ha dicho la enfermera desde la primera vez que lo lleve para que lo evalúen, porque estará más sanito y protegido de cualquier enfermedad y recibirá muchos nutrientes a través de mi leche y no se enfermara mucho...” M – 9 / Bebe 24 días

Analizando los discursos, se afirma que en su totalidad las madres brindan lactancia materna a sus niños en los primeros 6 meses de vida, porque lo ven como un cuidado primordial para un buen crecimiento y desarrollo del niño, es por ello, que podría decirse, que durante el primer año de vida, el lactante tiene una rápida velocidad de crecimiento, llegando a triplicar su peso y aumentar en un 50% su talla de nacimiento, requiriendo de por sí necesidades nutricionales únicas, como es la lactancia materna exclusiva aunada a las necesidades ya elevadas para su mantenimiento.

Pero la alimentación en el lactante no solo consiste en dar leche materna, pues pasado los 6 meses de edad se debe dar una alimentación que complemente sus demandas nutricionales. La alimentación complementaria son todos aquellos alimentos diferentes de la leche materna que se ofrecen al lactante, una vez que está, no es suficiente como único alimento para cubrir sus requerimientos nutricionales. Pero no debe ser entendida como suspensión del amamantamiento, por el contrario, la alimentación al pecho debe continuarse hasta los 2 años de vida, porque sigue siendo un alimento de excelente calidad, es por ello que debe ofrecerse antes de brindarle alimentos complementarios al bebé, ya que así, no se desplaza este alimento tan importante para el niño y se asegura la permanencia de la lactancia materna a pesar de la alimentación complementaria (OMS, 2000).

A partir de los 6 meses de edad los alimentos que se introducen diferentes a la leche materna, deben ser nutritivos, seguros y complementarios a ésta. El lactante pasará en forma gradual y adecuada de una alimentación completamente láctea y líquida, a una alimentación mixta, similar a la que consume su familia, que deberá incluir la mayor variedad posible de alimentos y preparaciones. El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales; si no se satisfacen adecuadamente sus requerimientos, el niño no crece o lo hace más lentamente.

La introducción de otros comestibles a la alimentación del bebé, se debe convertir en un gran evento familiar, porque además de evitar el retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y la aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia; además permite al niño el aprendizaje de nuevas consistencias, temperaturas, sabores y ofrece la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones que consume la familia, así como determinar gustos y rechazos y brindar a los padres la oportunidad de desarrollar en su hijo una correcta conducta alimentaria (hábitos alimentarios saludables), estableciendo cálidas relaciones humanas que contribuyen además, a su desarrollo psicológico y social. Pero durante el proceso de aprendizaje alimentario, es muy importante el acompañamiento inteligente, paciente y amoroso al niño y la vigilancia continua de su estado de salud, crecimiento y desarrollo por parte de sus padres, para que en forma oportuna, se fortalezcan aquellas prácticas de alimentación adecuadas y se definan las acciones necesarias que permitan la modificación o el mejoramiento de aquellas que representen un riesgo para su estado nutricional.

Así mismo las investigadoras consideran que cumplir una buena alimentación en el niño es crucial para un buen crecimiento y desarrollo, pero la principal involucrada es la madre, puesto que ella es la cuidadora principal del niño que velara por su bienestar, como lo manifiestan los siguientes discursos brindados por las madres:

“...En el desayuno come pan, huevos, a la media mañana le doy su fruta, una manzana raspada con la cuchara. En el almuerzo le doy sus menestras, sopa de zapallo, papas y fideos, luego a las 3 de la tarde le doy su mazamorra de maíz morado, y en la cena come de lo que nosotros comemos...” M – 7 / Bebé 10 meses

“...Le doy sus 5 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena. Por ejemplo: jugo, manzana raspada, mazamorra casera o maicena...” M – 3 / Bebe 7 meses

“...Lo cuido en base a su alimentación, el desayuno 7 o 8 a.m., a las 10 a.m. una fruta, almuerzo 12 p.m. y a las 3 de la tarde su papilla de manzana o cualquier otra fruta, luego la cena y su leche...” M – 4 / Bebe 7 meses

“...En el desayuno le doy mazamorra de chuño y leche o plátano con leche, a las 10 su fruta como la manzana, en el almuerzo sopa de hígado, por el hierro, además que tenga zapallo, cabello de ángel y papa amarilla, más tarde le doy su papilla, un colado de fruta o su biberón de leche; y en la noche solo le doy de lactar. Mi niña felizmente tolera todos los alimentos...” M – 4 / Bebe 7 meses

“...Le ofrezco una alimentación variada, dentro de esos alimentos le doy huevos, pan, fruta ya sea mango, mandarina, manzana, yogurt, carne de gallina...” M – 7 / Bebe 10 meses

Las manifestaciones brindadas por las madres en los anteriores discursos corroboran que la alimentación complementaria es de importancia significativa para el lactante, ya que complementa la energía y los nutrientes de la leche materna para promover un óptimo crecimiento y desarrollo, promueve la formación de conductas alimentarias deseables, porque brinda la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones; y, estimula el desarrollo de diferentes áreas: personal, social y motora. Pero, para que haya un buen aprovechamiento de los alimentos, el Ministerio de Salud brinda a todos los niños mayores de 6 meses que hayan empezado su alimentación complementaria la suplementación con micronutrientes de 6 meses a 35 meses de edad, con el objetivo de prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control del niño.

El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento del niño, por lo tanto paralelamente a este debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; aumentar el consumo de alimentos ricos en vitamina C y alimentos fortificados con hierro; y evitar sustancias que inhiben su absorción, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc.

Así mismo las investigadoras consideran que la suplementación debe ir acorde con la alimentación como lo manifiestan los discursos que a continuación se lee:

“...Los sobres de micronutrientes le preparo sacándole 2 cucharadas y lo mezclo con el contenido del sobre, esas dos le doy primero de comer para que pueda aprovechar los beneficios de la suplementación; me toca ir en estos días para que me entreguen más sobres, porque me quedan pocos...” M- 3 / Bebe 7 meses

“...Cada 30 días me dan los sobres de micronutrientes, para darle en su comida todos los días...” M – 3 / Bebe 7 meses

“...La enfermera me ha informado que cuando le de sus papillas, tengo que sacar dos cucharadas de su comida y mezclarlo con el sobre de la suplementación; y por eso es lo primero que debo de darle porque si lo mezclo con toda la comida, a veces puede dejar, y no aprovecha la suplementación, hasta ahora mi niño va bien...” M- 1 / Bebe 8 meses

El 55.5% (5) de niños si reciben suplementación del Centro de Salud y un 44.4% (4) no están recibiendo sus micronutrientes por motivos externos (traslados, etc.) es por ello que podemos afirmar que más de la mitad de la muestra si cumple con dar su alimentación acompañada de la suplementación con micronutrientes.

