



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVA SOBRE LA CALIDAD
DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE ACUDEN AL
CONTROL DE CRED - PIURA, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Lic. NATALIA ESTRADA YAMUNAUQUE

ASESORA:

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

Presidente

Dra. Juana René Aranda Sánchez

Secretaria

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

Miembro

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mis familiares y amigos que tuvieron una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.

NATALIA

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por brindarme la sabiduría y la fortaleza para tener posibilidad de alcanzar este triunfo.

A mi madre y hermanos:

Por su gran afecto, su apoyo, su dedicación y optimismo, por ayudarme a ser una persona mejor. Por tanto esfuerzo para avanzar en mi profesión.

A la Mgtr. Sonia Rubio:

Por su rectitud en su profesión y por sus consejos que me ayudaron a formarme como persona e investigador.

NATALIA

RESUMEN

El presente informe de investigación tiene como objetivo determinar la percepción y expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016. Fue de tipo cualitativo, utilizó el método de historia de vida. La muestra estuvo conformada por seis madres de niños menores de un año, formulándose la pregunta norteadora, ¿Cuál es la percepción y expectativa sobre la calidad de atención de enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016? Se transcribió cada una de las entrevistas y se establecieron cinco categorías, concluyendo: La atención de enfermería en el establecimiento de salud I-4 San Pedro, se percibe como buena, referida a que cuando las madres acuden a sus consultas con sus hijos se les llama por sus nombres, se les orienta e indica de los procedimientos que se les realizarían de acuerdo a la edad. Existen algunas enfermeras que no dan una cordial bienvenida, además no realizan una adecuada entrevista y al final del control no despiden a las madres, no dejando una puerta abierta para el próximo control; lo que conlleva a que las madres de familia no se familiaricen y no tengan la debida confianza para explicar ciertos problemas o debilidades de sus hijos. Las enfermeras si realizan el exámen físico al momento del control. La atención recibida en ESSALUD es mejor que la recibida en el MINSA.

Palabras claves: Atención de enfermería, control de CRED, expectativas, percepción.

ABSTRACT

The present research report aims to determine the perception and expectation about the quality of nursing care of mothers of children under one year who go to control CRED-Piura, 2016. It was a qualitative type, used the method of history of life. The sample consisted of six mothers of children under one year of age, formulating the guiding question, what is the perception and expectation about the quality of nursing care of mothers of children under one year of age who come to CRED-Piura control, 2016? Each of the interviews was transcribed and five categories were established, concluding: Nursing care in the health facility I-4 San Pedro, is perceived as good, referring to the fact that when mothers go to their consultations with their children they are called by their names, is guided and indicates the procedures that would be performed according to age. There are some nurses who do not give a cordial welcome, also do not perform a proper interview and at the end of the control do not dismiss the mothers, not leaving a door open for the next control; Which means that mothers do not become familiar and do not have the confidence to explain certain problems or weaknesses of their children. The nurses do the physical examination at the time of the control. The care received at ESSALUD is better than the one received at MINSA.

Key words: CRED Control, Expectations, Perception.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCION	1
Problematización e importancia.....	1
Objeto de estudio.....	5
Pregunta norteadora.....	5
Objetivos del estudio.....	5
Justificación y relevancia del estudio.....	6
II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Referencial teórico.....	11
III. METODOLOGIA	20
3.1 Tipo de investigación.....	20
3.2 Método de investigación.....	20
3.3 Sujetos de la investigación.....	25
3.4 Escenario de estudio.....	27
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:	27
- Técnicas de recolección de datos.....	27
- Procesamiento de datos.....	35
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	38
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
4.1 Presentación de resultados.....	41
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	42
V. CONSIDERACIONES FINALES	69
Referencias bibliográficas	72
Anexos	80

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición, la anemia y la mortalidad infantil en el país es un problema de salud pública que afecta a las niñas y niños menores de 5 años, principalmente aquellos que viven en zonas de pobreza y extrema pobreza. La mayoría de niñas y niños nacen con un peso adecuado para su edad gestacional y la lactancia materna garantiza que conserven una buena ganancia de peso durante los 6 primeros meses de vida; es entre los 6 y 18 meses de vida donde niñas y niños progresivamente van deteriorando su estado nutricional hasta llegar a la desnutrición crónica (1).

La primera infancia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano (...) Si en estos períodos se altera el adecuado desarrollo del cerebro se producirán consecuencias, que afectaran al niño y niña durante toda su vida (2).

Es por esta razón que el énfasis en la promoción y prevención de la salud del niño y niña cobra una mayor importancia, es en el control de crecimiento y desarrollo donde la enfermera o enfermero debe actuar de manera adecuada, con el conocimiento científico necesario (3).

El concepto de crecimiento y desarrollo (CRED) implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño. El objetivo de la atención a su salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un crecimiento y un desarrollo normal para que llegue a ser un adulto sano (4).

Según la norma técnica el control de crecimiento y desarrollo requiere de un tiempo mínimo de 30 minutos por cada control, el mismo que se ajusta de acuerdo a la necesidad y condición del usuario (2).

El procedimiento adecuado en la atención de crecimiento y desarrollo de la niña y niño son: recepción, entrevista, evaluación integral del niño o niña, registro correcto de los datos y las actividades de la atención y la consejería (1).

Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos (2).

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 (2).

El monitoreo del plan de atención se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizara la visita domiciliaria correspondiente. La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica). En niñas y niños de 0 a 30 meses se utiliza el Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD), en niñas y niños de 3 y 4 años se utiliza el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (2).

De acuerdo a los resultados de la última encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, en Piura se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presento anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo (5).

Situación de la primera infancia en Piura, octubre 2012, de las ocho provincias de Piura, la que tiene el mayor índice de desnutrición crónica infantil es Huancabamba, con 59,7 por ciento, que son 9,132 niños. Además de Huancabamba, la provincia de Ayabaca también tiene un nivel de desnutrición crónica infantil superior al 50 por ciento, con el 53,4 por ciento, lo que significa que en esta provincia hay 9,957 niños con desnutrición (5).

En el establecimiento de salud I-4 San Pedro en el año 2015, de los niños que asisten a atenderse a dicho establecimiento, se encontraron 72 casos de Infecciones respiratorias agudas (IRAS), 959 casos de enfermedades diarreicas agudas (EDAS), se presentaron 156 casos de anemia, desnutrición global 128 casos, desnutrición crónica 397 casos y sobrepeso 469 casos (6).

Es evidente, en relación a todo lo expuesto, percibir que las enfermeras(os) de las diferentes instituciones que brindan atención, no están cumpliendo correctamente con sus funciones, con el objetivo de las atenciones y el proceso de guía de calidad de salud, para el desarrollo de una atención del paciente en forma eficiente, libre de riesgo, oportuna, segura y humana. Teniendo como referencia los datos estadísticos del establecimiento de salud I-4 San Pedro, se puede denotar que parte de las enfermeras(os) no cumplen con lo estipulado en la norma técnica para el control de crecimiento y desarrollo propuesta por el Ministerio de Salud.

El establecimiento de salud I-4 San Pedro, cuenta en la actualidad con 8 enfermeras(os), los cuales rotan por los diferentes servicios (Consultorio de Crecimiento y desarrollo (CRED), Tópico, hospitalización, programa de TBC, emergencias, etc).

La satisfacción de los usuarios, es un medio y elemento de fiabilidad de la importancia que refleja la calidad de atención y cuidado que se le brindó, dentro de la institución y del personal de enfermería.

En un turno de 7:30-13:30, se tiene dos enfermeras para las atenciones en los consultorios 1 y 2, dichos profesionales también atienden las emergencias que concurren y los pacientes hospitalizados.

Un turno de seis horas se atienden 13 niños por cada consultorio y el tiempo máximo que las enfermeras ocupan para atender al niño o niña son 15 minutos y según lo estipulado en la norma técnica lo ideal son 45 minutos por cada atención (30 minutos específicamente para CRED y 15 minutos para inmunizaciones). La evaluación es rápida, solo se limitan a preguntar si el niño está sano o a tenido fiebre la noche anterior, proceden a realizar las medidas antropométricas, si al niño está en la edad para aplicarle vacunas se procede a aplicarlas, la enfermera realiza el llenado de la fichas FUAS, carnet de vacunación, historia clínica y así terminan con la atención, algunas terminan el control con la consejería.

En relación a la atención CRED de los niños y niñas, se puede evidenciar que las madres refieren que la calidad de atención de enfermería no es buena, algunas enfermeras descargan con los usuarios su malestar y su malhumor, no existiendo palabras de cordialidad, amabilidad, sobre todo empatía para con el paciente y haciendo que los atendidos se sientan incómodos y no expresen sus dudas o temores.

Si bien es cierto, el número de niños atendidos es superior al número ideal que se debería atender, la enfermera no debe olvidar la parte humanística de su profesión y vocación de servicio para atender a sus pacientes establecidos; es decir, al utilizar 30 minutos para atender a cada niño y realizar un control CRED según norma técnica, la enfermera en 6 horas estaría atendiendo 12 niños y con un tiempo extra, atendería a sus 13 niños, siempre y cuando las enfermeras se dediquen exclusivamente a atender a los niños en el consultorio de CRED. La personalidad, su actitud amistosa y comportamiento de la enfermera (relación enfermera-paciente) de preocuparse por sus niños y niñas, aumenta e influye en la satisfacción del paciente y de seguir con las indicaciones recomendadas

Sin embargo existe también la conducta negativa o falta de conocimientos de las madres de familia de los niños que acuden al control de crecimiento y desarrollo, en el sentido de no aceptar que el profesional de enfermería se demore el tiempo establecido en cada atención, por lo que se imaginan que el enfermero está demorando por que no sabe y recién está aprendiendo, pero también es la labor de enfermería educar a la población, concientizarla, brindar el fundamento y orientación sobre los procedimientos que se realiza durante la consulta en el CRED y de la demora de dicha atención.

A partir de esa problemática se definió como **objeto de estudio** la percepción y expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED - Piura, 2016.

En ese sentido, se formularon las **preguntas norteadoras**, como vertiente del estudio:

- ¿Cuál es la percepción sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016?
- ¿Cuál es la expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016?

