



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN DE LA MADRE DE NIÑOS SOBRE EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN
NUTRICIONAL-PIURA, 2014**

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

AUTORA:

Lic. MARÍA GUISELA ESPINOZA CORDOVA

ASESORA:

Mgr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PIURA – PERÚ

2015

ASESORA Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. Blanca Emeli Huaylla Plasencia
PRESIDENTE

Dra. Nelly Teresa Córdor Heredia
SECRETARIA

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti
MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y mostrarme el camino que debo seguir, por brindarme la fortaleza necesaria para no dejarme abatir; a mi madre: María por su amor y su comprensión.

A mi esposo por ser la persona más importante en mi vida y es el quien me apoyo y brindo su confianza y consejos cada día, por ayudarme a luchar por mis metas.

María Guisela

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme
la fuerza de seguir adelante.

A la Universidad Católica Los Ángeles
de Chimbote por la dedicación de
formar profesionales competentes en el
campo de la salud.

A Mgtr Sonia por su
asesoramiento, dedicación y
apoyo constante para poder
hacer realidad este informe de
tesis.

A las personas que hicieron posible
realizar esta investigación, en calidad de
entrevistados. .

María Guisela

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo conocer la percepción de las madres sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional; fue 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, se realizó la pregunta norteadora: ¿cuál es la percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional?; ¿qué expectativas presentan las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional? La saturación de datos y comprensión del significado fueron los criterios para el número de observaciones y entrevistas. Se realizó el análisis temático de las categorías: experiencias previas en la atención, experiencias previas en la evaluación, calidad de atención, orientación en lactancia materna, alimentación complementaria, estimulación temprana, administración de micronutrientes, visitas domiciliarias, interferencia en la nutrición. Llegándose a las siguientes conclusiones: 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.

PALABRAS CLAVES: Cuidado de enfermería, dimensión nutricional, madre, percepción.

ABSTRACT

This research aims to know the perception of mothers about its nutritional dimension nursing care, it was of a qualitative nature and the method used was life history; the sample was conformed by thirteen mothers with children under three years, mostly young adults, continually consulting nursing in the control of growth and development of the child. The technique of data collection was interview open to every mother's family, was the norteadora question, which is the perception of the mothers of children on its nutritional dimension nursing care; what expectations have the mothers of children in the care of nursing in its nutritional dimension, the saturation of data and understanding the meaning were the criteria for the number of observations and interviews. The thematic analysis of the categories; previous experiences in care, previous experiences in the evaluation, quality of care, guidance on breastfeeding, complementary feeding, early stimulation, administration of micronutrients, home visits and interference in nutrition. Reaching the following conclusions, most mothers perceive as important nursing care in its nutritional dimension, they have basic knowledge of breastfeeding, and the commencement of supplementary feeding, some of them express importance of micronutrient supplementation and the inclusion of skills in early stimulation, few refer that nursing care focuses the procedure and not the user.

KEYWORDS: Nursing Care nutritional dimension

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	9
III. METODOLOGIA	13
3.1 Tipo.....	13
3.2 Método.....	13
3.3 Sujetos de estudio.....	19
3.4 Escenario de estudio.....	21
3.5 Técnicas de recolección de datos.....	22
3.6 Análisis de datos.....	28
IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO	32
V. ANÁLISIS TEMÁTICO	35
5.1 Experiencia previa.....	35
5.2 Orientación.....	38
5.3 Suplementación de micronutrientes.....	42
5.4 Interferencia del estado nutricional.....	44
VI. CONSIDERACIONES FINALES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	55

I.-INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo analizar el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional a partir de la visión de las madres que acudieron con sus hijos a la consulta de enfermería en el establecimiento de salud Santa Julia - Piura, 2014.

El cuidado infantil es el conjunto de acciones integrales, articuladas y secuenciales, dirigidas a lograr en los niños y niñas, un crecimiento adecuado y desarrollo normal en sus capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales respetando sus derechos, revalorando su cultura e incorporando aspectos de género (1).

La literatura especializada en el tema señala que la consulta de enfermería es una forma de cuidado, de asistencia sistematizada y diferenciada que se ofrece a la población. Del mismo modo los autores advierten respecto a la posibilidad de confundir la consulta de enfermería con la realización de procedimientos tales como mediciones antropométricas y valoración de signos vitales, entre otros (2).

A lo largo de las transformaciones del proceso histórico-social, económico y cultural hubo una significativa mudanza en comprender al niño(a) y, consecuentemente, la manera de desarrollar el cuidado de su salud. El niño era visto inicialmente como un adulto en miniatura, con poca valorización de sus singularidades, pasó en los últimos ciclos, a ser percibido como un ser con potenciales para su crecimiento y desarrollo saludable, con especificidad en su momento vivido y principalmente como miembro del grupo familiar.

Estas transformaciones fueron acompañadas, aun, por los cambios en el paradigma norteador del área de salud, una vez que el modelo biomédico se mostró insuficiente para dar cuenta de la complejidad existente en el proceso salud-enfermedad y sus intersecciones con las cuestiones políticas, económicas, además de la poca satisfacción con la ciencia positivista (3).

Se considera a la madre y la familia como agente de salud de mayor nivel, ya que es cuidadora primaria por el conocimiento que tiene de su propio hijo y por el tiempo y amor que le dedica; en consecuencia, es la persona adecuada para intervenir en el cuidado del niño (4).

En el Perú, el cuidado y la atención de la problemática infantil es una de las prioridades de las políticas del sector salud; surgiendo además las grandes limitaciones del Estado Peruano en el financiamiento y organización en la prestación de un servicio tan delicado como el cuidado infantil.

El Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud en nuestro país, dentro de sus políticas de salud, utiliza como estrategia la atención integral con el propósito de mejorar la problemática alimentaria-nutricional brindando las actividades preventivo-promocionales, con el fin de optimizar las intervenciones a favor de una adecuada alimentación y nutrición de la población más vulnerables (5).

La Proporción promedio de casos de desnutrición crónica, a nivel nacional según patrón de referencia (NCHS) durante el 2013 es de 16.0% entre los niños menores de 5 años. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapezio andino y en el norte del país, mientras que las menores proporciones están en Lima, Callao y la costa sur del país. La desnutrición global es de 6.7%, la desnutrición aguda es de 1.3%, sobrepeso es de 4.3%, obesidad 1.4%. (6)

En el distrito de Piura en el año 2013 en las estadísticas en menores de 5 años refleja que la desnutrición aguda (2.7%) la desnutrición crónica (8.9 %) la desnutrición global (3.0%) obesidad (3.3%) sobrepeso (7.2%) (7).

A nivel local en el asentamiento humano Santa Julia que pertenece a la jurisdicción de ESS I-4 SANTA JULIA en el 2013; la desnutrición aguda (2.9%) desnutrición crónica (6%) desnutrición global (2.5%) obesidad (2.5%) sobre peso (1.4%) en niños menores de cinco años (8).

Uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil es la desnutrición que hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ella y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura (6).

En definitiva determinar de qué forma perciben las madres el estado nutricional real, la ingesta alimentaria de niños e indagar como es realmente la ingesta alimentaria que permitirá orientar a futuro diferentes programas de prevención y la realización de talleres de educación nutricional a padres para la formación de un adecuado estado nutricional, y la incorporación de hábitos alimentarios saludables.

Estos hechos confirman que es necesaria una inmediata y oportuna intervención de enfermería con actividades especialmente de educación en salud como herramienta importante para influir en una conducta adecuada y duradera en las madres para convertirlas en participantes activas en el cuidado integral del niño.

Ante tales consideraciones se creyó conveniente realizar la investigación cualitativa “Percepciones de las madres sobre el cuidado de enfermería en el niño en su dimensión nutricional en el establecimiento de salud I-4 Santa Julia Piura 2015”

Teniendo en cuenta sus vivencias experiencia, sentimientos, actitudes, significados, concepciones, a través de los testimonios brindados por las madres, y luego con los hallazgos establecer una alianza de saberes y construir modelos, proyectos de intervención orientados a mejorar la salud integral del niño y por consecuencia lograr una buena calidad de vida.

Con esta horizontalidad y unidireccionalidad entre las profesionales de la ciencia del cuidado con las usuarias, colocan el saber de la madre subyacente al saber científico que nordea la práctica de los profesionales, así como también la docencia, la investigación y la gerencia de los servicios orientados al cuidado integral del niño.

Investigadores han demostrado que diversos factores que influyen en el estado nutricional son expresados por los cuidados insuficientes de la mujer al niño, con prácticas inadecuadas de alimentación, se encuentra la lactancia materna y la alimentación complementaria en los primeros años de vida.

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio la percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional – Piura, 2014.

En ese sentido, se formuló algunas preguntas norteadoras, como vertientes del estudio:

Cuál es la percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional?

Que expectativas presentan las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional?

Con base en esos cuestionamientos es que se formularon los siguientes objetivos:

Identificar la percepción y expectativas de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional.

Analizar la percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional.

Para un cuidado humano, ético y solidario, es fundamental repensar acerca de las relaciones de los cuatro elementos: el cuidador en enfermería, el niño, la madre y la familia. Vale por tanto destacar que Enfermería Pediátrica considerando los desafíos de la contemporaneidad, tiene la posibilidad de desarrollar una práctica que tenga como premisa vislumbrar al ser humano en su condición existencial, y percibir a la familia con necesidades de cuidado; de potencializar para ser más y posibilitar el estar mejor, por medio del encuentro vivido y dialogado, de la actitud de ayuda y de las acciones compartidas, presupuestos encontrados con el enfoque humanístico (3).

El estudio permite además, recrear, relacionar y evaluar el saber y la práctica profesional obteniéndose modificaciones y transformaciones en la actuación de enfermería, en la enseñanza y en los servicios de salud al niño y familia, en un contexto político y socio-cultural, que posibilite la apertura de nuevos escenarios de aprendizaje, de investigación, estudio y, de trabajo en el área de enfermería a través del cuidado como paradigma innovador en la gestión y en la asistencia a la salud de la mujer y niño en la perspectiva de género.

Durante el primer año de vida, las funciones de los órganos y la composición del cuerpo experimentando cambios espectaculares relacionados con el desarrollo. Esta rápida velocidad de crecimiento y desarrollo impone necesidades nutricionales únicas a sus necesidades de mantenimiento, ya relativamente elevadas (9).

Como Docente permite proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera, pueda resolver situaciones prácticas y problemas de salud relacionado con la alimentación-nutrición basadas en el proceso de atención de Enfermería.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.-Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Restrepo S. (10), Realizó un estudio con el propósito de conocer las percepciones de escolares, padres y maestros frente a la alimentación y el estado nutricional del escolar, para ello se utilizó la perspectiva de etnografía focalizada. El estudio se desarrolló en la Escuela Tomas Carrasquilla de la zona de Aranjuez de Medellín, Colombia. Los informantes fueron 29 escolares, 16 madres de familia y 12 profesores de la institución educativa. En el estudio se encontró que en un medio con carencias y con alto grado de violencia social, se desarrollan diferentes estrategias de vida para afrontar la situación alimentaría tanto en el orden familiar como escolar. Los niños que viven en estas circunstancias de precariedad, tienen diferencias en su estado nutricional marcadas por el cuidado y que generan diferentes percepciones frente a la corporeidad y frente a la perspectiva de futuro del escolar.

Alvarado C, López M. (11), Realizó el estudio de Hábitos Alimenticios en niños y adolescentes de 3 a 16 años de edad de la Escuela “Antonio Ante” del Recinto Yaguachi. Los objetivos planteados para determinar las causas de los inadecuados hábitos alimenticios de los niños y adolescentes. La investigación fue descrita, proyectiva y factible, se empleó material bibliográfico y de campo que se realizó en la Escuela “Antonio Ante” Del Recinto, los instrumentos de recolección y procesamiento de la información permitió el análisis y explicación de la problemática para mejorar la calidad de alimentación de niños y adolescentes. Por tanto se recomienda diseñar un proyecto que incluya contenido sobre educación de salud, para fomentar la dieta saludable en la casa y en el bar escolar para de esta manera disminuir riesgos nutricionales de los niños y adolescentes que están en plena etapa de

crecimiento y desarrollo; el desarrollo de talleres para padres, para incentivar a los mismos a preparar los alimentos de una forma higiénica y sana empleando pocos recursos económicos pero en alimentos nutritivos para que de esta manera disminuyan los riesgos nutricionales a futuro.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Sánchez S.(12), El presente estudio “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“, tiene como objetivo general: Determinar la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED, y como objetivos específicos: Identificar la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED en las dimensiones interpersonal y de entorno (confort). El estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 150 madres. El instrumento utilizado en la presente investigación fue un formulario tipo cuestionario (Escala de Lickert modificada), la técnica fue la entrevista. Los resultados de la presente investigación fueron: la percepción que tienen las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED, 50% percibe la atención como medianamente favorable, 31% favorable y 19% desfavorable; en la dimensión interpersonal, 45% tienen una percepción medianamente favorable, 31% percepción favorable y 24% percepción desfavorable; en la dimensión del entorno, 58% percibe la atención como medianamente favorable, 27% tiene una percepción favorable y 15% percibe la atención como desfavorable. Por lo que se concluye que la percepción de la mayoría de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED es medianamente favorable.