Al evidenciar las manifestaciones anteriores de las madres de los lactantes menores, las investigadoras han podido concluir que la alimentación en la primera etapa de vida es crucial para el niño y de suma importancia, pues de ello depende que años posteriores pueda crecer y desarrollarse de manera adecuada, evitando así las posibles enfermedades. Pero no solo de una buena alimentación va a depender lograr el éxito en el cumplimiento de su rol la madre, pues otra necesidad básica del niño es la higiene, que a continuación se detalla.

1.2. Aprendiendo los buenos hábitos de higiene personal.

Para mantener un estado óptimo de salud, la higiene cumple una función muy importante, pues existen diferentes microorganismos (bacterias, hongos, virus y parásitos) muy pequeños invisibles a los ojos que se encuentran en todas partes: en el aire, en la tierra, en el agua, en el cuerpo y también en los alimentos. Viven en diferentes lugares como: baños, basurales, agua no segura, frutas y verduras mal lavadas, carnes crudas, en

los animales, en las patas de los insectos y en los objetos que tocamos, dando origen a diferentes enfermedades.

En la actualidad los niños se exponen al medio ambiente y a cuidados que cambian con su crecimiento, para que puedan desarrollarse de forma normal y saludable es necesario crear en ellos hábitos de higiene. Es por ello que, el aprendizaje de estos hábitos y cuidados personales cumplen funciones importantes en la formación integral del niño como: Mejorar la salud y el bienestar, prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades; y facilitar las relaciones interpersonales.

Los hábitos de higiene son esenciales desde el nacimiento, pues deben formar parte del día a día del bebé, y para tener éxito es necesario tener horarios estables con los niños, pues cuando haces las mismas cosas, más o menos a la misma hora todos los días, el niño se va a sentir seguro y en control de su mundo, lo que le ayuda a desarrollar la confianza en sí misma. Sabe, por ejemplo, que primero viene el baño, después la comida y después dormir. Así entiende lo que viene después para que se vaya preparando y a la vez adaptando a dichas actividades, puesto que cuando los niños saben lo que pueden esperar, se sienten libres de descubrir, crecer y aprender.

Así mismo, la música juega un rol muy importante en el establecimiento de rutinas, pues asociar canciones con actividades ayudará al niño a dar un gran salto en su aprendizaje. Entenderá cómo se conectan las cosas. Por ejemplo, cantándole una canción especial a la hora del baño, o después cuando los cambian de ropa, etc. Así aprenderá a relacionar esa canción con la hora del baño.

Por consiguiente, las investigadoras opinan que dichas prácticas de higiene en los bebés es fundamental para mejorar las condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio ser humano, como lo manifiestan los discursos que a continuación se lee:

“...La aseó para que siempre este limpia cada día...” M – 6 / Bebe 7 días

“...a medida que crece tengo que cuidarlo más, porque todo se hecha a la boca, tengo que lavarle continuamente las manos, para evitar las infecciones y diarreas...” M – 1 / Bebe 8 meses

“...cuido también su higiene, bañándolo, cambiándolo con ropa limpia, su pañal, cortándole las uñas; porque si no le crece y se ensucian; y como todo se mete a la boca, se puede llevar microbios y enfermar...” M – 1 / 8 meses

“...También lo baño todos los días en su tina, después la cambio de ropa y el pañal las veces que sea necesario...” M – 9 / Bebe 24 días

Analizando los discursos, se puede decir que las madres de los lactantes menores sí cumplen a la totalidad con brindarle una higiene adecuada a sus niños. El momento del baño y la higiene en general es uno de los más importantes en el cuidado diario de su bebé, ya que representa el punto de partida a través del cual el niño o la niña empezarán a crear los hábitos de higiene que formarán parte de su personalidad durante toda la vida. Además, hay que hacer del baño y del aseó en general una experiencia muy placentera, ya que puede transformarse en una actividad lúdica, cargada de ternura y abierta a la total comunicación entre padres e hijo.

Ante lo mencionado, se puede concluir que la infancia es la mejor etapa para que los niños aprendan comportamientos higiénicos y los apliquen durante el resto de sus vidas. Si los niños o niñas son involucrados en el proceso de desarrollo como participantes activos, pueden llegar a ser agentes de cambio dentro de las familias y un estímulo para el desarrollo de la comunidad. Pero para alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo es importante que los padres comprendan que existen ciertos factores que protegen a los niños de las enfermedades, como es llevarlos a sus controles de CRED o vacunas, es por ello que a continuación se detalla en la siguiente subcategoría.

1.3. Protegiendo su salud.

Cuando pensamos en mantener nuestra salud, pensamos en cómo mantenernos sanos para tener una buena vida laboral, o en cómo cuidar a nuestros adultos mayores. No obstante, los niños también se enferman y requieren de cuidados que muchas veces no tenemos tan en cuenta, pero que nos podrían ayudar a prevenir muchos problemas.

Uno de los principales factores para que los niños estén sanos es cumplir con el calendario de vacunas, las cuales nos ayuda a proteger al niño contra las enfermedades. También ayudan a reducir la propagación de una enfermedad a otras personas y a prevenir las epidemias. La mayoría se administran como inyecciones y casi todas tienen un calendario de administración y dosis.⁴⁰ Entre las enfermedades más comunes están las infecciones, que se caracterizan por su rápida transmisión de un niño a otro por vía oral y que están producidas por virus o bacterias. Las más frecuentes son las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, que afectan al estómago. La aplicación de vacunas constituye la medida de prevención más efectiva contra algunas enfermedades graves de la infancia y actúa reforzando las defensas del niño. Por ello, los padres deben ser conscientes de la necesidad de vacunar a sus hijos y disponer de la información suficiente sobre cuántas y cuáles son las vacunas que deben recibir sus hijos y dónde deben ponérselas.