Con base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes **objetivos**:

- Determinar la percepción sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016
- Describir la expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de CRED-Piura, 2016.

La calidad de atención de los servicios de CRED, está orientada a brindar una atención integral al niño y superar las expectativas de la madre en cuanto a la atención brindada, por lo que es importante que la labor que tiene el profesional de Enfermería dentro del componente de CRED este destinado a promover la salud

Física, mental y emocional del niño y prevenir enfermedades prevalentes de la infancia.

Esta Investigación es necesaria en el campo de la salud, ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan en el adecuado control de crecimiento y desarrollo y a partir de ello proponer estrategias y soluciones.

Además es importante porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa preventivo promocional del establecimiento de salud I-4 San Pedro, y así reducir riesgos de enfermedad y morbilidad en la salud del niño o niña.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y así se familiaricen, tomando conciencia de la importancia de un adecuado control de crecimiento y desarrollo.

II. REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Pineda M. (7), en su tesis titulada satisfacción de la madre con el cuidado de enfermería del niño sano, tesis para optar el grado de maestría en ciencias de la enfermería, México, 2004, el diseño del estudio fue descriptivo y correlacional. Los participantes en el estudio fueron madres que acuden con sus hijos al cuidado del niño sano con personal de enfermería. Se determinó un tamaño de muestra de 130 participantes a través de una regresión lineal múltiple con un nivel de significancia de $p = .05$, una potencia de prueba de 80%. Para la obtención de los datos se aplicó una Cédula de Datos de Identificación de la Madre y el instrumento Escala de Satisfacción de la Madre con el Cuidado de Niño Sano (ESMCNS), adaptado para el presente estudio; a partir de la Escala de Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería de Risser. Las conclusiones del trabajo fueron: El tiempo en minutos en la sala de espera influye en la satisfacción con el cuidado de enfermería del niño sano, mostrando una relación inversa, es decir a mayor tiempo en la sala de espera hasta iniciar la consulta con EMI, menor satisfacción con el cuidado de enfermería del niño sano. La satisfacción de la madre con el cuidado de enfermería del niño sano fue más alta en el área técnica profesional en comparación con el área de relación educativa y de relación de confianza.

Garzón M. (8), en su estudio titulado estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz en niños/as de 0 a 24 meses. Control de crecimiento y desarrollo en el hospital Asdrúbal de la torre-Cotacachi en el 2013, tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, Ecuador, 2013, el nivel del estudio fue

aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por las madres de niños menores de dos años en un tiempo determinado; a lo cual se le aplicó un muestreo probabilística por conveniencia estratificado, obteniéndose una muestra de 36 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista individual y el Instrumento fue un cuestionario. Finalmente se concluyó que el grado de conocimiento de las madres de niños menores de dos años sobre estimulación temprana es medio y bajo. En las áreas de desarrollo motora, cognitiva, social y lenguaje es decir las madres no están preparadas adecuadamente para estimular a sus hijos.

Barbaglia A. (9), en su investigación titulada Evaluación de la Calidad de Atención en el Servicio Materno Infantil del Hospital El Bracho Octubre 2005 – Marzo 2006, fue un estudio descriptivo y de corte transversal, para evaluar estructura se dialogó con el personal del Servicio Materno Infantil del Hospital y se corroboró la información obtenida con la observación. En cuanto a evaluación de Proceso, se utilizaron las historias clínicas Como resultados se observó que la variable Estructura obtuvo calificación de buena. Dentro de la variable Proceso, se destacaron con calificación de buenos los rubros Vigilancia del crecimiento y desarrollo y Control del niño desnutrido, mientras que Control de la embarazada y la puérpera fue clasificada como regular. En cuanto a la variable Resultado, el 80% de los usuarios calificó a la atención brindada como buena.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Guevara S. (10), en su tesis titulada Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de cred de la red de EsSalud “San José” – 2012, tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Lima, 2013, estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo, nivel aplicativo, de corte transversal, cuya población estuvo conformada por

todas las madres que acudieron junto con su(s) niños(as) al Consultorio de CRED para su control periódico correspondiente, a la Red de EsSalud “San José”. La muestra se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 150 madres que asistieron al consultorio durante el mes de Octubre y Noviembre. Las conclusiones derivadas del estudio son: La percepción de la mayoría de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la Red de EsSalud “San José” es medianamente favorable. En la dimensión interpersonal, la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera es igualmente medianamente favorable, la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión del entorno (confort) es medianamente favorable.

Mellado C. (11), en su tesis titulada Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de cred del CMI Daniel Alcides Carrión, tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Lima, 2007, la investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo, nivel aplicativo, de corte transversal, la población estuvo conformada por todas las madres que asisten con sus niños menores de un año al componente CRED, la muestra fue mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia por todas las madres que asistan en el mes de noviembre los días miércoles y jueves de 8 a 2, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Las conclusiones fueron: El nivel de satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del CMI-DAC, la mayoría es medio y bajo 68% (75) lo que se evidencia en: que al ingresar al servicio no saluda, no la deriva a un especialista ante un problema detectado y el tiempo que duró la entrevista no fue el adecuado, acerca del nivel de satisfacción de la madre en la atención brindada por la enfermera en el componente CRED en la dimensión oportuna un porcentaje considerable tiene un nivel de satisfacción medio y bajo 84 (76%) referido a que la enfermera no realiza la evaluación física.

Vílchez C, Mogollón F. (12), en su estudio de investigación titulado Percepción de las madres adolescentes sobre el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años, Lambayeque – 2013. Investigación de tipo cualitativa, abordaje estudio de casos, cuyo objetivo fue: Caracterizar, analizar y comprender la percepción de madres adolescentes sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años. Los sujetos fueron seis, seleccionados según criterios de inclusión, determinados por saturación; la guía de entrevista semiestructurada fue el instrumento de recolección de datos y para su análisis se utilizó el análisis de contenido. En los resultados encontramos: El 100% de las madres entrevistadas, consideran que en el control de CRED del niño se realiza la monitorización del crecimiento mediante la toma del peso, talla y perímetro cefálico en cada cita, el 50% de las madres adolescentes, expresan que en el control de CRED del niño menor de 5 años, las enfermeras aplican las vacunas

Investigación actual en nuestro ámbito

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Espinoza M. (13), en su tesis titulada percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional – Piura, 2014, tesis para optar el título de magister en Ciencias de la Enfermería, Piura, 2015, la investigación es de naturaleza cualitativa y se utilizó el método de historia de vida; la muestra estuvo conformada por trece madres con niños menores de tres años, en su mayoría adulta joven que acuden en forma continua a consulta de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño. La técnica de la recolección de datos fue entrevista abierta a cada madre de familia. Las conclusiones fueron: que la mayoría de las madres de familia perciben como importante el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional, tienen conocimientos básicos de lactancia materna, inicio de la alimentación complementaria, algunas de ellas manifiestan la importancia de la suplementación de micronutrientes, la inserción de habilidades en la

estimulación temprana, pocas refieren que el cuidado de enfermería se centra al procedimiento y no en el usuario.

Maza M. (14), en su estudio titulado Nivel de Satisfacción sobre Consejería Nutricional de las madres que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Nueva Esperanza -Piura. Agosto - Diciembre del 2015, tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, Piura 2015, la investigadora se basó en el paradigma cuantitativo, se tipifica como una investigación descriptiva, tipo de diseño no experimental, trabajando con un nivel de confianza del 95 %, un error del 5 % y dado el tamaño de la población de $N = 360$, tenemos una muestra de 187, la técnica de acopio de información que se utilizó en la presente investigación es: la encuesta, se utilizará los métodos estadísticos o cuantitativos para el análisis de información, concretamente la estadística descriptiva (distribución de frecuencias y porcentajes en tablas y/o gráficos) e intervalos confidenciales con un nivel de confianza del 95%, se llegaron a las conclusiones: En forma general, el nivel de satisfacción respecto a la consejería nutricional de las madres que asisten al consultorio CRED en el Centro de Salud Nueva Esperanza durante los meses agosto a diciembre de 2015 es aceptable según el 59,3% de encuestados, este resultado evidencia el servicio objeto de estudio está medianamente bien en el aspecto técnico y contextual, pero muy bien en el aspecto interpersonal.

2.2 Referencial teórico

El cuidado, desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el

paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado (15).

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humano-humano (16).

La Dra. Watson considera a la persona como un ser único que posee tres esferas del ser: mente - cuerpo - espíritu las cuales se ven influidas por el auto-concepto, ser que es libre de tomar decisiones, integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es predominante para el cuidado del paciente (16).

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras (17).

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces (17).

La calidad del cuidado de enfermería, La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que la calidad consiste en la ejecución de acuerdo a estándares de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición (18).

La calidad de la atención de enfermeira, podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de enfermería que nos aporta Virginia Henderson (19).

Enfermería, tiene sus orígenes en la historia de la humanidad, y fue Nightingale quien sistematizó los conocimientos y las habilidades e inició científicamente la profesión de enfermería. Cuando me refiero a la sistematización, quiero señalar que se tomó el conocimiento empírico que se tenía sobre el cuidado y a partir de ello se inició el registro propiamente dicho de lo que es ahora la Ciencia de la Enfermería, tal como lo hizo Taylor y Fayol con la Administración. Enfermería es una profesión de carácter humanista y tiene su razón de ser en los cuidados que se brindan a las personas, sea el individuo, la familia o la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad, desde que nace hasta que muere (20).

La Percepción, en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como la “acción de percibir una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y conlleva al conocimiento entendiéndose que la forma de conectarse con nuestro entorno es a través de los sentidos” (21).

Tradicionalmente, **en el campo de la psicología, se define a la Percepción** como “el proceso cognitivo de la conciencia y que consiste en el

reconocimiento, interpretación, y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los cuales se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (...) una de las características básicas de la percepción es la elaboración de juicios (...) en el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como inconsciente de la psique humana (...) en el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas ” (22).

“El concepto de percepción está en cada individuo, en cómo percibe o recibe los estímulos del exterior y así a través de la acumulación de experiencias, vivencias poder generar una impresión hacia lo que le rodea (...) se puede afirmar que la percepción del quehacer profesional de enfermería radica no sólo en el concepto que éste tenga de la profesión y sus objetivos, sino también en el concepto que los demás perciban de su labor y de sus experiencias acumuladas" (23).