Flores Y, Ortiz R, Cárdenas V, (13), El estudio fue analizar el cuidado de enfermería del niño sano (CNS) y distinguir si se trata de cuidado centrado en procedimientos o centrado en el usuario. Los conceptos del proceso de trabajo de enfermería y micro política del trabajo en salud fundamentaron el presente estudio cualitativo. Se realizó observación sistemática directa a 87 consultas de CNS en una Unidad de Medicina Familiar y entrevista semi-estructurada a 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta de CNS. La saturación de datos y comprensión del significado fueron los criterios para el número de observaciones y entrevistas. Se aplicó análisis temático. Se encontró que la actividad se centra en procedimientos, lo que no puede ser considerado CNS. Las madres valoran la atención integral y solicitan información del crecimiento y desarrollo de su hijo. Se recomienda abordar tópicos educativos y establecer relación de confianza que permita brindar cuidado centrado en el usuario.

Investigación actual en nuestro ámbito

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Castillo G. (14), Realizó un estudio sobre déficit intelectual en los niños; y, en relación a la nutrición, La muestra es de 507 niños beneficiados son de 14 caseríos de la margen derecha del río Piura. Así es como fomentaron, principalmente en las madres, la capacidad de conseguir sus propios alimentos: se empezó con la crianza de patos y cuyes, y en el cultivo de alimentos a través de biohuertos. Se elaboró inicialmente un diagnóstico del estado nutricional de todos los niños del Medio Piura menores de 5 años, así como los factores sanitarios que suelen empeorar esta enfermedad, como diarrea y parasitosis intestinal. Con este diagnóstico se trazó un plan de trabajo que tenía los siguientes pilares: 1) Vigilancia Nutricional, 2) Atención médica gratuita tanto a las madres gestantes como a los niños, 3) Recuperación del déficit intelectual, 4) Educación Materna, 5) Auto sostenimiento Alimentaria, 6) Fortalecimiento de las organizaciones comunales de base. Asimismo, se les capacitó en la preparación de alimentos

a bajo costo pero con alto potencial nutritivo. Todo lo anterior contribuyó a la recuperaran al 98% de niños en estado de desnutrición y se consiguió también una recuperación intelectual al 82% en el total de niños captados.

2.2 Bases teóricas

En base al objeto de estudio las concepciones que servirán de base en la teorización del estudio son: cuidado de enfermería (15); crecimiento del niño (16).

La teoría de Enfermería humanista, elaborada por Paterson e Zderard (15), se presenta como un modelo teórico- práctico, emergente de las inconformidades con la línea positivista y con el modelo biomédico asistencialista que hegemoniza.

Vislumbra la posibilidad de lanzar una mirada al ser que necesita ayuda y al ser que está dispuesto a ayudar; el ser que cuida es un ser con disponibilidad de un modo de ayuda y el ser cuidado es un ser con necesidades, presentando el cuidado de enfermería como un encuentro vivido y dialogado.

El cuidado propuesto por la teórica, busca entre otras describir y comprender lo vivido y experimentado tanto en forma individual como colectiva, comprendiendo sus potencialidades y limitaciones.

Entienden las teóricas que la enfermería, como disciplina humana, posibilita el encuentro, considerando que la presencia significa estar abierto de manera recíproca a toda experiencia.

Describen también la práctica del cuidado como una mixtura de ciencia y arte, considerando que ambas tienen papeles esenciales en la Enfermería humanística, configuran una relación auténtica entre los seres y que precisa

envolver el estar con el otro, la presencia genuina en el mundo de la vida de la enfermería (15).

Cuidar es voluntad y gesto de dar de sí para los otros, más allá de las cosas o de las acciones. El cuidado es dado en el momento oportuno. Cuidar es acompañar al otro como un legítimo otro para alcanzar la concreción de su dignidad humana, para identificarse con sus espacios de vida, con la tierra y con toda vida que pueda existir en ella.

La preocupación en entender el desarrollo del niño ha conducido al estudio de muchas teorías, dentro de ellas se destacan: “el nacimiento de la inteligencia en la niñez” de Piaget (16).

Según Piaget (16), cuando el niño llega a la etapa pre-escolar, ha superado los peligros de la infancia para entrar en una etapa más saludable de la vida; es un período de crecimiento y desarrollo físico, cognoscitivo y lingüístico, lo cual le permite descubrir, inventar, curiosar y desarrollar tipos de conducta socioculturales. Puede cuidarse mejor, empieza a desarrollar un concepto de sí mismo así como su identidad, adquiere roles de género y se muestra interesado en jugar con otros niños (17,18).

Si la familia constituye el primer agente de socialización, transmisión y aprendizaje de modelos de identidad, conductas, actitudes y valores, es allí donde se aprende tempranamente la desigualdad entre sus miembros y que tiene efectos difíciles de modificar, aún con la influencia del campo de género, que nos proporciona varios puntos de partida que permita entender a la sociedad que el ser humano es igual y debe promover que la mujer y el hombre son herramientas importantes en el desarrollo de nuestra sociedad y nuestro país (19).

La enfermera es responsable de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo

vital. Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población en la infancia y se desarrollan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuada (20).

Modelo de interacción para la salud propone la importancia del cuidado del niño en la atención que debemos ofrecerles y cuales factores influyen en su crecimiento y desarrollo del mismo, tomando en cuenta los componentes que determinan una teoría analizamos la misma y logramos adquirir nuevos conocimientos en el cuidado infantil en su dimensión nutricional (21).

En la nutrición el niño comienza a definir su personalidad y a demostrar su independencia, se mueve libremente y permite escoger los alimentos que quiere comer. Aunque el niño está todavía creciendo, la velocidad con la que crece es menor que en los 12 primeros meses de vida. Al final del tercer año de edad, tanto las niñas como los niños alcanzan el 50 por ciento de su estatura adulta.

Son capaces de beber con sorbete y de comer con cuchara, puede distinguir claramente los diferentes sabores, texturas, y colores, que puedan satisfacer su apetito. El factor más importante es que los diferentes alimentos hagan frente a sus necesidades energéticas.

Entra en juego la influencia de los hábitos alimenticios de su familia y de las personas que le rodean. Todas las experiencias alimenticias pueden tener importantes efectos en los alimentos que le gustarán o no y en los hábitos alimenticios de su vida posterior. No se debe ir con prisas en las horas de la comida, sino que hay que darles de comer relajadamente y preparar el terreno para que sus actitudes hacia la comida sean sanas (22).

La Norma Técnica de salud define el crecimiento como 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.

El control de crecimiento es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento de la niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna.

El profesional de enfermería utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicando instrumentos de evaluación para la valoración del crecimiento físico, que permite además verificar si existen factores que pueda interferir en la alimentación de niños o niñas.

La Evaluación del crecimiento y estado nutricional 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 éste se da a través de los establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad.