Las inmunizaciones deben darse cuando los niños tienen la edad recomendada, incluso si sus hijos están resfriados o enfermos, éstas contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; entre ellas la Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomiелitis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, infección por VPH. Por ello es importante la vacunación de forma oportuna, según el Esquema Nacional establecido por el Ministerio de Salud.⁴¹son:

Recién nacido: BCG (Tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa), Hepatitis B (Infección viral muy contagiosa que causa daño o incluso cáncer al hígado); 2 meses: Pentavalente (Difteria, tos convulsiva, tétano, hepatitis B, haemophilus influenza tipo B), Antipolio, Rotavirus (diarrea grave en lactantes y niños pequeños), Neumococo (infección de transmisión respiratoria, puede ocasionar otitis, sepsis, meningitis y neumonías graves); 4 meses: 2° dosis Pentavalente (Difteria, tos convulsiva, tétano, hepatitis B, haemophilus influenza tipo B), 2° dosis Antipolio, 2° dosis Rotavirus (diarrea grave en lactantes y niños pequeños), 2° dosis Neumococo (infección de transmisión respiratoria, puede ocasionar otitis, sepsis, meningitis y neumonías graves); 6 meses: 3° dosis Pentavalente (Difteria, tos convulsiva, tétano, hepatitis B, haemophilus influenza tipo B), Dosis única de Antipolio oral; 7 meses: 1° dosis Influenza (enfermedad muy contagiosa generada por un virus que afecta las vías respiratorias: nariz, garganta, bronquios y pulmones); 8 meses: 2° dosis Influenza (enfermedad muy contagiosa generada por un virus que afecta las vías respiratorias: nariz, garganta, bronquios y pulmones); 12 meses: 3° dosis Neumococo (infección de transmisión respiratoria, puede ocasionar otitis, sepsis, meningitis y neumonías graves), 1° dosis SPR (Sarampión, parotiditis, rubéola).

Lo expuesto anteriormente se corrobora al entrevistar a las madres de los lactantes menores, quienes refieren que si acuden al Centro de Salud para cumplir con el calendario de vacunas, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“...en sus controles hay meses que le toca su vacuna, y tengo que esperar, porque le tienen que colocar, hasta ahora tiene todas sus vacunas completas de acuerdo a la edad de mi niño...” M – 2 / Bebe 4 meses

“...Cuido a mi bebe vacunándolo, desde que nació recibió sus dos vacunas, después a los dos y cuatro meses le han puesto dos una en cada pierna y la otra en la boca que es la rotavirus...” M – 1 / Bebe 8 meses

“...También cuando lo vacunaron me dijeron que esas vacunas se le colocan a todos los recién nacidos para protegerlos durante toda la vida de cualquier enfermedad...” M – 8 / Bebe 6 meses

El 100% que equivale a 9 madres, afirman que sus bebés tienen las vacunas al día según el calendario de inmunizaciones, por lo que se puede corroborar con las historias clínicas de cada niño, concluyendo que la muestra en su totalidad sí da cumplimiento a las vacunas. Por lo tanto, podemos decir que durante los 6 primeros años de vida las vacunas son importantes para prevenir enfermedades que pueden ser muy graves si las contraen de pequeños y no están protegidos, por lo que un niño vacunado está más fuerte para defenderse de una enfermedad peligrosa y protegido de las complicaciones graves.

Es normal que en sus primeros años de vida, los bebés sufran enfermedades típicas de la infancia, por ello, la salud de los niños pequeños es un motivo de preocupación frecuente en los padres. Muchas veces ante cualquier síntoma de malestar del pequeño es motivo de alarma, pero esto es normal, puesto que los bebés y los niños pequeños no pueden explicarnos qué les duele o cómo se encuentran.

Otra manera de brindar un cuidado integral al bebé son los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), ya que son necesarias para determinar si la evolución del bebé va de acuerdo a lo esperado, o si presenta algún signo de alarma o dificultades en su desarrollo, con el fin de iniciar los tratamientos adecuados.⁴²

La evaluación del Crecimiento y Desarrollo como componente de la Atención Integral de Salud de la niña y el niño, tiene la finalidad de brindar atención integral de calidad a la niña y al niño, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar su calidad de vida como base para un desarrollo sostenible del país, basado en el marco del modelo de atención integral de salud (MAIS).⁴² Por lo general en estas consultas se evalúa: Estado físico general, Desarrollo de la motricidad gruesa: es decir los cambios en la posición del cuerpo, la facilidad de sus movimientos y la capacidad de mantener el equilibrio, Lenguaje, Desarrollo social. Estos controles deben

hacerse desde el nacimiento del bebé. Para poder detectar alguna enfermedad a tiempo y evitar riesgos mayores en los niños.

En los centros de salud esta actividad viene siendo realizada por la enfermera, cuyo rol está orientado a promover la salud física, mental y emocional del niño, así como prevenir enfermedades que alteren el proceso de crecimiento y desarrollo; esto se pone en práctica en los establecimientos de salud mediante actividades preventivo promocionales; por tal razón, es importante que este proceso se desarrolle en las mejores condiciones para asegurar una atención de calidad.

En tal sentido un indicador muy importante dentro de la calidad en salud, es el tiempo utilizado en la atención, considerando las principales actividades que se realizan; sobre todo en la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 1 año, por considerarse a este grupo con más riesgo y vulnerabilidad a sufrir enfermedades. La periodicidad de los controles de CRED en el niño menor de 1 año es: Recién nacido: 7, 15 y 21 días; 0 a 11 meses: 1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.⁴² Tal como lo refieren las madres al participar de los controles de su menor hijo, y que se manifiestan en los siguientes discursos:

“...voy a sus controles puntual, todos los meses, porque quiero que vean si está bien o pueda que tenga algo de malo en su crecimiento y desarrollo, lo he llevado hasta el último control que ha tenido a los 8 meses...” M – 1 / Bebe 8 meses

“...yo cuido a mi bebe dándole lactancia materna, baño diario dos veces al día, lo llevo al centro de salud para sus controles y vacunas...” M – 5 / Bebe 2 meses

“...A los controles de crecimiento y desarrollo la lleve al siguiente día que nació, a los 7 días y a los 15 días, de aquí me toca llevarla el jueves 7 de mayo...” M – 6 / Bebe 7 días

“...Cuando voy a cada control la enfermera juega con él, lo pesa y talla, ve las actividades de acuerdo a su edad, y después me explica cómo está mi niño...” M – 5 / Bebe 2 meses

Al 100% (9) se puede observar que las madres acuden con sus niños a sus controles de CRED, lo que se constata con las historias clínicas donde está registrado cada control del niño de acuerdo a su edad, encontrando que el 88.8% (8) si tiene anotado su peso y talla en cada control, el 66.6% (6) no tiene ejecutado el Test Peruano y al 100% tienen detallado el examen físico de cada niño.