Las **Expectativas**, vienen a ser un adelantarse al futuro de lo que podría suceder, de una esperanza, de cumplir con un propósito. Por un lado está el hecho de querer brindar una buena atención de enfermería, y por otra parte que esa atención de enfermería quede registrada con evidencia científica. El hecho de trabajar con las percepciones que las enfermeras de emergencia tienen de la calidad de sus registros/anotaciones de enfermería, conlleva a que finalmente puedan llegar a tomar acuerdos de lo que quieren hacer y especialmente de la revaloración de su labor profesional, acciones que en forma aislada no lo podrían realizar (21).

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 células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores

nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc (2).

El desarrollo, es el 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, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (2).

El crecimiento se refiere al incremento de la estatura y del peso de los órganos y tejidos, mientras que el desarrollo está relacionado con la maduración del cerebro y de sus funciones en las áreas mental, física, motora, emocional y social (24).

El control de crecimiento y desarrollo, Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (2).

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

Tabla N°1

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m,11m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57meses.

Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo:

- Historia Clínica estandarizada (Anexo No 1), forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
- Carne de atención integral del menor de 5 años.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Abreviado peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

Actividades e Intervenciones del Control de Crecimiento y Desarrollo

Examen Físico

Consideraciones generales:

- Cumplir con las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo médico y mobiliario) y se asegurara de tener las manos tibias.
- El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.

La enfermera al iniciar el examen físico a la niña o niño, indaga, observa y busca algún signo de alarma e interroga a través de preguntas sencillas al adulto responsable, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista (2).

Explicacion sencilla a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos, así como el tiempo de espera y tiempo que dura la consulta del Programa de CRED, para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen:

- Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, estos se usaran progresivamente según sea necesario.
- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).

- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, se le debe orientar al adulto responsable de la niña o niño, sobre los cuidados de higiene, alimentación, vestimenta, ejercicios, resultados obtenidos, entre otros a fin de disminuir y evitar enfermedades que alteren el crecimiento y desarrollo.

Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

Consideraciones generales

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica.

Detección de Enfermedades Prevalentes

- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI.

En todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descartar anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años.

- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio:
 - o Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.
 - o Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

Suplementación con micronutriente.

Suplementación con hierro.

- Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad.
- La suplementación con micronutrientes (MMN), ha demostrado ser una intervención efectiva para reducir los niveles de anemia en situaciones controladas.
- El objetivo de la suplementación es 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 de la niña o niño.
- En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizara durante 6 meses en forma continua por año.
- La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando las niñas y niños están recibiendo antibióticos.

Suplementación con Vitamina A

La suplementación con Vit. "A" se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño en los establecimientos de salud priorizados (2).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación se caracteriza por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E. (25), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...), supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

3.2 Método de investigación

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con las madres, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (26).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (27), Life Story, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y Life History está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de madres.

Para Glat R. (26), el método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es la subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

La diferencia fundamental del método historia de vida de otros abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica y dialéctica (26).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (28), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli M. (29), la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. (30), cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o

sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo A. (28), considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

La historia de vida como método comprende dos características básicas: a) la experiencia del autor usada de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales facilitada por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vivenciados y que marcaran su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

Bertaux D. (27), define el método de historia de vida, como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo A. et al. (28), la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa.

La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez G, et al. (31), refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente del conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Las madres como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narra en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida según Chizzotti A. (32), fue introducida en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.

En el Brasil, en el área de enfermería este método comenzó a ser divulgado en la década de 90 en la construcción de disertaciones y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

AÑO	AUTOR	TÉMATICA	TIPO
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes renales.	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividade	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador	Disertación de maestría
2001	MALUHI, M.	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen ginecológico.	Disertación de maestría
2001	VASCONCELOS,	La percepción de la enfermera obstetra sobre el cotidiano de su práctica asistencial.	Disertación de maestría
2001	CHAMILCO, R. A. S. I.	Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.	Disertación de maestría

2002	SPINDOLA, T.	El cotidiano de la mujer madre-trabajadora de enfermería.	Tesis de doctorado
2003	SANTOS, C	Gestante de alto riesgo y la Teoría Transcultural de Enfermería de Madeleine Leininger.	
2003	NUNES, H. H. M	El cotidiano de las madres insertadas en el método “mamá canguro”	Disertación de maestría
2003	SILVA, L. R.	Los factores sociales y culturales que interfieren en el tratamiento de la sífilis en la visión materna.	Tesis de doctorado
2003	RODRIGUEZ, Y. E.	Violencia conyugal contra las mujeres	Tesis de doctorado
2004	DIAS, I. M. A. V.	El profesional de enfermería frente al nacimiento del niño con malformación congénita.	Tesis de doctorado
2005	SAO BENTO, P. A.	Rasgando el verbo: la voz de mujeres sometidas a episiotomía	Disertación de maestría
2006	ALVES, A. M. A.	La lactancia materna del pre término en un hospital amigo del niño	Tesis de doctorado
2006	WYZYKOWSKI, C	La mirada materna acerca de la UTIP	Disertación de maestría

En el Perú, en el 2002 Cruz, utilizó también el método historia de vida, posibilitando la visión de mundo de las mujeres embarazadas afectadas por la violencia conyugal; en el 2003 Marquina y Guadamos también utilizaron el método para conocer la cotidianidad de vida de los adolescentes del centro de adaptación social Hogar San José en relación al maltrato intrafamiliar que son víctimas.

3.3 Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación fueron seis madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo en el establecimiento de Salud I-4 San Pedro-Piura, que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux D. (27), cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante (27).

El siguiente cuadro presenta a las madres, con nombres ficticios elegidos por la investigadora. Respecto a las características de las entrevistadas tenemos: sus edades oscilan entre 18 y 42 años; su estado civil tres casadas y tres convivientes; grado de instrucción 2 tienen superior incompleta, una primaria completa y tres secundaria completa; ocupación dos son estudiante y cuatro ama de casa; el número de hijos, tres manifiestan ser madres por primera vez, dos de ellas manifiestan tener tres hijos y una de ellas dos hijos.

IDENTIDAD DEL SUJETO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	N° HIJOS
Orquidea	32	Femenino	Casada	Superior incompleta	Estudiante	3
Margarita	28	Femenino	Casada	Secundaria completa	Ama de casa	1
Azucena	26	Femenino	Coviviente	Superior incompleta	Estudiante	1
Clavel	18	Femenino	Coviviente	Secundaria completa	Ama de casa	1
Rosa	42	Femenino	Casada	Primaria completa	Ama de casa	3
Girasol	30	Femenino	Coviviente	Secundaria completa	Ama de casa	2

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el programa de CRED, del establecimiento de salud I-4 de San Pedro, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora.

El establecimiento de Salud de San Pedro, presenta dos consultorios de Crecimiento y desarrollo, los cuales están a cargo de una enfermera en cada consultorio, y en ocasiones participan las externas de Enfermería de diferentes universidades que realizan sus prácticas finales.

Las madres de los niños acuden todos los días, según un sistema de citas, además dependiendo el número de control que le corresponda a su hijo. Las atenciones se realizan de lunes a sábado, en el horario de mañana y tarde, alcanzando un máximo de 13 atenciones por turno y por cada consultorio.

En lo que se refiere a su ubicación y diseño arquitectónico, el consultorio 1 se encuentra ubicado en el área de consulta externa, en un ambiente de aproximadamente $3 \times 2 \text{ m}^2$ y el consultorio 2 en la parte posterior, con buena ventilación e iluminación. Los dos consultorios cuentan con el equipo necesario para realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños.

3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnicas de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, previa con el entrevistado en una entrevista previa para mejorar el proceso del establecimiento de relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su

existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, correspondiéndole al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de historia de vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos – como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador selecciona y restringe los temas que serán abordados. La historia de vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión de mundo. En lugar de responder a preguntas determinadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como estos influyen en el presente (33).

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Siendo a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa (33).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes que nada, el aprendiz de la verdad del otro. Ya que, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (34).

En ese sentido, Santos et al. (33), afirman que en el método historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas

predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus narraciones el entrevistador irá formulando preguntas o realizando comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

En esa dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confidencia.

Los relatos de las madres fueron recogidos por entrevistas personalmente, previamente pactada y en la que se indico la pregunta norteadora, configurando de esta forma, un documento primario. Para el desarrollo de la entrevistas, se utilizaron diferentes ambientes de acuerdo a la preferencias de los entrevistados. Dos de las entrevistas se realizaron en el consultorio 2 de crecimiento y desarrollo y las cuatro entrevistas restantes se llevaron a cabo en el domicilio de la entrevistada, por que para ellas se sentían mas cómodas, dos de las entrevistas se realizaron en el horario de noche entre las 19:00 y 21:00 y cuatro de ellas en el horario de tarde entre las 15:00-17:00. Las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el 30 de abril y el 25 de julio del 2016.

Bertaux D. (27), recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, se adecuó un consultorio de CRED para las entrevistas que se realizaron en el centro de salud, obteniéndose el segundo consultorio, el cual en el horario de tarde se mantiene desocupado, el ambiente fue privado, cómodo y se procuró un ambiente agradable, permitiendo que los entrevistados pudieran hablar sin restricciones, no se impuso ninguna limitación de tiempo o condición para el estudio, la grabación se realizó en un medio electrónico, con autorización del entrevistado y que por su apariencia externa no era limitante en la conversación; en algunas entrevistas ruidos externos o el toque insistente de la puerta constituyeron en interrupciones de las entrevistas, que se recuperó reiniciándola en el punto en que se suspendió. En las entrevistas que se realizaron en los domicilios se solicitó a los entrevistados que se contara con un espacio donde no fuéramos a ser interrumpidos por familiares o amigos y que ellos se sintieran cómodos.

