



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA



**“CUIDADO ENFERMERO EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO A NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN LA MICRORED LA
VICTORIA” 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORAS:

Bach Enf. Claudia Isabel Boyer Cienfuegos

Bach. Enf. Estefani Mehylin Severino Duránd

ASESORA:

Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero

Lambayeque 2018

**Título: “CUIDADO ENFERMERO EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO A NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN LA MICRORED LA
VICTORIA” 2016**

Presentado por:

Bach Enf. Claudia Boyer Cienfuegos

Bach. Enf. Estefani Severino Duránd

Aprobado por los miembros del jurado

Presidente

Mg. Rosa Violeta Celis Esqueche

Secretaria

María Lucia Chanamé Carretero

Vocal

Rosa Augusta del Carmen Larios Ayala

DEDICATORIA

A mis adorados padres María y Cristóbal, quienes fueron un gran apoyo emocional durante este tiempo, por sus consejos, ejemplos de perseverancia y constancia, por el valor mostrado para salir adelante, pero más que nada por su amor y comprensión.

A mis hermanos por el apoyo y la comprensión, haber compartido conmigo el proceso de la elaboración de la tesis y todas las personas que estuvieron brindados su apoyo.

ESTEFANI

A mis padres Juan y Juana por su apoyo incondicional durante todo el proceso que duro la elaboración de la tesis, por darme las fuerzas necesarias para seguir y conseguir lo anhelado.

Gracias por su amor, comprensión en esta hermosa etapa universitaria.

A mi hermana Valeria y amigos por el apoyo, cariño pero sobre todo comprensión y por permanecer siempre conmigo y compartir alegrías y tristezas.

CLAUDIA

AGRADECIMIENTO

A Dios, a nuestra madre la Virgen María y nuestros padres, por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas a pesar de las dificultades que se nos presentaron en la vida, fueron entes espirituales que nos dieron esa fuerza interna y la voluntad que se necesitaba para salir adelante cumpliendo nuestras metas.

A nuestra asesora Viviana Santillán Medianero por sus valiosos aportes para mejorar nuestra investigación, a los enfermeros de la MICRORED –La Victoria que formaron parte de esta investigación e hicieron posible cumplir nuestro objetivo y a los miembros del jurado por sus aportes acertados.

LAS AUTORAS

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I

INTRODUCCION 2

CAPÍTULO II 7

Marco Teórico 8

2.1. Antecedentes de la investigación..... 8

2.1. Base teórica 9

Marco legal:..... 50

2.3. Marco contextual 50

CAPÍTULO III 56

Marco metodológico 57

3.1. Tipo de la investigación 57

3.2. Diseño de la investigación 57

3.3. Población y muestra 63

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos: 65

3.5. Procedimiento para la recolección de datos..... 68

3.6. Análisis e interpretación de datos..... 69

3.7. Rigor científico..... 70

3.8. Principios Éticos..... 73

CAPÍTULO IV 75

RESULTADOS Y DISCUSION..... 76

CAPÍTULO V 110

CONSIDERACIONES FINALES 111

CAPÍTULO VI 113

RECOMENDACIONES 114

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo constituye una función de la enfermera para brindar un cuidado integral y holístico, que satisfaga las necesidades del niño y por ende mejorar la calidad de vida del mismo ya que está expuesto a factores que vulneran su salud, surgiendo el interés de investigar como es el “Cuidado Enfermero en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años en la MICRORED La victoria”. La presente investigación fue de tipo cualitativo, con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivo comprender el cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años en la MICRORED - La Victoria. La muestra estuvo conformada por 7 enfermeras de los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, delimitado por la técnica de saturación; recolectándose datos a través de la entrevista abierta a profundidad y la observación indirecta. Durante la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos y de rigor científico de la investigación. Se analizaron los datos temáticamente generando 3 categorías: I Reconociendo el cuidado holístico e integral en el control de crecimiento y desarrollo II Cuidando al niño aplicando el proceso de atención de enfermería III Limitando el cuidado por factores institucionales.

Obteniéndose consideraciones finales: La enferma en el control de crecimiento y desarrollo brinda un cuidado holístico e integral, dentro de la valoración la enfermera aborda las dimensiones, teniendo en cuenta los factores de riesgo y determinantes del niño, su limitante es que lo realiza de manera muy superficial no acorde a las características propias del niño; en la etapa de planificación y ejecución la enfermera aplica sus cuidados de acuerdo a la edad, evaluando el cumplimiento de los cuidados brindados y la fase que no aplica por falta de conocimiento es la de diagnósticos enfermeros.

Palabras claves: Cuidado enfermero, crecimiento, desarrollo, control, niño.

ABSTRACT

Nursing care, regarding the control of growth and development of children, is a function of the nurse that involves providing a comprehensive and holistic care that is able to meet the needs of the children and therefore improving their quality of life; since they are usually exposed to factors that can disturb their health. Regarding this matter, researchers were interested in investigating how is the nursing care in the control of growth and development of children from 6 months to 5 years of age in the MICRORED - La Victoria. The research is qualitative, with a case study approach. The objective of this study was to assess nursing care in the control of growth and development of children from 6 months to 5 years of age in the MICRORED - La Victoria. The sample consisted of 7 nurses from the Growth and Development unit and was delimited by the saturation technique. Data was collected by open-ended interviews and indirect observation of the participants. During the study, ethical principles and scientific rigor of the investigation were considered. Furthermore, data was analyzed thematically generating 3 categories: I. Recognizing the holistic and integral care in the control of growth and development of children, II. Caring for the children using the process of nursing care, and III. Limiting care due to institutional factors.

Obtaining final considerations: The patient in the control of growth and development provides a holistic and comprehensive care, within the assessment the nurse addresses the dimensions, taking into account the risk factors and determinants of the child, its limitation is that it is carried out in a very superficial, not according to the characteristics of the child; In the planning and execution stage, the nurse applies their care according to age, assessing compliance with the care provided and the phase that does not apply due to lack of knowledge is that of nursing diagnoses.

Key Words: nursing care, grow, development, control, children

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

El cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), constituye una de las actividades de mayor importancia que debe cumplir el profesional de salud, en cada uno de los niveles de atención; siendo la enfermera la responsable del consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño y niña¹, realizando actividades preventivo promocional dirigido al menor de 5 años de edad, así mismo el cuidado que brinda la enfermera es integral e holístico

Tiene como base metodológica el proceso de atención enfermero, apoyando sus cuidados en las teorías de enfermería como es Watson², que refiere que el cuidado sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, buscando el equilibrio de su ser, Leiningher, define la enfermería como transcultural, centrando la práctica de cuidados enfermeros teniendo en cuenta la cultura³ y finalmente Nola Pender que en su modelo de la promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.⁴

El cuidado enfermero según estadísticas del INEI a nivel nacional, CRED muestra un incremento de 52,4% (2014) a 54,3 (2015) y para el año 2016, el valor del indicador fue de 54%.

A nivel regional, las estadísticas muestran que el 58.3% de niños/as menores de 5 años tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED).⁵

En los Centros de Salud Manuel Sánchez de Villegas y Francisco Carbajal Segura, las investigadoras observaron que al consultorio de crecimiento y desarrollo acuden los niños con sus madres, responsables de su cuidado, muchas de ellas cumpliendo con su cita programada y otras solicitando su atención de las enfermeras.

La enfermera en estos consultorios enfatiza su cuidado en lo asistencial y abarca el aspecto físico y biológico, brindando un cuidado predeterminado en base a la rutina establecida, por lo que esta atención se da en menos de 15 minutos, iniciando la valoración con el control de peso y talla realizado por el técnico de enfermería, para luego efectuar el examen físico a través de la evaluación céfalocaudal, seguidamente aplica el test Peruano abreviado de evaluación del desarrollo del niño, cumpliéndolo parcialmente.

Finalmente, la enfermera orienta a la madre sobre aspectos de higiene, nutrición como la promoción de la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria con micronutrientes, obviando la orientación acerca de las características del desarrollo según su edad; en esta educación no toma en cuenta el nivel educativo, cultural, socioeconómico ni las condiciones del entorno. Asimismo, se pudo escuchar que las madres manifestaban: “la enfermera utiliza poco tiempo para examinar a mi hijo”,

“cuando nos explican sobre cómo debo cuidar a mi hijo lo hacen de manera rápida”,

“cuando atiende a mi niño, muchas veces parece que estuviera molesta”.

Asimismo, se observó que no aplican en su totalidad el proceso enfermero siendo la debilidad, la fase de diagnósticos por falta de capacitación sobre el uso de la taxonomía NANDA, que es el lenguaje universal en la práctica asistencial y comunitaria ayudando a la enfermera a mejorar el cuidado brindado en los consultorios de CRED.

A partir de esta realidad nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cómo es el cuidado que brinda la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años en los Centros de Salud Francisco Carbajal – El Bosque, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi?, ¿La enfermera tiene en cuenta las fases del proceso de atención enfermero durante la atención en el crecimiento y desarrollo del niño en la Microred La Victoria?; por lo que consideramos importante realizar este problema de investigación de como es el cuidado enfermero durante el control de crecimiento y desarrollo, el cual es relevante por ser la esencia de la profesión de enfermería, definiéndose como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida; siendo el control de crecimiento y desarrollo individual, integral, oportuno, periódico y secuencial, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.⁶

El objeto de investigación es el cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo, cuyo objetivo fue: Comprender como es el cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años en la Microred- La Victoria.

Esta investigación se justifica debido a que el control de crecimiento y desarrollo (CRED) constituye una función independiente de enfermería, la cual evidencia la autonomía de la profesión y nos da independencia para realizar nuestro cuidado enfermero, teniendo en consideración que actualmente esta actividad de enfermería está considerada como uno de los principales indicadores de financiamiento para el primer nivel de atención a través del cumplimiento de los controles de acuerdo a la edad lo que implica brindar cuidados que satisfagan las necesidades del niño y por ende mejorar su calidad de vida.

A su vez esta investigación ayudará al profesional de enfermería adoptar medidas o estrategias que contribuyan a mejorar el cuidado de los niños menores de cinco años puesto que son más vulnerables a presentar una serie de enfermedades que deterioran su salud. Este trabajo es relevante ya que constituye un aporte al campo de la investigación cualitativa en enfermería, debido a que en la actualidad hay pocas investigaciones cualitativas sobre esta temática.

La presente investigación está estructurada en los siguientes capítulos:

CAPITULO I: Introducción, donde se concluye la problemática, el objetivo, el objeto y la justificación e importancia.

CAPITULO II: Marco teórico que incluye antecedentes de la investigación y base teórica.

CAPITULO III: Marco metodológico, donde se señala el tipo de investigación, diseño o abordaje, población y muestra; así como la técnica utilizada en la recolección de datos, teniendo en cuenta los principios éticos y el rigor científico con la que se desarrolló la investigación.

CAPITULO IV: Resultados y discusión donde se presentan las categorías y subcategorías.

CAPITULO V: Consideraciones finales y recomendaciones

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel local

Hernández T., Montalvo F.2015, en Chiclayo realizaron un estudio titulado “Cuidado de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del lactante menor, MICRORED asistencial de Chiclayo 2015”, se plantearon como describir y caracterizar el cuidado enfermero al lactante menor en los consultorios de CRED de la MICRORED Chiclayo. Los resultados obtenidos revelaron que el accionar de enfermería prioriza la dimensión biológica durante la evaluación del niño seguida de la dimensión social valiéndose de acciones preventivas y detección de anomalías en el desarrollo psicomotor para brindar un cuidado óptimo, así como la educación para la salud mediante la consejería integral; sin embargo, se evidenció que no abordan la dimensión moral y espiritual pues manifiestan que el tiempo para su evaluación es limitada. Así mismo se hizo énfasis en las limitaciones que existen para la atención como la gran demanda poblacional, escasez de material didáctico, falta de personal, factor tiempo, falta de compromiso de las madres, barreras culturales que influyen directamente en el cuidado de enfermería brindado.⁷

2.1. Base teórica

Siendo nuestro objeto de investigación el cuidado enfermero en el control de CRED a niños de 6 meses a 5 años por el profesional de enfermería iniciamos el análisis sobre el cuidado enfermero.

El cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*, Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud.”⁸

El cuidado enfermero es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.²

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal que es la unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno, tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la

enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, esfuerzos y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía.⁹

Teniendo en cuenta a Watson, las investigadoras conceptualizan el cuidado enfermero como la práctica interpersonal entre la enfermera y la persona cuidada, que busca brindar un cuidado integral al individuo sano o enfermo, englobando sus diferentes dimensiones como lo es la biológica, social, espiritual, emocional, sexual, basados en conocimientos científicos, experiencias, intuición y pensamiento crítico, con la finalidad de promover, mantener y/o recuperar su dignidad y totalidad humana.

Con el transcurrir de los años la disciplina de enfermería ha ido evolucionando, con los acontecimientos y corrientes de pensamiento, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo.¹⁰

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento.

El paradigma de transformación, corriente que representa un cambio sin precedentes, que concibe a enfermería en una nueva situación dinámica, compleja, dando apertura social hacia el mundo. Dentro de este paradigma encontramos a Jean Watson, Nola Pender y Madeleine Leiningher.¹¹

Estos cuidados son prestados por el profesional de enfermería a través de un método denominado Proceso Enfermero (PE), lo cual pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes, este es un proceso sistemático, dinámico, flexible e individualizado, configura un número de pasos sucesivos que se relaciona entre sí, aunque el estudiar cada

uno de ellos se hace por separado. Abarca cinco fases y son: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.¹²

Una vez que la enfermera en la fase de valoración ha recogido todos los datos pertinentes, los ha validado y organizado según las necesidades alteradas; pasas a la fase de diagnóstico donde procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, lo que debe expresar la conclusión a la que ha llegado tras la valoración. Durante esta etapa se identificarán las respuestas de las personas o grupos ante situaciones de salud determinadas los cuales se les denomina diagnósticos de enfermería.