Por consiguiente, se puede afirmar que, tener un hogar y un entorno seguro y bien protegido ayudará al niño a que se desarrolle sano y saludable. Una serie de pequeños hábitos, rutinas o sugerencias harán que la crianza sea mucho más llevadera. Una vez obtenido mayor información por parte de las madres sobre el rol maternal en el cuidado de los lactantes, nos da pase a conocer de forma más detallada acerca de cómo fortalecen el apego y la interacción con el niño durante el rol maternal, así es como surge la siguiente categoría:

CATEGORÍA II: Fomentando el desarrollo emocional y social.

De forma paralela al ámbito cognitivo, también se va produciendo en el niño un desarrollo emocional. Este es un elemento de crucial importancia para su posterior desenvolvimiento en el conjunto de la sociedad a lo largo de toda su vida. Centrándonos en la etapa infantil, podemos distinguir distintas etapas en el desarrollo emocional y afectivo del niño. El recién nacido se rige por parámetros emocionales muy primarios: llora o ríe. Su mundo se basa en necesidades, afectos y acciones muy básicas.⁴³

Para lograr el pleno desarrollo físico, mental y emocional del niño es necesario que tenga a su lado personas que le hablen, que jueguen con él y que le den muestras de afecto, ya que todos los niños necesitan mantener una relación íntima, sensible y de cariño con la o las personas adultas que cuidan de ellos. Desde recién nacido, el niño es capaz de dar y recibir afecto, de relacionarse con otras personas, el hecho de sentirse amado y deseado son vitales para su desarrollo interior, ya que sobre esta base se construirá su sentimiento de seguridad, de confianza en sí mismo y su capacidad para relacionarse adecuadamente con las demás personas y con el mundo en general.⁴⁴

Por consiguiente el niño necesita muestra de cariño, recibir caricias y sonrisas, que se le escuche y lo estimulen a responder con sonidos y movimientos desde los primeros meses de vida. La atención que reciba de sus padres para lograr un desarrollo físico y mental normal es indispensable, recordando que el niño necesita gozar de libertad para explorar y jugar, el juego es una actividad esencial del proceso del crecimiento, ya que favorece las habilidades mentales, sociales y físicas, dentro de las que destacan, la capacidad de hablar y caminar.⁴⁴

Por lo tanto el crecimiento y desarrollo es también responsabilidad de los padres, quienes deben tomar en cuenta que estos dos procesos se encuentran ligados y que son parte de las etapas de evolución del ser humano y que se facilitará su proceso a base del conocimiento, de la experiencia y del cariño por lo cual el rol maternal está conformado por la relación del niño con su madre que es el nexo más importante debido a que la madre es quien le provee los cuidados y le satisface las necesidades básicas como: alimento, higiene, abrigo, etc. y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar, es por ello que lo antes mencionado lo desarrollaron cada una de las madres mediante su rol. Y algunos de estas reacciones emocionales se ven reflejados en los siguientes discursos:

*“...le expresó mi amor diciéndole “te amo hijita” “yo soy tu mamá, te quiero mucho”, le demuestro de manera verbal y físicamente el amor por mi hija, porque ella es todo para mí...”
M – 4 / Bebe 7 meses)*

“...quiero mucho a mi hijo, siempre juego con él, porque así lo estímulo, le sonrío, le hablo cada cosa por su nombre, le doy cariño, además es un niño inquieto, pero lo normal como todo niño, creo que no hay ningún niño que a la edad que tiene mi bebé sea tranquilo, yo lo llamo de cariño “papi”, “mi bebé”, “mi preciosura” M – 2 / Bebé 4 meses

“.....a mí bebe la quiero muchísimo, lo acaricio cuando la estoy dando de lactar también cuando la cambio o lo baño converso con ella, si lo estoy cambiando le digo: “mi amor aquí te estoy poniendo tu pañal o tu polo, siempre le hablo. Todos los días le expreso mi amor le demuestro haciéndola jugar, haciéndola reír, me río con ella, su papi cuando llega del trabajo lo primero que hace es abrazarla, besarla la quiere le demuestra mucho cariño, se pone a jugar con ella mientras estoy haciendo la comida estoy pendiente de ella en todo...” M – 7 / Bebe 10 meses

“le digo que lo quiero, lo abrazo, cuando lacta le hablo, le digo cosas bonitas, que es alguien importante en la familia, le canto, lo mimo, cuando lo baño también, le digo “tu shampoo, tu jabón”, le doy masajes, y lo cambio de ropa...” M–8 / Bebe 6 meses

Por ello podemos decir que; la relación madre- niño, hay contacto afectivo entre ellos, una comunicación especial y aparece cuando se establecen las primeras relaciones interpersonales del niño, lo que crea en él una gran seguridad: la confianza básica. Desde el momento de la concepción y durante los meses de embarazo, la madre es la primera que siente la presencia de un nuevo ser en el hogar, con los primeros movimientos del feto dentro del útero que confirman su presencia. Más tarde, la madre no solo puede palpar al hijo que crece en el útero, sino que también captan sus movimientos y escuchan los latidos cardiacos, y ya al nacer él bebe, la unión física hijo-madre se dará gracias al contacto piel a piel”, el bebé desnudo apoyándose sobre el pecho materno para que pueda dar de lactar el calostro del pezón, ya que con ella se da el primer vínculo afectivo. En el estudio de caso, las madres refirieron que se dio este primer vínculo afectivo, Asimismo lo demuestran las siguientes manifestaciones que se presentan a continuación:

“...a mi bebé yo lo mimo, le hablo, le canto, le hago masajes desde que estuvo mi vientre. Sentía sus movimientos sus pataditas, ya quería tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. ...” M – 5 / Bebe 2 meses

“...Tan luego nació mi bebé lo colocaron sobre mi pecho y le di de lactar....” M- 9 / Bebe 24 días

Este rol no solo fue dado en la parte afectiva sino también en la parte social como lo manifiestan las madres entrevistadas:

“...cuando salimos a pasear mi bebe se alegra mucho, aunque esta pequeño y no sabe, pero da la impresión que si se da cuenta, porque se ríe...bueno a parte que es risueño y coqueto...” M – 1 / Bebe 8 meses

“...la saco a pasear al parque, visito a mis amigas o nos vamos a comprar sus cosas al supermercado, pero siempre la llevo conmigo...” M – 4 / Bebe 7 meses

“...Todos salimos a pasear al Real Plaza, visitamos lugares recreativos, vamos a Ferreñafe a visitar a mi suegra a comprarle su ropita, sus alimentos y paseamos en familia todo el día...” M-2 / Bebe 4 meses)

Analizando los discursos de las madres podemos concluir que los lactantes exteriorizan sus emociones con facilidad; pasan de la rabieta al llanto y a la risa, con gran facilidad; los padres, a partir del aprendizaje social, aprenden a modular la expresión de sus emociones. Casi en forma intuitiva los padres conocen este hecho; estimulan a los lactantes y están pendientes de su desarrollo emocional y afectivo, ya que en los relatos obtenidos por las madres refieren que cumplen este rol día a día con sus hijos, ya que no solo se hacen cargo de la alimentación, vestido o vivienda sino también de aspectos relacionados con el desarrollo emocional y social del niño ya que es un elemento de crucial importancia para su posterior desenvolvimiento en el conjunto de la sociedad a lo largo de toda su vida.

