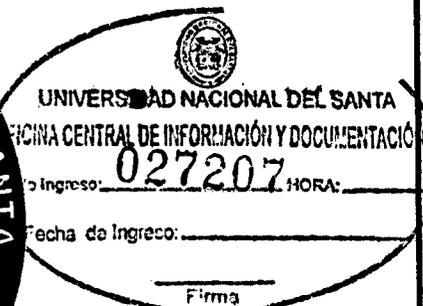




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“Actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en
niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud
Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**Bach. RODRIGUEZ SEMINARIO, Ana Cristina
Bach. VELASQUEZ CHERO, Katty Tereza**

ASESORA:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, CARMEN

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2015**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº "B" DE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carmen Serrano Valderrama", written over a horizontal line.

Dra. SERRANO VALDERRAMA, CARMEN

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR:

Ms. PINTO FLORES, IRENE

PRESIDENTA

Lic. HILDA OBESO DÍAZ

SECRETARIA

Dra. . SERRANO VALDERRAMA, CARMEN

ASESORA

DEDICATORIA

A mis padres Silvia y Jaime, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hermano Jaime por estar conmigo brindándome su apoyo incondicional y alentándome a cumplir mis metas y siendo siempre un ejemplo para mí.

Katty Velásquez Chero

DEDICATORIA

A mis padres Lorenzo y María, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda, por ser un respaldo en mi vida, por ser uno de mis pilares y por estar siempre a mi lado apoyándome incondicionalmente en todo este camino de mi carrera profesional.

A mi hija Ana Paula, porque su ternura y mi amor hacia ella hacen que sea la razón y aliento que me motiva seguir siempre adelante.

Ana Rodríguez Seminario

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater **La Universidad Nacional del Santa**, Escuela Académico Profesional de Enfermería la cual nos brinda la oportunidad y nos incentiva a realizar investigaciones sobre temas de interés y necesarios para la población de acuerdo a la realidad.

A los **docentes de la escuela de enfermería de la UNS**, por transmitimos sus enseñanzas y orientaciones para la realización de investigaciones dentro de nuestra formación profesional.

De manera especial a nuestra asesora: **Dra. Carmen Serrano Valderrama**, que con su criterio científico nos brindó la orientación necesaria para el desarrollo y la consolidación de la presente investigación.

A las **licenciadas de enfermería** que laboran en el Centro de salud Yugoslavia, por facilitarnos el acceso a información relevante para nuestra investigación.

A todas las **madres que asisten al CRED en Centro de Salud Yugoslavo**, por su apoyo y participación con entusiasmo y alegría en la presente investigación y compartieron con nosotros valiosa información.

Katty y Ana

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Índice	
Resumen	
ABSTRACT	
I. Introducción	12
II. Marco teórico	36
III. Metodología	44
IV. Resultados y discusión	
4.1. resultados	56
4.2. análisis y discusiones	66
V. Conclusiones y recomendación	
5.1. conclusiones	79
5.2. recomendaciones	80
VI. Referencias Bibliografía	82
VII. Anexos	95

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 ACTITUD MATERNA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	56
TABLA N° 02 CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	58
TABLA N° 03 DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	60
TABLA N°04 ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	62
TABLA N°5 ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	64

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA N° 01	ACTITUD MATERNA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	57
FIGURA N° 02	CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	59
FIGURA N° 03	DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014	61
FIGURA N° 04	ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	63
FIGURA N° 05	ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.	65

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal, el objetivo general es conocer la actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote, 2014. La población estuvo constituida por madres y sus niños de 6 a 12 meses de edad que asistieron al control de Crecimiento y Desarrollo. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y los instrumentos: Test de Actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo, El estado nutricional por desviaciones estándar y el Test Peruano de Desarrollo del Niño. El procesamiento de datos se realizó en el Software SPSS VERSION 20, aplicando la prueba estadística de independencia de criterios (Chi Cuadrado) llegándose a las siguientes conclusiones:

- El 67.6% de las madres del Centro de Salud Yugoslavia presentaron una actitud negativa y el 32.4% actitud positiva.
- El 58,8% de niños tienen un crecimiento adecuado y un 41.2% un crecimiento inadecuado.
- El 53,9 % de niños presentaron trastorno del desarrollo y 46,1 presentaron un desarrollo normal.
- Si, existe relación estadística significativa, entre la actitud materna, el crecimiento y el desarrollo en el niño de 6 a 12 meses de edad.

Palabras claves: crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses

ABSTRACT

This research is correlational descriptive of transverse section, the overall objective is to know the mother's attitude related to growth and development in children 6-12 months of age. Population Health Centre Yugoslavia Nuevo Chimbote, 2014 consisted of mothers and children 6-12 months of age who attended the control of Growth and Development. Maternal Attitude Test related to growth and development, nutritional status and standard deviations Peruvian Child Development Test: For data collection and survey instruments used as a technique. Data processing was performed in SPSS Software VERSION 20, applying the statistical test criteria of independence (Chi Square) arriving at the following conclusions:

- The 67.6 % of mothers Yugoslavia Health Center have a negative attitude and 32.4 % positive.
- 58.8 % of children have adequate growth and 41.2 % inadequate growth.
- 53.9 % of children had developmental disorder and 46.1 had a normal development.
- If there is significant statistical relationship between maternal attitude, growth and development in children of 6-12 months old.

Keywords: growth and development in children 6 to 12 months

I. INTRODUCCION:

El niño al nacer es un ser indefenso, necesitado de atención y cuidado de su familia para satisfacer sus necesidades biológicas, protegerlo de los peligros contra su vida y su salud, proporcionarle afecto, entre otros. Se puede decir, entonces, que el niño cuando nace se introduce en un grupo social que puede satisfacer sus necesidades básicas (1).

La familia es el espacio en que los niños realizan sus primeras experiencias de interacción, es su primer núcleo de convivencia y de actuación, donde irán modelando su construcción como persona a partir de las relaciones que allí establezca y, de forma particular, según sean atendidas sus necesidades básicas. Esta cumple la función de asegurar la supervivencia del niño, y el crecimiento y desarrollo adecuados para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos. "Madre" y "Padre" son roles que cumplen funciones, para el buen desarrollo de un niño que dependerá de la complementariedad de los cuidadores que facilitan y guían el crecimiento y desarrollo del niño, mientras este crece y logra su autonomía

(2)(3).

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre, desde que el niño está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con él, siente sus movimientos, sus pataditas, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el niño nace, la madre tendrá la necesidad de tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. El contacto corporal, al iniciar la lactancia materna, el intercambio de miradas, gestos y sonrisas entre la madre y el bebé; son expresiones de afecto entre ambos, contribuirán formando el vínculo madre-hijo, este vínculo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del niño. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el crecimiento, desarrollo socio-emocional y; en la conducta actual y futura del niño (4).

El conocimiento y la información que posea una madre sobre el crecimiento y desarrollo de un niño contribuirán a la toma de decisiones adecuadas para el cuidado de los niños. En otras palabras, la relación se podría reducir a que padres y madres con mayor conocimiento nutricional pueden desarrollar mejor actitud y tener a sus hijos más saludables que aquellos con poco o ningún conocimiento sobre el tema (5).

Y es que los expertos aseguran que el desconocimiento de la madre en el cuidado puede provocar enfermedades y desnutrición y, por lo tanto, causarle al niño o la niña un retraso en su desarrollo, otra de las consecuencias es que puede aumentar la probabilidad de que niños y niñas acaben teniendo serias deficiencias intelectuales lo que, a largo plazo, ocasiona un escaso desarrollo de los jóvenes y, en consecuencia, del futuro de sus comunidades (Ibid).