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas. Las mismas que son tomadas en cada contacto con los servicios de salud y son comparadas con los patrones, determinando la tendencia del crecimiento (23).

III.-METODOLOGÍA

3.1 Tipo

La investigación se caracterizó por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke M, André E (24), 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 investigada”.

3.2 Método

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permite un mayor acercamiento con las madres entrevistadas, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio para contar de su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (25).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “historie”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux D. (26), 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 las madres sobre el cuidado de enfermería.

“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. Esta autora resalta que es a subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género” (25).

“La diferencia fundamental del método historia de vida para otras 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 e dialéctica” (25).

Corroborando dicha aseveración, Camargo A. (27), 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.

KohliM. (28), 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 (futuro-orientadas) por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo M. (29), 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. (27), 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 obscuras 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 fornecidas por las entrevistas” (27).

“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 actua” (27).

Bertaux D. (26), 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.

Camargo A, et al. (27), 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” (27).

Pujadas Apud Rodríguez G, et al. (30), 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, que una vida es inseparablemente el 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. (31), fue introducida en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znanieski, 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	
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMERE Z	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 gestante VIH positivo en relación a su suero positividad	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las	Disertación de maestría

		instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador	
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	SPÍNDOLA, 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 termino en un hospital amigo del niño	Tesis de doctorado
2006	WYZYK OWSKI, 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 estudio

Los sujetos de la investigación fueron 13 madres de niños que acuden al control de crecimiento en el establecimiento de salud I-4 Santa Julia que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación firmando el termino de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según BertauxD. (26), 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 principio 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 (26).

Como muestra el cuadro abajo las madres fueron indicados en el estudio por nombre ficticios los seudónimos nombre de vírgenes es modelo perfecto de todas las virtudes: Fe, confianza en Dios, humildad, espíritu de servicio, caridad, generosidad, discreción, prudencia, lealtad, laboriosidad, pureza; las edades de las madres varían de 5 casadas,7 convivientes,1 soltera, entre 18 a 47 años como mínimo, 1 a 5 hijos como máximo, entre 9 meses y 3 años de edad ,4 masculinos y 9 femeninos.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	ESTADO CIVIL	EDAD MATERNO	Nº HIJOS	DX DE HIJO	EDAD	SEXO
J.A.P	S	33 ^a	03	Sano	1.10	F
B.F.S.C	Conv	30 A	2	Sano	11M	M
M.Q.P	Conv	33 A	3	Sano	1.3 ^a	F
M.Q.L	Casada	47 A	3	Sano	11M	F
R.Q.L	Casada	35 A	2	Sano	3 A	F
T.S.S	Casada	38 A	4	Sano	9M	F
A.V.A	Conv	44 A	5	Sano	9M	F
E.Y.R.D.	Conv	18 A	1	Sano	9M	F
M.S.P	Casada	33 A	2	Sano	3 A	F
Y.T.M	Casada	43 A	2	Sano	6m	M
C.M.N	Conv	30 A	2	Sano	1 ^a	M

F.L.M	Conv	32 A	2	Sano	7m	M
Y.O.J	Conv	19 A	1	Sano	2 ^a	F

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Programa Articulado Nutricional del EE.SS I.4 Santa Julia Piura donde el profesional de enfermería desarrolla actividades preventivo promocionales que facilito la aproximación a los sujetos de estudio.

El establecimiento de salud I-4 Santa Julia funciona las 24 horas, en las especialidades de medicina general, pediatría, enfermería, obstetricia, odontología, psicología, laboratorio y actividades preventivas. Cuenta con personal médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, psicólogos, odontólogos, laboratorista, obstetricia, administrativos y de limpieza en un total de 36 trabajadores.

El servicio de enfermería cuenta con un solo ambiente del Articulado Nutricional, brindando atención integral con personal de enfermería profesional nombrado y contratados por modalidad, con atenciones diarias, en los turnos mañana y tarde, en un ambiente de trabajo inadecuado, por lo que es imposible emplear el tiempo necesario para la gran demanda de pacientes.

Si bien existe la preocupación en mejorar la calidad de atención de salud, en el niño previniendo la Anemia en niños menores de 3 años, por lo que actualmente el estado viene invirtiendo en la suplementación de micronutrientes.

El personal de salud cumple un rol muy importante en los servicios de salud, con diversos problemas como el déficit de recursos humanos, problemas financieros, capacitación, reasignación, etc. es probable que esto influya en sus actividades y en el trato al usuario externo.

3.5 Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó para la recolecta de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las 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, cabiendo 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 la entrevista abierta, permite que la conducción del estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión de mundo. Al envés de responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, la forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente (32).

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. Es 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 e evaluativa (32).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes de más nada, aprendiz de la verdad del otro. Ora, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí 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 (33).

“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 colocaciones, el entrevistador irá formulando cuestiones o tejiendo 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” (32).

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 los sujetos fueron recogidos por entrevistas personalmente, configurando de esta forma, documento primario. Fue desarrolladas en un ambiente de la institución del centro de salud de Santa Julia en el servicio que corresponde a enfermería, en el domicilio del investigador con la presencia del sujeto de estudio y del investigador, se marcó un horario de su preferencia al medio día 12am hora que tienen el tiempo para desarrollar dichas entrevistas, realizadas en el período del 1 al 30 de julio del 2014.

Bertaux D. (26), 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, la ambientación ocurrió en el servicio de enfermería en el articulado nutricional con madres que llevan en forma oportuna al control de crecimiento y desarrollo del niño sano con previa cita y se explicó el objetivo de dichas entrevista para beneficio del niño

Antes de iniciar la entrevista el sujeto de estudio fue informado 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 desnecesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux D. (26), resalta la importancia del sujeto ser informado del interés en el conocimiento del investigador, sea a través de este, o por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunos sujetos de estudio se mostraron preocupados con el contenido del habla y en hablar cosas que consideran importantes para el entrevistador. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a manifestarlo que consideran importante para la vida de ellos, aclarando que todo que ellas hablasen, con certeza, sería relevante.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista aclaré que la entrevistada tenía libertad para hablar sobre lo que sintiese voluntad y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. Deje a

voluntad para hacer incluso cualquier indagación sobre el futuro. El objetivo de la conversación inicial sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvo la finalidad de hacer con que el sujeto de estudio iniciase su discurso por acontecimientos mas representativos de su vida. Pedi que me contase todo sobre su experiencia. Todo sobre percepción en la atención de enfermería. Todo aquello que tambien tuviese relación con eso. Se solicitó que ella reflexionase desde su infancia hasta los días actuales y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su historia de vida y de su condición de madre. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, el día 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 cuidado de enfermería que recibió su hijo cuando fue al control de niño sano” 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 formal y en determinados casos bastante contraído. La receptividad fue excelente, al inicio de la entrevista percibi, 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 disminuyo.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada sujeto de estudio dos fueron los comportamientos identificados:

Interés en demostrar relajación, aceptación de la problemática y demostrar que habían superado la fase inicial de negación y que convivía con la situación con naturalidad. Nerviosismo, tensión y dificultad en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo.