Antes de iniciar la entrevista la madre fue informada sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o no necesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. (27), resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, o sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunas madres de familia se mostraron ansiosas, preocupados con el contenido de la entrevista y en hablar cosas que considerasen importantes para el entrevistador y también porque pensaban que la información que recogería sería contada a las enfermeras que ahí trabajan. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a hablar lo que considerasen importante para ellos y para la vida de ellos, aclarando que todo que ellas hablaran, con certeza, sería relevante.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista se aclaró al entrevistado que tenía libertad para hablar sobre lo que desee y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo inicial de la conversación sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad que el entrevistado iniciase su discurso por los acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me cuente toda sobre su historia de vida como madre de niños menores de un año que acude al control de crecimiento y desarrollo y aquello que tuviera relación con ello. Se solicitó que reflexionase desde su infancia hasta la actualidad y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su vida y de su condición como madre de niños menores de un año que acude al control de crecimiento y desarrollo. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, él dio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la atención de Enfermería que su niño menor de un año recibió en el consultorio de CRED” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

El clima durante las entrevistas transcurrió de modo informal y en determinados casos bastante relajado. La receptividad fue excelente, al inicio de la entrevista percibí, cierto temor por parte de los sujetos de estudio en función de la ansiedad, sin embargo, con la continuidad de la entrevista el nivel de la ansiedad disminuyó. Muchas de ellas al recordar ciertos eventos que les sucedió en el control se sentían enojadas y expresaban todo lo que querían decir.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada madre. Dos fueron los comportamientos identificados:

- Nerviosismo, tensión y dificultad en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo y

- Actitud de tranquilidad en el ambiente en el que se encuentra, pero que se vuelve temerosa al saber que lo que piensan puede ser divulgado con otras personas.

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado iba contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que la madre quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a las madres para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson R. (34), comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos et al. (33), recomiendan que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado”. Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la realización de las mismas, verifiqué que la duración varía entre 5 minutos a 15 minutos. Santos et al. (33), afirman que no hay duración límite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene mas nada que

acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al terminar el proceso de entrevista, agradecía la participación de las madres de familia de niños menores de un año que acuden al control de CRED y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida. También, pude observar que los sujetos de estudio estaban felices y que toda la angustia y ansiedad inicial habían sido sustituidas por tranquilidad. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellos había servido como un desahogo. Respecto a eso Atkinson R. (34), comenta que: para la gran mayoría de las personas, contar las historias de vida es algo que ellas realmente quieren hacer. Todo lo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a las madres, si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson R. (34), pero ninguno de los sujetos de estudio solicitó la entrevista, por lo que nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de las madres, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux. (27), recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson R. (34), recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras

repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo Poirier J, et al. (35), recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y su eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le colocó la fecha y señalada su duración.

Respecto a las recomendaciones de Atkinson R. (34), y Poirier J. et al. (35), se puede decir que la transcripción de las entrevistas se realizaron como recomiendan: guardándose en primer lugar tal y como expresaron sus narraciones, pero también se guardaron sin los comentarios del entrevistador y sin las repeticiones, corrigiendo también la pronunciación.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poirier J. et al. (35), que a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada.

En el análisis sobre la historia de vida de las madres, nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos et al. (33), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

Procesamiento de datos

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (35). Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- (a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;
- (b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- (c) Lectura de los relatos de cada madre sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;
- (d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relacionadas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante señalar que para agrupar las categorías, utilizamos la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por

colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se determinaron las categorías de análisis.

(e) Consistió en el recorte de las informaciones que componen las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de la información obtenida, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación, en ese sentido el método historia de vida es bastante flexible y no impone ningún método específico para el análisis de contenido.

Según Bertaux D. (27), y en concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato de las madres, o sea, fueron construidas configurando las categorías encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al. (33), afirma que los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una

realidad colectiva. Por eso, Glat R. (26), afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la practica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de las madres aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó catorce categorías preliminares las que son:

1. Atención de enfermería buena
2. Atención de Enfermería regular
3. Atención de Enfermería mala.
4. Recepción de la madre y el niño
5. Entrevista a la madre
6. Registro de la atención
7. Consejería a la madre.
8. Despedida y próximo control.
9. Evaluación del crecimiento
10. Evaluación del examen físico
11. Evaluación del desarrollo
12. Vacunación.
13. Atención en MINSA VS ESSALUD.
14. Expectativas de la atención.

Después de haber codificado, se realizo varias lecturas de las entrevistas, buscando asociarlas a las categorias siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux D. (27), como análisis comparativo. De esta forma a partir de la recodificación surgieron 5 categorías temáticas o categorías analíticas:

- A. Calidad de la atención de Enfermería:
- B. Procedimientos de atención de crecimiento y desarrollo de la niña y niño,

- C. Procedimientos para la atención integral del niño y niña,
- D. Comparación entre entidades de salud:
- E. Expectativas de la atención.

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. Considerándose los siguientes criterios: (36-38)

En relación al rigor:

Credibilidad:

Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación.

Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

Aplicabilidad:

Se busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación sirve como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad, cumpliéndose de ésta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

Auditabilidad:

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores. Este criterio en el presente informe de investigación se cumplió en la medida que se describa detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

Confirmabilidad:

Garantiza que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

En relación a la ética:**Consentimiento Informado:**

Para la realización del estudio se solicitó autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual deberán constar las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento que se solicitó las firmas de los sujetos de estudio que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Privacidad:

Se mantuvo el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación.

Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad:

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación. Los testimonios de las madres fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de los resultados

- A. Calidad de la atención de Enfermería:
 - a. Atención de enfermería buena
 - b. Atención de Enfermería regular
 - c. Atención de Enfermería mala.

- B. Procedimientos de atención de crecimiento y desarrollo de la niña y niño,
 - a. Recepción de la madre y el niño
 - b. Entrevista a la madre
 - c. Registro de la atención
 - d. Consejería a la madre.
 - e. Despedida y próximo control.

- C. Procedimientos para la atención integral del niño y niña,
 - a. Evaluación del crecimiento
 - b. Evaluación del examen físico
 - c. Evaluación del desarrollo
 - d. Vacunación.

- D. Comparación entre entidades de salud:
 - a. Atención en MINSAL VS ESSALUD.

- E. Expectativas de la atención.

4.2 Análisis y discusión de los resultados

A continuación se presenta el análisis temático de las diferentes categorías:

A. Categoría de la Calidad de la atención de Enfermería

En esta categoría se han encontrado tres subcategorías que son:

a. Subcategoría de Atención de enfermería buena

Cuatro de las entrevistadas manifestaron que recibieron y percibieron una atención de enfermería de buena calidad por parte de diferentes enfermeros que laboran en el centro de salud, durante la atención a su menor hijo, desarrollando confianza y seguridad.

Azucena manifiesta “Cuando mi hijo tuvo un mes, pensé que todo iba a ser lo mismo, pero no, fue todo lo contrario, porque me atendió un enfermero, un enfermero mayor, pero muy amable, cambió mi opinión acerca del control ahí en esa posta. Pero creo que él era el único que me, que atendía de una buena manera (...) me parece muy buena, el enfermero parecía que en realidad le preocupara mi bebé, era muy amable y así deberían ser todas las enfermeras en el centro de salud”

Orquidea manifiesta “... la atención que tengo actualmente con mi pequeño es bien diferente a mi primera niña que tuve anteriormente, en mi primera niña, sus controles fueron muy bien atendidos”

Las madres hacen una comparación de la atención antigua y en la actualidad, expresando una calidad de atención a sus niños y niñas diferente en cada ocasión; se ha implementado competencias del personal profesional de enfermería, con avances en el conocimiento de aspectos relacionados con la nutrición y alimentación infantil con el fin de mejorar la calidad de vida de la niña y el niño.

Rosa expresa *“en mi segundo bebé también, las enfermeras si mostraron muy buena atención, te decían la vacuna de cada tiempo que les tocaban no, y en mi última bebe también”*

Margarita expresa *“Son muy amables desde que yo llego (...) a diferencia de otros establecimientos que yo he ido”*

Las madres de familia que acuden al establecimiento de salud de san pedro, relacionan una buena atención de enfermería, con la amabilidad por parte del profesional con que son atendidas, a diferencia de Pineda M. (7), que en su tesis titulada satisfacción de la madre con el cuidado de enfermería del niño sano, tesis para optar el grado de maestría en ciencias de la enfermería, México, 2004, el cual concluyó que el tiempo en minutos en la sala de espera influye en la satisfacción con el cuidado de enfermería del niño sano, mostrando una relación inversa, es decir a mayor tiempo en la sala de espera hasta iniciar la consulta con EMI, menor satisfacción con el cuidado de enfermería del niño sano. La satisfacción de la madre con el cuidado de enfermería del niño sano fue más alta en el área técnica profesional en comparación con el área de relación educativa y de relación de confianza.

El arte de enfermería consiste en brindar cuidado a los seres humanos, en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales; de modo que debe garantizar prestación de cuidados personalizados para cualquier individuo. El profesional de enfermería con características tales como conocimientos, pensamientos analíticos, habilidades y destrezas, autonomía en sus actos profesionales, posee seguridad, responsabilidad de sus actos y sobre todo confianza en si mismo, sus principios básicos, consiste en ayudar a las personas a conservar la salud. Por lo que; la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas tiene un papel relevante en el bienestar del paciente, además influye en el grado de colaboración de este en su proceso de curación y tratamiento, ya que, la finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta

en salud y satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los pacientes (39).

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios. La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson. Así que la interacción enfermera-paciente es un punto importante de la calidad de cuidados brindados al paciente. Para que se establezca una buena relación, la enfermera debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades que considere convenientes como ser humano, y este a confiar y seguir las recomendaciones (39).

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes (40).

b. Subcategoría de Atención de enfermería regular

Una de las entrevistadas manifestó que recibieron una atención de enfermería regular por parte de diferentes enfermeros que laboran en el centro de salud.

Azucena expresa “Bueno la atención de enfermería aquí en la posta de san pedro no es buena, para mi parecer es regular, al menos las enfermeras no tienen un buen ánimo para atender cuando venimos”

Azucena, quien manifiesta que la atención de enfermería es regular, dependiendo con el estado de ánimo con que trabajan los enfermeros,

podemos relacionar sus palabras con lo que concluye Guevara S. (10), quien en su tesis titulada Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de cred de la red de EsSalud “San José” – 2012, concluyó que la mayoría de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la Red de EsSalud “San José” es medianamente favorable. En la dimensión interpersonal, la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera es igualmente medianamente favorable, la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión del entorno (confort) es medianamente favorable.