La taxonomía NANDA-I es la herramienta que se emplea para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería. El diagnóstico de enfermería, además de guiarnos en el proceso enfermero hacia los resultados (objetivos) e intervenciones, es una gran herramienta para el desarrollo profesional. La enfermera tiene autonomía y responsabilidad, tanto de sus acciones como del resultado final.

Tras la identificación de los diagnósticos enfermeros y de los problemas interdependientes, comienza la fase de planificación, que

consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico, para ello se realiza el plan de cuidados, ayudando a la enfermera en la elección y formulación de los objetivos/resultados, así como en la evaluación, empleando la taxonomía NOC.

Cuando ya están identificados todos los problemas de la persona cuidada y establecidos los objetivos que se desean conseguir, es el momento de comenzar con la planificación de las intervenciones y actividades enfermeras para lograr los resultados esperados, utilizando la taxonomía NIC, donde la enfermera deberá elegir las intervenciones y dentro de estas, las actividades que se realizarán de acuerdo al diagnóstico de la persona que está a su cuidado. Tras poner en marcha el plan de cuidados, comienza la fase de evaluación que posee gran relevancia puesto que las conclusiones extraídas durante esta etapa determinarán si las intervenciones enfermeras deben finalizarse, prolongarse en el tiempo o modificarse.¹²

Actualmente en la ley del trabajo de la enfermera(o) N° 27669, en el capítulo II. Artículo 7.- Funciones de la Enfermera (o): Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), encomendar actividades de menor complejidad al

personal no profesional de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad, ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria, ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería, conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales, ejercer la dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería, desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención, participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor, realizar investigación en el campo de Enfermería y de salud, emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de sus competencia.¹³

De acuerdo a esta ley las actividades preventivas promocionales cuentan con sustento legal para favorecer el ejercicio profesional en todos los niveles atención, de la estructura sanitaria como consecuencia se evidencia la autonomía de la profesión.¹³

La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer: coherentes con el plan de cuidados, es decir no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo, estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basan contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico – interpretativo y socio-crítico, estos se fundamentan en las decisiones y actuaciones de las enfermeras, serán individualizados para cada situación en concreto, los cuidados de un paciente difieren de los de otros aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales, se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico, van acompañados de un componente de enseñanza-aprendizaje, comprenderán la utilización de los recursos apropiados.⁶

En la actual transformación de la enfermera, se tiene como perspectiva integral de su actuar las siguientes normas:

La auto dependencia, entendida a esta como la reunión y aplicación concreta de diferentes áreas del conocimiento bajo un proyecto común que sin participación de estas sería incompleto, ya que ninguno de sus

integrantes son poseedores de todos los conocimientos y habilidades requeridas para responder a las necesidades del ser humano en su contexto familiar y comunitario.

El desarrollo gerencial, es necesario que la enfermería rompa las barreras que durante muchos años han creado, buscando mejorar y lograr un verdadero poder basado en sus propios valores, parte fundamental de este proceso es el de modificar los actuales sistemas de atención individual, familiar y comunitaria, tanto dentro y fuera de la institución.

La participación social, significa que todas las personas son protagonistas de su desarrollo individual y de la sociedad a la que pertenece, desarrollo que está orientado a la satisfacción de las necesidades humanas y que o puede estructurarse de arriba hacia abajo ni imponerse por la ley.

La responsabilidad social de la enfermería, es la búsqueda de la salud de la población entendida esta, como un proceso de desarrollo social conducente a satisfacer las necesidades humanas y obtener calidad de vida de los integrantes de la sociedad.

El cuidado de la salud del ser humano, es la esencia de la disciplina de enfermería, requiere un profundo conocimiento de la persona y de su experiencia frente a la salud, individual y colectiva que conlleva al autoconocimiento, autocuidado y autoconciencia para lograr armonía con su entorno.⁶

La enfermería es por lo tanto una profesión científica y humanística, que tiene como rol asumir el cuidado del individuo, familia y comunidad, desempeñando en el consultorio de crecimiento y desarrollo las siguientes funciones:

La función asistencial, la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y que contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud y logros de bienestar y a la prevención de las enfermedades.

La función administrativa es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolas hacia el logro de unos objetivos comunes.

En la función administrativa la enfermera incluye actividades que llevan a identificar las deficiencias de la organización, determina la normatividad del servicio, asigna funciones y responsabilidades, así

como la utilización de los recursos del servicio, supervisa y monitorea la ejecución de los cuidados analizando y evaluando los resultados para introducir los posibles cambios.

La función de docencia donde la enfermería integra la ciencia es decir un cuerpo de conocimientos de la persona que cuida, creándole la necesidad de trasmitirla. Por una parte, la formación de los futuros profesionales y por otra parte a personas, familias y comunidad, es decir actúa como un agente multiplicador del conocimiento y de la experiencia.

Función investigadora, sostiene los pilares básicos de la mejora en la atención de Enfermería, siendo una herramienta esencial para ofrecer cuidados de calidad a la población general. Además, permite mejorar y validar el conocimiento enfermero existente y de generar otros nuevos, para así poder aplicarlo con posterioridad a la práctica profesional del día a día y trabajar en base a la evidencia.⁶

Uno de los grupos poblacionales prioritarios en el cuidado de salud son los niños, ya que durante la infancia se presenta una serie de enfermedades y problemas que pueden ser causa de deterioro, a la vez

interrumpen el proceso de crecimiento y desarrollo pudiendo llegar hasta la muerte.

La enfermera es la responsable del cumplimiento de los objetivos y metas del crecimiento y desarrollo del niño en los consultorios. Para ello el ministerio de salud viene trabajando con una serie de acciones que se canalizan a través de lo que se conoce como Atención Integral.

La Atención Integral se entiende como la provisión continua y con calidad de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad, siendo fundamental durante los primeros cinco años de su vida, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro.¹⁴

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

El rendimiento de esta actividad será 45 minutos por cada control establecido por la actual Norma Técnica de Salud para El Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años del 2017, que el MINSA pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud.⁵

Teniendo como finalidad contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años, siendo sus objetivos establecer las disposiciones técnicas para el control de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años en el establecimiento de salud, identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones y establecer las pautas que faciliten el proceso del control de crecimiento y desarrollo con enfoque preventivo promocional, de equidad, de interculturalidad y de derechos.

El cuidado de crecimiento y desarrollo, pretende dar a los padres y profesionales de la salud elementos adecuados para valorar al niño de una forma integral abarcando las dimensiones en su totalidad. Para

manejar adecuadamente el control de crecimiento y desarrollo, es necesario conocer algunas definiciones básicas como:

Enfermera de crecimiento y desarrollo: Es un profesional que brinda una atención integral al niño de cero a cinco años, formada en valores humanísticos, que tiene su campo de acción en el primer nivel de atención, siendo el consultorio de crecimiento y desarrollo donde ejerce sus funciones autónomas con capacidad de liderazgo y gestión.

Crecimiento: 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.⁵

El rasgo dominante de la infancia y adolescencia es el crecimiento físico, en la que se producen alteraciones significativas como son: estatura que es el desarrollo completo del esqueleto. La progresión de la estatura no es uniforme durante toda la vida y permanece ya estable cuando el esqueleto ha madurado del todo.¹⁵

El peso es uno de los mejores indicadores para valorar el estado nutricional, tiene las siguientes características de variación: al nacer el promedio es de 3.000gr que varía entre 2.500gr y 3.500gr, a los cinco o seis meses de edad el peso se duplica, al año de vida se triplica, a los dos años se cuadruplica y posteriormente aumenta de dos a tres kg por año hasta que tiene el lugar el crecimiento en la adolescencia, perímetro cefálico que es la medida de la circunferencia craneana, refleja el crecimiento del cerebro.¹⁶

Desarrollo: proceso dinámico por el cual los seres humanos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones en aspectos como el biológico, sexual, psicológico, cognitivo, ecológico, cultural, social, moral y espiritual.⁵

El instrumento que se utiliza para evaluar el desarrollo del niño o niña de 0 a 5 años es el Test Peruano del Desarrollo del Niño, este determina el perfil en doce líneas del desarrollo, correspondientes a diferentes comportamientos: Comportamiento motor postural que abarca el control de cabeza y tronco sentado, control de cabeza y tronco rotaciones y control de cabeza y tronco en marcha; comportamiento viso motor que comprende el uso del brazo y la mano y la visión; comportamiento del lenguaje: audición, lenguaje comprensivo y el

lenguaje expresivo, comportamiento personal social: alimentación, vestido e higiene, juego, comportamiento social; Inteligencia y aprendizaje.⁵

El crecimiento y desarrollo incluyen modificaciones en el tamaño y funciones del organismo, desde los que tienen una significación molecular en la vida fetal, una activación de sistemas enzimáticos en el periodo del recién nacido, hasta las complejas modificaciones metabólicas que acompaña la pubertad y adolescencia.¹⁷

El desarrollo implica la diferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano. Es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, el psicológico, el cognoscitivo, el nutricional, el ético, el sexual, el ecológico, el cultural y el social.

Teoría cognitiva. Las teorías cognitivas se centran en el estudio de la estructura y desarrollo de los procesos del pensamiento, especialmente cómo afecta esto a la comprensión de la persona sobre su entorno. Se

suponía que los niños a cada edad tienen capacidad para resolver determinadas cuestiones y problemas, además sostiene que los niños pasan a través de etapas específicas conforme su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduras. Así mismo se dio cuenta de que los niños con las mismas edades cometían los mismos errores y por lo tanto establece una secuencia evolutiva en el proceso cognitivo.¹⁸

Desarrollo intelectual del niño para Piaget todos tenemos una profunda necesidad de equilibrio. El equilibrio es un estado de armonía mental. Esta armonía mental se logra cuando los esquemas concuerdan con las experiencias reales de las personas. Los esquemas son las formas de pensar e interactuar con las ideas y objetos del entorno. Puede ocurrir que los esquemas no encajen con las experiencias y entonces aparecen los desequilibrios, las crisis, la confusión. Si superamos la confusión lo que hacemos es que modificamos esquemas viejos por esquemas nuevos.¹⁸

El crecimiento cognitivo se lleva a cabo mediante dos procesos: La organización que consiste en estructurar las ideas que van asimilando para que tengan sentido y la adaptación que consiste en adecuar las ideas para incluir nuevas formas de pensar, este se logra mediante dos mecanismos que funcionan al unísono y son: la asimilación o incorporación de nuevas ideas al esquema actual y la acomodación o

proceso por el que la nueva información queda perfectamente integrada en la estructura cognitiva o intelectual.

Establece los siguientes periodos en el desarrollo evolutivo: Primer periodo (0 a 2 años) llamado periodo sensoriomotor. En este periodo el niño utiliza sus sentidos y capacidades motoras para conocer los objetos y el mundo (ve que es lo que puede hacer con las cosas) Aprende a lo que se llama la permanencia del objeto. Piaget considera a esta etapa, como periodo de ocupación rudimentario y practico con el ambiente de niño(a), principalmente desde la experiencia sensorio motora y somato motora, crea un mundo practico adecuado con sus deseos de satisfacción física en el ámbito de su experiencia sensorial inmediata.¹⁵

El segundo periodo abarca desde 2 a 5 años: llamado periodo pre operacional. Observamos que los niños son capaces de utilizar el pensamiento simbólico, que incluye la capacidad de hablar. Los humanos utilizamos signos para conocer el mundo y los niños ya los manejan en este periodo. Sin embargo, este pensamiento simbólico es todavía un pensamiento egocéntrico, el niño entiende el mundo desde su perspectiva.¹⁸

Teoría psicosexual propuso tres instancias hipotéticas de la personalidad el *ello*, el *yo* y el *súper yo* que se desarrollan al inicio de la vida. Los recién nacidos están gobernados por el *ello*, la sede de las pulsiones instintivas inconscientes, que busca la gratificación inmediata bajo el *principio del placer*. Cuando hay una demora en la gratificación, como en el caso en que los lactantes tienen que esperar antes de que se les alimente, empiezan a verse como separados del mundo exterior.¹⁸

El *súper yo*, que se desarrolla alrededor de los cinco o seis años de edad, contiene la conciencia; incorpora los “deberías” y los “no deberías” socialmente aprobados dentro del sistema de valores del niño. El *yo*, en sí mismo consciente, se desarrolla de manera gradual a partir del primer año de vida aproximadamente y opera bajo el *principio de la realidad*.

Propuso que la personalidad se forma a partir de los conflictos inconscientes entre los impulsos innatos del *ello* y las exigencias de la vida civilizada. Estos conflictos suceden dentro de una secuencia invariable de cinco etapas de desarrollo psicosexual basadas en la maduración, en las que el placer cambia de una zona del cuerpo a otra, de la boca al ano y, después, a los genitales. Durante cada una de estas

etapas, cambia la conducta que representa la fuente principal de gratificación (o frustración); así, se pasa de la alimentación a la eliminación y, después, a la actividad sexual.¹⁸

Freud consideraba que las primeras tres etapas, aquellas dentro de los primeros cinco o seis años de edad, eran esenciales para el desarrollo de la personalidad. Los bebés cuyas necesidades no se satisfacen durante la *etapa oral*, cuando la alimentación es la fuente principal de placer, pueden convertirse en mordedores de uñas o desarrollar personalidades críticas “mordaces”.¹⁸

Según Freud, un suceso clave del desarrollo psicosexual tiene lugar durante la *etapa fálica* de la segunda infancia, misma que se centra en los genitales. Los niños descubren las diferencias físicas entre hombres y mujeres. Los niños desarrollan un deseo sexual por sus madres y presentan impulsos agresivos hacia sus padres, a quienes temen y consideran como rivales a un mismo tiempo, llamando a este suceso *complejo de Edipo*. Las niñas experimentan envidia del pene, el deseo reprimido por poseer un pene y el poder que representa.¹⁸

Desarrollo social: teoría psicosocial, este proceso comienza desde muy temprano, durante los primeros años de vida, se realiza en forma

gradual y progresiva a lo largo del tiempo a medida que crecen y desarrollan los niños incorporándose al grupo y al ambiente que los rodea.