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 el sujeto de estudio quería decir exactamente.

Por momentos, sentí la necesidad de estimular a los sujetos de estudio para hablar más sobre determinados aspectos por ellos abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. AtkinsonR. (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 (32), 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 verifique que la duración vario entre 15 minutos a 1 hora 30 minutos. Santos et al (32), afirman que no hay duración limite 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 cerrar el proceso de entrevista, agradecía la participación de los sujetos de estudios 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 AtkinsonR. (34), comenta que: para la gran mayoría de las personas, dividir las historias de vida es cualquier cosa que ellas realmente quieren hacer. Todo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a los sujetos de estudio 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 AtkinsonR. (34). Todos sujetos de estudio solicitaron la entrevista, pero nada fue alterado.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de los pacientes, 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. BertauxD. (26), 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 coloco la fecha y señalada su duración.

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 re escucha, 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 la madrenos 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 (32), a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

3.6 Análisis de los 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 (36). 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 paciente sujeto de estudio 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 registrar que para agrupar las categorías, utilizaremos una técnica de sub lineado colorido computacional, que garantizara credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitara la identificación de las ideas centrales.

Esto equivale decir que construirá un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitirá la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se estará con las unidades de registro configurándose de esa forma, la determinación de las categorías de análisis.(e) Consistió en el recorte de las informaciones que compondrán las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de las informaciones obtenidas, 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.

“En concordancia con la modalidad de lifestory, 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” (26).

Las categorías emergieron del propio relato de los sujetos de estudio, o sea, fueron construidas configurando las temáticas encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos et al (32), 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. (25), afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la práctica 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 los sujetos de estudio aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó 8 categorías preliminares o unidades temáticas.

Después de haber realizado la codificación, varias lecturas de las entrevistas fueron realizadas, buscando asociarlas a las unidades temáticas siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado.

Este proceso es denominado según BertauxD. (26), como análisis comparativo (por temas).

De esta forma a partir de la recodificación surgieron 4 categorías temáticas o categorías analíticas con sus 8 subcategorías.

1.- Categoría Temática Experiencia Previa:

- 1.1.-Subcategoría Experiencia Previa en la Atención
- 1.2.-Subcategoría Experiencia Previa en la Evaluación
- 1.3.-Subcategoría Calidad de Atención

2.- Categoría Temática Orientación:

- 2.1.-Subcategoría Lactancia Materna
- 2.2- Subcategoría Alimentación Complementaria
- 2.3.-Subcategoría en Estimulación Temprana

3.- Categoría Temática Suplementación de Micronutrientes:

- 3.1- Subcategoría Administración de multivitamínicos
- 3.2- Subcategoría Visita domiciliaria.

4.- Categoría Temática Interferencia del Estado Nutricional

IV. 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: (37, 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 buscó aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación servirá 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 proyecto 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 solicitara 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 mantendrá 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 de familia fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

V.-ANÁLISIS TEMÁTICO

5.1. Categoría Temática: Experiencia Previa

La primera categoría comprende la realización en la atención previa del cuidado de enfermería que se lleva a cabo en el control del crecimiento y desarrollo del niño(a), atestigua sus experiencias durante la evaluación y la calidad de atención en el servicio de enfermería.

5.1.1. Subcategoría Experiencias Previas en la Atención

En este estudio, los sujetos han demostrado que la atención que brindaban antiguamente era diferente no recibieron el cuidado para mejorar su calidad de vida como es en la actualidad; existen estrategias como es el Articulado Nutricional.

“Estoy agradecida también por que como mi mamá me decía, en los tiempos de antes no habían este tipo de vitaminas que ahorita ya se ven es muy bueno porque a veces este; en la economía a los padres ahora ya no alcanza y aquí les ayuda bastante estoy muy contenta”. Eliana.

Mi primer hijo no me enseñaron (...) señora tú le vas ser esto le vas dar sus comidas pero en este mi segundo hijo sí. Antiguamente como nos han criado nuestros padres yo también le nutro en esa parte a mi hijo, estoy agradecida por que uno aprende de otros y así vamos continuando y ahora mi hijo es bien gordito”.Guadalupe

Plata (39), refiere que algún tiempo la ciencia de la alimentación parecía reservada a unos pocos, pues la falta de maduración de conocimientos científico.

Pero hoy en día la situación es diferente, pues en los últimos años se han realizado numerosas investigaciones. La conducta alimentaria está fuertemente condicionada por el aprendizaje y las experiencias vivida (40).

Una alternativa de prevención es la Suplementación de Micronutrientes orientada a corregir y prevenir deficiencia, constituye un pilar fundamental de la vida, la salud y el desarrollo del ser humano, pueden advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones (41).

Las madres hacen una comparación como era la atención antiguamente, dirigida al individuo y actual es una situación diferente porque el cuidado es brindado al individuo, familia y comunidad; se han implementado fortalecimiento de competencias del personal profesional como lo mencionan las bases teóricas realizado numerosas investigaciones con avances en el conocimiento en los diferentes aspectos relacionados con la nutrición y alimentación infantil con el fin de mejorar la calidad de vida de la niña y el niño.

5.1.2.-Subcategoría Experiencia Previas en la Evaluación.

El sujeto de estudio nos da a conocer que durante la evaluación a su niño lo dejaba desnudo manifestando su incomodidad en el examen físico cuando acude a su control de Crecimiento y Desarrollo.

“Bueno yo lo llevaba y me decían señora (...) Su niña tiene esto el otro y entonces una la atendía el niño como se llaman le sacaban la ropa dejaban calatito y le digo pero señorita, hace frio como lo va dejar al bebe así no, una hora se quedaba la señorita parada mirando a la niña estaba con frio y eso no es así...”.Candelaria.

Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración.

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 (42). Se evalúa el dominio de la técnica del examen, afectivo, moral y ética (43).

El sujeto de estudio manifiesta la falta de información sobre el procedimiento a realizar durante la evaluación a su hijo por el profesional de enfermería, la norma técnica nos dice: explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración de su menor hijo en el examen clínico, esto permite identificar las necesidades u problemas del paciente para elaborar el plan integral de salud y establecer un diagnóstico.

5.1.3.-Subcategoría Calidad de Atención

Los sujetos de estudio perciben el trato amable por algunos profesionales de enfermería durante el cuidado brindado a su menor hijo, cuando acuden al control de crecimiento y desarrollo hay confianza y seguridad.