El Crecimiento en el niño se define como el proceso de incremento de la masa corporal, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. (6).

Por lo antes mencionado el crecimiento de un niño dependerá de diversos factores, entre ellos cumple un rol muy importante la madre o/y la persona encargada de cuidar al niño ya que dependerá del tipo de alimentación que le brinde y el ambiente en el que lo haga, ya que si el niño se enferma con mayor frecuencia menor será su crecimiento e incluso retraso del mismo (7).

Durante los primeros tres meses, el aumento de peso oscila entre 750 - 900 gramos mensuales. Entre el tercero y sexto mes, decrece y el aumento gira en torno a 500 - 600 gramos mensuales. Entre el sexto y noveno mes, el aumento de peso es menor, entre 350 - 400 gramos mensuales. Y, finalmente, entre el noveno mes y el año de edad, el promedio mensual se sitúa entre 250 - 300 gramos (Ibid).

A partir de los 6 meses de edad el niño empezará con la alimentación complementaria que será crucial para su buen crecimiento ya que a esta edad la leche materna deja de satisfacer las necesidades nutricionales del niño y a las ganancias de peso y talla decrecen a comparación de los primeros meses, por lo que requiere una dieta rica en proteínas y demás nutrientes, al cumplir un año de edad el niño habrá crecido alrededor del 50% de lo que pesaba al nacer, un hito que no se volverá a repetir en años siguientes. Pero esto solo se cumplirá si ha sido bien alimentado y en ambiente favorecedor (7).

El crecimiento del niño, se relaciona con su desarrollo, en el cual permite la expansión de las capacidades del niño para lograr una afinidad progresivamente mayor en su funcionamiento. En su desarrollo el niño va teniendo patrones de acuerdo a cada periodo de su vida, edad cronológica, ambiente exógeno, así también los

órganos y sistemas de crecimiento que repercute en su desarrollo (8).

El Desarrollo se define como un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (Ibid).

El desarrollo debe ser de manera secuencial, paso a paso. La participación materna basada en una actitud positiva consiste en: "la ayuda y estimulación para que el niño siga ejercitándose en los procesos normales y naturales de su vida, sin adelantar ni una ni la otra", brindando seguridad, cuidado, atención y amor (8).

Dentro del comportamiento motor-postural : a partir de los 6 meses los niños exploran con las manos los objetos que están a su alcance, cogen un objeto en cada mano, los miran, se los llevan a la boca y los sacuden. Comienzan a desplazarse para alcanzar aquellos elementos que les llaman la atención y pueden mantenerse sentados sin apoyo. Logran girar y ponerse boca abajo, se arrastran, encuentran objetos ocultos; cerca de los 8 ó 9

meses, algunos llegan a gatear, pasan el proceso de hacer pinza índice pulgar-torpe a hacer pinza fina; y a los 10 a 11 meses a caminar apoyándose en las cosas para que finalmente a los 12 meses caminen solos con pobre equilibrio (9).

El comportamiento del lenguaje dentro de esta edad; también tiene cambios importantes, comprenden ven y chau a los 6 meses, a los 7 meses dicen: "Pa-Pa" "Ma-Ma" a cualquier persona, a los 8 meses llaman o gritan para establecer contactos con otras personas; posteriormente llegan a comprender el "No", y a los 11 meses responden a una orden simple. En el comportamiento social, es probable que el niño llore ante la presencia de extraños, eso indica que comienza a notar la ausencia de la mamá, el papá o de las personas que habitualmente lo cuidan. El bebé parece tímido o ansioso ante extraños. Le gusta imitar, pone a prueba a los padres viendo cómo responden a sus conductas, repite sonidos o gestos (9).

El crecimiento y desarrollo (CRED) del niño es un proceso en el que ambos elementos evolucionan paralelamente, el conocimiento de estos procesos permitirá al personal de salud la identificación oportuna de anomalías que se presentan en el niño durante los dos primeros años de vida (10).

También el CRED están íntimamente ligados, son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.), los cuales si son favorables, el crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones desfavorables, el potencial se verá limitado dependiendo de la intensidad y persistencia de los factores agresores (Ibid).

El CRED favorable o desfavorable en el niño menor de 1 año, puede detectarse a través del Control de crecimiento y desarrollo, esto incluye actividades dirigidas a supervisar el proceso de crecimiento y desarrollo y detectar precozmente signos de patología, siendo la madre la que tiene la función de visualizar las características fundamentales del niño, y reconocer la necesidad de control para corroborar que el proceso que comprende desde el nacimiento hasta los dos años se realice de forma natural (10)(11).

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

oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. Es una actividad que tiene la finalidad de supervisar este proceso y mantenerlo dentro de los límites normales en forma sistemática periódica que permite controlar y reducir el riesgo a que el niño menor de 1 año enferme o muera (11).

El control de crecimiento y desarrollo se convierte en base de la atención pediátrica integral y adquiere gran valor para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño, esta es una tarea que debe compartir la familia, comunidad y los servicios sociales en especial los de salud. Los equipos de salud deben orientar a las familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud (12).

La enfermera, como ente que promueve la salud en los tres niveles de atención, al trabajar con lactantes, tiene mayor oportunidad de brindar educación sobre crecimiento y desarrollo a las madres. En las instituciones de salud se observa que las madres presentan sentimientos de ambivalencia, conocimientos insuficientes y/o erróneos así como una actitud poco favorable hacia el crecimiento y desarrollo, lo que constituiría un riesgo latente en el normal desarrollo de sus niños (12).

En el Perú, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012: La desnutrición crónica afectó al 18,1% de niños(as) menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (23,8%); en el grupo de niños(as) menores de seis meses de edad fue 13,3% y, en los niños de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 11,3 3%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo niños(as) de 18 a 23 meses de edad (25,3%); en niños(as) de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 19,9 %; en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 17,5%, y en los niños(as) de 48 a 59 meses de edad (18,0%), (13).

La desnutrición aguda afectó al 0,6% de niños(as) menores de cinco años de edad, porcentaje igual al valor observado en la ENDES 2009, los más altos porcentajes de niños(as) con desnutrición aguda se presentaron en los grupos de seis a ocho meses (1,7%) y de 18 a 23 meses de edad (0,9%), (Ibid).

La desnutrición global afectó al 3,4% de niñas y niños menores de cinco años de edad, en niñas y niños de 18 a 23 meses de edad fue 5,6 % , seguido del grupo de menores de seis meses de edad (5,1%).

Nuestra localidad no es ajena a esta problemática, en Radio Programas del Perú (RPP) Noticias, el 24 de diciembre del 2013, informó que el 6,3% de niños menores de cinco años de Nuevo Chimbote padecen de desnutrición crónica, así lo dió a conocer la subgerente de programas sociales de la municipalidad del distrito santeño y precisó que han detectado que las madres no saben cómo alimentar a sus niños (14).

La actitud favorable en la práctica de los cuidados que favorezcan el crecimiento y desarrollo del niño es aprendida y reforzada dentro del entorno social: en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, es decir aquella madre que leyó, escucho, se informó sobre los cuidados que hay que tener con el niño en su peso, talla y su desarrollo psicomotor, cambio su actitud y práctica sus cuidados para mantener un buen estado de crecimiento y desarrollo de su niño. Las actitudes se reflejan prácticamente en todo lo que hacemos debido a que este término "actitud" es común en la vida diaria. Se han propuesto muchas definiciones diferentes por diversos teóricos, pero en sí contienen los mismos elementos (15).