El desarrollo social de los niños se inicia con su socialización y se puede describir desde los puntos de vista objetivo y subjetivo. La socialización o desarrollo social significa prepara al niño para su desenvolvimiento normal en el grupo que pertenece.¹⁹

Además, refiere que la personalidad está constituida por las características heredadas y adquiridas de modo vivencial y cognoscitivo que le permite al ser humano su individualización y diferenciación, siendo fundamental en los primeros años de vida. En cuanto a las características adquiridas vemos que desde el momento de la concepción el nuevo ser está expuesto al ambiente.

Según esto la estructura de la personalidad consta de tres etapas: confianza frente a desconfianza 0-18 meses, los niños comienza a desarrollar la capacidad de confiar en los demás basándose en la consistencia de sus cuidadores (generalmente padres y madres). Si la confianza de sus cuidadores se desarrolla con éxito, el niño(a) gana confianza y seguridad en el mundo a su alrededor y es capaz de sentirse seguro incluso cuando está amenazado. De lo contrario puede dar lugar

a una incapacidad para confiar, y por lo tanto, una sensación de miedo por la inconsistencia del mundo y una sensación excesiva de desconfianza.¹⁹

Autonomía frente a la duda (18 meses a 3 años), los niños comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo con que juguete jugar, haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc. Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños en esta etapa, se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Si los critican, controlan excesivamente, o no se les da la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir y puedan entonces volverse excesivamente dependiente de los demás, carecer de autoestima y tener una sensación de vergüenza o duda acerca de sus propias capacidades.¹⁹

Iniciativa frente a la culpa 3 a 6 años, los niños se imponen o hacen valer con más frecuencia. Comienzan a planear actividades, inventan juegos e inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones.

Inversamente si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños desarrollan un sentido de culpabilidad. Pueden sentirse como un fastidio para los demás y, por lo tanto, seguirán siendo seguidores, con falta de iniciativa.¹⁹

Dimensión espiritual, según Fowler, el estadio del desarrollo espiritual del lactante es indiferenciado. Los niños en esta etapa pueden estar fundamentalmente implicados en el aprendizaje de conocimientos reacciones emocionales más que en el establecimiento de creencias religiosas, así mismo el estadio del desarrollo espiritual en el preescolar es el de la fe intuitiva proyectiva, se caracteriza por una exposición desprotegida de la psiquis al inconsciente. Se es principalmente fantasioso.

Desarrollo moral: Lawrence Kohlberg nos plantea que el desarrollo moral es un proceso por el cual se forman valores en un tiempo no definido. Se da a través de la vida, por diferentes experiencias influenciadas por factores sociales, psicológicos y biológicos del medio familiar y del entorno. Este autor divide el desarrollo moral en tres niveles. En la presenta investigación se consideran a los niños menores de cinco años por lo tanto se abarca el nivel 1.

Nivel I: moral pre convencional que enfoca la cuestión moral desde los intereses concretos de los individuos implicados y en función de las consecuencias inmediatas de sus actos; evitación de castigos y defensa de los propios intereses. Divide en 3 etapas, para el estudio se abarcan los dos primeros, como son: Etapa de 0 a 2 años teniendo como característica principal es lo bueno, lo que le gusta y desea, aun no tiene claro los actos buenos y malos y la etapa de 2 a 3 años donde la característica principal es la orientación, castigo y obediencia.

Desarrollo del lenguaje: Los progresos en la destreza para hablar, varían de un niño y niña, como resultado de capacidades individuales, intensidad de participación, en otras fases del desarrollo o exigencias impuestas para hablar.

Desde que el niño nace tiene la capacidad de vocalizar y reaccionar a los sonidos, los padres también a diferenciar las distintas vocalizaciones de los niños y las respuestas adecuadas para poder comunicarse (0-4 años). De los sonidos pasa a los gorgoteos, balbuceo (4-6 meses). Laleo o imitación imperfecta (6 meses a mas). Ecolalia o imitación (9 -10 meses). Primeras palabras (12 meses). Primeras frases (18 a 24 meses).²⁰

El cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo (CRED), pretende dar a los padres y profesionales de la salud elementos adecuados para valorar al niño desde un espacio integral que evalúe no solo el estado físico sino la dimensión mental, social, sexual, moral y espiritual, así como las condiciones económicas y las posibilidades de desarrollo.⁷

Frente a lo señalado, el cuidado enfermero debe estar orientado a centrar su atención en la persona cuidada de manera individualizada, tomando en cuenta las capacidades y potencialidades de cada persona, convirtiéndose en eje indispensable para los cuidados del niño en el control de crecimiento y desarrollo.⁶

El control de crecimiento y desarrollo, es una actividad preventiva promocional dirigido al niño menor de cinco años, para supervisar su proceso de crecimiento y desarrollo y detectar a tiempo signos de patologías mediante acciones ejecutadas por la familia y el personal de salud, en forma sistemática, periódica y mensurable, así como precoz e integral. Dicho control se efectuará en todos y cada uno de los niveles de atención en los consultorios de control de crecimiento y desarrollo del niño.

El personal responsable a nivel operativo del cumplimiento de los objetivos y metas de las actividades del control de crecimiento y desarrollo del niño es la Enfermera. Las funciones, actividades y tareas del personal serán asignadas tomando en cuenta: Nivel de atención, complejidad y de recurso de salud.

Para la elaboración de la historia clínica o ficha familiar es fundamental en la atención de todo niño que acude a ser atendido por cualquier motivo, la enfermera debe considerar los siguientes aspectos a continuación mencionados: recepcionar cordialmente al niño y a sus padres; elaborar la historia clínica del niño solicitando: datos personales, datos familiares, datos sobre factores de riesgo, datos sobre el problema actual; aperturar el carné de CRED del niño; realizar control de funciones vitales al niño; realizar control de talla y peso del niño; valorar el desarrollo psicomotor: aplicar, valorar y registrar los test de desarrollo psicomotor, valorar y registrar el desarrollo psicomotor en el carné de CRED, anotar los resultados de la valoración en la historia clínica

Revisar el calendario de vacunaciones; escribir los diagnósticos en la historia clínica: estado nutricional, estado de crecimientos, vacunas que ha recibido el niño, estado de salud bucal, estado de la salud visual,

problemas encontrados en el examen físico completo, problemas del niño referidos por los padres, problemas del desarrollo, enfermedades presentes en el niño. ⁵

Indicar el tratamiento de acuerdo a los problemas y situaciones encontradas: Alimentación adecuada: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, recuperación nutricional; estimulación psicomotriz; educar al paciente y familiar sobre: fluorización, limpieza dentaria, hábitos alimenticios; indicar sulfato ferroso según normas del MINSA; educar sobre medidas de prevención de enfermedades más comunes; vacunar al niño según el calendario de vacunación; realizar la interconsulta a medicina si es necesario; indicar la próxima cita; referir los caso necesarios a otro nivel de atención; registrar las actividades en hojas Hiss.

Realizar actividades preventivo promocionales: charla educativa, visita domiciliaria, capacitación intramural, capacitación extramural, orientación consejería, difusión de material escrito, entrevista a demanda; realizar actividades masivas de salud: Control de peso y talla a PRONOEIE, WAWAWASI, campañas preventivas profesionales; realizar el consolidado de información mensual, trimestral, semestral y anual.

El carnet de crecimiento y desarrollo es un documento que ayuda tanto a la enfermera como a la madre a hacer un seguimiento del estado de salud del niño. Existen dos modelos de carnet: para varones de color celeste y para niñas de color rosado, porque las curvas de crecimiento son diferentes.

En el carné registramos: La edad, peso y talla; las vacunas que ha recibido el niño; el tipo de alimentación; los logros alcanzados en el desarrollo según el test aplicado.

Para su correcto llenado, se debe tener en cuenta lo siguiente:

Los datos de identificación (afiliación): nombre del niño, de la madre y del padre, la fecha de nacimiento, domicilio.

Vacunaciones: se anotará primero con lapicero azul la fecha de la vacuna que se está aplicando y con lápiz se coloca las fechas de las próximas colocaciones de las vacunas. Los aspectos concernientes a este rubro son: la edad de inicio, dosis, indicaciones, contraindicaciones, etc., se basará en el manual operacional de normas del programa de inmunizaciones.

Evaluación de crecimiento, se realiza mediante dos gráficos: Grafico peso/edad: está representado por dos ejes que se entrecruzan: el eje

vertical, representa el peso en kilos y el eje horizontal, representa la edad en meses desde el nacimiento hasta los 5 años.⁵

Dentro de la gráfica existen espacio o áreas de diferentes colores: blanco, verde, amarillo, naranja y rojo: los colores permiten identificar el estado nutricional del niño.

El área de color verde es la única que nos representa un estado normal, los demás colores representan anormalidades en el estado nutricional: El área de color verde, determina que el peso del niño se encuentra dentro de los parámetros normales.

El área de color amarillo, representa desnutrición de primer grado o leve.

El área de color naranja, representa desnutrición de II grado o moderada.

El área de color rojo, representa desnutrición de II grado, severa o grave.

Grafico Talla/Edad: no permite identificar si un niño representa un crecimiento adecuado o tiene algún grado de retardo en el crecimiento; y según el color del área donde se encuentra, nos determina si este retardo en el crecimiento es leve, moderado o severo.⁵

Evaluación del desarrollo del niño, se realiza mediante el test abreviado (T.A), basándose en los ítems que debe realizar el niño de acuerdo a su edad cronológica. La evaluación del desarrollo se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

SI: Cuando la niña o el niño ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.

NO: Cuando la niña o el niño NO ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.

EP: En proceso, cuando la niña o el niño no ejecuta totalmente la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.

Conociendo la clasificación se procede a la interpretación de los resultados obtenidos en dicha evaluación:

Normal (N): Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Déficit (D): Cuando una o más de las conductas evaluadas en la niña o niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.⁵

La evaluación del desarrollo es una acción que realiza la enfermera frente a las áreas del desarrollo psicomotor del niño las cuales son:

Área motora: Se refiere al movimiento y al control que el niño tiene con su cuerpo, para tomar contacto con su entorno. Comprende dos aspectos:

Motor fino: Comprenden actividades donde se coordina la vista y mano, lo que posibilita realizar actividades con precisión como: coger objetos, guardarlos, encajar, agrupar, cortar, pintar, etc

Motor grueso: Implica la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar. La base del aprendizaje se inicia en el control y dominio del propio cuerpo.

Área de lenguaje: Se refiere a las habilidades en las que el niño podrá comunicarse con su entorno. Podrá expresarse mediante gestos y palabras, a la vez que comprende el significado de las mismas.

Área de coordinación: Se refiere al control de la postura y motricidad, el niño va aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, o con lo que oye con lo que ve.

Área social: Se trata de fortalecer esta área mediante el vínculo con la madre en un principio, permitirá al niño sentirse amado y seguro de sí mismo, así como manejar su conducta y expresar sus sentimientos.²¹

El control de crecimiento y desarrollo está programado de la siguiente manera: Menor de 1 año: 1° control al 1° mes, 2° control al 2° mes, 3° control al 3° mes, 4° control al 4° mes, 5° control al 7° mes, 6° control

al 9ºmes; Niño de 1 a 2 años:1ºcontrol a los 12 meses, 2ºcontrol a los 15 meses, 3ºcontrol a los 18 meses, 4ºcontrol a los 21 meses, 5ºcontrol a los 24 meses; Niños de 3 a 5 años: 1ºcontrol a los 3 años, 2ºcontrol a los 4 años, 3ºcontrol a los 5 años.

Los niños desarrollan distintas características durante el desarrollo de estas tales como, las características propias del niño de 0-3 meses: sostiene la cabeza cuando se encuentra en posición prona, el reflejo de agarrarse se debilita y mantiene las manos más abiertas, apoya el peso sobre los codos; mira a su alrededor, sigue con la vista en forma incompleta un objeto y persona; mira los rostros de quienes lo observan; cuando se le habla y gesticula se sonríe, produce algunos sonidos del tipo vocal que acompañan su actividad general.

Las características propias del niño de 3-6 meses: mantiene la cabeza firme la puede mover en diferentes direcciones, manos abiertas, inicia el arrastre, de boca arriba pasa a boca abajo; sigue con la vista un objeto o persona hasta que este desaparece de su campo visual; mira un objeto que sostiene en su mano; emite murmullos, ríe, articula y localiza sonidos; utiliza una mano para apoyarse y la otra para alcanzar objetos; juega con las manos y ropa.

Las características propias de 6 -9 meses: Se mantiene sentado, a veces inclinado hacia adelante y apoyado en las manos. Tiene fuerza suficiente para sostener su peso si se sostiene de pie un momento; los movimientos para agarrar muestran un predominio lateral; pasa un objeto de una semana a otra; articula sonidos más complejos, los escucha y repite, aparece la primera palabra; juega con los pies y con sus juguetes y se inicia el gateo.

Las características propias del niño de 9-12 meses: El gateo es la posición más frecuente porque le permite desplazarse en forma independiente, permanece sentado solo, gatea, se para con apoyo y empieza a caminar, junta dos objetos como palmeando, toma objetos con el dedo pulgar e índice, dice una palabra, atiende a sus nombre, al escuchar música mueve su cuerpo, realiza juegos sencillos y mira fijamente algo que le llama la atención.