“Bueno cada vez que voy al controles a mi hijo que le toca las enfermeras me brindan buen trato a mí y mi hija le atienden bien hacen sus controles buen trato al hablar no te responden groseramente como hay enfermeras que hay te brindan buen trato más que todos uno se siente bien llevando los controles a su hija”. SARA

Un buen servicio es consecuencia de una dinámica virtuosa en las relaciones interpersonales, porque quien la recibe se siente atendido, reconocido, visto y considerado, además de ser aliviado del motivo de consulta (42).

La enfermera es parte del equipo de salud y la responsabilidad de la prevención de las enfermedades del niño y de la familia que pueden tener repercusión en él; evaluando su crecimiento y desarrollo (43).

La Calidad de la Atención de Enfermería es el conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente (44).

Enfermería reconoce que la población debe recibir el cuidado como sujeto que merece trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana (45).

El sujeto de estudio relata buen trato en algunos de los profesionales de enfermería cuando acude a control de crecimiento, relacionando con la base teórica el personal de salud tome conciencia de la importancia de lograr el bienestar en los pacientes durante la evaluación del estado nutricional del niño, es necesario que la atención que se brinda en las instituciones de salud se destaque no solo por la parte técnica, sino también por la interpersonal, donde el trato es un aspecto relevante. Además de considerar las necesidades y expectativas de atención para que el personal de enfermería las incorpore como parte del cuidado.

5.2 Categoría Temática: Orientación

La segunda categoría comprenden que el profesional de enfermería durante el cuidado aporta conocimientos mediante la orientación, como es la Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y Estimulación Temprana.

5.2.1 Subcategoría Lactancia Materna

Durante la entrevista el sujeto de estudio tiene conocimiento sobre la importancia y beneficios que brinda la leche materna exclusiva como alimento fundamental durante los primeros seis meses de edad.

“Su alimentación siempre de mi niña ha sido solo leche materna hasta los seis meses, a partir de los seis meses lleve a su control la enfermera me aconsejo me dijo que comenzara darle sus papillas” Isabel.

Según el autor 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 (46).

Los lactantes que reciben lactancia Materna sufren menos infecciones respiratorias e infecciones gastrointestinales produciendo protección inmunológica proporcionando anticuerpos específicos (47).

En su mayoría las madres tienen conocimiento de la importancia de la lactancia materna como alimento fundamental y esencial en los niños en sus primeros 6 meses para satisfacer los requerimientos nutricionales de los niños además es el alimento ideal en todos los niveles socioeconómicos conteniendo anticuerpos resistente a las infecciones constituyendo una efectiva medida preventiva.

5.2.2 Subcategoría Alimentación Complementaria

Los sujetos de estudio tienen conocimientos básicos de la alimentación complementaria a partir de los seis meses, orientación impartida por los profesionales de la salud cuando acuden a su control. Momento oportuno para la introducir la alimentación complementaria cubriendo los requerimientos nutricionales.

”En enfermería te explican que a partir los seis meses debe empezar a comer que es lo que tú tienes que empezar dar, que es lo que tiene ir este, a medida de los meses van avanzando que es lo deben de comer la porción que debe de comer” Eliana.

“Cuando vengo a los controles de mi hijo también en la nutrición me han explicado cómo debo de darle sus alimentos a base de eso yo lo realizo en mi casa entonces también en mi casa yo le preparo las papillas” Sofía

La alimentación complementaria debe iniciarse al sexto mes de edad, cuando la cantidad de leche materna comienza hacer insuficiente para las necesidades del niño. Su inicio precoz representa un riesgo en el lactante por su inmadurez biológica de los diferentes sistemas como el neuromuscular, digestivo, renal e inmunológico. La introducción de los diferentes alimentos debe tener en cuenta el grado de madurez, patrones culturales y condiciones económicas familiares (48).

La alimentación complementaria óptima está relacionada no solo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño (49).

La alimentación complementaria es preciso que el niño pueda mantenerse sentado y que muestre interés por la comida. Siempre debe respetarse su apetito, animándole a comer, pero sin forzarlo, y respondiendo adecuadamente a los signos de hambre y saciedad que manifieste (50).

La alimentación complementaria, como lo definen los teóricos se inicia a los seis meses de edad con alimentos nutritivos en cantidad y frecuencia, y es en el control de Crecimiento se brinda la información como lo menciona el sujeto de estudio lo que nos ayudaría a darle un enfoque real y útil a las intervenciones educativo-nutricionales que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños.

5.2.3 Subcategoría Expectativas en Estimulación Temprana

Lo que manifiestan los sujetos de estudio la importancia de la estimulación temprana en el niño para el desarrollo de sus habilidades, y la necesidad de implementar con juegos didácticos.

“Conseguir un poco de juegos para los niños”Magdalena

“Recomiendo que hubiera más material a los niños como juegos para que le puedan estimular. Mercedes

Para Secadas, el procedimiento que facilita la asimilación de lo útil y la eliminación de lo que sobra es el juego. Al jugar el niño va desviando la atención de las fases superadas del aprendizaje, suavizando las dificultades de los hábitos para afianzarlos como destrezas (51).

Aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebé a través de diferentes ejercicios y juegos cuya intención es la de proporcionar una serie de estímulos repetitivos, de manera tal que se potencien aquellas funciones cerebrales que, a la larga, resultan de mayor interés (52).

La estimulación temprana como proceso preventivo es conocer el desarrollo evolutivo del niño y estimularlo día a día es prevenir posibles alteraciones (53).

Los sujetos de estudio mediante la entrevistas dan a conocer que los juegos es importante en el desarrollo de todo niño, ya que por medio de este se descubren aptitudes que permite un mejor desarrollo, logrando así mejorar su desenvolvimiento en la sociedad, valiéndose de sus propios medios para relacionarse.

5.3 Categoría Temática: Suplementación con Micronutrientes

Los sujetos de estudio reconocen la importancia de la administración de los micronutrientes para lograr obtener un crecimiento óptimo en sus menores hijos y evitar el incremento de anemia; durante la consulta el profesional se explica la forma correcta en la de administrar el micronutriente en casa y se administra diaria.

5.3.1 Subcategoría Administración de multivitamínicos

Algunas madres relatan de la administración de los multivitamínicos:

“las chispitas que les dicen esto le van ayudar mucho para la anemia tiene calcio tiene zinc le van ayudar mucho de acuerdo al crecimiento del niño”.
Eliana

“Buena hay me explicaron a mí que tenía que darle este esas...cosas para que se nutran y a la vez ella tenga buenas defensas en eso de la hemoglobina para que suban y este bien”.
Lourdes

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 (23).

Las deficiencias de micronutrientes son una forma de desnutrición causada por deficiencias de vitaminas y minerales en la dieta que son esenciales para la salud humana, el crecimiento y desarrollo (54).

La suplementación con multimicronutrientes puede ser efectiva para el desarrollo cognitivo, crecimiento linear y prevención de la anemia en niños aunque el efecto es pequeño (55).