Podemos concluir que los profesionales de enfermería de los establecimientos de Salud, están olvidando brindar atención enfatizado no solo en la parte técnica, sino también por la interpersonal, donde el trato es un aspecto relevante. La atención de Enfermería son características y acciones que la población debe recibir y merece trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana. Se debe considerar necesidades y expectativas de atención, para que el personal de enfermería las incorpore como parte del cuidado.

Con la globalización que se vive en el mundo actual y los constates cambios que ha originado, los profesionales de salud, tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; exigiéndole al profesional de enfermería una atención de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones ya que el paciente tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención (41).

Es así que el Ministerio de Salud y los entes acreditados de profesionales en enfermería buscan una mejora en la atención de calidad, esto se puede evidenciar mediante la implementación de proyectos y estrategias establecidos, donde se impulsan y promueven ideas y acciones. La calidad de

atención está considerada para su implementación y garantía dentro de los lineamientos del MINSA y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un fundamento que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención al paciente que acude para ser atendido en algún establecimiento de salud, calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios, etc (41).

c. Subcategoría de Atención de enfermería malo

Cinco de las entrevistadas manifestaron que recibieron una atención de enfermería de mala calidad por parte de diferentes enfermeros que laboran en el centro de salud.

Azucena expresa “... entonces desde ese momento ya me di cuenta que las atenciones no iban a ser buenas, pensé que siempre iban a ser las mismas enfermeras y ya todo eso no. En los próximos controles de mi bebé me han seguido atendiendo así enfermeras con ese tipo de carácter, el mismo tipo de atención (...) al parecer esa enfermera no debería trabajar en el centro de salud, si van a ir amargadas a trabajar al centro de salud, entonces que no vayan, porque están tratando con personas (...) ellas deberían tener más paciencia, por algo tratan con pacientes, se supone que a ellas les pagan un sueldo el estado para atender a los niños y desarrollen su labor con buenas intenciones, y aunque nosotras no paguemos una cantidad mayor por sus servicios, el estado es el que les paga a ellas, y ellas deberían ejecutar su trabajo de una buenas manera”

Orquidea manifiesta “... en mi segundo hijo que tiene 8 mesecitos, lamentablemente la atención es pésima, aquí el personal de enfermería nos tratan como si fuéramos unas personas sin educación, nos tratan con indiferencia, y eso veo que eso está muy mal, está bien que nosotros no seamos muy bien educadas como ellas pero necesitamos respeto y consideración...”

Margarita expresa “...cuando vine me gritaron me dijeron la vida hasta que de que me iba a morir, me dijeron que no, que estoy mal porque el bebé está con sobrepeso no le puedo dar ningún tipo de alimentación”

Las madres de familia hacen una comparación de la calidad de atenciones que brindan cada enfermero en el programa de crecimiento y desarrollo, algunas hacen referencia que la atención brindada es buena y regular, referida a que el profesional de enfermería le brinda algunas veces pautas y procedimientos para el cuidado según la edad de sus niños y niñas, se preocupa por los controles y su alimentación en el hogar; así también algunas refieren que las atenciones eran malas. Como también sugieren ciertas recomendaciones para mejorar la calidad del servicio de enfermería.

Debemos cambiar la manera de atención de nuestros pacientes, mas aun si son niños y niñas que necesitan el mayor cuidado y que nosotros como profesionales de enfermería podemos brindarle a sus madres, acompañantes o apoderados, para:

- Problemas de conductas (timidez, agresividad, entre otros), los cuales podrían repercutir en sus relaciones interpersonales y comunicación;
- Prevención de enfermedades prevalentes y detección de riesgos nutricionales, al asistir puntuales a sus controles de crecimiento y desarrollo, y establecer estrategias y evitar complicaciones.
- Dar un enfoque real y útil de las intervenciones educativo-nutricionales para mejorar el estado de salud y nutrición de sus niños o niñas
- Orientarles a descubrir aptitudes que permitan su desarrollo, logrando mejorar desenvolvimiento con la sociedad,
- Alimentación saludable, utilizando micronutrientes o suplementos de vitaminas para evitar la anemia en sus niños.

Rosa expresa *“solamente pues no, hacerles una recomendación a las enfermeras, de que sean un poquito más pacientes, con los niños, porque a veces ya cuando el niños llora, inmediatamente quiere que ya lo cambies”*

Clavel manifiesta *“cuando yo lo llevé al control a mi niño a los 8 meses de edad no me fue tan bien, y porque le digo esto, porque en primer lugar me atendió una enfermera no tan sociable ella, era muy por decirlo así como muy poco amable conmigo”*

Calidad es un enfoque que surge frente al desarrollo científico y tecnológico para alcanzar la excelencia el cual se determina mediante resultados, es decir, si cumplen o no los estándares para los cuales se crearon. La calidad de atención se define como el grado al cual los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de los resultados sanitarios deseado y son consistentes con el crecimiento profesional. Es así que la calidad existe en el grado en el que el servicio sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado. Asimismo la calidad se describe como consistente en dos partes interdependientes: la calidad de hecho y la calidad en percepción. La calidad de hecho es conforme a los estándares y la satisfacción de las expectativas propias; la calidad en la percepción es satisfacer las expectativas del consumidor (11).

El personaje central de los servicios asistenciales es por su puesto el paciente, cuando este se presenta en el hospital o cualquier otra institución asistencial con uno o más problemas de salud también lo hace como persona miembro de una familia ciudadano de un país; según sea el problema, las necesidades del paciente varían con las circunstancias y las experiencias anteriores, teniendo como función importante identificar las necesidades inmediatas de los pacientes y tomar medidas que satisfagan éstas necesidades (11).

La calidad de atención en salud es responsabilidad de las autoridades y del equipo de salud que labora en este. En tal sentido el rol de la enfermera cobra particular importancia por ser miembro del equipo de salud que brinda

atención directa y esta en contacto el mayor tiempo con el paciente; de ahí que una atención interpersonal de buena calidad es necesario para lograr la satisfacción de las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes, debido a la frecuencia de interacción, lo cual da la calidad de atención como un todo incluyendo los méritos técnicos (10).

El concepto de cuidado de Enfermería trasciende los ámbitos físico, biológico, emocional, social y psicológico, lo cual debe resaltarse de manera constante en el cuidado brindado, de ahí que es importante el aspecto humano del paciente que permite afianzar realmente los valores de la profesión de Enfermería, compuesta no solo por conocimientos científicos sino que abarca los campos de interrelación y empatía a fin de generar una imagen distinta hoy en día (10).

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. En cuanto a la Calidad en la Atención a la Población, el Personal de Salud constituye una las fortalezas necesarias para actuar como factores de éxito en el Mejoramiento. Humanización y Calidad, lemas del el Personal de Salud para enriquecer el medio laboral en Salud, pues humanización es tanto para población y para personal (42).

La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo: La falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, causando desconfianza y acciones legales que ocasionen reacciones prácticas de medicina defensiva (42).

Las madres de familia hacen una comparación de la calidad de atenciones que brindan cada enfermero en el programa de crecimiento y desarrollo, algunas hacen referencia que la atención brindada es buena y regular, referida a que el profesional de enfermería le brinda algunas veces pautas y procedimientos

para el cuidado según la edad de sus niños y niñas, se preocupa por los controles y su alimentación en el hogar; así también algunas refieren que las atenciones eran malas. Como también sugieren ciertas recomendaciones para mejorar la calidad del servicio de enfermería.

B. Categoría de Procedimientos de atención de crecimiento y desarrollo de la niño y niño

En esta categoría se han encontrado cinco subcategorías que son:

a. Subcategoría de Recepción a la madre y el niño.

Una de las entrevistadas manifestó que cuando llegó al control de CRED un enfermero la saludó de una manera amable y dos de ellas refieren que no tuvieron una buena recepción por parte de las enfermeras.

Azucena expresa “La enfermera (...) al menos me saludó apenas” “Este enfermero me saludó amablemente en cuanto llamó los apellidos de mi bebé, me recibió este de un tono cordial (...) en un control de mi bebé creo de 4 meses me atendió una enfermera que ni siquiera me saludó, solo llamó por los apellidos de mi hijo, yo entré al consultorio”

Orquídea manifiesta “Cuando uno llega al centro de salud de San Pedro uno pues amablemente lo saludan porque tiene su educación pues mi madre me enseñó a saludar a respetar, Y lamentablemente hay personas que el hecho de que sean profesionales no quiere decir que a uno las van a mirar pues como si estuviéramos en sus talones no, está bien son educadas se han quemado las pestañas pero también tienen que entrar saludando”

La recepción en el establecimiento I-4 San Pedro, es de buena a regular, ya que la mayoría de profesionales que realizan el CRED no tienen el mismo carácter para atenciones de sus pacientes. Dos de las madres de familia, quienes acuden al control de crecimiento y desarrollo al establecimiento de

salud de San Pedro, abordaron el tema del saludo por parte de las enfermeras, quienes concluyeron que no tuvieron una buena recepción por parte de ellas. Guarda relación con el trabajo de Mellado C. (11), quien en su tesis titulada Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de cred del CMI Daniel Alcides Carrión, quien llegó a la conclusión que el nivel de satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del CMI-DAC, la mayoría es medio y bajo 68% (75) lo que se evidencia en: que al ingresar al servicio no saludan.

Según el manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (43). Para realizar el control del crecimiento y desarrollo se debe considerar lo siguiente: Recepción cordial a los padres y/o cuidadores de la niña y/o niño.

Cada madre de familia, dependiendo de la recepción o bienvenida por parte de las enfermeras, pueden llevar a ciertas conclusiones, algunas veces equivocadas, quizá algunas sean muy frías con sus palabras, pero es la manera como ellas transmiten lo que piensan de la calidad de atención que reciben. Debemos tener en cuenta que una buena bienvenida a la madre y al niño es la base para brindar una atención de calidad.

b. Subcategoría de entrevista a la madre.