Una vez que la madre cumple su rol realizando actividades importantes para su crecimiento emocional y social, el personal de salud brinda el apoyo necesario para que el rol de la madre llegue a ser exitoso

durante su etapa de vida del lactante, como se analizará en la siguiente categoría:

CATEGORIA III: Limitaciones en el cumplimiento de su rol.

El papel de la madre siempre ha sido indispensable en la crianza y el cuidado de los hijos. Se valora su presencia, especialmente cuando éstos son pequeños, y particularmente en las familias de menores recursos; pues, la madre es la principal dispensadora del afecto y comprensión, a la vez educadora de los hijos.

Dentro de las funciones que cumple la madre existen ciertas limitaciones que le impiden dar cumplimiento a su rol, entendiéndose por limitación que es poner límites a algo¹⁰.

Por ello las investigadoras consideran que dichas limitantes (distancia en llegar al centro de salud, demora en la atención u otras cosas) afectan al cumplimiento de su rol, como lo manifiestan los discursos que a continuación se lee:

“...Aunque en algunas ocasiones se me han presentado dificultades para llevarlo a su control, porque tenía que salir por algún encargo importante, pero gracias a Dios lo resolvía a tiempo y me daba un espacio para llevarlo...” M – 1 / Bebe 8 meses

“...Para ir al centro de salud primero me cambio, luego a mis niños, de allí los llevo a pie hasta el centro y al regresar vengo en mototaxi...” M – 8 / Bebe 6 meses

“...La atención para sus controles demora mucho, lo único que queda es esperar mi turno...” M – 1 / Bebe 8 meses

Las manifestaciones de las madres nos hacen referencia a que en ciertas ocasiones se han presentado dificultades para asistir al centro de salud llevando a sus niños a sus respectivos controles de crecimiento y desarrollo (CRED) o vacunas, por lo que se puede decir que las limitaciones de tiempo y acceso al Centro de salud son barreras que dificultan a las madres para cumplir con su rol, puesto que en el momento de decidir si llevan a sus niños

a su control o atender la dificultad que se les presento, van a preferir en cierta manera resolver su problema y luego acudir al centro con sus hijos.

CATEGORÍA IV: Apoyo del profesional de salud en el rol maternal.

La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con la persona incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente.⁴⁵

Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la madre desde la etapa de recién nacido y durante toda la niñez. Los cuidados enfermeros se basaban en atender las necesidades básicas, la alimentación, la higiene y la seguridad.⁴⁶

Por lo tanto, dependerá específicamente de la enfermera para que el cuidado llegue correctamente al niño y sea asimilado, de su capacidad como profesional para saber llegar a la madre, de su conocimiento y experiencia sobre control de crecimiento y desarrollo, del interés y atención que tenga por cada niño, y en general de sus actitudes y aptitudes. Entonces, si el profesional cumple con estos requisitos, la madre se sentirá de hecho guiada, respaldada ante cualquier dificultad; tal como lo refieren muchas de las madres cuando llevan a sus hijos a los controles de crecimiento y desarrollo, y que se ven reflejados en sus discursos:

“...en todos sus controles que acudo al centro de salud la enfermera me dice que todo está bien con mi niña...” M - 4 / Bebe 7 meses)

“...a mi niño lo veo bien, porque está creciendo rápido, lacta mucho, a aparte la enfermera del centro de salud en su control que he tenido me dice que todo está bien con mi niño...” M - 5 / Bebe 2 meses

“...a mi bebé lo veo bien, en su peso y talla, así lo confirmó la enfermera en su control de CRED, a parte que lacta mi seno y yo lo cuido mucho...” M – 8 / Bebe 6 meses

El seguimiento de la salud infantil mediante controles periódicos de salud de la enfermera, es una de las actividades más importantes de la atención primaria infantil. El propósito de estos controles, es contribuir a la promoción de un estado de salud que permita un crecimiento y desarrollo óptimo del niño en el área biológica, psíquica y social. Esta actividad está destinada al control del crecimiento y desarrollo a través de acciones preventivas, la detección precoz de anomalías y la educación para la salud, en las que ejercen un papel importante la enfermera.⁴⁶ Asimismo lo demuestran las siguientes manifestaciones que se presentan a continuación:

“...la enfermera me ha informado en sus controles como debo cuidar a mi bebé, en sus vacunas, crecimiento, porque cada mes tiene que ir avanzando, estimulándolo, cantándole, hablándole y haciéndole masajes...” m – 8 / Bebe 6 meses

“...la enfermera me ha dicho que esté pendiente de mi niña, en su alimentación, hirviendo los alimentos y todo, para que este desinfectado a su alrededor, por tantas enfermedades que hay ahora, yo trato de cuidarla muy bien a ni niña...” M – 4 / Bebe 7 meses

“...La enfermera me dijo que tengo que lavarle continuamente las manos, sus juguetes, su lengüita para evitar las diarreas, las infecciones en su estómago...” M -2 / Bebe 4 meses)

“...la enfermera me ha brindado información que solo le dé lactancia materna hasta los 6 meses, y también que acuda sus controles y vacunas...” M – 5 / Bebe 2 meses

“...La enfermera también en cada consulta me explica sobre cómo debe ser su alimentación...” M – 3 / Bebe 7 meses

Analizando los discursos se puede decir que son diversas las actividades que desarrolla la enfermera para lograr cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida, con formación científica cumpliendo de ese modo con los criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual, que sirvió como

marco para el cuidado del binomio madre – hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica. En este contexto resulta de singular importancia realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. Así mismo el Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva.