Las características propias del niño de 12-18 meses: Camina si se lo lleva de una mano, se desplaza, toma una bolita con mayor precisión, arma una torre con 3 o 4 cubos; la postura preferida es estar sentado; saca y mete objetos de un recipiente; sube escaleras con ayuda; repite serie de sonidos idénticos; ayuda a vestirse, alcanza juguetes.

Las características propias del niño de 18-24 meses: Corre en línea recta, no puede cambiar de dirección sin detenerse; Puede alternar con soltura entre estar sentado o de pie; Sube o baja escaleras sin alternar los pies; saca objetos pequeños de una botella, imita una línea con el lápiz; puede arrojar y patear una pelota; nombra dibujos y objetos; identifica partes de su cara; usa una cuchara, derrama algo, controla sus esfínteres.

Las características propias del niño de 2-3 años: Se agacha y se levanta sin con objeto, imita una línea circular; salta con los dos pies, sube y baja escaleras alternando los pies, hace preguntas ¿Qué es esto?; usa frases, comprende órdenes sencillas; pide para satisfacer sus necesidades de ir al baño, juega con muñecos.

Las características propias del niño de 3-4 años: Su pensamiento es egocéntrico, animista y artificialista; no distingue las experiencias reales de las imaginarias, confundiendo con facilidad la fantasía con la realidad; identifica los colores primarios y algunos secundarios; distingue entre objetos grandes y pequeños, pesados y livianos; distingue con objetos concretos los cuantificadores: muchos, pocos, todos, ninguno; recuerda la melodía de las canciones conocidas; sigue

la secuencia o patrón, que se les da los bloques o cuentas; identifica por lo menos 3 figuras geométricas.²²

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo, enfermería como profesión de salud, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados.

La presente investigación se sustenta en la teoría de Jean Watson, considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total, la cual la persona cuidada requiere de cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, es decir busca la integridad y equilibrio entre el cuidador y la persona cuidada, el equilibrio de su ser. De acuerdo a su teoría, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.²³

La enfermera, es responsable de ofrecer condiciones para que la persona cuidada resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma

de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.²⁴

Por lo tanto según teoría de Jean Watson, concluimos que el cuidado es el núcleo y la esencia de enfermería, esta teoría enfatiza que el cuidado que brindamos debe estar acompañado con un afecto incondicional; además proyecta y guía a la enfermera a adoptar la armonía al momento de la planificación y ejecución de los cuidados encaminados a la satisfacción de la persona que brindamos la atención.

Así mismo la investigación se basa el modelo de la promoción de la salud, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El modelo de la promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar

que promoverá la salud. Se postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas.

Además, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.²⁵

El modelo de la promoción de la salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos

de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.²⁶

Los componentes comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e

incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla; finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.²⁵

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

Por lo tanto, se concluye que, según el modelo de promoción de la salud, sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Finalmente otra teórica que sustenta la investigación es Leiningher que se basó en la disciplina de la antropología y definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y

subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.²⁷

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, 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 a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.²

Defiende 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.²

El cuidado debe tener en cuenta que no solo llama a un compromiso científico, filosófico, moral y la conservación de la vida, si no también se habla de la protección de la dignidad humana.²⁷

El cuidado humano es una actitud ética en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos uno de los otros. Las personas se relacionan en una forma de promover el crecimiento y el bienestar de la otra. Por lo tanto, el cuidado de los niños, es de vital importancia, y en nosotros está el compromiso de acompañarlos en ese camino que los llevara a ser líderes del futuro.

Las investigadoras después de la revisión bibliográfica concluyen que el cuidado enfermero es la esencia de la profesión de enfermería y tiene como objeto brindar una atención integral a la persona cuidada, englobando sus diferentes dimensiones como lo es la biológica, social, espiritual, moral, emocional, sexual basados en un conocimiento científico, experiencia, visión humanística y pensamiento crítico, con la finalidad de promover, mantener y/o recuperar su dignidad y totalidad humana.

La Atención Integral se entiende como la provisión continua y con calidad de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad, siendo fundamental durante los primeros cinco años de su vida, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro.

El cuidado en el control de crecimiento y desarrollo es la atención integral e individualizada que se le brinda al niño, tomando en cuenta sus capacidades y potencialidades convirtiéndose en un eje indispensable para el cuidado, abarcando las dimensiones biológica, social, espiritual, moral, emocional, sexual, siendo estas todos los aspectos del ser que necesitan ser reconocidas y desarrolladas para lograr su completo bienestar.

El cuidado humano es una actitud ética en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos uno de los otros. Las personas se relacionan en una forma de promover el crecimiento y el bienestar de la otra. Por lo tanto, el cuidado de los niños, es de vital importancia, y en nosotros está el compromiso de acompañarlos en ese camino que los llevara a ser líderes del futuro.

Marco legal:

La norma técnica cuenta con una base legal apoyándose de manera principal de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.

Asimismo, las funciones que debe cumplir la enfermera en el Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, requiere que tenga actitudes como es la buena disposición para trabajar con niños y madres, conocimientos sólidos, experiencias, actualización y su capacitación continua.

La enfermera es la responsable a nivel operativo del cumplimiento de los objetivos y metas en control de CRED y se efectuará en todo y cada uno de los niveles de atención en los consultorios de CRED.⁵

2.3. Marco contextual

La MICRORED la Victoria está constituida por los centros de salud Fernando Carbajal Segura “El Bosque”, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, con un total de 9 enfermeras que laboran en el consultorio de CRED.

El centro de salud Fernando Carbajal Segura “El Bosque” en sus 23 años de creación es un Establecimiento de Salud con un nivel resolutivo I-4 desde el año 2006, que atiende esencialmente a la población de escasos recursos económicos del pueblo joven el Bosque y anexos del distrito La Victoria de la provincia de Chiclayo. Es considerado en la actualidad una Unidad Prestadora de Servicios de Salud de prestigio, perteneciente a la Red Chiclayo, Dirección Regional de Salud Lambayeque - Gobierno Regional de Lambayeque.

Se encuentra ubicado en el pueblo joven El Bosque del Distrito La Victoria, y es una localización estratégica para la cobertura de salud en las zonas de expansión del distrito, actualmente 3 pueblos jóvenes, así como de otras localidades cercanas al centro de salud. Tiene en su proximidad a la avenida Gran Chimú que se une con la avenida panamericana sur, permitiendo el acceso de otros distritos de la provincia de Chiclayo.²⁸

El Centro de Salud Fernando Carbajal Segura “El Bosque” comprende dentro de su jurisdicción el pueblo joven de EL Bosque, 1° de Junio y Antonio Raymondi, siendo zonas pobladas en formación con un número de habitantes importante, carentes de recursos económicos y de diversos servicios que permitan una calidad de vida adecuada.

Tiene una población infantil menor de 5 años de 5840 que se encuentre registrada en dicho establecimiento. Siendo la enfermera la responsable de brindar el cuidado en la atención primaria a los pobladores de la localidad, teniendo un acceso fluido debido a que se encuentra en el centro de la localidad, según la demanda de pacientes al control de crecimiento y desarrollo es de 25-45 niños diarios, en horarios de mañana y tarde que es de 7:30 am a 1:30 – 1:30 p.m. a 5:00pm de lunes a sábados.

El consultorio de crecimiento y desarrollo del niño y niña cuenta con una infraestructura reducida, una sola ventana; equipamiento incompleto para poder realizar el control de CRED al niño o niña de 0 a 5 años.

El personal de enfermería del consultorio de crecimiento y desarrollo en el centro de salud está constituido por 4 enfermeras, de la cual 1 es nombrada y las otras 3 enfermeras son CASS, que cumplen su rol en turnos rotativos, teniendo como déficit que en ciertos momentos una enfermera tiene a cargo el consultorio de CRED e inmunizaciones al mismo tiempo.

Las madres o cuidadores de los niños que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en su mayoría estado civil convivientes, con

educación primaria o secundaria incompleta, que se dedican únicamente a actividades del hogar, provenientes de zonas urbanas marginales alejadas, de ingreso económico bajo y con creencias y costumbres propias del entorno al cual pertenecen.

El centro de Salud Manuel Sánchez Villegas- La Victoria Sector I, es un establecimiento de nivel I-2 que localiza en la calle Virú N° 429 Y Av. Unión, ubicación considerada estratégica por ser de fácil acceso para su población asignada; realizando actividades de atención de salud gratuitamente con base al Sistema Nacional del Perú. Fue creado el 18 de mayo de 1985, inicialmente como un módulo de 6 divisiones, posteriormente su construcción ha permitido su implementación, con la presencia de más consultorio que permitan brindar una atención integral a la población de su jurisdicción.

Este centro de salud cuenta con una infraestructura en crecimiento, con ambientes iluminados y ventilados, sin embargo, se observa un espacio reducido para la confluencia de los usuarios por contar con pasillos muy estrechos; evidenciándose aglomeración de personas en los pasillos, mientras esperan su turno de atención. Si bien ofrece todos los servicios básicos, se evidencia que los materiales e insumos son

limitados, aunado a ello el insuficiente equipo moderno, dificultando concretar una atención de calidad.

El consultorio de CRED cuenta con una población de 2129 niños menores de 5 años que acuden diariamente con una demanda de 40 niños atendidos diariamente con turnos de mañana 7:30 a.m – 1:30 p.m. y por la tarde 3:00 p.m.- 5:00 p.m. de lunes a viernes. Dicha población proviene de las zonas urbanas, asentamientos humanos de diferentes culturas, costumbres con un nivel socioeconómico medio – bajo. Está conformado por tres licenciados de enfermería que son los encargados de brindar la atención en el consultorio de crecimiento y desarrollo al niño menor de 5 años, apoyada por el técnico de enfermería.²⁹

En el Puesto de Salud Antonio Raimondi –La Victoria categoría I-2, de tipo: sin internamiento, ubicado en la calle Leyendas s/n pueblo joven Antonio Raimondi, Lambayeque- Chiclayo- La Victoria, el horario de atención es de 7:30 a.m. – 1:30 p.m.

El puesto de salud Antonio Raimondi, establecimiento que empezó a funcionar gracias a una alianza estratégica entre los sectores públicos y privados a favor de cientos de familia de escasos recursos.

Se brinda los servicios de obstetricia, enfermería y medicina general contando con áreas que cuentan con un equipamiento básico donado por la dirección regional de salud y la empresa privada.

El consultorio de CRED cuenta con una población de 1500 niños menores de 5 años que acuden diariamente con una demanda de 20 niños atendidos diariamente con turnos de mañana 7:30 a.m. – 1:30 p.m., procedentes de pueblos jóvenes y asentamientos humanos, llevando consigo sus costumbres, creencias y valores. El consultorio de crecimiento y desarrollo está conformado por una licenciada de enfermería que es la encargada de brindar el cuidado al niño menor de 5 años y un personal técnico de enfermería.³⁰

CAPÍTULO III

Marco metodológico

3.1. Tipo de la investigación

El presente estudio fue de tipo cualitativo, método humanista que permitió a las investigadoras interactuar con el objeto de estudio mediante la comunicación enfermera e investigadoras, expresados por las mismas, abordándose dimensiones objetivas de la acción y la interacción humana y relacionar estos resultados con los contextos en los que se producen.³¹, logrando comprender como es el cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo en niños de 6 meses a 5 años por el profesional de enfermería en los Centros y Puesto Salud de la Microred.

3.2. Diseño de la investigación

El estudio de caso, es el método que se utilizó en la investigación, está orientada a realizar un análisis descriptivo, exhaustivo y a profundidad de un caso, tratando de descubrir e identificar los problemas y las causas que pueden subyacer en el origen de los mismos.³³

El propósito del estudio de caso consiste en determinar la dinámica de porque el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera

en particular³¹, permitiendo el análisis profundo del cuidado enfermero en el control de CRED a niños de 6 meses a 5 años por el profesional de enfermería en los Centros de Salud Francisco Carbajal Segura, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, pertenecientes a la Microred La Victoria, realizándose a un grupo de enfermeras que laboran en dichos consultorios, lográndose comprender los aspectos importantes con respecto a los cuidados que ella brinda en el consultorio de control de crecimiento y desarrollo del niño(a) de 6 meses a 5 años.

Considerandose para el desarrollo de la investigación tres fases: La fase exploratoria, la fase sistemática o de delimitación del estudio y la del análisis sistemático y elaboración del informe.³¹

Fase exploratoria

El estudio de caso inicia con un plan muy incipiente, que se va delineando claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren relevantes en la situación estudiada.³²

Algunas de las preguntas iniciales fueron: ¿Están preparados los enfermeros(as) para brindar un cuidado integral en el control de crecimiento y desarrollo?, ¿Son adecuados los cuidados brindados por la enfermera a los niños de 6 meses a 5 años?, ¿La enfermera tiene en cuenta las fases del proceso enfermero en el cuidado que brinda en el control de crecimiento y desarrollo en los niños de 6 meses a 5 años? Las cuales dieron origen para estudiar ¿Cómo es el cuidado que brinda la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años en los Centros de Salud Francisco Carbajal – El Bosque, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi?.

Delimitación del estudio

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, se procedió a recolectar sistemáticamente la información, previo consentimiento informado a los enfermeros haciendo uso de la técnica observación indirecta y la entrevista abierta a profundidad, las cuales fueron aplicadas en los Centros de Salud Francisco Carbajal Segura, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, pertenecientes a la Microred La Victoria.

Dichas entrevistas constataron de preguntas orientadas al objeto de estudio que es el cuidado enfermero en el control de crecimiento y

desarrollo a niños de 6 meses a 5 años por el profesional de enfermería, las mismas que fueron grabadas con previa autorización de los enfermeros, siendo transcritas, subcategorizadas y categorizadas. De igual manera se llevó a cabo la observación que se dirige hacia la obtención de datos no observados directamente en el cuidado que brindan los enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo, sino en datos que se basan por lo general en declaraciones verbales de los sujetos.