Tres de las entrevistadas refirieron que las enfermeras (o) si les realizaron preguntas, sin embargo dos de ellas manifestaron que se preocuparon por la salud del niño y de ella misma y una de ellas manifestó que la enfermera fue cortante en la entrevista.

Azucena manifiesta *“se limitó a preguntarme si mi niño había tenido alguna molestia, si había hecho fiebre” “Me preguntó si mi bebé había tenido alguna molestia y yo comencé a contarle, él me decía y me preguntaba que*

más, que más y yo me iba abriendo y le iba contando todo lo que mi bebé tenía...”

Orquidea refiere “ya ni siquiera ya nos preguntan cómo va creciendo el niño, qué si se está relacionado con los demás niños o pues sí está aprendiendo si está, muchas cosas que un bebé necesita aprender que le enseñe pero no como mudas (...) me dicen y señora Cómo está, Ya pues uno les contesta amablemente y uno trata de, de buscarle la conversación, más bien antes de que ellos lo hagan, antes Uno les hace la conversación para ver en qué debemos mejorar al criar a nuestros...”

Con respecto a la entrevista que realiza la enfermera con la madre de familia, es buena a regular, debería hacersele todas las preguntas posibles sobre el estado nutricional, comidas, papillas, razones de su ausencia en sus controles del niño o niña, hacer amena la atención y mostrarles interés, y permitir educar en el cuidado de sus hijos a las madres, pues de estas conversaciones y charlas podemos verificar factores de riesgos posibles que tengan los niños.

Margarita expresa “Me preguntaron si era parto normal o era por cesárea gracias a Dios fue parto normal y a pesar de que mí, se asustaron porque mi gordo nació con 4 kilos 600, me preguntaron si es que no había tenido ningún desgarro y le dije que no osea que todavía salido bien que el bebé me había salido sanito sin ninguna grasa todo eso”

Mellado C. (11), en su tesis titulada Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de cred del CMI Daniel Alcides Carrión, tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Lima, llegó a la conclusión que el nivel de satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del CMI-DAC, la mayoría es medio y bajo 68% (75) lo que se evidencia en: que el tiempo que duró la entrevista no fue el adecuado. Este trabajo guarda relación con lo expresado por las madres de familia que acuden al establecimiento de salud de san

pedro, las cuales manifiestan que el tiempo de la entrevista es muy corto, las preguntas son limitadas y algunas no realizan la entrevista.

Según el manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, la entrevista tiene como objetivo investigar factores de riesgo asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, conocer la evolución entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual, reacciones post vacunales, ambiente familiar. Y finalmente después de todo el proceso de evaluación, se realizara la consejería participativa (43).

c. Subcategoría de registro de la atención.

Dos de las entrevistadas manifestaron que algunas enfermeras si realizaban el registro de la atención.

Azucena manifiesta “... luego registraba todo lo que le realizaba a mi bebé en su carnet de control”

Orquidea refiere “como mudas llenan la tarjeta, si es de que les pongan vacunas le ponen vacunas, sino ellas tan solo nomas llenan la tarjeta”

De acuerdo a la norma técnica de crecimiento y desarrollo, los instrumentos de registro de la atención son los siguientes: (2).

- Historia Clínica estandarizada que incluye:
 - Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación del consumo de alimentos.
 - Formato de consulta.
 - Curvas de crecimiento P/E, T/E y PC.
 - Instrumento de evaluación del desarrollo de acuerdo a la edad.
 - Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Carne de atención integral del menor de 5 años.

- Registro diario de atención Integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente.
- Registro de seguimiento de atención integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).

Sin embargo dos de las madres de familia coinciden en su respuesta, pudiendo observar que las enfermeras solo llenan el carnet de control de sus hijos, pero ellas no refieren que las enfermeras llenan otros formatos a parte de ello.

Los registros de las atenciones que se realizan en los niños o niñas debería ser registrada y detalladas en la historia clínica que es el medio exacto e instrumento médico legal, nos permite evaluar la valoración en su desarrollo y crecimiento, estar pendientes de exámenes de laboratorio según su edad, brindarle una cita para su siguiente control.

d. Subcategoría de la consejería a la madre.

Dos de las entrevistadas manifestaron haber recibido consejería sobre la alimentación de su niño.

Azucena expresa “me animó a seguirle dando leche materna a mi bebé hasta que el cumpla seis meses, y me dijo que tenía que ir con el pediatra para que le hagan un chequeo a mi bebido sobre el color amarillo que no le pasaba, (...) me recomendó que tenía que sacar a mi hijito a pasear así por algunos minutos al solcito, que lo tenía que exponer a luz blanca no en luz amarilla y solamente con su pañalito cuando este en luz blanca ...” “... me dijo que era importante que siga con la leche materna, porque contenía todos los nutrientes que mi pequeño necesitaba y que me ayuda también para reforzar nuestro vínculo madre-hijo, también para prevenir la mastitis y que la

posición que yo tenía que tener al darle de lactar a mi bebé tenía que ser la correcta y el me enseñó”

Margarita manifiesta *“Me dijeron que tipo de alimentación puedo darle y no puedo darle tampoco los jugos naturales sin nada de azúcar con agua hervida que le dé en su biberón agüita hervida bien lavado su biberón y todo eso.*

De acuerdo a la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo, la consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollara de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo (2).

La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica (2).

La consejería se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal/ lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc.) (2).

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición (2).

La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad. Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto. La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas (2).

La consejería en lactancia materna, la realizan los integrantes del equipo de salud que hayan recibido la capacitación respectiva. Puede ser una actividad individual o colectiva. La percepción de consejerías de lactancia materna, debe ser de buena calidad, ya que de esta manera permite que las madres tengan conocimientos de la importancia y beneficios, cuidados esenciales del lactante y conozcan los procedimientos de la alimentación complementaria. Según el autor Gorrita R. ofrecer leche materna como único alimento al niño hasta los 6 meses, y de forma complementada al menos hasta los 2 años de vida, es reconocido como el medio ideal para lograr de forma armónica el crecimiento y desarrollo del niño, y reducir la morbilidad y mortalidad infantil (44).

e. Subcategoría de despedida y próximo control.

Una de la entrevistada manifestó que al término de los controles algunos de las enfermeras no se despiden de una manera correcta.

Azucena manifiesta “ni siquiera se despidió y me apuntó la fecha para el próximo control”

Las pacientes piden un buen trato en cada atención de sus niños y niñas, para el control de crecimiento y desarrollo, así mismo es necesario que se despidan de manera amena y preocupándose o felicitando por haber acudido al establecimiento, estar pendiente de sus controles y la enfermera en cada consulta le brinda una cita para el siguiente control de su niño(a), y reforzar la importancia del retorno para completar controles y vacunación.

El control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, es realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría en los consultorios de atención integral del niño y está guiado por un fluxograma establecido de acuerdo a la realidad local; éste debe priorizar la atención de mayor riesgo, disminuir tiempos de espera, reducir oportunidades perdidas, optimizar el uso de los recursos disponibles, etc (2).

Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y el niño. Las citas se establecen considerando los intervalos mínimos establecidos, fecha de nacimiento de la niña o niño, disponibilidad de tiempo de los padres, disponibilidad de recursos del establecimiento, etc. La frecuencia de citas se incrementa cuando se identifican riesgos o problemas en la niña o niño (2).

C. Categoría de Procedimientos para la atención integral del niño y niña

En esta categoría se han encontrado cuatro subcategorías que son:

a. Subcategoría de la evaluación del crecimiento (peso y talla).

Dos de las entrevistadas manifestaron que a su niño si les realizaron el control del peso y la talla en su control de CRED.

Rosa manifiesta *“a veces no te miden, bueno con mi hija no la midieron muy bien, un día midió ponte 75 centímetros y al siguiente mes midió 73 y entonces pues no, debe de haber una camita mejor donde los puedan medir”*

Margarita expresa *“... me le quitaron la ropita para pesarlo, lo único que si era que estaba, está con sobrepeso, me lo midieron está bien su medida el perímetro de cabecita”*

La evaluación del crecimiento y estado nutricional, según la norma técnica, se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos. La evaluación y monitoreo del crecimiento, se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) (2).

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la

tendencia del crecimiento. A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia. El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño (2).

De acuerdo a la norma técnica de control de crecimiento y desarrollo y lo que refieren las madres, las enfermeras no realizan una adecuada evaluación del crecimiento del niño o niña en cada control, puesto que en algunas oportunidades le dicen tallas diferentes de sus niños, lo que deja confundidas a las madres.

La evaluación del crecimiento por parte del personal de enfermería, deberían brindar pautas de alimentación infantil, detectar de manera oportuna los riesgos de salud, preocuparse por las inasistencias a sus controles, estar pendiente de sus condiciones físicas, problemas de conducta, y si detecta anomalías se lo hace conocer a las madres. Por norma, los controles deben hacer énfasis en la medición del peso y talla de los niños y niñas, en el logro de sus habilidades de desarrollo y en la provisión de consejería a los padres y madres de familia, constituyéndose en un espacio en donde pueden conversar sobre sus dudas e inquietudes en temas de salud, nutrición, estimulación y vacunación de sus hijos e hijas (45).

b. Subcategoría de la evaluación del examen físico.

Dos de las entrevistadas indicaron que a sus niños si les realizaron el examen físico al momento del control.

Azucena manifiesta *“le observó su carita a mi hijo y me dijo que tenía un color amarillo pero que esto iba a desaparecer conforme avancen los días (...) él lo comprobó examinando el tórax de mi bebé, las piernitas y los*

bracitos, también la carita, me hizo sacarle la ropita, le hizo una buena revisión a mi parecer, le evaluaba sus reflejos”

Rosa Expresa “... le midió hasta la cabecita, en ella si le midió la cabecita, me le estiró los piecitos, me le tocó los huesitos, le volteó la cabecita para tocarle si tenía algún, no sé, yo creo algún tumorcito, algo, todo le ha tocado muy bien, y ahí supe que mi hijita tenía un piecito medio desviado”

El examen físico, es de satisfacción buena, pues se le realizó funciones sensoriales (auditiva y visual), explicar los procedimientos que se realizan en la atención y se le orienta a la madre sobre los cuidados que debe tener en el hogar el niño.