Por lo tanto otro profesional de la salud con que se cuenta el centro de salud de Pítipo es la nutricionista que brinda orientaciones de como alimentar a los niños menores de 5 años para que obtengan un buen crecimiento y desarrollo. Tal como lo refieren las madres al participar de los controles de su menor hijo, y que se manifiestan en los siguientes discursos:

“...La nutricionista, me ha informado que le puedo dar de comer: frutas de estación, agua (anís o manzanilla), también el maíz morado, avena, leche, mazamorra casera, menestras; que le da hierro, las sopas no, porque eso no es alimento, mejor es el segundo..” M – 1 / Bebe 8meses

“...A mi hijo lo llevo a su consulta con la nutricionista, para que me diga que darle de comer, porque hay cosas que le pueden hacer daño...” M – 3/ Bebe 7meses

“..Lo he llevado a la nutricionista me dijo que está creciendo muy bien y su talla está normal, que le siga dando lactancia materna mientras él lo pida...” M – 2 / Bebe 4meses

“...Lo he llevado a la nutricionista, y me dijo que es lo que debía comer mi bebé la enfermera también me sugirió que le dé menestras, frutas y verduras...” M – 7 / Bebe 10meses

....La nutricionista dice que está bien, porque él solo toma seno, que le dé mientras él lo pida...” M – 79/ Bebe 24 días

Analizando los discursos, se puede decir que las madres de los lactantes menores acuden a la nutricionista con sus niños para ser controlados conforme lo estipula la norma técnica. Se puede concluir que la consejería nutricional es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y para prevenir alteraciones temprana y así mismo el profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.

CONSIDERACIONES FINALES

El rol que cumple la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo de su hijo está direccionado eminentemente hacia la satisfacción de las necesidades básicas: alimentación, higiene y cuidado de su salud a través del cumplimiento del calendario de vacunación; y en un segundo plano también contribuye a fomentar su desarrollo emocional y social, y es, en el día a día que va descubriendo los logros y potencialidades de su hijo, superando las dificultades o limitantes que se presentan y experimentando alegría y gratificación frente a su buen desempeño.

La madre en su rol de cuidadora principal dirige sus cuidados principalmente hacia la satisfacción de las necesidades básicas del lactante como: alimentación, higiene, cumplimiento del calendario de Vacunas y controles de Crecimiento y Desarrollo, función que le ayudará a promover un adecuado crecimiento y bienestar que contribuirá a mediano y largo plazo en su desarrollo integral y en la adquisición de estilos de vida y hábitos saludables ya que éstos se establecen

Otra función importante en el rol que cumple la madre es fomentar el desarrollo emocional y social en sus hijos, expresados a través de actitudes y comportamientos afectivos durante el ejercicio de sus cuidados, aprendiendo de esta manera a relacionarse con los demás y fortaleciendo la relación entre madre – hijo creando entre ellos afecto recíproco y duradero, que se produce y matiza por los actos de la madre y del bebé proporcionándole a su hijo la seguridad emocional indispensable para su crecimiento y desarrollo.

Durante el ejercicio del rol maternal, la madre experimenta limitaciones entre ellas falta de tiempo ya sea por trabajo fuera de casa, exceso de trabajo o carga familiar en su hogar y acceso al Centro de Salud, impidiendo muchas veces que no acuda a los controles de crecimiento y desarrollo o vacunas o que vaya y no esté dispuesta a esperar y no quiera recibir educación post

controles.

El profesional de enfermería durante el desempeño del rol maternal en el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño cumple función de seguimiento en el cumplimiento de la función maternal según la edad del niño; así como función educadora a través de las actividades preventivo promocionales y de detección precoz de anomalías durante el control de crecimiento y desarrollo que redundará en el crecimiento y desarrollo óptimo del niño de manera integral.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en la presente investigación, se recomienda:

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

A la dirección regional de la salud proporcionar un mayor presupuesto a los puestos y centros de salud de zonas rurales para captar niños sin controles de crecimiento y desarrollo, favoreciendo de esta manera la detección precoz de enfermedades u anomalías.

Dar a conocer a las enfermeras del consultorio de crecimiento y desarrollo del C.S Pítipo los resultados de la investigación, para que con ello puedan evaluar sus actividades y detectar las deficiencias para mejorar y/o proponer nuevas estrategias que le permita tener un mayor seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño.

A LOS PROFESIONALES DE SALUD: ENFERMERAS.

Dar a conocer a los futuros profesionales de salud las estrategias necesarias y efectivas para lograr que todas las madres lleven a sus niños a sus controles de crecimiento y desarrollo.

Capacitar a las enfermeras en estrategias educativas para brindar una mejor educación en crecimiento y desarrollo lo que les permitirá una mejor comprensión de los temas que se brinde a las madres y se logre un buen control del niño.

El profesional de la salud, es un ente que debe vigilar y orientar el cuidado de las madres a sus hijos, mediante el seguimiento de controles periódicos de salud de la enfermera, es una de las actividades más importantes de la atención primaria infantil. El propósito de estos controles,

es contribuir a la promoción de un estado de salud que permita un crecimiento y desarrollo óptimo del niño en el área biológica, psíquica y social. Esta actividad está destinada al control del crecimiento y desarrollo a través de acciones preventivas, la detección precoz de anomalías y la educación para la salud, en las que ejerce un papel importante la enfermera, a la vez realizando las visitas domiciliarias a los atendidos en el centro de salud de Pítipo.

Asegurar la capacitación constante del equipo multidisciplinario responsable del cuidado: Cursos cortos, pasantías y seguimiento a estos lactantes

A LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA:

Fomentar el desarrollo de investigaciones en la asignatura de crecimiento y desarrollo del niño sano, a nivel de Pre y Postgrado de la institución a fin de conocer la realidad respecto al rol de la madre en el cuidado de crecimiento y desarrollo del lactante menor, para poder establecer o formular posibles soluciones.