Una actitud es una tendencia positiva o negativa que nos permite actuar de determinada manera a ciertos objetos. Las actitudes son nuestros sentimientos evaluadores (bueno/malo) hacia

determinados blancos; son afectivos o emocionales. Las actitudes son importantes; en primer lugar porque se supone que las actitudes son relativamente permanentes, esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables siempre. Aunque las actitudes pueden cambiar, y así pasa, esto ocurre al azar: algo sucede que ocasiona el cambio. Es también el conjunto de pautas, creencias y comportamientos que la madre tiene hacia su niño. La evaluación de la relación madre-niño establece un marco de referencia de actitudes con las cuales las madres se relacionan con sus hijos (16).

El Hospital "La Caleta", no tiene población asignada para el control de niños de crecimiento y desarrollo, pero se recibe de algunos Puestos de Salud como: Miraflores, el Progreso, entre otros. En el 2013 se registró en el control de Crecimiento y Desarrollo, 1,196 niños de 6 a 12 meses atendidos. Con respecto a la evaluación nutricional en niños de 6 a 12 meses se notificó lo siguiente: una ganancia inadecuada de peso en 667 niños y una ganancia inadecuada de talla en 100 niños, 30 niños con diagnóstico de sobrepeso, 4 con desnutrición aguda, 1 con desnutrición crónica, 1 con obesidad y 427 niños con diagnóstico nutricional normal. En la evaluación del desarrollo en niños de 6 a 12 meses se notificó lo siguiente: 219 niños con diagnóstico de trastorno del desarrollo,

ningún niño con riesgo del desarrollo, y 3,239 niños con diagnóstico de desarrollo normal (17).

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Módulo de Pediatría, en el año 2013 registró en el control de Crecimiento y Desarrollo, 3,986 niños atendidos de 6 a 12 meses, con respecto a la evaluación nutricional se notificó lo siguiente: una ganancia inadecuada de peso en 385 niños y una ganancia inadecuada de talla en 82 niños, 45 niños con diagnóstico de sobrepeso, 11 niños con obesidad, 2,073 niños con diagnóstico nutricional normal. En la evaluación del desarrollo en niños de 6 a 12 meses se notificó lo siguiente: hubo 633 niños con diagnóstico de trastorno del desarrollo, ningún niño con riesgo del desarrollo, y 2,293 niños con diagnóstico de desarrollo normal (18).

El Hospital III Essalud Chimbote y la UBAP Controles de CRED, en el año 2013: En el análisis de datos, se registraron 10,889 niños de 6 a 12 meses atendidos en el año 2013, de los cuales 1614 asistieron a su primer control, 1198 su segundo control, 1060 tercer control, 1,024 cuarto control 976 a su quinto control, 990 a su sexto control, 892 a su séptimo control, 852 a su octavo control, 798 noveno control, 752 a su décimo control y 670 a su último control, como se observa la asistencia a los controles va disminuyendo a medida que pasa el tiempo (19).

EN EL AMBITO INTERNACIONAL: Se encuentran escasos estudios relacionados a nuestras variables, por este motivo es que presentamos los siguientes que servirán de referencia:

En NICARAGUA, Mora, R. y Cols. (2007). En su estudio: "Conocimientos y prácticas sobre salud materno-infantil en las madres con hijos menores de dos años, SILAIS Managua" de 177 madres entrevistadas se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto a conocimiento actitudes y practicas sobre control de crecimiento y desarrollo: al preguntar cada cuanto debe pesar a sus hijos un 71.2% respondió cada mes, el 16.4% respondió que cada 6 meses y el 12.6% cada 4 años. De los niños encuestados el 83.6% se había pesado en los últimos 3 meses y el 16.4% no había sido pesado. En cuanto al tiempo mínimo de lactancia materna se refiere el 26.6% dijo que ese tiempo era de 6 meses, un 15% era de 6 meses a 1 año, 5.5 % cuatro años y un 53.2% no sabía. El pensamiento sobre lactancia materna: un 94.4% pensaba que era nutritiva y un 5.6% pensaba que esta no servía (20).

En PANAMÁ, Quesada, A. (2007). En su estudio: "Intervención Materna en el Crecimiento y Desarrollo del Niño normal en las primeras ocho semanas de vida", concluye que las madres seleccionadas mostraron en un 94 % una actitud favorable hacia sus niños, en ambos meses, lo que demuestra la importancia de educar y entrenar a la madre sobre aspectos relacionados con

estimulación precoz, para que pueda participar activamente en la estimulación de su niño; los resultados obtenidos demostraron que la actitud de las madres hacia sus niños se mantuvo igual en ambos meses, esto indica que la preparación de la madre en estimulación precoz, jugó un papel importante en el comportamiento que ella mantuvo hacia su niño; El 100 % de los niños sometidos a la estimulación precoz, por parte de sus madres obtuvieron, en ambos meses, buenas respuestas psicomotoras y sensoperceptuales (21).

En JAMAICA, Walker, SP; y Cols. (2012). En su estudio "Construcción de la capacidad humana mediante intervención en la primera infancia". Concluye que: Hemos demostrado que el desarrollo de los niños desfavorecidos corre un grave riesgo, tanto por la falta de estimulación y la mala nutrición. Tanto los niños con desnutrición severa y los niños con retraso del crecimiento son particularmente vulnerables a un pobre desarrollo mental. El estudio de los niños con retraso del crecimiento proporciona algunas de las evidencias más completa sobre las consecuencias a largo plazo de la primera infancia de retraso del crecimiento de los logros de aprendizaje. También proporcionó la primera evidencia que muestra los problemas a largo plazo en el funcionamiento psicológico. El seguimiento de la vida adulta de los participantes en una intervención psicosocial en la primera infancia mostró

beneficios para la capacidad cognitiva y el bienestar psicológico a través de la edad de 22 años (22).

En ECUADOR, Ibarra, S. y Moreira, V. (2012). En su estudio: "Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre crecimiento y desarrollo de los niños entre 0 - 5 años de edad que son atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, Enero - Junio del 2012". Las actitudes y pautas de crianza de las madres mostraron una fuerte relación con el nivel de desarrollo alcanzado por el niño, ya que después del bajo peso al nacer (50,4%) en el análisis multivariado el mayor riesgo fue no enseñarle juegos al niño. El 18% de las madres respondió que no enseñaba juegos a sus hijos.

La mitad de estos niños evidenció algún trastorno en su desarrollo y el doble de probabilidad de padecerlo que los hijos de madres que dijeron que enseñaban algún juego. Una cuarta parte de las entrevistadas respondió que no les leen cuentos a sus hijos y un 16% que no les canta canciones. El 92% de las madres respondió que "los niños aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia", casi la mitad (45%) reconoció que muchas veces "los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles". Probablemente estas prácticas se relacionen con la creencia, compartida por el 20% de las encuestadas, de que "A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarles (23).