La Anemia es una enfermedad producida generalmente por la Deficiencia de hierro, Los niños necesitan alimentos ricos en hierro para proteger su capacidad física y mental (56).

Como lo menciona la base teórica una alimentación saludable previene el apareamiento de deficiencias por micronutrientes, sin embargo en grupos poblacionales específicos se pueden utilizar suplementos de vitaminas y mineral debido a que su condición fisiológica o una dieta son insuficientes. Los sujetos de estudio manifiestan la importancia que tiene el suplemento de chispitas para evitar la anemia en su niño menor de 3 años.

5.3.2 Subcategoría Visita Domiciliarias

El sujeto de estudio manifiesta enfocando que las visitas son integrales con el objetivo de desarrollar acciones de captación y seguimiento en el plan de atención de cada paciente de acuerdo a sus necesidades realizada por el personal de enfermería.

“Gracias a las enfermeras que vienen acá a visitarme a preguntarme si tengo perros (...) a vacunar; yo les digo que tengo dos niños, amí me parece bien”.Guadalupe

La Visita Domiciliaria es parte importante en el trabajo de la enfermera y debe ser desde el principio planificado y programado (57). La visita domiciliaria o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario o familia con la finalidad de conocer el medio en que se desarrolla la vida familiar (58).

La visita Domiciliaria es aquella que se realiza el trabajador a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive (59).

Los sujetos de estudio manifiestan que las enfermeras realizan el seguimiento oportuno buscando algún problema de salud que pone en riesgo la vida de su niño como plantean los teóricos que son procesos educativos con el fin de mejorar la calidad de vida del niño mediante un plan integral de salud para su intervención de acuerdo al daño o riesgo.

5.4 Categoría temática: Interferencia del Estado Nutricional

Según los dos sujetos de estudio manifiesta que en algún momento de su vida su menor presentaba problemas de salud como la ganancia inadecuada de peso, anemia, enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.

“Antes de cumplir el año me dijeron que estaba bajo de peso, tenía.11 de hemoglobina me dijeron (...) porque antes ella era melindrosa.”. Lourdes

”Actualmente mi niño está bajo(..)Ahora actualmente está enferma hace 15 días esta con su estomaguito mal ahora está con gripe no quiere comer” Mercedes

La falta de progreso en el crecimiento, la pérdida de peso, o la desnutrición en los niños, pueden deberse a alguna enfermedad aguda o crónica. La valoración nutricional, juega en estos casos un papel primordial para la detección temprana de estos procesos y establecer el tratamiento de inmediato (60).

El cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales ocurren durante la segunda mitad del primer año de vida(61).

Las enfermedades infecciosas comunes, tales como la diarrea o las infecciones respiratorias, pueden provocar deficiencias nutricionales en los niños, porque se aumentan las necesidades de energía y de nutrientes (56).

Los sujetos de estudio saben reconocer los problemas nutricionales cuando acuden a su control de crecimiento y identifican los riesgos que interfieren en su crecimiento como son las enfermedades diarreicas y respiratorias. Como establece la base teórica es importante que todo niño menor de un año acuda a su control para detectar los riesgos nutricionales en la valoración de los indicadores y poder informar a las madres la detección temprana y establecer estrategias y así evitar complicaciones en el futuro.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

6.1. Conclusiones:

La mayoría de las madres que asisten al control de crecimiento y desarrollo tienen conocimiento en los diferentes aspectos relacionados con la nutrición, alimentación infantil

Poca orientación en explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración de su menor hijo en el examen clínico, esto permite identificar las necesidades u problemas del paciente para elaborar el plan integral de salud.

En su mayoría las madres perciben un trato digno por el personal de salud con respeto y sensibilidad humana.

Las Madres están concientizadas sobre importancia de la Lactancia Materna como alimento fundamental y esencial en los niños en sus primeros 6 meses para satisfacer los requerimientos nutricionales de los niños.

En su mayoría se brinda consejería nutricional en alimentación complementaria a todas las madres con niños a partir de 6 meses que acuden a control de crecimiento y desarrollo.

Algunas madres manifiestan la importancia de la estimulación temprana que descubren aptitudes que permite un mejor desarrollo de su niño por medio de los juegos.

En su mayoría los niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo son Suplementados con Micronutrientes (chispitas).

Algunas Madres son captadas a través de las visitas domiciliarias programadas buscando algún problema de salud que pone en riesgo la vida de su niño.

Todas las madres identifican los problemas nutricionales cuando acuden a su control de crecimiento y desarrollo que interfieren en su crecimiento.

6.2. Recomendaciones

La presente Investigación Cualitativa de Percepción de las Madres sobre el Cuidado de Enfermería en su Dimensión Nutricional se recomienda a la Universidad los Ángeles de Chimbote encargadas de formar futuros profesionales en enfermería en continuar realizando investigaciones cualitativas.

Esta Investigación permite a esta Institución de Salud ampliar conocimientos de situación actual en la nutrición infantil, motivando a los profesionales de enfermería, establecer una atención integral e integrada con valores de excelencia en los cuidados nutricionales, hace que el producto enfermero resulte eficaz, eficiente y efectivo en el cuidado de la dimensión nutricional al niño, con capacitaciones a profesional que inician su labor como enfermero.

Finalmente este estudio permita, recrear, relacionar y evaluar el saber y la práctica profesional obteniéndose modificaciones transformaciones en la actuación de enfermería, en la enseñanza y en los servicios de salud en atención del niño, con talleres de evaluación trimestral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA PERÚ. Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil. Lima; 2011.
2. Ribeiro C, et al. Consulta de enfermagem à criançanumprojeto de integração docente assistencial: experiência de implantação. Acta Paul Enferm. 2002; 15(2):79-88.
3. Paula C. Utilização de la teoría humanística de Paterson e Zderard como possibilidade de práticaemenfermagempediátrica.Brain Res. 2005; 21(3): 100 – 107.
4. OPS/OMS. Madres y Niños Mejora de Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo. Washington: OPS/OMS; 1990.
5. MIMDES. Programa Nacional de Wawawasi.Lima:MINDES;2007.
6. National Center for Health Statistic. [página de internet]. Washington: Sistema de Información del Estado Nutricional; c2013[actualizado 10 enero 2014, citado el 22 Abr 2014]. Disponible en:<http://www.ing.gob.pe/>
7. MINSA. Módulo de Información: Estado Nutricional.Piura: Ministerio de Salud; 2013.
8. MINSA.Sistema de Información del Estado Nutricional.Piura: Clas Santa Rosa:MINSA;2013.
9. HeirdW.Nutrición:Necesidades Nutricionales del Lactante.7 ed.Washington. Mediterráneo;1997.