Análisis sistemático y elaboración del informe

Surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.³²

Considerando los principios de Ludke M. y André M, asociados al estudio de caso³⁴, en los que se amparó la presente investigación:

Se dirigen al descubrimiento: donde el investigador a pesar de partir de algunos presupuestos teóricos iniciales, procuró mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial sirvió así de soporte de estructura básica a partir del cual se obtuvieron nuevos

aspectos, elementos o dimensiones que lograron ser sumados al estudio.³⁴

En la presente investigación el cuadro teórico incluyó aspectos que tienen que ver con el cuidado que realizó la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo, sin embargo, estuvimos atentas a la aparición de nuevos conceptos que permitieron la construcción del objeto en estudio.

Enfatizan la interpretación del contexto, lo cual se delimitó el contexto donde se situó al objeto – Cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo en niños de 6 meses a 5 años de la Microred La Victoria, de tal manera se pudo comprender la manifestación general del problema. Este principio se materializó en la presente investigación cuando se contextualizó y delimitó a los sujetos de estudio con su realidad específica.

Variedad de fuentes de información, pues el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones diversas y con una variedad de informantes.³⁴ En la investigación, la recolección de información se tomó como fuente principal a los enfermeros que laboran en los Centros de Salud Francisco Carbajal

Segura, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, pertenecientes a la Microred La Victoria, quienes proporcionaron valiosa información con el fin de descubrir como es el Cuidado Enfermero en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 6 meses a 5 años.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: aquí el investigador procura revelar la multiplicidad de las dimensiones presentes, en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo.³⁴ En la presente investigación se buscó comprender como es el Cuidado Enfermero en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 6 meses a 5 años de la Microred La Victoria.

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales: La generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto, en el momento en que éste intenta asociar datos encontrados en el estudio, con los datos que son fruto de sus experiencias personales.³⁴ Las investigadoras dejaron constancia de cómo se procedió a investigar, con la finalidad de que otras personas que deseen indagar la problemática planteada, al leerlo logren realizar la transferencia a su realidad.

Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social ³⁴ Cuando el objeto o situación estudiada puedan originar opiniones diferentes, las investigadoras procurarán traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. Las investigadoras aceptaron e interpretaron los diferentes puntos de vista, tratando de despojar juicios propios emitidos.

Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación: Se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio, materializándose en el relatorio final, donde queda evidente si él se constituye realmente en un estudio de caso.³⁴ En la presente investigación se utilizó un lenguaje sencillo, para que las personas que deseen leerla puedan entenderla.

3.3. Población y muestra

Una vez definido el tipo de estudio y el abordaje de los datos, la selección de los participantes, se llevó a cabo teniendo en cuenta el objeto y objetivo de la presente investigación.

Para delimitar los sujetos de estudio se hizo uso del fenómeno de saturación; para Monje, este criterio significa que el investigador ha

hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado no encontrando de parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado. De hecho, tienden a hacer una redundancia en la cual el investigador obtiene la misma (o similar) información en repetidas indagaciones.³⁵

La población estuvo constituida por 9 enfermeros que laboran en el consultorio de crecimiento y desarrollo de los Centros de Salud Francisco Carbajal Segura, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, quienes fueron las fuentes que conformaron el caso de estudio, su participación fue activa relacionada con el objeto de estudio, que en este caso es el Cuidado Enfermero en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 6 meses a 5 años.

Población:

Enfermeras que laboran en el consultorio de crecimiento y desarrollo de los Centros de Salud Francisco Carbajal Segura, Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi.

Muestra:

Estuvo delimitada por el fenómeno de saturación, definido como el examen intensivo de cada sujeto que fue cubriendo paulatinamente las respuestas buscadas, pues al continuar recibiendo información tiende a repetir-saturar, el contenido de la información lograda.³⁵

Se entrevistaron a 7 enfermeros que laboran en el consultorio de CRED, siendo pertenecientes 3 enfermeras del Centro de Salud Francisco Carbajal Segura, 2 enfermeras y 1 enfermero que laboran en el Centro de Salud Manuel Sánchez de Villegas y por ultimo 1 enfermera que labora en el Puesto de Salud Antonio Raimondi de la Microred La Victoria seleccionadas para la presente investigación.

Criterios de inclusión:

- Que tenga como mínimo dos años en el servicio de crecimiento y desarrollo.
- Enfermeras que estén laborando en el servicio de CRED en horarios de 7:30 am a 1:30pm. 1:30 p.m. a 6:30 p.m.
- Las enfermeras que deseen participar en la investigación.

3.4.Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista abierta a profundidad y el instrumento fue una entrevista Semiestructurada; así mismo se usó para la recolección de datos la observación no participante y el instrumento que se utilizó fue la guía de observación. Evidenciando como la enfermera brinda los cuidados

en cada control, mostrándose en su accionar, actitudes, gestos de buen trato, empatía, respeto y amabilidad al momento de recibir al niño y a la madre.

Según (Grinnell y Unrau, 2007) nos dice que las entrevistas semiestructuradas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).

Por lo tanto, una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentada, evitando realizar preguntas que condicionen una respuesta.³⁴

Dicho instrumento fue elaborado por las investigadoras, y tuvo un máximo de 2 preguntas que estuvieron enfocadas a recolectar datos sobre el Cuidado Enfermero en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños de 6 meses a 5 años. La cual fue gravada previa aceptación y firma de consentimiento informado para su posterior análisis.

En lo que respecta a la observación no participante, el investigador se mantiene al margen del fenómeno estudiado, como un espectador pasivo, que se limita a registrar la información que aparece ante él, sin interacción, ni implicación alguna. La observación se realizó en los Centros y Puestos de Salud de la Microred La Victoria, iniciándose en el momento en que la enfermera empieza su labor en el consultorio de CRED, mostrándose en algunos casos con total naturalidad y entrega al momento de brindar su cuidado al niño menor de 5 años y en otras muchas veces agilizaban el control para concluir con su trabajo.

Este modo de observar es muy apropiado para el estudio de reuniones, manifestaciones, asambleas, etc., y en general para la observación de actividades periódicas de grupos sociales más que para el estudio de su estructura y vida cotidiana.³⁶

Es así que para el desarrollo de esta investigación se utilizó una guía de observación, la cual es un instrumento de registro que evaluó desempeños, en ella se establecen categorías con rangos más amplios que permite a la persona mirar las actividades desarrolladas por el otro de manera más integral, para ello, es necesario presenciar el evento o actividad y registrar los detalles observados, la cual consiste en un

listado de aspectos a evaluar (contenidos, habilidades, conductas, etc.).³⁷

3.5. Procedimiento para la recolección de datos

Cuando se aprobó el proyecto y se obtuvo la resolución de aprobación, se solicitó la respectiva autorización a los jefes de los Centros y Puestos de Salud de la Microred La Victoria para la realización del presente estudio.

Una vez obtenida la autorización se procedió a la selección de la población teniendo en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados.

Seguidamente se entró en contacto con los informantes a quienes previa explicación en términos claros y sencillos del objetivo de la investigación, se les solicitó su participación voluntaria asegurándoles el anonimato y confidencialidad de la entrevista y que los resultados fueron usados exclusivamente para la investigación aspectos que se encuentran consignados mediante su firma en el consentimiento informado y la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en algunos casos antes que empiece la atención del consultorio y en otras oportunidades al finalizar su jornada laboral, siendo realizadas en el mismo consultorio, teniendo como génesis la toma de datos generales, entrando en confianza con el sujeto de estudio se procedió a preguntar ¿Cómo realiza el cuidado que brinda en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años?, surgiendo expresiones y pensamientos que generan la necesidad de realizar nuevas preguntas para poder así comprender como es el cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo del niño de 6 meses a 5 años de la Microred la Victoria

3.6. Análisis e interpretación de datos

La entrevista semiestructurada se realizó a través del análisis de contenido temático de las descripciones y la información, la entrevista fue procesada de acuerdo al abordaje de la investigación efectuando la transcripción detallada de los testimonios con la lectura y relectura de los discursos. Los discursos fueron transcritos para concretizar en subcategorías y categorías.

Los discursos de la investigación se codificaron bajo seudónimos los cuales se transcribieron para luego extraer las unidades de significado,

luego se realizó la descontextualización, donde las declaraciones y observaciones se separaron en segmentos constituyéndose en núcleos de significado, lo que facilitó la agrupación en categorías y subcategorías.

La principal tarea de la categorización cualitativa consistió en desarrollar un método para clasificar el material, es decir un mecanismo sin tener que leerlos una y otra vez en su totalidad. Este es una fase reduccionista, pues los datos son más compactos, manejables y tomados en unidades de fácil localización que luego se analizaron a la luz de la bibliografía actual y de los antecedentes, a través de un análisis temático que consistió en la búsqueda de temas o regularidades recurrentes después de la recolección de datos. Los temas se desarrollaron al interior de la categoría de datos siendo sensible a las relaciones, finalmente todo este análisis se presentó en forma narrativa.

3.7. Rigor científico

Se consideraron los siguientes criterios.³⁴

- **Credibilidad**

Se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema.

Las investigadoras tuvieron contacto directo con los enfermeros de la Microred La Victoria, lo que garantizó la veracidad de la información recolectada, así mismo se dió a través de la observación permanente del hacer diario de los enfermeros en el consultorio de crecimiento y desarrollo y la descripción de lo que se obtuvo sin alteración de los resultados.

- **Confidencialidad**

Se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados.

En este estudio se protegió a los participantes mediante seudónimos utilizando el nombre de flores con el fin de garantizar su anonimato, respetando así el principio de respeto a la dignidad humana.

- **Confiabilidad**

La información registrada en cada entrevista, no fue manipulada ni alterada por las investigadoras, por tal motivo se mostraron

contenidos emitidos en forma natural y espontánea y sin incorporar en ningún momento los prejuicios de las investigadoras.

- **Auditabilidad:**

Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logrará cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir “la pista al investigador original y llegar a hallazgos similares”.

En la investigación se realizó un registro y documentación completa de los datos obtenidos en la investigación, de manera que, si otro investigador examina los datos, pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tenga las mismas perspectivas.

- **Transferibilidad**

Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de ellos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos.

Se ofreció una descripción clara de los resultados del estudio que permita al lector manejar la información necesaria suficiente a fin

de establecer comparaciones y transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio.

3.8. Principios Éticos

La presente investigación se rigió mediante los principios éticos abordados en el Informe Belmont (1979)³⁸

a) Principio de beneficencia

Se minimizaron los riesgos y la equivocación para maximizar los beneficios de la investigación, respetando las decisiones de los enfermeros.

Los enfermeros involucrados en la investigación no fueron por ningún motivo afectadas física ni psicológicamente. Además, toda la información que nos proporcionaron fue utilizada como medio de investigación siendo el único beneficio obtener resultados, los cuales fueron utilizados de manera estricta para fines de esta.

b) Principio de respeto a la dignidad humana

Este principio comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información.

Ante esto, las investigadoras trataron a los participantes como entes autónomos ya que ellos eligieron voluntariamente si desean o no participar en la investigación. Así también se brindó información necesaria a los participantes sobre la naturaleza del estudio, sus objetivos, el procedimiento a emplear y las responsabilidades del investigador.

En la presente investigación la información obtenida; se mantuvo en reserva asegurando en todo momento el anonimato.

c) Principio de justicia

La justicia incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad. Este principio se garantizó durante la selección de los sujetos ya que se efectuó sin ningún tipo de perjuicio o discriminación a quienes participaron en el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

El cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), constituye una de las actividades de mayor importancia que debe cumplir el profesional de salud, en cada uno de los niveles de atención; siendo la enfermera la responsable del consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño y niña, realizando actividades preventivo promocional dirigido al menor de 5 años de edad, priorizando a este grupo etáreo por su mayor vulnerabilidad y exposición al riesgo de enfermar y morir.

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías obtenidas luego de haber aplicado la entrevista abierta a profundidad y la observación indirecta:

CATEGORIA I: RECONOCIENDO EL CUIDADO HOLÍSTICO E INTEGRAL EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

1.1 Considerando al niño como un ser holístico

1.2 Cuidando al niño en su contexto familiar y social

CATEGORÍA II: CUIDANDO AL NIÑO APLICANDO EL PROCESO ENFERMERO

2.1. Valorando al niño

2.2. Priorizando la dimensión física

2.3. Priorizando la dimensión psicomotora

2.4. Priorizando la dimensión social

- 2.5. Ausencia de diagnósticos enfermeros
- 2.6. Planificando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo
- 2.7. Ejecutando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo.
- 2.8. Evaluando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo

CATEGORIA III: LIMITANDO EL CUIDADO ENFERMERO POR FACTORES INSTITUCIONALES

- 3.1. Insuficientes recursos humanos enfermería
- 3.2. Evidenciando necesidad de capacitación

I. RECONOCIENDO EL CUIDADO HOLÍSTICO E INTEGRAL EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

El cuidado en enfermería, se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él, evidenciándose en la práctica interpersonal, teniendo como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona en sus diferentes dimensiones: biológica, social, sexual, moral y espiritual.⁶ Por lo tanto, la enfermera para brindar un cuidado holístico debe poseer competencias, habilidades, conocimientos y valores, las cuales son fusionadas con expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad, demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques ya que todos ellos son percibidos por la persona cuidada.

La enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo brinda su cuidado al niño de 6 meses a 5 años por su vulnerabilidad para enfermar, dirigiendo así sus intervenciones para satisfacer las necesidades y mantenerlo dentro de los límites de la normalidad, tomando en cuenta las teorías de enfermería.

Además, la enfermera brinda un cuidado integral, que implica tres elementos fundamentales, mirar al individuo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual; siendo un proceso que tiene interrelación entre el individuo y su entorno.