En URUGUAY, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF, 2012). En el estudio: “Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones” concluye que: En esta zona uno de cada cinco niños: la fecha de su asistencia al último control de salud se encontraba francamente retrasada respecto a la norma. Para explicar la concurrencia inadecuada a control, la principal razón planteada fue “no lo considero necesario” (60%), seguida de “falta de dinero”, “distancia” y “no tener con quién dejar a los otros niños”, aunque estas en proporción bastante menor. Cuando las madres manifestaron sentirse siempre o casi siempre agotadas o desanimadas también se incrementó el riesgo de no llevar a sus hijos al control en salud. Una de las conclusiones de la investigación fue que el crecimiento y desarrollo están fuertemente vinculados a ciertos comportamientos y actitudes de riesgo por parte de la madre (24).

EN EL AMBITO NACIONAL: Se encuentran escasos estudios relacionados a nuestras variables, por este motivo es que presentamos los siguientes que servirán de referencia:

En LIMA, García, M; (1999). En su investigación. “Factores que se asocian a situación nutricional del niño de uno a tres años. Comunidad urbano marginal Ermitaño Alto – Independencia”. Concluyen que: el 51,8 por ciento de las madres tenían un nivel de

conocimiento medio. El 20 por ciento de niños de 2 años, presentaron, retardo leve del crecimiento. El 67,8 por ciento de las madres refirieron hábitos alimentarios inadecuados y sus hijos presentaban desnutrición en un 25 por ciento y aquellos que poseían hábitos alimentarios adecuados, fueron el 32,2 por ciento, sus hijos presentaron desnutrición en un 7,9 por ciento. En relación a la ocupación de la madre se observa que el 69,1 por ciento eran amas de casa, presentando el 24 por ciento de sus hijos desnutrición, en cambio las que tenían otras ocupaciones el 17 por ciento, la tercera parte de sus hijos presentaban desnutrición con un 5,7 por ciento. No existiendo asociación estadísticamente significativa entre estas variables. La investigación demuestra que los factores conocimientos y hábitos maternos, edad del niño, está asociada a la situación nutricional del niño de 1 a 3 años (25).

En LA LIBERTAD, Ramos, M. y Cols. (2002). En su Estudio. "Algunos Factores Biosicoculturales de la madre y su relación con la deserción del niño menor de 1 año al Sub Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Apoyo de Chepén" concluye que: El 51.1% de niños menores de 1 año presentaron no deserción y el 48.9% presentaron deserción al sub programa de control de crecimiento y desarrollo del Hospital de Apoyo Chepén. Algunos factores biosocioculturales de la madre como: edad, paridad, condición laboral, tenencia de pareja, grado de instrucción

y conocimientos sobre control de crecimiento y desarrollo no se asocian significativamente con la deserción de niño menor de 1 año al sub programa de control de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, tener mayor de 29 años se constituye en riesgo moderado para la deserción, ser multípara, trabajar fuera del hogar, tener pareja y grado de instrucción primaria se constituye en riesgo elevado para la deserción (26).

EN EL ÁMBITO LOCAL: Se encuentran escasos estudios relacionados a nuestras variables, por este motivo es que presentamos los siguientes que servirán de referencia:

En NUEVO CHIMBOTE, Díaz, C; Sánchez, R; y Cols. (1999). En su estudio. "Actitud y el nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz del niño de un año de edad nacido pretérmino y a término en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón". Concluye que: Existe una mayor incidencia de nacimientos a término 86,4%, en relación a los nacidos pretérmino que sólo representan el 13,6%. La mayoría de los niños de un año de edad nacidos pretérmino (58,3%) presentan riesgo y retraso en el desarrollo psicomotriz, mientras que en los niños de un año de edad nacidos a término predomina un desarrollo psicomotriz normal (85,5%). Ante la prueba estadística de independencia de criterios, se encontró que el tipo de nacimiento influye

significativamente en el desarrollo psicomotriz de un año de edad. Además, las variables actitud y nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana no influyeron significativamente en el desarrollo psicomotriz del niño de un año de edad nacido pretérmino, a diferencia de los nacidos a término donde influyen significativamente en su desarrollo psicomotriz (27).

En CHIMBOTE, López, I. y Cols. (2002). En su investigación: "Desarrollo Psicomotor de los niños de 6 meses a 4 años y su relación con el Nivel de conocimiento de las madres cuidadoras sobre estimulación temprana". Concluye que: Existe una proporción significativa de niños de 6 meses a 4 años de los wawa wasis con un nivel de desarrollo psicomotor en riesgo y retraso (36.7%, 14%) respectivamente. El nivel de conocimiento de las madres cuidadoras sobre estimulación temprana se relaciona significativamente con el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses a 4 años de los wawa wasis (28).

En NUEVO CHIMBOTE, Julca, B; y Cols (2006). En su estudio. "Los factores maternos e institucionales asociados al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año. Hospital Regional "EGB". Concluye que: La mayoría de niños menores de un año tiene una asistencia regular al control de crecimiento y desarrollo (63.7%) y, un poco más de la cuarta parte de la población (36.5%)

tiene asistencia irregular. Existe relación significativa de asistencia al control de crecimiento y desarrollo con la ocupación y número de hijos. Y, ser madre de 35 años a más, tener grado de instrucción primaria, tener más de tres hijos, tener una ocupación diferente a ama de casa, ser divorciada y residir en una zona urbano marginal, se constituyen en riesgo para una asistencia irregular al CRED. Existe relación significativa de asistencia al control de crecimiento y desarrollo con el tiempo de espera. Horario de atención, y costo de atención. Y, esperar más de dos horas, con horario de atención inadecuada, de mala atención recibida y, de costo no accesible de los servicios de CRED se constituyen en riesgo elevado para una asistencia irregular al CRED (29).

En NUEVO CHIMBOTE, Torres, A; y Cols (2010). En su estudio. "Desarrollo Psicomotor del niño menor de 2 años y el Nivel de Conocimiento, Nivel de Actitud sobre Estimulación Temprana en Madres Cuidadoras, en los Wawa Wasi, realizado en el sector Virgen de la Merced". Concluye que: El mayor porcentaje de niños presenta desarrollo psicomotor normal (70.0 %); seguido de un desarrollo psicomotor en riesgo (23.3%) y un escaso porcentaje (6.7 %) presenta desarrollo psicomotor en retraso. No existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana de las madres cuidadoras y el desarrollo psicomotor del niño. Existe asociación significativa entre el nivel de

actitud sobre estimulación temprana de las madres cuidadoras y el desarrollo psicomotor del niño (30).

En NUEVO CHIMBOTE, Mendoza, J. y Cols (2011). En su investigación "Lactancia Materna en relación al Crecimiento y Desarrollo del Niño menor de 1 año" concluye que: El 82.4% de los niños menores de un año reciben Lactancia Materna adecuada, y el 17.6 % reciben lactancia materna inadecuada. El 82.4 % de los niños menores de un año, presentan un crecimiento normal, el 2.9 % presenta desnutrición aguda y obesidad y el 5.9 % presenta desnutrición crónica y sobrepeso. El 97.1 % de los niños menores de un año presenta desarrollo psicomotor normal, el 2.9 % presenta riesgo en su desarrollo psicomotor. El 96.4 % de niños menores de un año con Lactancia Materna adecuada son eutróficos, existiendo asociación estadística significativa entre Lactancia Materna y Crecimiento del niño. El 100 % de niños menores de un año con Lactancia Materna adecuada presentan desarrollo psicomotor normal, existiendo asociación estadística significativa entre Lactancia Materna y Desarrollo Psicomotor (31).