La enfermera al iniciar el examen físico a la niña o niño, indaga, observa y busca algún signo de alarma e interroga a través de preguntas sencillas al adulto responsable, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista (2).

Explicación sencilla a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos, así como el tiempo de espera y tiempo que dura la consulta del Programa de CRED, para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen: (2).

Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, estos se usaran progresivamente según sea necesario.

- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, se le debe orientar adulto responsable de la niña o niño, sobre los cuidados de higiene, alimentación, vestimenta, ejercicios, resultados obtenidos, entre otros a fin de disminuir y evitar enfermedades que alteren el crecimiento y desarrollo.

La exploración física es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar (46).

Objetivos de la exploración:

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Técnicas de la exploración:

- Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o 8 los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- Palpación: Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de

órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: - Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. - Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. - Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire. - Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

c. Subcategoría de la evaluación del desarrollo.

Dos de las entrevistadas manifestaron que algunas de las enfermeras no les realizan un buen adecuado control del desarrollo de sus niños.

Azucena refiere “me preguntó, leyendo el carné de control del bebe si es que el realiza las actividades, yo decía sí que sí, ni siquiera lo comprobó”

Orquidea expresa “Estimulación temprana a veces le hacen a mi pequeño, a veces no porque digo eso, porque hay meses, ahora mi pequeño ya tiene va a cumplir un añito, y recuerdo que la única estimulación que me le han hecho a mi pequeño es hasta los 6 meses, después ya no, ellos tan sólo se limitan a sentarlo a sentarlos a preguntarme cómo está como le está yendo come todo”

La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad indicada y es de responsabilidad del profesional de enfermería. La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser

posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) (2).

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica) (2).

El desarrollo del niño, es de buena calidad, se tiene una participación activa de la madre y familia o apoderado del niño o niña, entablar una buena relación con los padres, de esta manera propiciar que el niño regrese a su control. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico y sumamente complejo en el que la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales conforma progresivamente las habilidades que permitirán al niño relacionarse satisfactoriamente con su entorno. La gestación y los primeros años de vida son un período crítico durante el cual la aparición de alteraciones que comprometan el correcto desarrollo del niño puede tener un impacto devastador si no se detectan a tiempo y se remedian lo antes posible. Por este motivo su detección temprana es un aspecto fundamental. Si los trastornos del desarrollo infantil se detectan en el momento en que aparecen los primeros signos su impacto será menor, puesto que se podrán poner en marcha los distintos mecanismos asistenciales y educativos y las intervenciones terapéuticas mostrarán su mayor eficacia (47).

El desarrollo fue un término referido al crecimiento físico observable a través del tamaño o la estructura de un organismo. Aplicado a las ciencias de la conducta, el desarrollo implica procesos vinculados temporalmente, con cambios progresivos del funcionamiento adaptativo. Tradicionalmente, dos posiciones han tratado de prevalecer en la interpretación de los procesos de desarrollo. Una acentúa los aspectos genéticos o constitucionales y otra pone énfasis en los aspectos ambientales, considerando al desarrollo como una forma especial de aprendizaje (4).

Sin embargo, actualmente se interpreta el desarrollo como el resultado de efectos combinados de la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo. Se caracteriza así al desarrollo como un proceso de organización sucesiva de las funciones, mediante el cual se realizan progresivamente las capacidades genéticas del organismo en relación con el ambiente. El desarrollo denota una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad del individuo. Cambio implica una transición de un estado a otro, mientras que desarrollo se refiere a los elementos dinámicos y unidireccionales del cambio; por consiguiente, el desarrollo es un proceso y el cambio un producto. El primero tiene lugar dentro de sistemas que se definen por sus estructuras dinámicas (4).

d. Subcategoría de la vacunación.

Una de las entrevistadas, refiere que cuando asiste para las vacunas de sus niños, no se les aplica, ya que no cuentan con stock de vacunas, además de no tener a los niños completos para abrir una vacuna, en el caso de las vacunas multidosis.

Azucena expresa *“luego me dijo si le habían puesto las vacunas y ya nada más”*

Orquidea manifiesta *“el problema es que cuando nos citan para las vacunas dicen que no hay vacunas o no están completos los niños, pues vuelva mañana o vuelvan en la tarde o vuelva la otra semana y ya pues y lamentablemente llegamos ese día y en realidad no nos atienden no citan para otra fecha”*

Se debe hacer un control y citas de vacunas, para hacer responsables y hacer de conocimiento a las madres según esquema de calendarios de vacunación y edad de sus niños y niñas y de las enfermedades que previene, las reacciones post vacunales y de los cuidados que debe brindar en el hogar. Siendo la vacunación una actividad preventiva que garantiza la protección de enfermedades prevenibles por vacuna, gracias al cual se ha eliminado y erradicado enfermedades mortales y discapacitantes, de la misma manera se debe hacer un rotulado de fechas de aquellas vacunas que se encuentran agotadas y realizar nuevas citas. Las enfermeras aplican las vacunas, lo que constituye una acción anticipada en beneficio del niño respaldada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.

D. Categoría Comparación entre entidades de salud (MINSA-ESSALUD)

Una de las entrevistadas comparó la atención recibida en ESSALUD y la atención recibida en los establecimientos del MINSA.

Azucena manifiesta *“Ahhh, una vez me aburrí y llevé a mi niño a su seguro al ESSALUD, y bueno habían dos enfermeros en un mismo consultorio y entraban por dos niños, por dos, dos, las enfermeras eran amables, eran jóvenes y aunque el control también no duró más de 15 minutos, las enfermeras si me saludaron con una sonrisa, eh y atendieron a mi hijo, lo pesaron y lo tallaron, si comprobaron que realizará sus actividades, pero como le digo la atención fue rápida, lo que me molestó de ahí y ya no quise*

regresar es que las colas son inmensas para la atención a los bebés, por que atienden a más de 20 niños y eso desespera porque te vas temprano y te desocupas tarde, entonces ya mejor voy acá nada más a la posta de por la casa”

Se debería tomar en cuenta las medidas que ha optado (estrategias, trato y satisfacción del usuario) de ESSALUD en la atención de los niños y niños asegurados, y poner en práctica en los establecimientos de salud del MINSA. Un nuevo procedimiento de gestión hospitalaria se implementó de entregas de citas por adelantado para el CRED en niños menores de un año, con lo que permite una vigilancia en la evolución de crecimiento y desarrollo y detectar a tiempo cambios o riesgos en la salud del menor. Además de atender y canalizar las insatisfacciones de los asegurados y usuarios, facilitando su solución inmediata para recuperar la satisfacción y protección.

El seguro social de Salud, Essalud es un organismo público, que tiene como finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos (48).

El Seguro Social de Salud o también conocido como EsSalud es la institución peruana de la seguridad social en salud, comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud. Tiene como misión ser una institución de seguridad social en salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de 11 de millones de asegurados peruanos (49).

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ENTE RECTOR del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención

del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana (50).

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud; así como de la supervisión y de brindar asistencia técnica al nivel regional para su aplicación. Los niveles de dirección institucional de los establecimientos de salud de los subsectores (EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, y privados) a nivel nacional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud; así como de la supervisión de su aplicación, en los diferentes servicios involucrados en la atención de la niña y el niño menor de cinco años, del ámbito de su competencia (2).

E. Categoría acerca de las Expectativas de la atención de enfermería.

Una de las entrevistadas refiere la expectativa que tenía acerca del cuidado, la cual refiere que el cuidado por parte de las enfermeras debería ser el adecuado, brindando un trato amable, para que ellas puedan entrar en confianza y realizar todas las interrogantes que tuvieran sobre sus niños.

Azucena expresa “Bueno yo creo que toda la atención en san pedro para el control del desarrollo de nuestros niños, deben ser como la que le cuento, del enfermero y la chica, la enfermera jovencita, deben tener paciencia para atender a sus niños, deben darse el tiempo que sea necesario para hacer un buen control para ver si el niño está desarrollando de una manera correcta, debe tener amabilidad y este deben darte la confianza para que tú les cuentes todo lo que está pasando con tu hijo, todo lo que ha pasado en el mes, y para que ellos vean si algo está fallando, porque si no te dan la confianza, tu no le vas a contar y te vas a regresar con eso a casa, por eso ellos deben abrirte esa puerta para que tu confíes en ellos y les cuentes todo, pero si tu llegas al

consultorio y encuentras una enfermera amargada, que ni siquiera te salude, entonces tu no vas a poder abrirte y contar lo que está pasando”

El personal que realiza el control de crecimiento y desarrollo requiere de capacitación y actualización permanente. La capacitación mínima que debe recibir el personal profesional y técnico es de 40 horas académicas por año.

Los contenidos mínimos de capacitación son: Crecimiento y desarrollo del niño, consejería, estimulación temprana, antropometría, nutrición materna infantil, atención integral de salud, detección y manejo de violencia, sistema de información y gestión.

Las causas de satisfacción se relacionan con el hecho de recibir algún tipo de explicación o recomendaciones por parte del personal que los atendió. La expectativa general es de recibir una explicación del motivo o del problema que ellos desconocen de la consulta y atención. Se puede definir, la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con una percepción final del servidor de salud. Esto supone que el paciente es capaz de realizar en su mente un esquema factible del servicio, el cuál le servirá para poder valorar el servicio recibido por el mismo.

La satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud, se considera un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del usuario. La satisfacción del cliente para el estudio es la percepción respecto al servicio recibido en la satisfacción de necesidades básicas, como resultados de la interacción con la enfermera y el usuario durante la estadía hospitalaria"(51).