Difundir los resultados obtenidos de dichas investigaciones a la población en general a fin de en conjunto plantear posibles soluciones y buscar la ayuda pertinente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez M, Soria J, Galbe J. Pediatría Atención Primaria. [Revista en Internet] 2009 enero-marzo. [Acceso 12 de octubre de 2014]; 2(41). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000100005&script=sci_arttext
2. Unicef.org. Estado de la Niñez en el Perú [sede web]. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2011 [actualizada en febrero de 2011; acceso 12 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://unicef.org>
3. Gobierno Regional de Lambayeque. [sede web] 2014. [Actualizada 2014, acceso 09 noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.regionlambayeque.gob.pe/>
4. Van I, Jzendoorn M. El apego durante los primeros años (0-5) y su impacto en el desarrollo infantil. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponible en: http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/van_IJzendoornESPxp.pdf.
5. Peña M, Aguilar C, Vera J. Pareja, estimulación y desarrollo del infante en zona rural en pobreza extrema. Revista Mexicana de Investigación Educativa. 2005: 559-576
6. Jaimes L, Revista Cuidarte: Programa de enfermería UDES P. [Revista en Internet] 2013 17 de setiembre. [Acceso 12 de octubre de 2014]; 2(41). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533224017.pdf>.
7. Guerra J, Ruiz C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. [revista en Internet] 2008 Diciembre [acceso 10 de Octubre de 2014] 26 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002008000200009&script=sci_arttext
8. Lucero A. Montes. Pautas de crianza utilizadas por las madres, en niños pertenecientes a comunidades aborígenes (etnia mataka, toba y chorote) del norte de Salta y su relación con las funciones maternas descritas por D. Winnicott. [Fecha de acceso: 03 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.academica.com/000-020/275.pdf>
9. Espinoza E. La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno. Revista Peruana de Epidemiología (revista en internet) 2011 abril. (acceso 22 de Agosto 2011); 15 (2) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516006>

10. Diccionario de la Real Academia Española [sede web] 2014. [Actualizada 2012, acceso 09 noviembre de 2014] Disponible en: lema.rae.es/drae/?val=ROL
11. Pérez M, Mujer. Su rol en el hogar [monografía en Internet]. Venezuela: Centro de tesis, documentos, publicaciones y recursos educativos; 2008 [acceso 09 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.monografia.com/trabajos78/mujeres-rol-hogar/mujeres-rol-hogar2.shtml#mujeresmaa>.
12. Conceptos centrales de Winnicott [Sede Web]; 2014 [acceso 27 de Junio de 2015]. Disponible en: [«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Donald Woods Winnicott&oldid=76411632»](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Donald_Woods_Winnicott&oldid=76411632) Categorías
13. Zelada L, Modelos de Enfermería [monografía en Internet] Venezuela: Centro de tesis, documentos, publicaciones y recursos educativos 2012. Disponible en: [www. Monografias.com/trabajos93/modelos-enfermeria/modelos-enfermeria2.shtml](http://www.Monografias.com/trabajos93/modelos-enfermeria/modelos-enfermeria2.shtml).
14. Yadira C. Modelo de kathryn Barnard aplicandolo a pediatría. [Fecha de acceso: 09 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://enferpedia2tria.blogspot.com/>
15. Castro C, Maldonado O. La niñez, la familia y la comunidad, Washington. Paltex; 2004.
16. Waley y Wong, Enfermería Pediátrica. 4ª ed. Editorial Harcourt Brace. España, 2010
17. Ochoa C, El lactante [sede web]. Slideshare.net, 2012 – [actualizada 14 de mayo del 2012; acceso 09 de noviembre de 2014]. Disponible en: es.slideshare.net/CarolinaOchoa2/el-lactante-1291919914.
18. Waldow R. Atualização do cuidar. Rev Unisaba. [Revista en línea] Abril 2008; 8 (1): 85 – 96. [Fecha de acceso: 13 de Diciembre del 2001] URL disponible en [:http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/26/252](http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/26/252)
19. Salud.discapnet.es, El cuidado: concepto y perfil [sede web]. Technosite: salud.discapnet.es; 2009 [actualizada el 3 noviembre de 2011; acceso 12 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://salud.discapnet.es>
20. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías de enfermería. 5ª ed. Editorial Harcourt Brace. Madrid, 2010.

21. Norma técnica de salud para el control de crecimiento de la niña y el niño menor de 5 años. Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima 2011.
22. Marta Días Gómez. Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente. Quinta edición. Editorial síntesis, s.a. Valle Hermoso, Madrid. 1994.
23. Cosas de la infancia.com, Vínculo afectivo madre - hijo [sede web]. Cosas de la infancia. com; 2006 [acceso e12 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia13.htm>.
24. Burns N y Grove S. investigación en enfermería. 3ºed. España: Elseivier; 2004.
25. Lenise do Prado y Cls. Investigación cualitativa en enfermera metodológica y didáctica. OPS. OMS. Cicero diseño gráfico & editorial; 2013.
26. Bardin L. el análisis de contenido. 3º edición. Alcaf; 2002.
27. Martínez Carazo, Piedad Cristina. “El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica”. Universidad del Norte. Consultado el 25 de febrero de 2011. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:e319FmqT4scJ:ciuelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf+estudio+de+caso&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEEShFasFLWoWBrh2tf5rLguZAdOfZTqN1M87uv4Yzl3Yn4Yuz1AS3_DaoSGajoC8KRW2xmwWP86bj6SewNRfdFJCQOEj_H7gw4QoVViVEpn52r7vYhjOGP1jNLKphbnanBMlyqn1h&sig=AHIEtbStSIbcnWIqRP9h_I3zsgHDCczLdA
28. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. André-São Paulo: Editora Pedagógica e Universitaria LTDA; 1986.
29. Hernández R. Metodología de la Investigación. 5º edición. México McGraw Hill; 2010.
30. Polit. H. investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México. Mc Graw Hill; 2000.
31. Cáceres P. Análisis Cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Rev. de la escuela de psicología. Pontificia Universidad Católica. Vol II. 2003. (pp.53-82) [Fecha de acceso: 04 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/File/3/3>

32. Bernal C. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: PEARSON; 2006.
33. Sgreccia E. Bioética Personalista. [Fecha de acceso: 14 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://bioeticapersonalista.blogspot.com/2009/11/principios-de-la-bioetica-personalista.html>
34. Tello C, Gutiérrez N y otros. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de Postgrado de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2009.
35. Gerrish K y Lacey A. investigación en enfermería. 5º edición. España: Mc Graw- Hill Americana; 2008.
36. Océano. Psicología Infantil y Juvenil. Vol. I. 4ºed. España: océano grupo; 2015.
37. Conceptos centrales de Winnicott [Sede Web]; 2014 [acceso 27 de Junio de 2015]. Disponible en: [«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Donald Woods Winnicott&oldid=76411632»](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Donald_Woods_Winnicott&oldid=76411632) Categorías.
38. Waldow R. Atualização do cuidar. Rev Unisaba. [Revista en línea] Abril 2008; 8 (1): 85 – 96. [Fecha de acceso: 13 de Diciembre del 2001] URL disponible en: [:http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/26/252.](http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/26/252)
39. Martínez E. Cuidados del lactante: te cuidamos: Mapfre la aseguradora global de confianza [Fecha de acceso: 22 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/cuidados-basicos-lactantes.shtml>
40. Cuidado de la salud infantil: buena salud [Fecha de acceso: 27 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.buenasalud.net/2012/01/26/cuidado-de-la-salud-infantil.html#>
41. Norma Técnica de Salud del Esquema Nacional de Inmunizaciones [Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/RM510_2013_MINSA_Esquema%20Nacional%20de%20Vacunaci%C3%B3n.pdf
42. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño [Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. Disponible en:

http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf

43. Daniel J. Siegel M. La teoría del apego Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. .Disponible en <http://www.bebesymas.com/ser-padres/la-teoria-del-apego-de-john-bowlby>
44. Jimena B Teoría del apego J. Bowlby. Fecha de acceso: 01 de abril del 2014]. .Disponible en <http://es.slideshare.net/JimeeMeillon/teora-del-apego-j-bowlby>
45. Berk L. Desarrollo del niño y del adolescente.4 ed. España: Mc Graw-Hill Americana; 2001.
46. Maya S. Bases teóricas de la psiquiatría infantil.10edición.Colombia: ASEUC;2006
47. Aragonés S. Salud mental del niño de 0 a 12 años: necesidades básicas del niño de acuerdo con el nivel de desarrollo y sus implicaciones en la salud mental. 1 o edición. Costa Rica: Mc Graw- Hill Americana; 1986.
48. Chávez, R. El rol de la madre en el siglo XXI [Revista en Internet] 2013 octubre [acceso 28 de octubre 2015] Disponible en: http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS_DE_ARTICULOS/mexico_rosa_chavez_cardenas_el_rol_de_la_madre_en_el_siglo_21.htm
49. Robbins, C. El rol de madre en el desarrollo del bebe [Sede web] Livestrong.com -2013 [actualizada 2014 setiembre; acceso 28 de octubre 2015] Disponible en: http://www.livestrong.com/es/rol-madre-desarrollo-info_5086/
50. Ramona Mercer. Teorías intermedias [Sede web] 2013 [actualizada 2014 setiembre; acceso 28 de octubre 2015] Disponible en: teoriasintermedias2013.blogspot.pe/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html
51. Romero D, Miranda J. Control de niño sano. Actuación de enfermería [Sede web] [actualizada 2014 setiembre; acceso 28 de octubre 2015] Disponible en: www.logoss.net/uploads/editorial/temamuestra/tema136.pdf

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MADRES

La presente entrevista es de carácter voluntario, tiene como objetivo describir, comprender y analizar el rol que cumplen las madres en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante, por lo que le pido su valiosa colaboración.

La información que usted nos proporcione será utilizada con fines investigativos por lo que se le pide la mayor sinceridad posible, así mismo se le garantiza el anonimato y la confidencialidad de la misma.

Se agradece su participación.

Seudónimo

Fecha de la entrevista

I. DATOS PERSONALES:

Edad:.....Estado civil:.....Religión:.....

Nivel de instrucción:..... Ocupación: madre.....padre.....

N° de hijos:.....Edad de los niños:.....

N° de miembros de la familia:.....

II. PREGUNTAS:

Pregunta norteadora:

Cuénteme ¿cómo cuida usted el crecimiento y desarrollo de su hijo?

Preguntas auxiliares

1. ¿Cómo cuida usted el crecimiento de su hijo?

(Control de peso y talla, vacunas, control médico a tiempo en caso de enfermedad, suplementación, control con nutricionista)

2. ¿Cómo cuida usted el desarrollo intelectual, emocional y social de su hijo?

(Juegos, expresiones de amor, paseos, estimulación temprana)

3. ¿Deja a su niño al cuidado de otra persona o familiar?

4. ¿Cómo ve usted el avance del crecimiento y desarrollo de su hijo actualmente?
5. ¿La enfermera le ha brindado información de cómo debe cuidar el crecimiento y desarrollo de su hijo en casa?

LISTA DE COTEJO DE LA EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE MENOR

La presente lista de cotejo se realizará con el fin de evaluar algunos indicadores del crecimiento y desarrollo del niño lactante. La información será obtenida mediante la historia clínica del niño. Cabe resaltar que la información que se recolecte de este instrumento será utilizada con fines investigativos, así mismo se garantizará el anonimato y la confidencialidad.

Seudónimo:..... Fecha:.....

Edad del niño:.....

N°	INDICADOR A EVALUAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
01	El niño(a) tiene el número de controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad (registrado en el carnet).			
02	El niño (a) tiene el calendario de vacunación al día (registrado en el carnet).			
03	El niño (a) tiene control de peso y talla en cada control de crecimiento y desarrollo registrado en la historia clínica.			
04	El niño (a) recibe de acuerdo a su edad los micronutrientes (Sulfato Ferroso – Vitamina A) y se encuentra registrado en su historia clínica.			
05	El niño (a) presenta el test			

	peruano ejecutado en cada control en la historia clínica.			
06	Al niño(a) le realizan el examen físico completo en cada control y se detalla en la hoja de registro de evaluación de examen físico.			
07	El niño tiene control con la nutricionista registrado en la historia clínica.			
08	El niño tiene un diagnóstico de estado nutricional en cada control (anote en observaciones el diagnóstico nutricional).			
09	La madre ha recibido consejería integral por parte de la enfermera y ha sido registrado en la historia clínica (anote en observación el tema de consejería).			

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : Teresa De La Cruz Carbonel, Tania Chinchay Pacheco.
Título: Rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños lactantes que acuden al Centro de Salud de Pítipo – 2014.

Propósito del Estudio:

La estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños lactantes que acuden al Centro de Salud de Pítipo - 2014”. Estamos realizando este estudio para determinar cuál y cómo es el rol que cumplen las madres en el cuidado de crecimiento y desarrollo de su niño lactante.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollarán los siguientes pasos:

Luego de que usted dé su consentimiento se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, y esto será grabado con un grabador de voz, asignándole un pseudónimo para proteger su identidad. Tendrá un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en el consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) o en su domicilio.

Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la universidad.

Finalmente, los resultados pueden ser publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en el estudio.

Beneficios: Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante una consejería personalizada sobre los cuidados que le debe brindar a su niño

Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono (074) 606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre: Teresa De La Cruz

DNI: 73746108

Participante

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre: Tania Chinchay

DNI: 44061404