En NUEVO CHIMBOTE, Bejarano, I. y Cols. (2011). En su investigación: "Cumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo en Lactantes menores de 1 año y los Factores Institucionales y Socioculturales Maternos en el Centro de Salud Yugoslavia" concluye que: La mayoría de los lactantes menores de

un año (79 %), si cumplen con el control y un poco más de la cuarta parte de la población (21%), no cumple con el control de crecimiento y desarrollo. No existe relación significativa entre los factores institucionales y el cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo, así mismo una percepción materna mala sobre la atención orientación y consejería de enfermería constituye un riesgo leve para el cumplimiento del control de CRED. Existe relación significativa entre el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo sólo con el factor sociocultural materno número de hijos constituyéndose un riesgo elevado ser madre con más de 2 hijos, así mismo tener de 15 a 19 años un riesgo moderado, tener grado de instrucción primaria y residir en una zona urbano marginal constituye un riesgo leve (32).

Por lo expuesto anteriormente consideramos realizar el presente estudio formulando la siguiente interrogante:

¿Cuál es la actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavo. Nuevo Chimbote, 2014?

1.1. Objetivos:

Objetivo general:

- ❖ Conocer la actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.

Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar la actitud materna en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.
- ❖ Identificar el crecimiento en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.
- ❖ Identificar el desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.
- ❖ Determinar la actitud materna relacionada al crecimiento en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.
- ❖ Determinar la actitud materna relacionada al desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014.

1.2. Importancia:

El presente trabajo de investigación es importante porque nos permite reconocer y mantener la importancia del trabajo de enfermería en CRED, fortaleciendo la educación que se les da a las madres y logrando estas un óptimo crecimiento y desarrollo en sus hijos.

A las instituciones de salud, especialmente al Centro de Salud Yugoslavia, le permitirá conocer las metas en la población objetivo y reforzar o reorientar la visión que tiene el CRED, centrándose en el binomio madre niño.

A las instituciones formadoras de profesionales de la salud les permitirá reconocer la importancia del rol materno en el crecimiento y desarrollo del niño, para abordarlos durante el aprendizaje del cuidado de la salud del niño, durante la preparación de los mismos, ayudara a la formación de principios y actitudes en el futuro profesional de enfermería inculcándole la importancia del nivel preventivo promocional, educando a la madre, aclarando sus dudas e inquietudes en temas de salud, nutrición o estimulación para disminuir los índices de alteraciones en crecimiento y problemas en el desarrollo de los niños.

II. MARCO TEÓRICO:

El presente trabajo de investigación se sustenta en la Teoría general de sistema de Ludwing Bertalanffy (33).

La Teoría General de Sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwing Von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968, con el fin de contribuir con un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la ciencia clásica no podía explicar. En particular, la Teoría General de Sistemas proporciona un marco teórico unificador, tanto para las ciencias naturales como para las ciencias sociales, que aplicado a ésta, dicha teoría nos brinda una forma de comprender las diversas influencias que afectan por completo a las personas (fisiológicos, psicológicos, espirituales, socioculturales, afectivos y cognitivos) y el posible efecto de cambio producido en algunas de sus partes sobre el todo, y tiene como propósito servir como modelo para observar al hombre en su interacción con el ambiente (Ibid).

Sistema es un conjunto organizado de elementos que actúan e interactúan coordinadamente formando un todo unitario y complejo, con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos y caracterizados por tener límites, supervivencia y una jerarquía de sistemas (34).

Existe una gran diversidad de sistemas y una amplia gama de tipologías para clasificarlos, en cuanto a su naturaleza pueden ser cerrado o abiertos; sistema cerrado, cuando no presenta intercambio con el ambiente que lo rodea, pues son herméticos a cualquier influencia ambiental; no reciben ningún recurso externo ni producen algo para enviar afuera. Muy diferente a los sistemas abiertos, que se adapta al estudio de investigación porque interactúan constantemente con el ambiente, intercambiando energía y materia a través de entradas (factores laborales y personales) y salidas (grado de síndrome de burnout), mantienen un juego recíproco con las fuerzas del ambiente y la calidad de su estructura es óptima cuando se organiza, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto-organización. Por lo tanto, los sistemas abiertos no pueden vivir aislados (35).

El concepto del sistema abierto se puede aplicar a diversos niveles de enfoque: a nivel del individuo, grupos, organización y de la sociedad (36).

Los sistemas abiertos se caracterizan por ciertos parámetros. Estos parámetros son arbitrarios y se caracterizan por sus propiedades tales como: el valor y la descripción dimensional de un sistema específico o de un componente del sistema, por lo tanto se encuentra recíprocamente relacionado para alcanzar un propósito. Un cambio o

estímulo en uno de sus parámetros, producirá cambios en los otros y originará un desorden en el sistema (37).

En los seres humanos, se producen continuamente interacciones entre éstos y el medio ambiente. Esta teoría brinda la forma de comprender las muchas influencias que afectan por completo la persona y el posible efecto del cambio producido en algunas de las partes sobre el todo. Además considera al sistema como un todo, que es altamente dependiente del medio exterior y puede perturbarse por carencias o excesos, por tanto una intervención sobre cualquier aporte del sistema afecta sus componentes interdependientes y perturba el comportamiento global de la persona (37).

Los elementos organizados jerárquicamente se constituyen en componentes que se estructura en un proceso para alcanzar un propósito son: Entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente.

Entrada: Son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, humanos o información. A través de la entrada, el sistema importa insumos de su medio ambiente para poder operar, procesando o transformando dichas entradas en salidas. Las entradas constituyen la fuerza de arranque que suministra al sistema sus necesidades operativas (38).

Siendo el componente impulsor o indicador por el cual funciona un sistema; es elemento que abastece al sistema proveniente del medio

ambiente que se incorpora a este para contribuir al logro de los objetivos (Ibid).

Para efectos de la investigación este componente se encuentra representado por la actitud materna y el niño de 6 a 12 meses de edad.

La actitud materna está definida como una tendencia positiva o negativa que permite actuar de determinada manera a ciertos objetos, y se clasifica en:

Actitud materna positiva: es la práctica de los cuidados que favorezcan el crecimiento y desarrollo del niño.

Actitud materna negativa: es la práctica de rechazo y/o sobreprotección que no favorecen el crecimiento y desarrollo del niño.

La entrada al sistema también lo constituye el niño,

La actitud materna influye positivamente y negativamente en el crecimiento y desarrollo del niño.

Proceso: Es el fenómeno que produce cambios, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados. El proceso caracteriza la acción de los sistemas y se define por la totalidad de los elementos empeñado en la producción de un resultado, en ella entran los insumos (entrada) y de ella salen cosas diferentes que son los productos (salida) (39).

Para efectos de la investigación, este elemento del sistema se encuentra constituido por el niño que al recibir una actitud materna positiva o negativa procede a transformarlos es decir, una vez ingresados los insumos al sistema (actitud positiva o negativa) interactúan con el niño para posteriormente obtener un resultado o producto.

Salida: Son el resultado que se obtiene de procesar las entradas. Al igual que éstas pueden adoptar la forma de productos, servicios e información. Las mismas son el resultado del funcionamiento del sistema o el propósito para el cual existe el sistema (Ibid).

Las salidas de un sistema se convierten entrada de otro, que la procesará para convertirla en otra salida, repitiéndose este ciclo infinitivamente.