1.1. Considerando al niño como un ser holístico

La enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo enfatiza la atención al niño menor de 5 años por su vulnerabilidad para enfermar, es por ello que sus intervenciones están dirigidas ayudar al niño al logro del desarrollo de sus capacidades y destrezas de acuerdo a su edad y mantenerlo dentro de los límites de la normalidad. Es por ello que para brindar un cuidado holístico debe sustentar su cuidado en las teorías de enfermería, enmarcadas en el paradigma de la transformación siendo la tendencia en el cuidado de enfermería, pues nos ofrece una apertura social hacia el mundo para dispensar cuidados de salud creativos, orientados a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno; es decir se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, y entonces la intervención de enfermería con esta orientación se enfoca en dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones, para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

... *“En el cuidado no solo tomamos en cuenta la parte física, sino también lo emocional, social, psicológico y espiritual” (Margarita)*

... *“Vemos al niño como un todo no dejando de lado la parte espiritual” (Orquídea)*

Así mismo se contrastó los discursos con lo observado por las investigadoras, en el cual los enfermeros al brindar su cuidado en el control de crecimiento y desarrollo no solo se centraban en el examen físico, evaluación del desarrollo, sino también desde que ingresaba la madre con su niño, se mostraba cordial, alegre, le preguntaban acerca de cómo se encontraba, si ha tenido algún problema en el transcurso de los días, si tolera los micronutrientes, como se porta en casa, tiene contacto con su primos, amigos; asimismo podía entrar en confianza y empatizar con la madre, es por tanto que se hace evidente lo manifestado por los enfermeros que brindan un cuidado en los consultorios de CRED, abarcado no solo el aspecto biológico si no también su entorno, la dimensión espiritual, moral, sexual y psicoemocional.

Además, se pudo observar que la enfermera fundamenta su cuidado enmarcadas en el paradigma de la transformación, que son base para brindar un cuidado holístico al niño y la niña haciendo uso de la teoría de Jean Watson, que considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación enfermera-paciente como un encuentro

total, donde los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida; siendo este cuidado efectivo si se realiza en forma interpersonal, es decir buscando la integridad y equilibrio entre el cuidador y la persona cuidada, el equilibrio de su ser¹. Como se evidencia en el siguiente discurso

... “Aplicamos la teoría de Watson porque tenemos en cuenta la dimensión espiritual, no solo el aspecto físico” (Margarita)

Por otro lado, también toman en cuenta la teoría de enfermería de Nola Pender con su modelo de la promoción de la salud, que ayuda a la enfermera a integrar estrategias y actividades, que permitan cambios de conductas y comportamientos de la persona cuidada e incorporándolas en su vida diaria, con el fin de mejorar su salud ³; esto lo evidenciamos en el siguiente discurso.

... “Ahora estamos trabajando con todo lo que tiene que ver con promoción de la salud”. (Jazmín)

Por ser el control de crecimiento y desarrollo una actividad que toma en cuenta los factores culturales de la madre para el cuidado del niño la enfermera utiliza a la teoría de Madeleine Leiningher que definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes

culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.² Esto se evidencia en los siguientes discurso:

... “Yo trabajo con Leiningher, porque busco costumbres o prácticas de cuidado adaptándolas al nivel cultural, educativo de la comunidad” (Orquídea)

Lo manifestado por los enfermeros es corroborado por las investigadoras al observar que en cada niño o niña atendida en el consultorio de crecimiento y desarrollo tenía en cuenta teorías de enfermería, haciéndose evidente en su accionar, en las preguntas que realizaba a la madre como, por ejemplo: ¿cuál es su procedencia?, que religión practica?, etc. compartiendo las creencias y costumbres de la madre, inculcándole estrategias de cuidado para el niño.

De acuerdo a lo anterior se concluye que brindan un cuidado holístico, integral e individualizado en el control de crecimiento y desarrollo, como manifiestan los enfermeros en sus discursos, donde valoran y

evalúan al niño de acuerdo a la edad, dirigiendo un cuidado preventivo promocional para evitar o disminuir riesgo que se puedan presentar durante su proceso de crecimiento y desarrollo.

1.2. Cuidando al niño en su contexto familiar y social

La atención integral es un proceso que tiene interrelación entre el individuo, su entorno y los componentes del entorno, que son los aspectos sociales, económicos, culturales.

Para que este cuidado ocurra en su plenitud la enfermera debe expresar conocimientos y experiencia en el desempeño de sus habilidades, además requiere de aptitudes especiales, buena disposición y ética para trabajar con niños y madres de familia, tener conocimientos sólidos, experiencias actualizadas y capacitaciones continuas.

Debido a ello es que la enfermera basa sus cuidados teniendo en cuenta el modelo de la promoción de la salud, que pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.²⁵

Según el modelo de promoción de la salud, sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas, siendo una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, observándose que las enfermeras del consultorio de crecimiento y desarrollo tienen en cuenta este aspecto como lo manifiestan en los siguientes discursos:

“el cuidado que brindamos involucra no solo enfermera paciente sino familia y comunidad donde se pretende lograr el mayor bienestar” (Margarita)

Debido a lo manifestado anteriormente se concluye que las enfermeras de la Microred La Victoria tienen muy en cuenta al entorno y sus factores del niño mientras realizan el cuidado en el CRED. Esto es muy importante debido a que la mayoría de la población en su totalidad son madres con estado civil convivientes, con educación primaria o secundaria incompleta, que se dedican únicamente a actividades del hogar, provenientes de zonas urbanas marginales alejadas, de ingreso económico bajo y con creencias y costumbres propias del entorno al cual pertenecen; características que la enfermera debe tener en cuenta y así

poder educar a la madre con respecto a los cuidados que debe tener en el hogar con su niño, cuidados que interviene en su mejoría o mantenimiento de su salud y disminuir el riesgo de enfermar y morir.

II. CUIDANDO AL NIÑO APLICANDO EL PROCESO ENFERMERO

Con el transcurrir de los años la disciplina de enfermería ha ido evolucionando, tanto en conocimiento como en corrientes del pensamiento, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, de ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo.¹²

En este sentido la metodología propia de enfermería con el paso del tiempo ha ido incluyendo nuevos diagnósticos en la NANDA, la aplicación del NIC y NOC en el cuidado enfermero; el proceso enfermero (PE) es la base de los cuidados enfermeros, siendo un método científico usado en la práctica asistencial, definido como proceso sistemático, flexible e individualizado, lo que le permite a la enfermera desarrollar una relación transpersonal para valorar las respuestas humanas, plantear diagnóstico de enfermería y planificar acciones que

al ser ejecutadas originen cambios en las respuestas humanas de la persona cuidada.¹²

Para que este cuidado en el control de crecimiento y desarrollo ocurra en su plenitud, la enfermera debe expresar conocimientos y experiencia en el desempeño de sus habilidades, además requiere de aptitudes especiales, buena disposición y ética para trabajar con niños y madres de familia, conocimientos sólidos, experiencias actualizadas y capacitaciones continuas.

El proceso de atención de enfermería abarca cinco fases y son valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.

2.1.Valorando al niño

Para realizar el cuidado enfermero en el área de crecimiento y desarrollo del niño y niña, empezamos con la primera etapa del PE, la cual es la valoración, que nos permite evaluar al niño desde un espacio integral que evalué no solo el estado físico sino las diferentes dimensiones como: mental, social, sexual, moral y espiritual, así como el desarrollo psicomotor, condiciones económicas y las posibilidades de desarrollo.⁷

La valoración es una fase importante del proceso enfermero para el cuidado de la persona, que dentro de ella encontramos la documentación que consta en la elaboración de la historia clínica o ficha familiar,

fundamental en la atención de todo niño que acude a ser atendido por cualquier motivo.

La enfermera debe considerar los siguientes aspectos a continuación mencionados: recepcionar cordialmente al niño y a sus padres; teniendo en cuenta el enfoque del buen trato, que es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro; se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y el poder en las relaciones, además elaborar la historia clínica del niño solicitando: datos personales, datos familiares, datos sobre factores de riesgo, datos sobre el problema actual; aperturar el carné de CRED del niño y anotar los resultados de la valoración en la historia clínica, como se evidencia en los siguientes discursos:

... *“Primero hacemos preguntas básicas a la mamá, preguntándole como esta su niño” (Rosa)*

... *“Como sabes primero es el conversatorio con la mamá luego hay que hacer una anamnesis con él o ella, tratar de ser empáticas, conocerlos bien” (Clavel)*

2.2. Priorizando la dimensión física

Además del llenado documentario que es parte de la valoración, la enfermera también realiza la valoración física del niño o niña de acuerdo a la nueva norma técnica de control de crecimiento desarrollo del niño y de la niña⁶; el crecimiento está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos y se mide por medio de las variables antropométricas, que es un proceso de medición de las dimensiones y de algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, talla, perímetro cefálico, etc.

El examen físico considera la valoración del crecimiento somatometría, valoración de estado nutricional, verificación de la cavidad oral, exploración física del niño que es céfalocaudal; teniendo en cuenta las técnicas de observación o inspección, palpación, percusión y auscultación. Además, permite identificar problemas y anormalidades físicas, neurológicas y fisiológicas que alteran su crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta las características físicas del niño de 6 meses a 5 años.⁵

Para ello el profesional de enfermería requiere tener un conocimiento amplio sobre las características biológicas, físicas y fisiológicas del niño

según su etapa de desarrollo, además de habilidades de interrelación, permitiendo así detectar desviaciones del crecimiento.

Como se evidencia en el siguiente discurso:

... “Empiezo con las medidas antropométricas y luego paso al examen físico, tiene que ser céfalocaudal” (Orquídea)

Sabiendo que la valoración es fundamental y se inicia con el examen físico, los enfermeros no realizan esta actividad tal cual menciona la teoría omitiendo pasos como se pudo observar a los enfermeros de la Microred - La Victoria en su labor durante el control de crecimiento y desarrollo, a pesar de que en sus discursos refieren que realizan el examen físico, no hay consistencia con la observación indirecta hecha por las investigadoras, dado que lo ejecutan en forma superficial, no deteniéndose en cambios fisiológicos importantes del niño lo que puede conllevar a no identificar un problema en el CRED del niño.

2.3.Priorizando la dimensión psicomotora

Así mismo parte de la valoración del niño encontramos el aspecto del desarrollo psicomotor, que es una acción que realiza la enfermera frente a las áreas del desarrollo psicomotor del niño considerando los criterios de aprobación que permiten asegurar que el niño este logrando

desarrollar capacidades en las diferentes áreas: motora gruesa y fina, lenguaje, coordinación y social.

El desarrollo es un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la 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. Este desarrollo es evaluado por el profesional de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo, para cual utiliza el test de desarrollo psicomotor (TEPSI), que es un instrumento que evalúa el desarrollo a niños de 2 a 5 años mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador, además, la utilización del test peruano de evaluación del desarrollo del niño (TPED) que es un instrumento que permite medir el perfil general del desarrollo psicomotor del niño, detectando retrasos funcionales y orgánicos.⁵

Como se evidencian en los siguientes discursos:

*... “La evaluación del desarrollo se empieza con el test peruano, realizándolo en todas sus áreas, además le explico que debe hacer ella en casa para estimular el desarrollo del niño”
(Jazmín)*

... *“Realizo el test de desarrollo según la edad” (Orquídea)*

El desarrollo psicomotor, aspecto importante de la valoración tiene como fin contribuir o mejorar el desarrollo infantil, establecido en las disposiciones de la Norma Técnica.⁵ Sin embargo, lo manifestado por los enfermeros donde mencionan que se debe identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones no concuerda con la observación, evidenciándose que solo aplicaban algunos hitos del desarrollo psicomotor del niño.

2.4.Priorizando la dimensión social

Los factores de riesgo que se pueden presentar en todos los niños y niñas son características, circunstancias o situaciones detectables que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad producen un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, se clasifica en factores de riesgo biológico(endógeno), que constituye el periodo prenatal, perinatal, pos natal, factores de riesgo social-ambiental (exógeno) que son condiciones sociales negativas, que al ser detectadas a tiempo.⁵ Como se pueden evidenciar en el siguiente discurso:

... “Si encuentro algún problema de salud en el niño me intereso en ver los factores del entorno, de su vivienda de acceso a alimentos etc. que estén afectando la salud del niño” (clavel)

De acuerdo a lo analizado anteriormente se pudo comprender que para realizar el control de desarrollo en niños de 6 meses a 5 años es necesario que el consultorio de crecimiento y desarrollo cuente con el personal capacitado y apto para brindar cuidado humanizado y con el material y equipo necesario el cual incluye: un ambiente sin ruidos, ventilado con mesa, silla, escritorio, estetoscopio, lavamanos, fichas de EEDP, TEPSI, carnet de salud del niño, manual de estimulación temprana hoja de registro diario, instructivos para el manejo del crecimiento y desarrollo del niño, además según los discursos vertidos por los enfermeros y la observación aplicada se constató que los Centros y Puesto de Salud de la Microred La Victoria cuentan con algunos materiales y equipos, sin embargo los enfermeros no utilizan dichos materiales en su totalidad en el control de crecimiento y desarrollo, haciendo que el control de CRED no se efectuó de manera adecuada.

2.5.Ausencia de diagnósticos enfermeros

Una vez que la enfermera en la fase de valoración ha recogido todos los datos pertinentes, los ha validado y organizado según las necesidades

alteradas; pasa a la fase de diagnóstico donde procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, lo que debe expresar la conclusión a la que ha llegado tras la valoración. Durante esta etapa se identificarán las respuestas de las personas o grupos ante situaciones de salud determinadas los cuales se les denomina diagnósticos de enfermería.