10. Restrepo S. Alimentación y la Nutrición del Escolar [Tesis Magistral]. Medellín: Departamento de Extensión y posgrados de la Universidad de Antioquia; 2003.
11. Alvarado C, Salinas M. Hábitos Alimenticios en niños y adolescentes de 3 a 16 años de edad de la Escuela Antonio Ante del Recinto Yaguachi. [Tesis licenciatura]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2009.
12. Sánchez 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 [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
13. Flores Y, et al. Cuidado de Enfermería del Niño Sano [Tesis Doctoral]. Brasil: Universidad de São Paulo; 2012.
14. Castillo G. Nutrición y Alimentación. 2ed. Piura. Impacta; 2013.
15. Paterson J, Zderard L. Enfermería Humanística. 4ed. Mexico. Limusa; 1979.
16. Piaget J. El nacimiento de la inteligencia en niño. 1 ed. Barcelona. Mediterráneo; 2000.
17. Philip F. Desarrollo Humano. 2ed. México. Prentice-Hall-Hispanoamericana; 1997.
18. Papalia D, Wendkos S. Psicología del Desarrollo. 7ed. Colombia. Mc Graw Hill Interamericana; 1998.
19. Vargas V. Mujer en las Américas. 3 ed. Washington. Mediterráneo; 1999.

20. Torres Aet al. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. 1ed. Lima. Medina Navarro; 1997.
21. Barnad K.[página de internet]. España; c 2010 [actualizado 4 Oct 2013, citado el 6 May 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/.../interaccin-para-la-evaluacin-de-la-salud-infantil.2004>.
22. Solano P. Guía didáctica de Universidad Técnica de Loja. 1 ed. Ecuador. McGraw - Hill;2010.
23. MINSA.Norma técnica de Salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.Lima:MINSA;2011.
24. Ludke M, Andre E. Pesquisa emEducação: abordagensqualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
25. Glat R. Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulherescomdeficiência mental: Agir; 1989.
26. Bertaux D. L'approchebiographique: savalitémethodologique, séspotentialités. Cahiersinternationaux de sociologie, n. 69, p. 197-225, 1980.
27. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhandocom elites políticas. Revista de CiênciasSociais, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28
28. Kolhi M. Biografía: relato, texto, método. In: BERTAUX, D. Biography. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
29. Minayo M. Pesquisa Social: Teoría, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

30. Rodriguez G et al. Metodología de la investigación cualitativa. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61
31. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais .4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
32. Santos et al. O método de historia de vida na pesquisa em educação especial. Rev. Bras., Marília. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Educação especial
33. Augras M. Prefácio Em Glat, R: Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.
34. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, v. 44, 1998.
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 70, 1988.
37. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. 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 2012 Ene. 21]. [11 páginas] Disponible en URL: www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc
39. Plata R, Quevedo F. Pediatra Eficiente. 6ed. Bogota. Mediterráneo; 2002.

40. Udall N. Niño de alimentación: Iniciación, problemas. ArchPediatrAdolesc. 2007; 3(7): 374-399.
41. MINSA. [página en internet].Lima; c2004 [actualizado 20 Oct 2013; citado 19 May 2014]. Disponible en:<http://www.ins.gob.pe>
42. Aranguren C, Rezzonico R. Garantía de calidad en la atención de salud. 1 ed. Buenos Aires. Milenio;2003.
43. Donabedian A. Institucionales y profesionales de responsabilidades en la calidad del Cuidado de la Salud. 1989 ;(1):3- 8.
44. Henderson V.Propuesta para Orientar la Enseñanza y la Práctica de Enfermería.2ed.Mexico. Progreso;2004.
45. MINSA. [página en internet]. Lima; c 2015 [citado 1 Mar 2015]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/temas/servicios-de-salud/unidad-de-enfermeria.html>
46. 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
47. LawrenceR.LactanciaMaterna. 6 ed.España: Elsevier; 2007.
48. OPS. Documento técnico .modelo de abordaje de promoción de la salud en alimentación y nutrición saludable. Lima.Organización Panamericana de la salud; 2006.OMS/OPS. [página en internet]. España; c 2015 [actualizado 20 Oct 2013; citado 8 May 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es>

49. Orbigoso L. Guía del Cuidado Infantil para Padres, Madres, Educadores. 1 ed. Madrid. Mediterránea; 1999.
50. Secada F. Teoría del Desarrollo por Acumulación de Habilidades. 2 ed. Madrid. TEA; 1992.
51. Stein L. Estimulación Temprana: Guía de actividades para niños de hasta años. 5ta ed. Buenos Aires. Tebar; 2012.
52. Narvarte M. Estimulación y Aprendizaje. 1 ed. Colombia. Landeira; 1989.
53. OPS/UNICEF. Alimentación y Nutrición en niño Pequeño. Perú: OPS/UNICEF; 2008.
54. Ministerio de Salud. Eficacia y Efectividad de la Suplementación de Micronutrientes para la Prevención de la Anemia, Enfermedades y un Adecuado Crecimiento lineal y Desarrollo Cognitivo en la Población Infantil de 6 a 36 meses de Edad. Perú: MINS/INS; 2012.
55. UNICEF/OMS. Evaluación del crecimiento de Niños. Argentina: UNICEF/OMS; 2012.
56. Antón V. Enfermería en atención primaria de salud. 3 ed. Madrid. Mediterráneo; 1989.
57. Gomez D, Gonzales J. Fisioterapeutas. 1era ed. España. McGraw Hill Interamericana; 2006.
58. Ander E. Trabajo social. 24 ed. Buenos Aires. Lumen; 1995.

59. MINSA.Orientación y normas: Técnicas para la asistencia social en salud.Santiago De Chile:MINSA;1993.
60. OPS. Principios de la orientación de la alimentación complementaria del niño. Washington. OPS;2003.



ANEXO 01

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA POST GRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

PERCEPCION Y EXPECTATIVAS DE LA MADRE DE NIÑOS SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN SU DIMENSION NUTRICIONAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Estado civil: _____

Edad materna: _____

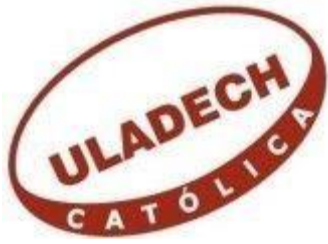
Número de hijos: _____

Diagnóstico de Hijo: _____

Edad del hijo: _____

Sexo del hijo: _____

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación a la atención de enfermería en relación a la dimensión nutricional cuando su hijo acudió al control de niño sano.



ANEXO N°02

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería María Guisela Espinoza Córdova, bajo la orientación de la Mgtr Enf. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Analizar la percepción de las madres de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional

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 los niños hospitalizados.

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

A las participantes 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. Enf. María Guisela Espinoza Córdova

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

Firma de la entrevistada