El niño de 6 a 12 meses es considerado un elemento fundamental del sistema, el cual va percibiendo y asimilando en el trayecto de su vida la actitud materna, el cual la procesa, adopta y refleja generándose de esta manera un resultado o producto, el cual vendría a ser para el estudio: un crecimiento adecuado o inadecuado, un desarrollo normal o un trastorno del desarrollo.

De acuerdo a nuestros estudios el crecimiento se ha clasificado de la siguiente forma:

Adecuado: Cuando todos los indicadores P/E, T/E, P/T, están dentro de los parámetros normales.

Inadecuado: cuando 1 o más de los indicadores P/E, T/E, P/T, no están dentro de los parámetros normales.

De acuerdo a los estudios refieren que el desarrollo está clasificado de la siguiente forma:

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

Riesgo para el trastorno del desarrollo (R): cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.

Trastorno del desarrollo (T): Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica

Retroalimentación: Se produce cuando las salidas del sistema vuelven a ingresar a éste como recursos o información. La retroalimentación permite el control del sistema y la toma de medidas de corrección en base a la información retroalimentada; además trata de mantener o perfeccionar el desempeño del proceso haciendo que su resultado este siempre adecuado al estándar o criterio escogido (40).

Para efectos de la presente investigación, teniendo en cuenta el crecimiento (adecuado o inadecuado) y desarrollo (normal, trastorno o

retraso) este resultado pueden ser nuevamente elemento de entrada y convertirse en retroalimentación positiva o negativa para la madre y el niño, con la finalidad de mantener el equilibrio del sistema.

Ambiente: Es el medio que envuelve externamente al sistema. Se encuentra en constante interacción con el sistema, ya que recibe entradas, las procesa y efectúa salidas. Por lo tanto, el sistema y el ambiente se encuentran interrelacionados e interdependientes. El ambiente sirve como fuente de energía y materia de información para el sistema; para que este sistema sea viable y sobreviva, debe adaptarse al ambiente a través de una constante interacción, considerándose como un proceso dinámico y sensitivo (41).

Si bien el ambiente puede ser un recurso para el sistema, también puede ser una amenaza para su supervivencia. El éxito de los sistemas se verifica a través de la medición de los objetivos alcanzados. La falta de éxito exige una revisión del sistema, ya que no cumple con los objetivos propuestos para el mismo, de modo que debe ser modificado de forma que pueda alcanzar los objetivos planteados (42).

Para efectos de la investigación, el ambiente se encuentra constituido por el hogar, comunidad y entorno en donde se desarrolla el niño.

METODOLOGIA

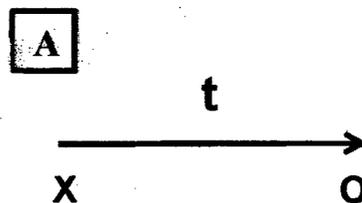
2.1. Método de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

- **DESCRIPTIVO:** porque permite conocer en función de las variables, actitud materna y el crecimiento y desarrollo del niño de 6 a 12 meses de edad.
- **CORRELACIONAL:** porque se relacionan las variables, actitud materna y el crecimiento y desarrollo del niño de 6 a 12 meses de edad.
- **TRANSVERSAL:** porque las variables fueron medidas una sola vez en un periodo determinado.

2.2. Diseño de estudio:

Descriptivo correlacional y de corte transversal



A : Población de madres

X: Actitud materna

O : Crecimiento y Desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad

T : Año 2014.

2.3. Población:

La población de estudio está conformada por madres y sus niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Yugoslavia durante los meses octubre y noviembre. Nuevo Chimbote, 2014.

a) Unidad de análisis: El niño que cumple con los criterios de inclusión.

b) Universo muestral: Por las madres, N: 102 y sus niños que cumplan con los criterios de inclusión.

c) Criterio de inclusión:

- Madre con niño de 6 a 12 meses que acuden al control de CRED
- Madre sin alteraciones mentales.
- Madre que acepte participar en el estudio.
- Niños de ambos sexos
- Niños sin antecedentes patológicos (prematuridad, asfixia al nacer, etc.)

2.3.1. Diseño muestral:

Está conformada por todas las madres con sus niños de 6 a 12 meses de edad inscritas en el libro de Censo del Centro de Salud Yugoslavia durante los meses octubre y noviembre del 2014.

2.3.2. Aspectos éticos:

- a) **AUTONOMIA:** definido como la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones, en esta investigación cada madre será informada y se respetara la decisión voluntaria.

- b) **ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** la información recolectada se mantendrá en estricta confidencialidad, permanecer en el anonimato por lo que cualquier información no será reportada en público ni será accesible a otras partes que no sean involucradas en la investigación. Además se considerará en todo momento, un trato justo, respetuoso, equitativo y cortés.

- c) **BENEFICIENCIA Y NO MALEFICIENCIA:** Este principio o concepto evidentemente se refiere a la

búsqueda de bien o beneficencia del paciente. La conducta del investigador debe responder a: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

d) **JUSTICIA:** este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde. Incluye a que los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación en el estudio.

e) **INTEGRIDAD CIENTIFICA:** se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a la investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.

f) **RESPONSABILIDAD:** Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

2.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

✧ ACTITUD MATERNA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Predisposición aprendida que se expresa a través de cuidados específicos que realiza toda madre a su hijo, manteniéndola en alerta ante eventuales riesgos en el crecimiento y desarrollo que afecten la salud de su niño (43).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante escala nominal

- Actitud Positiva : 69-135 pts
- Actitud negativa: 1-68 pts

B. VARIABLES DEPENDIENTES:

✧ CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Proceso de incremento de masa corporal que está regulado por factores

nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos (44).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal:

- **ADECUADO:** Cuando todos los indicadores P/E, T/E, P/T, están dentro de los parámetros normales.
- **INADECUADO:** cuando 1 o más de los indicadores P/E, T/E, P/T, no están dentro de los parámetros normales.

❖ **DESARROLLO EN NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD.**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en estrecha relación con el medio (45).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal:

- Desarrollo normal (N)
- Riesgo para el trastorno del desarrollo (R)
- Trastorno del desarrollo (T)

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se obtuvieron mediante la técnica de la encuesta aplicando dos instrumentos:

a) Test sobre Actitud materna relacionada con el crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses

(anexo N°1): Elaborado por las investigadoras, basando su estructura en la Escala Actitudinal de Likert y adaptada de otras investigaciones relacionadas.

Este instrumento permitirá medir la tendencia de la actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses y consta de 27 enunciados.

Cada enunciado estará constituido de 5 alternativas calificadas algunas directamente y otros inversamente.

Los ítems 1,5,13,16,20,21,25 y 26 tienen puntuación inversa y los ítems 2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,14,15,17,18,19,22,23,24 y 27 tienen puntuación directa.

- La actitud Positiva: 69 -135 pts
- La actitud Negativa: 01- 68 pts

b) Instrumento: Expresión del Estado nutricional por desviaciones estándar. (anexo N° 2):

Es decir donde el patrón de normalidad comprende de -2 DS a +2DS según lo indican las tablas de referencia del instrumento mencionado.

Las interpretaciones de las relaciones de peso y talla para la edad y de peso para la talla nos permiten identificar el estado nutricional o como está el crecimiento del niño (46).

Peso para edad: Es el peso del niño comparado con el peso que debe tener para la misma edad y sexo del patrón de referencia.

Talla para edad: Es la talla del niño comparada con la talla que debe tener para la misma edad y sexo del patrón de referencia.