Dentro de la elaboración de diagnósticos enfermeros se utiliza como lenguaje universal la taxonomía NANDA-I, que es la herramienta que se emplea para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería, logrando conseguir estandarizar los registros de enfermería. además de guiarnos en el proceso enfermero hacia los resultados (objetivos) e intervenciones, es una gran herramienta para el desarrollo profesional.¹² Esto no se evidencia en los discursos:

... “No utilizo los diagnósticos, porque no estoy muy familiarizada con NANDA, lo que pasa es que la versión de NANDA no tiene diagnósticos relacionados al primer nivel de atención, está más enfocado en el ámbito hospitalario” (Jazmín)

... “No colocamos los diagnósticos de enfermería, pero si colocamos nuestras actividades a corto y a largo plazo” (Clavel)

Por ser de importancia el proceso de atención de enfermería es vital para el cuidado enfermero en la labor diaria del control de crecimiento y desarrollo al ser dinámico y flexible, aplicando sus cinco etapas, dentro de ellas es la elaboración de diagnósticos enfermeros en función a las respuestas humanas, esto no se evidencia en los discursos vertidos por los enfermeros incluso corroborado en la observación de las historias clínicas y atención diaria de los controles de crecimiento y desarrollo, sin embargo la elaboración de sus diagnósticos no presiden de acuerdo a la teoría, pero si los elaboran de acuerdo al CIE como se puede observar.

A pesar que de manera abierta los encuestados manifiestan no aplicar correctamente la metodología del proceso de atención de enfermería si llevan a cabo acciones de valoración, planificación, ejecución y evaluación, existiendo una marcada tendencia entre los profesionales de este estudio.

2.6. Planificando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo

Los cuidados prestados por el profesional de enfermería deben estar orientados a centrar su atención en la persona cuidada de manera individualizada, tomando en cuenta las capacidades y potencialidades

de cada persona, convirtiéndose en eje indispensable para los cuidados del niño en el control de crecimiento y desarrollo.⁶

El control de crecimiento y desarrollo es una actividad preventiva promocional dirigido al niño menor de cinco años, para supervisar su proceso de crecimiento y desarrollo y detectar a tiempo signos de patologías.

Al momento de brindar los cuidados el profesional de enfermería hace uso de un método denominado Proceso enfermero (PE), lo cual pretende potenciar al máximo la capacidad, configurándose con un número de pasos sucesivos que se relaciona entre sí, y en este caso seguiremos comprendiendo como realizan los enfermeros la planificación.¹²

Tras la identificación de los diagnósticos enfermeros y de los problemas interdependientes, comienza la fase de planificación, que consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico, para ello se realiza el plan de cuidados, ayudando a la enfermera en la elección y formulación de los objetivos/resultados, así como en la evaluación, empleando la taxonomía NOC y NIC. Esto de evidencia en los siguientes discursos:

... *“Mientras estas valorando ya estás pensando en tus actividades y que vas a planifica, pero no utilizo NIC y NOC”*
(Orquídea)

... *“Yo no aplico NIC Y NOC, mentalmente realizo mis objetivos y plasmo mis actividades en la historia clínica”* (Girasol)

Según los discursos obtenidos revelan que los enfermeros no aplican la taxonomía del NIC y NOC, refiriendo que solo plasman sus objetivos a corto y largo plazo además que las actividades que ellas realizan solo se guían según el conocimiento y la experiencia que tienen para brindar su cuidado durante el control de crecimiento y desarrollo del niño(a), pues por diversos factores que ellos mismos comentan como es la demanda, el tiempo o muchas veces la falta de actualización sobre que taxonomías a usar al momento de escoger sus intervenciones y actividades y así poder brindar un cuidado enfermero en crecimiento y desarrollo de calidad, buscando siempre el bienestar del niño y su entorno, pero como ellos refieren tratan en lo posible de cubrir la atención del niño(a) y de detectar algún problema a tiempo, y esto se pudo comprobar mediante la observación realizada por las investigadoras, en cada control en donde brindaban su cuidado.

2.7. Ejecutando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo

Los cuidados prestados por el profesional de enfermería lo realizan a través de un método denominado Proceso Enfermero (PE), lo cual pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas y esta consta de cinco fases que hemos ido comprendiendo fase por fase en el cuidado que brinda la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo de la Microred La Victoria, una de las fases de vital importancia es la ejecución, siendo el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos, esta fase inicia después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona cuidada a conseguir los objetivos deseados, ejecutándose intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema. Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta de persona cuidada para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Por lo tanto, el cuidado enfermero aplicado en el control de crecimiento y desarrollo es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por los enfermeros con el objetivo de vigilar de manera

adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños, detectando de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

... *“Después de haber formulado el plan, ya sabes que actividades vas a brindar en tu cuidado y ejecutarlas.” (Tulipán)*

Si bien la enfermera propone diferentes actividades para ejecutar su cuidado al niño menor de 5 años, ella prioriza la consejería, siendo este un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre la enfermera y la persona cuidadora, con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo del niño(a), focalizándose en el mejoramiento de las prácticas de cuidado, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia, permitiendo establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas.⁵ Esto se evidencia en los siguientes discursos:

... *“Educamos bastante en lo que es vigilancia nutricional, los cuidados que la madre debe tener para su niño” (Tulipán)*

La enfermera también realiza actividades preventivas promocionales de las cuales son la charla educativa, sesiones demostrativas, visita

domiciliaria, capacitación intramural, capacitación extramural, difusión de material escrito, orientación y consejería de las cuales se basa en la nutrición, la identificación de signos de alarma, entrega de micronutrientes, reacciones post vacúnales y estimulación de los niños para su desarrollo de acuerdo a su edad.⁵

Así mismo la enfermera aborda al niño como un ser con características propias y específicas, promocionando su salud y previniendo problemas, utilizando como medida de cuidado la consejería.

Además de la consejería también realizan sesiones demostrativas, siendo actividades que hacen uso de la metodología “aprender haciendo”, están dirigidos a madres, padres y/o cuidadores de las niñas y niños, cuya participación es interactiva, y es conducido por las enfermeras encargadas del consultorio de crecimiento y desarrollo. Como se evidencia en el siguiente discurso:

... “También realizamos sesiones demostrativas enfatizando en los alimentos según la edad, y cuando le explico a la madre le voy preguntando y haciendo la retroalimentación de lo que se enseña” (Orquídea)

Se pudo apreciar que en los diferentes discursos difundidos por los enfermeros de la Microred la Victoria, dan a notar que el cuidado que

brindan es de acuerdo a las necesidades identificadas. Por ello en el servicio de control de crecimiento y desarrollo dan mayor énfasis al aspecto de la consejería, de esto se puede resaltar que el profesional de enfermería busca con la educación asegurar que la madre aprenda, y en este caso vele por la salud de su niño y le enseñe estilos de vida saludable, pero en este sentido solo se están enfocando en la dimensión física, cuando debe ser que la consejería que se brinde sea de manera integral y holística, de esta forma aseguras que el niño no solo crezca adecuadamente, sino también que su crecimiento y desarrollo sea tanto emocional, psicológico, moral y social.

2.8. Evaluando cuidados enfermeros en el control de crecimiento y desarrollo en base a la información registrada

Los cuidados son prestados por el profesional de enfermería a través de un método denominado Proceso Enfermero (PE), lo cual pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas, abarca cinco fases y son: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.¹²

Habiendo analizado y comprendido cada fase del proceso enfermero según los discursos vertidos por los enfermeros de la Microred La Victoria y la observación realizada por las investigadoras, culminamos con la etapa de evaluación que se inicia tras poner en marcha el plan de cuidados, dicha posee gran relevancia puesto que las conclusiones

extraídas durante esta etapa determinarán si las intervenciones enfermeras deben finalizarse, prolongarse en el tiempo o modificarse. Esto se evidencia en el siguiente discurso:

... *“Yo evalúo en revisando el carnet” (girasol)*

Durante la observación realizada por las investigadoras se evidenció que los enfermeros, antes de empezar la valoración evalúan revisando el carnet de control, entrevista a la madre si es que le da los micronutrientes al niño, revisa la historia clínica verificando si los cuidados brindados en el control anterior han sido cumplidos. En tal sentido de acuerdo al discurso vertido por los enfermeros y la observación realizada por las investigadoras se comprobó que realizan la evaluación de los cuidados que brindan en cada atención del control CRED.

III. LIMITANDO EL CUIDADO ENFERMERO POR FACTORES INSTITUCIONALES

El cuidado enfermero en el control de crecimiento y desarrollo (CRED), pretende dar a los padres y profesionales de la salud elementos adecuados para valorar al niño desde un espacio integral, teniendo en cuenta sus dimensiones, así como las condiciones económicas y las posibilidades de desarrollo.⁷ Además de ello constituye una de las

actividades de importancia que debe cumplir el personal de salud, en cada uno de los niveles de atención; siendo la enfermera la responsable del consultorio de CRED del niño(a), realizando actividades preventivo promocional dirigido al menor de 5 años de edad.

El cuidado enfermero en algunas ocasiones es limitado por factores institucionales que son aquellos elementos relacionados con el proceso administrativo y de organización de la institución que favorecen o desfavorecen una determinada acción, dentro de los cuales se hace referencia a la falta de reconocimiento institucional de la metodología profesional, la delegación de labores administrativas, el elevado número de pacientes asignados, el escaso número de profesionales de enfermería, la carencia de registros estructurados y la carencia de recursos materiales.

El cuidado que debe brindar la enfermera es holístico e individualizado, pero este cuidado no se da por completo debido a los factores que dificultan el control de crecimiento y desarrollo como se evidencia en esta investigación.

3.1. Insuficientes recursos humanos de enfermería.

La exigencia para el control según la Norma Técnica se basa en 45 minutos para brindar una atención integral, holística, pero que muchas

veces la demanda exige que este horario no se cumpla ya que se programan atenciones mucho más de lo que la norma estipula, es por ello que la enfermera encargada del consultorio de crecimiento y desarrollo, que muchas veces es una sola enfermera en turno deberá adoptar medidas o estrategias que permitan cumplir con las atenciones programadas y así poder brindar el cuidado a cada niño teniendo en cuenta sus dimensiones, en este caso a los niños menores de cinco años que son más vulnerables a presentar una serie de enfermedades y problemas que deterioran su salud. ⁵

“Debe haber más personal de enfermería por la demanda de los niños y sola no se puede porque atendemos a diferentes edades y estrategias” (Orquídea)

“Por ser un puesto de salud, soy la única enfermera y responsable de todas las estrategias, pero crecimiento y desarrollo demanda más tiempo” (Margarita)

Así mismo las investigadoras pudimos darnos cuenta por medio de la observación, que las enfermeras recibían a la mamá de manera cordial pero siempre tratando de agilizar la atención, haciendo solo preguntas claves o básicas del niño. También tenemos que la enfermera al momento de atender al niño depende muchas veces de la edad del niño

ya que las actividades de cuidado en el control de crecimiento y desarrollo van a variar de acuerdo a la edad del niño.

Dentro de las limitantes del cuidado también tenemos a la demanda poblacional y al llenado de formatos. La enfermera encargada del control de crecimiento y desarrollo debe llenar formatos según la norma técnica vigente, documento que al ser llenado demanda tiempo, cuando es una sola la enfermera que atiende en dicho consultorio pues existe una alta demanda poblacional en los centros y puesto de salud de la Microred La Victoria, es por ello que el tiempo para la atención de la persona cuidada disminuye. Como se evidencia en los discursos emitidos por los enfermeros:

“Si lo hiciéramos el control como debería a lo mucho atenderíamos unos 6 o 7 niños” (Rosa)

“Normalmente estoy sola en la tarde tengo que hacer el control y las inmunizaciones, por lo cual me demoro 30 o 40 minutos por niño, además de la formatería que debo llenar para cada niño. (Margarita)

Nosotras como investigadoras observamos a la enfermera tanto del turno de la mañana como de la tarde brindar un cuidado holístico e integral durante el control de crecimiento y desarrollo del niño en la

medida que ella podía. En el Puesto de Salud nos encontramos que había una sola enfermera que tiene a cargo el consultorio de CRED y otras estrategias, lo que no pasaba muchas veces en los Centros de Salud, donde en un turno habían hasta 3 enfermeras ; pero el problema que se presentaba aquí en los Centros es que por más que pongan 3 enfermeras por turno igual no eran lo suficiente dado que la asignación o la demanda poblacional era alta y como consecuencia la enfermera realizaba el control de crecimiento y desarrollo en un tiempo menor de 45 minutos que es lo que indica la norma técnica.

Por otro lado, el personal responsable a nivel operativo del cumplimiento de los objetivos y metas de las actividades del control de crecimiento y desarrollo del niño es la enfermera, teniendo en consideración que actualmente esta actividad de enfermería está considerada como uno de los principales indicadores de financiamiento para el primer nivel de atención a través del cumplimiento de los controles de acuerdo a edad, lo que implica brindar cuidados que satisfagan las necesidades del niño y por ende mejorar la calidad.⁵ La exigencia de indicadores trae como consecuencia que el cuidado no se de en todas sus esferas como lo refieren en los siguientes discursos:

“Ahora los indicadores son los niños que han cumplido con sus controles completos de CRED nos enfocamos en ellos, pero muchas

veces por el tiempo que rige en la norma técnica y la demanda de niño, no realizamos la evaluación del niño en todas sus dimensiones” (Rosa)

De acuerdo a lo analizado anteriormente se pudo comprender que los factores institucionales influyen en el cuidado que brinda la enfermera en el consultorio de CRED, siendo uno de ellos la falta del recurso humano, como mencionan los enfermeros en sus discursos siendo corroborado con la observación de las investigadoras, evidenciándose que los enfermeros reducen el tiempo para cada control de CRED teniendo como factor desencadenante la demanda poblacional, donde manifestaron las enfermeros que los controles que realizan cada uno de ellos es breve y rutinario. Finalmente se evidenció que en los centros y puesto de salud cada año se trazan metas las cuales responden a indicadores que les plantea la red asistencial de salud, las cuales deben cumplirse y es por ello que la mayoría agiliza el cuidado del control de CRED dejando de lado algunos aspectos importantes en la evaluación del niño menor de 5 años.