V. CONSIDERACIONES FINALES

- La atención de enfermería en el establecimiento de salud I-4 San Pedro, se percibe como buena, referida a que cuando las madres acuden a sus consultas con sus menores hijos se les llama por sus nombres, se les orienta e indica de los procedimientos que se les realizarían de acuerdo a la edad, responden a sus preguntas y dudas sobre la nutrición de sus niños y niñas. Sin embargo también existe la contraparte, refiriendo que otras enfermeras les brindan una atención de mala calidad, ya que existen ocasiones que se omite darles pautas o charlas de los procedimientos que se le realizan en su atención de su menor hijo o hija.
- En el centro de Salud de San Pedro, existen algunas enfermeras que no dan una cordial bienvenida a las madres de familia, además no realizan una adecuada entrevista y al final del control no despiden a las madres, no dejando una puerta abierta para el próximo control; lo que conlleva a que las madres de familia no se familiaricen y no tengan la debida confianza para explicar ciertos problemas o debilidades de sus hijos y además que se sienten inseguras de la atención que se les brinda, corriendo el riesgo de que esa madre no asista para su próximo control.
- De acuerdo al control del peso y talla en el control de crecimiento y desarrollo (CRED), se considera que las enfermeras si realizan el exámen físico al momento del control y que algunas de ellas no les realizan un buen adecuado control del desarrollo a los niños. Lo que conlleva a que las enfermeras no perciban a tiempo ciertos problemas de los niños atendidos y no refieran a tiempo para su recuperación oportuna.
- Al comparar la atención recibida en ESSALUD y la atención recibida en los establecimientos del ministerio de salud (MINSAL), se puede deducir que la atención recibida en ESSALUD es mejor que la recibida en el MINSAL.

- La expectativa que se tiene acerca del cuidado, es que el cuidado por parte de las enfermeras debería ser el adecuado, brindando un trato amable, empático, para que las madres puedan entrar en confianza y realizar todas las interrogantes que tuvieran sobre sus niños.

Recomendaciones.

Esta Investigación permite al Establecimiento de Salud San Pedro ampliar conocimientos de situación actual, motivando a los profesionales de enfermería, establecer una atención integral e integrada con valores de excelencia en los cuidados y atenciones de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de un año.

Formular estrategias por parte del profesional de enfermería para mejorar la calidad de atención a los niños en su Control de Crecimiento y Desarrollo y así lograr que las madres se sientan bien atendidas.

Realizar estudios de tipo cuantitativo o cualitativo que permitan obtener resultados, para crear un sistema evaluador de la calidad de los diferentes servicios ofrecidos a la población de la jurisdicción de San Pedro.

Referencias bibliográficas

1. Urbano C. Módulo Para El Control De Crecimiento Y Desarrollo De La Niña Y Niño Según las Normas Del Ministerio De Salud. [Módulo en Internet]. 2008 Agosto. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_general/modulo_cred_0.pdf
2. MINSA. Normas técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. [Norma en Internet]. 2011. Junio. [citado 1 marzo 2016]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/N_CRED_MINSA2011.pdf
3. Gutiérrez R. La Satisfacción del Paciente como medida de la Evaluación de la Calidad Percibida. Toledo, 2003.
4. OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. 2 ed. Washington. Copyright. 1994.
5. ENDES. Situación de la primera infancia en Piura. [noticia en Internet]. 2012 Oct. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/1502/0>
6. Oficina de Estadística e Informática. Establecimiento de Salud de San pedro. Piura. 2016.
7. Pineda M. Satisfacción de la madre con el cuidado de enfermería del niño sano. [Tesis para optar el grado de maestra en ciencias de la enfermería]. Tampico. Universidad Autónoma de nuevo León. 2004. [Tesis en Internet]. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149420.pdf>

8. Garzón M. Estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz en niños/as de 0 a 24 meses. Control de crecimiento y desarrollo en el hospital Asdrúbal de la Torre-Cotacachi en el 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Ecuador. Universidad técnica del norte. 2013. [Tesis en Internet]. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3460/1/06%20ENF%20570%20TESIS.pdf>
9. Barbaglia A. Evaluación de la Calidad de Atención en el Servicio Materno Infantil del Hospital El Bracho Octubre 2005 – Marzo 2006. Tucumán. Universidad nacional de Tucumán [Tesis en Internet]. [citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/elii/Documents/NATY/MAESTRIA%20NATALIA/Barbaglia%20Navarro.pdf>
10. Guevara S. Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la red de ESSALUD San José 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San marcos. 2013. [Tesis en Internet]. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/1040>
11. Mellado C. Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de CRED del CMI-Daniel Alcides Carrión. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San marcos. 2007. [Tesis en Internet]. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2689/1/Mellado_hc.pdf
12. Vílchez C, Mogollón F. Percepción de las madres adolescentes sobre el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, Lambayeque-2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería].

- Perú. USAT. 2013. [Tesis en Internet]. [citado 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/465.pdf>
13. Espinoza M. Percepción de la madre de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional-Piura, 2014. [Tesis para optar el grado de magister en ciencias de enfermería]. Piura. ULADECH. 2015.
 14. Maza L. Nivel de satisfacción sobre consejería nutricional de las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Nueva Esperanza-Piura. Agosto-Diciembre del 2015. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura. UCV. 2015.
 15. Loncharich N. El cuidado enfermero. Rev enferm Herediana. [Revista en Internet]. 2010. [citado 1 marzo 2016]. Disponible en:
 16. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
 17. Aguilar O, Carrasco M, García M, Saldiva A, Ostiguín R. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. [Artículo en Internet]. 2006. [citado 19 noviembre 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/elii/Downloads/30289-64726-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/elii/Downloads/30289-64726-1-PB%20(1).pdf)
 18. García M, Hernández Y, Gómez B, García A. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor. . [Artículo en Internet]. 2006. [citado 19 noviembre 2016]. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_DEL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf

19. Moreno A. La calidad de la acción de Enfermería. [Artículo en Internet]. 2006. [citado 19 noviembre 2016]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/522/536>
20. Decreto Supremo N° OO4 – 2002 – SA. Reglamento de la Ley N° 27669. 22 /VI/2002
21. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española, Madrid, España, 2000, pág. 1041.
22. Bejarano M. Percepción de los profesionales de enfermería y las gestantes, sobre la asesoría en VIH en una ese de primer nivel de Bogotá distrito capital. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería. Bogotá D.C. 2010. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2454/1/marthapatriciabejaranobeltran.2010.pdf>.
23. Mariobo D. Calidad de la Hoja de Registros de Enfermería en el Servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología. Gestión 2007-2008. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición, Tecnología Médica. Unidad de Postgrado. Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería. La Paz, diciembre 2009. <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3644/1/T-PG-640.pdf>.
24. Sierra L. Promoción Del Crecimiento Y Desarrollo En La Primera Infancia: Buenas Prácticas Y Lecciones Aprendidas Del Programa Buen Inicio. 1 ed. Lima, julio de 2011 citado: <http://www.unicef.org/peru/spanish/buen-inicio-crecimiento-desarrollo-en-primera-infancia-unicef.pdf>

25. Ludke M, Andre E. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986.
26. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir- 1989.
27. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, ses potentialités. Cahiers internationaux de sociologie. 1980; (69):197-225.
28. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro. 1984; 27(1):5-28.
29. Kolhi M. Biografia: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981; 61-75.
30. Minayo M. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
31. Rodriguez G, et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999; 57-61.
32. Chizzotti A. Pesquisa Em Ciências Humanas E Sociais .4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
33. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Edicao especial. Rev. Bras. Marilia. Maio-ago, 2004; 1(2): 235-250.
34. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, 1988; 44.
35. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.

36. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 1988; 70.
37. Hernández R. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill [Artículo en internet]. 2003 [Citado 7 diciembre 2013]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
38. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 21 enero 2012]; 11. Disponible en URL: www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
39. OPS/OMS. Semana de la Calidad en Salud 2013 “X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud” “IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud”. [Citado 7 diciembre 2013]. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf
40. MINSA. Manual de Procedimientos para el Control de Crecimiento de la Niña y Niño. Perú. 2005. Disponible en URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/manual_CRED.doc
41. Gorrita R. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2014 Sep [citado 31 de enero de 2015]; 86 (3): 50–58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la implementación de listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal. [Norma en Internet]. 2008 Marzo [citado 31 de enero de 2015]; Disponible en:

<http://www.renavisan.ins.gob.pe/norma-t%C3%A9cnica-de-salud-para-la-implementaci%C3%B3n-del-listado-priorizado-de-intervenciones-sanitarias>

43. MINSA. Manual de Procedimientos para el Control de Crecimiento de la Niña y Niño. Perú. 2005. Disponible en URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/manual_CRED.doc
44. Gorrita R. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2014 Sep [citado 31 de enero de 2015]; 86 (3): 50–58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la implementación de listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal. [Norma en Internet]. 2008 Marzo [citado 31 de enero de 2015]; Disponible en: <http://www.renavisan.ins.gob.pe/norma-t%C3%A9cnica-de-salud-para-la-implementaci%C3%B3n-del-listado-priorizado-de-intervenciones-sanitarias>
46. Fundación para el desarrollo de enfermeira. Valoración de enfermería. [Documento en Internet]. 2012 [citado 7 de mayo 2017]; Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
47. Tea-Ediciones. La Evaluación Del Desarrollo Infantil. [Documento en Internet]. 2011 [citado 7 de mayo 2017]; Disponible en: <Http://Www.Web.Teaediciones.Com/Lineaabierta/Liab2011.Pdf>
48. Susalud. Essalud. [página en Internet]. 2012 [citado 14 de mayo 2017]; Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/essalud>

49. Essalud. Seguro social del Perú. [página en Internet]. 2010 [citado 14 de mayo 2017]; Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Seguro_Social_de_Salud_del_Per%C3%BA
50. Ministerio de salud. Fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud de Peru y Brasil. [página en Internet]. Setiembre 2011 [citado 14 de mayo 2017]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia02.pdf>
51. Ramírez M. La atención de enfermería. [Monografía en Internet]. Setiembre 2006 [citado 14 de mayo 2017]; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos95/atencion-enfermera/atencion-enfermera.shtml>

Anexos



ANEXO 01

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVA SOBRE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE UN AÑO QUE ACUDEN AL CONTROL DE
CRED-PIURA, 2016**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Edad: _____

Estado civil: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la atención de Enfermería que recibió en el consultorio de CRED.



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción y expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Natalia Estrada Yamunaque, bajo la orientación de la Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Determinar la percepción y expectativa sobre la calidad de atención de Enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo.

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, a las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo en el establecimiento I-4 San Pedro-Piura.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

A las madres que desean participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Lic. Natalia Estrada Yamunaque

Yo:.....mediante los
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Firma de la entrevistada