Peso para talla: Es el peso del niño comparado con el peso que debe tener para la misma talla y sexo del patrón de referencia.

c) Test Peruano de Desarrollo del niño (anexo N° 3):

El test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos como:

El comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: control de cabeza y

tronco en posición sentado, control de cabeza y tronco para rotaciones y control de cabeza y tronco en marcha.

El comportamiento visomotor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: uso del brazo, la mano y visión.

El comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: audición, lenguaje comprensivo y el lenguaje expresivo.

El comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: alimentación vestido e higiene, juego, comportamiento social. Y por último la Inteligencia y aprendizaje (47).

Lo cual permite interpretar los resultados de la siguiente manera:

- **Desarrollo normal (N)**: cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
- **Riesgo para el trastorno del desarrollo (R)**: cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.
- **Trastorno del desarrollo (T)**: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según

la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:

Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito

Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito.

Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

2.6. VALIDACION Y CONFIABILIDAD:

Para medir la validez y la confiabilidad de los instrumentos se aplicó una Prueba Piloto en 20 madres con niños de 6 a 12 meses atendidos en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón con características similares a las unidades de estudio.

- **Confiabilidad:** Para medir la confiabilidad de datos se utilizó la prueba inter. ítem a través de la fórmula de Alfa de Cronbach.

- **Validez:** se estimó a través de la prueba de Correlación de Pearson. Esto significa que el instrumento es significativamente válido.

Los Instrumentos fueron validados por juicios de expertos del área

2.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se realizó las coordinaciones a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, con el director del Centro de Salud Yugoslavia, luego se coordinó con la enfermera jefe de Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo.

Los instrumentos fueron aplicados a las madres de los niños que cumplieron con los criterios de inclusión, con previo permiso y el consentimiento informado (anexo N° 4). Se les solicitó marcar todos los ítems, siendo respondido por cada madre satisfactoriamente. Teniéndose en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

La aplicación del instrumento se realizó en un promedio de 20 minutos para cada madre.

2.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS VERSION 20, se obtuvo las estrategias descriptivas de la muestra así como los porcentajes y medidas de control, media, mediana, moda y desviación estándar. Se obtuvo la confiabilidad del instrumento mediante el Alpha de Chronbach.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el software especializado en estadísticas y epidemiología EPIINFO, en los niveles descriptivos y analíticos.

- Nivel Descriptivo: Se considerará tablas unidimensionales y bidimensionales, frecuencia simple y porcentual
- Nivel analítico: Se aplicará la prueba estadísticas de independencia de criterios chi cuadrado (χ^2) con un 5% de la significancia y un 95% de confiabilidad.

III. RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA N° 01: ACTITUD MATERNA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

Actitud Materna	fi	hi
Positiva	33	32.4
Negativa	69	67.6
TOTAL	102	100.0

Fuente: Madres de niños de 6 a 12 meses. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Centro Salud Yugoslavia.

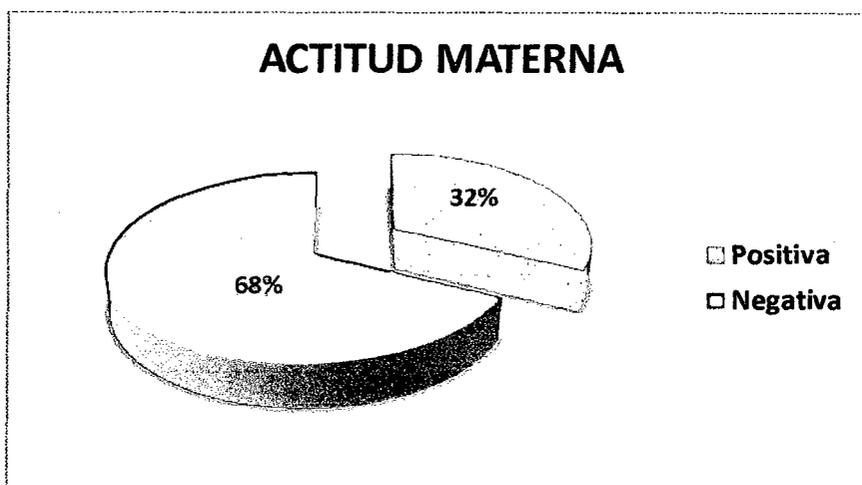


FIGURA N° 01: ACTITUD MATERNA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 02: CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE 2014.

Crecimiento	fi	Hi
Inadecuado	42	41.2
Adecuado	60	58.8
TOTAL	102	100.0

Fuente: Madres de niños de 6 a 12 meses. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Centro Salud Yugoslavia.

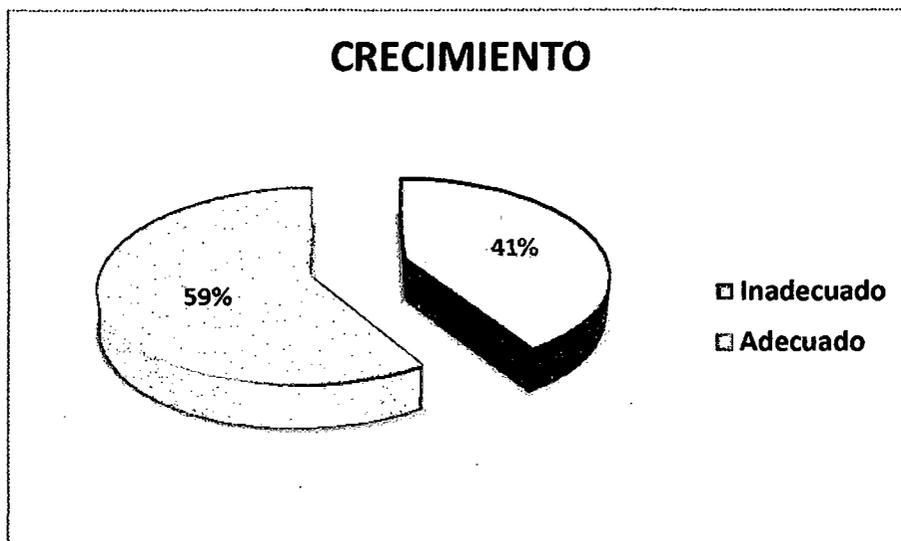


FIGURA N° 02: CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE 2014.

TABLA N° 03: DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014

Desarrollo	fi	Hi
Trastorno del desarrollo	55	53,9
Desarrollo Normal	47	46,1
TOTAL	102	100,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 12 meses. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Centro Salud Yugoslavia.