Los resultados obtenidos en la investigación se asemejan a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Hernández T., Montalvo F. en el año 2015 revelaron que existen limitaciones para la atención como la gran demanda poblacional, escasez de material didáctico, falta de personal, factor tiempo, falta de compromiso de las madres, barreras

culturales que influyen directamente en el cuidado de enfermería brindado.⁷

3.2. Evidenciando necesidad de capacitación

Enfermería es una ciencia que tiene bases filosóficas y metodológicas, que consta del proceso de atención de enfermería, siendo un método dinámico, sistemático y flexible que consta de cinco etapas¹², las cuales debe poner en práctica la enfermera al momento de brindar un cuidado holístico e integral a la persona, con el fin de satisfacer necesidades y promover la salud y prevenir enfermedades.

Es por ello que la enfermera debe estar capacitada, para la resolución de las repuestas humanas, utilizando su base metodológica y esto no se evidencia en los siguientes discursos:

Por la experiencia debemos de aplicarlo, pero por la misma circunstancia lo aplica así nomás, falta actualizarme”
(Girasol)

“En eso ya estoy desfasada y no he recibido capacitaciones”
(Tulipán).

Como parte del control de crecimiento y desarrollo está la evaluación del desarrollo psicomotor, en el cual la enfermera debe usar la batería

completa que el MINSA brinda a cada establecimiento de salud, cumpliendo con la norma técnica, para que el control que brinda la enfermera en los consultorios de crecimiento y desarrollo sea adecuado ayudando a detectar de manera precoz alguna alteración física y psicomotora en el niño.

En tal sentido esto se pudo evidenciar mediante la observación hecha por las investigadoras, donde las enfermeras en su labor diaria en los consultorios de CRED, no utilizan en su totalidad los materiales para la valoración y evaluación del desarrollo del niño; así mismo ellas refieren que no hacen uso del material didáctico durante el control por distintos motivos, como la falta de tiempo, la demanda de niños y la falta de capacitación para el manejo del material didáctico.

“Yo no hago uso de la batería de crecimiento y desarrollo, porque si no me demoro en la atención” (tulipán)

“Cuando hay poco niño, uso casi toda la batería, pero a veces la demanda de niños me limita a utilizarla” (Rosa)

Según lo expuesto anteriormente se evidenció que los enfermeros no están del todo capacitados en la aplicación del proceso de enfermería, tampoco en el uso de las baterías de CRED con las que cuenta cada establecimiento para la realización de la valoración y evaluación del

niño en el área de la psicomotricidad; impidiendo que el cuidado dado en los consultorios de enfermería no sea brindado de manera integral y holística, siendo los niños de 6 meses a 5 años los más vulnerables a desarrollar alguna patología a largo plazo por no ser detectada a tiempo.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitieron comprender como es el cuidado enfermero en el niño de 6 meses a cinco años en el consultorio de crecimiento y desarrollo en los Centros de Salud Francisco Carbajal Segura “El Bosque- la Victoria”, “Manuel Sánchez Villegas” y puesto de salud “Antonio Raimondi”. Las investigadoras concluimos:

- El profesional de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo la mayoría brindan un cuidado holístico e integral, aplicando el proceso enfermero.
- Cuando aplica el proceso enfermero hay diferencias en la etapa de valoración, algunas toman en cuenta los factores de riesgos, determinantes de la salud, otras valoran teniendo en cuenta las dimensiones físicas, biológicas, sociales, psicoemocionales del niño, priorizando la dimensión física; existiendo limitantes en el en la formulación de los diagnósticos enfermeros, en la etapa de planificación y ejecución la enfermera aplica sus cuidados de acuerdo a la edad, evaluando el cumplimiento de los cuidados brindados.

- Las limitantes para dar una atención integral según la normativa son la demanda, servicios de la Microred y los recursos humanos de enfermería insuficientes.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- A los enfermeros de los Centro de Salud Francisco Carbajal Segura y Manuel Sánchez Villegas y el Puesto de Salud Antonio Raymondi, flexionar y revalorizar el cuidado enfermero que brindan al niño de seis meses a cinco años en sus diversas dimensiones biológica, social, sexual, moral y espiritual, el mismo que debe ser desarrollado en su integralidad; así también capacitarse en la aplicación del proceso enfermero al brindar el cuidado al niño en el control de crecimiento y desarrollo.
- Al sector salud pertenecientes a la MICRORED- La Victoria, tomar en cuenta los resultados de la investigación a fin de satisfacer los recursos de enfermería que se requieren en los consultorios de crecimiento y desarrollo.
- Al Colegio de Enfermeros del Perú, reforzar las capacitaciones en sus profesionales con respecto al cuidado durante el control de crecimiento y desarrollo al niño de 6 meses a 5 años.
- A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, seguir con la misma perseverancia en la enseñanza aprendizaje, incidiendo en el cuidado holístico del ser humano a través de la aplicación del proceso enfermero, en todas las dimensi

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo C., Chapoñan A., Cuidado enfermero al niño menor de cinco años en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud “San Martín de Lambayeque”. [Tesis cuidado del niño y adolescente]. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2012.
2. Teoría del cuidado humano de Jean Watson. Contenido del modelo conceptual. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html
3. Modelos y Teorías de enfermería. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305>
4. Sánchez A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
5. Indicadores de resultado de los programas presupuestales, primer semestre 2015. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR2015-I.pdf>
6. Norma técnica de salud para el control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años; [acceso 15 de setiembre del 2015]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf.
7. Hernández T., Montalvo F. “Cuidado de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del lactante menor, MICRORED asistencial de Chiclayo 2015” [tesis] Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería; 2015
8. Bermudez K. “Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el cuidado en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud”; [acceso 20 de setiembre del 2015]. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/bermudez_mk/html/sdx/bermudez_mk.html
9. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Scielo [Revista en línea]. 2011. [acceso el 15 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

10. Waldow R. Cuidado Humano: Un rescato necesario. 1era Ed. Porto alegre(Brasil): Ed. Sagra Luzzato;1998
11. Martinez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. RevEnfermInstMex Seguro Soc [en línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf> [acceso el 15 de octubre del 2015]; 2011; 19 (2)
12. Guía de metodología y diagnóstico de enfermería: Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de enfermería de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Metodolog%C3%ADa%20Enfermera/Gu%C3%ADa%20de%20Metodolog%C3%ADa%20y%20Diagn%C3%B3sticos%20de%20Enfermer%C3%ADa.pdf>.
13. Congreso de la república. Ley del trabajo de la enfermera(o). [acceso el 15 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm
14. Barranzuela Y. Atención Integral del niño. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://atencionintegraldelnino.blogspot.pe/2012/03/conceptos-de-la-atencion-integral-del.html>
15. Medellín. Crecimiento y desarrollo del ser humano. 2^{da}ed. Colombia.2005
16. Whaley.EnfermeriaPediatica. 4daed. España: Mosby/Doima;1995
17. Información científica para el cuidado en enfermería. La salud del niño menor de 5 años: crecimiento y desarrollo. [acceso el 15 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://vubs.insp.mx/componen/svirtual/bicce>.
18. Papalia D. El mundo de los niños: ¿Cómo lo descubrimos?. Psicología de desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 11 Ed. México: Mc Graw-Hill. 2004. P. 29-32
19. Teoría psicosocial del desarrollo humano de Erik Erikson. 2015 [acceso el 11 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.bcasas.org.pe/red/sites/default/files/Teoria%20psicosocial%20del%20desarrollo%20humano%20de%20Erik%20Erikson.pdf>.
20. Portillo C. La teoría de Lawrence Kohlberg; [acceso 20 de setiembre del 2015]. Disponible en: http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol3.html.
21. Pastor.R, Nashiki. R, Pérez. M. El desarrollo y aprendizaje infantil y su observación. [acceso 20 de setiembre del 2017]. Disponible en: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Desarrollo_y_aprendizaje_infantil_y_su_observacion_Pastor_Nashiki_y_Perez.pdf

22. MINSA. Atención integral en el crecimiento y desarrollo. Instructivo B, sub programa control de crecimiento y desarrollo. 6ta edición. Lima: Ed.grafitec; 2006.
23. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>
24. Teoría del cuidado humano de Jean Watson. Contenido del modelo conceptual. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html
25. Sánchez A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
26. Barros T. Escuela de la promoción de la salud [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://alejandroeudem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocion-de-la-salud.pdf>
27. Muñoz L. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. salud [acceso el 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>
28. Datos generales del establecimiento Fernando Carbajal Seguro- El Bosque. [acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/oei/servicios/DetalleEstab.asp?id=4329>.
29. Manuel Sánchez Villegas-La Victoria Sector I - La Victoria en La Victoria. [acceso el 16 de Junio del 2017]. Disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/manuel-sanchez-villegas-la-victoria-sector-i-la-victoria-5430>
30. Establecimientos de Salud - Gobierno. Regional - Minsa en el distrito de La Victoria provincia de Chiclayo, en la región de Lambayeque. [acceso el 16 de Junio del 2017]. Disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/lambayeque/chiclayo/la-victoria>
31. Polit D y Hungler B. introducción a la investigación en ciencias de la salud. México: editorial Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000
32. Hurtado J. Investigación cualitativa: Comprender y Actuar. Madrid: Editorial la Muralla, SA; 2006. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=IXcdV7aLbWcC&pg=PA113&lpg=PA113&dq=investiga+un+fen%C3%B3meno+contempor%C3%A1neo+dentro+de+un+contexto+real+de+existencia>

33. Menga L, Marli A. La investigación en educación: Los enfoques cualitativos. 3ra. Ed. Educación Publicaciones y Universitaria Ltda. (EPU). Sao Paulo. Brasil, 1988
34. Sampieri R. Metodología de la investigación. 5a ed. México; 2010.
35. Monje C. Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa, guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2011 [Acceso el 13 de Octubre del 2015]. Disponible en: <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
36. Técnicas de Investigación Social [sede web]. 2014. [acceso el 10 febrero del 2015]. Disponible en http://personal.ua.es/es/franciscofrances/materiales/tema4/observacin_externa_o_no_participante.html >.
37. Guía de observación [sede web]. Agosto 2012 [acceso el 7 de Julio del 2015]. Disponible en <http://es.slideshare.net/evaluacion26/gua-de-observacin-13905932>
38. Hernández R y Fernández C. Metodología de la investigación. 2da edición. México: editorial Mc Graw-Hill. Interamericana; 2006

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... acepto
participar de la investigación titulada **“Cuidado enfermero en el control de
crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años de la Microred La Victoria,
que tiene como objetivo** comprender el cuidado enfermero al niño de 6 meses a cinco
años en el consultorio de crecimiento y desarrollo, por esto declaro, que me fui
informada de los siguientes aspectos:

- Mi participación en este estudio es voluntaria.
- La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
- Las investigadoras estará disponibles para cualquier aclaración que se necesaria respecto al asunto abordado.

Firma de la entrevistadora

Firma de la entrevistada



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO

RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ENTREVISTA A LA ENFERMERA QUE LABORA EN EL CONSULTORIO
DE CRED DE LA MICRORED LA VICTORIA**

I. DATOS GENERALES:

1.1.Edad:

1.2.Tiempo de servicio en el consultorio de CRED:

1.3.Sexo:

II. OBJETIVO: Recolectar información sobre el cuidado que brinda la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Francisco Carbajal Segura.

III. INSTRUCCIONES: Responder las siguientes preguntas orientadoras de manera veraz y objetiva con el fin de garantizar la credibilidad de la investigación.

IV. PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Cómo realiza el cuidado que brinda en el control de crecimiento y desarrollo a niños de 6 meses a 5 años?
2. ¿Usted tiene en cuenta las fases del proceso de cuidado en la atención del crecimiento y desarrollo del niño?



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO

RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN



Esta investigación tiene como objetivo recoger información a través de la observación sobre el cuidado que brinda la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo de la Microred La victoria

La información vertida será solo con fines de investigación considerando el anonimato.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Seudónimo:
- 1.2. Centro de salud:
- 1.3. Tiempo de servicio:

II. DATOS ESPECIFICOS:

Se observara:

- La evaluación del niño realizado por la enfermera
- Relaciones que se establecen entre la enfermera y la madre de familia o cuidador del niño durante el control de crecimiento y desarrollo.
- Relación que establece la enfermera con el niño durante el control de crecimiento y desarrollo.
- El ambiente en que se realiza el control de crecimiento y desarrollo del niño.
- Los instrumentos que se utilizan en el control de crecimiento y desarrollo del niño.
- Cuidado integral de enfermería brindada.
- Aplicación del proceso de atención de enfermería

DESCRIPCION DE ACCIÓN	LO HACE	NO LO HACE
Atiende cordialmente a las madres y niños que están a su cuidado.		
La evaluación del CRED es realizada por la enfermera		
Utiliza un lenguaje claro al momento de explicar las madres sobre el cuidado de su niño		
Realiza el control empleando los 45 minutos según la Norma Técnica		
Realiza una buena valoración al momento de brindar su cuidado al niño		
Formula diagnósticos después de realizar el control de CRED		
Planifica actividades para mejorar el cuidado del niño en el control de CRED		

Ejecuta las actividades planteadas para mejorar la salud del niño según el control de CRED.		
Realiza un seguimiento sobre los cuidados que ejecutó en mejoría del niño con respecto a su CRED		
Evalúa el desarrollo del niño mediante la aplicación del test Peruano		
Registra en la historia clínica cuidados brindados en su atención en el control de CRED.		