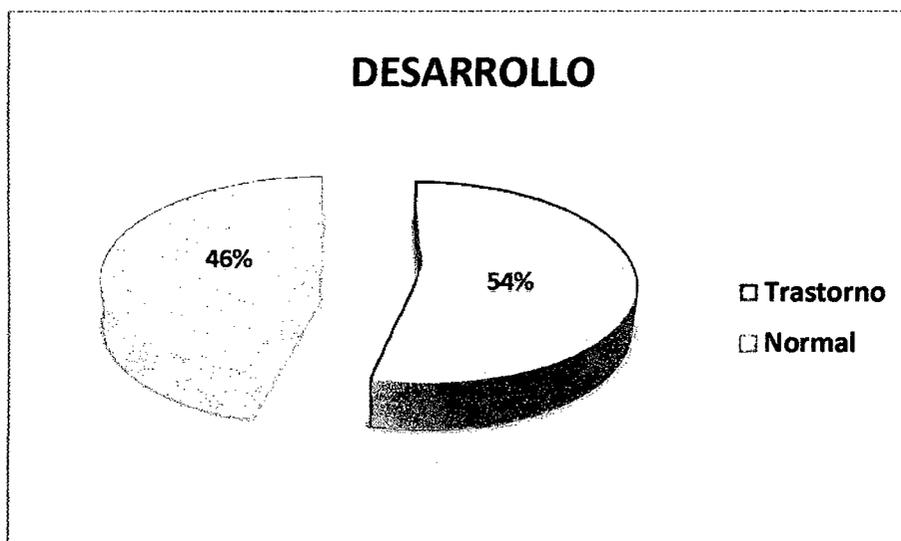


FIGURA N° 03: DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014

**TABLA N° 04: ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL
 CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD.
 CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

CRECIMIENTO	Actitud materna				Total	
	Positivo		Negativa		Fi	Hi
	fi	hi	fi	hi		
Adecuado	27	45	33	55	60	58,8
Inadecuado	6	14,3	36	85,7	42	41,2
TOTAL	33	32,4	69	67,6	102	100,0

$X^2 = 10,649$ $gl = 1$ $p = 0,001$ SIG

Fuente: Madres de niños de 6 a 12 meses. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Centro Salud Yugoslavia.

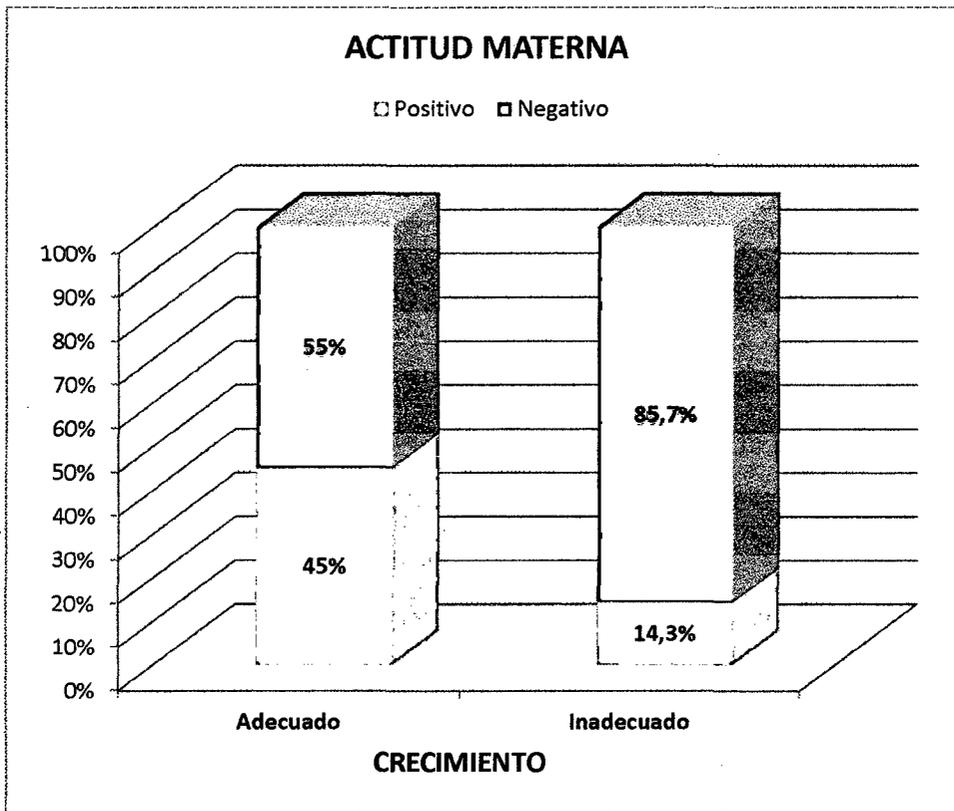


FIGURA N° 04: ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 05: ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

Desarrollo	Actitud materna				Total	
	Positivo		Negativa		fi	Hi
	fi	hi	fi	hi		
Normal	25	53,2	22	46,8	47	46,1
Trastorno	8	14,5	47	85,5	55	53,9
TOTAL	33	32,4	69	67,6	102	100,0

$$\chi^2 = 19,755 \quad gl = 1 \quad p = 0,000 \quad \text{SIG}$$

Fuente: Madres de niños de 6 a 12 meses. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Centro Salud Yugoslavia.

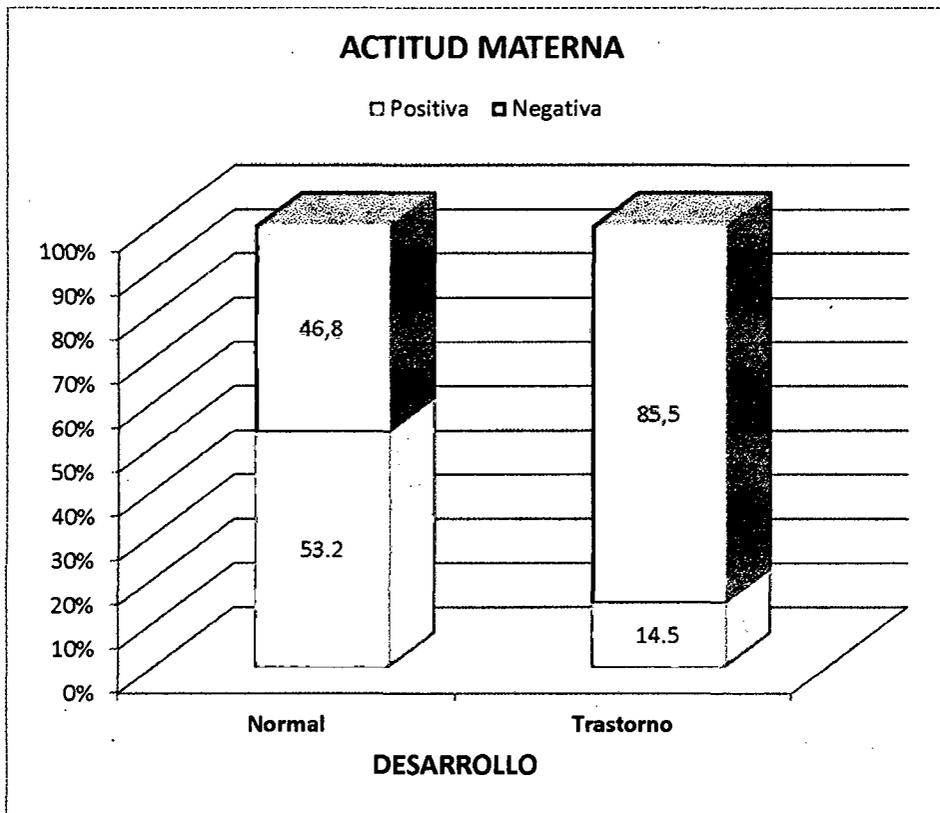


FIGURA N° 05: ACTITUD MATERNA RELACIONADA AL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

IV. ANALISIS Y DISCUSION

En la Tabla N° 01: Actitud materna en niños de 6 A 12 meses de edad del Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014. Se observa que: el 67.6% de las madres presenta una actitud negativa, mientras que el 32.4% presenta una actitud positiva.

Resultados similares obtuvo Valdomero, V. en la Revista Internacional de Comportamiento Nutrición y Actividad Física en su estudio: "Actitudes maternas y percepción de la experiencia en la alimentación del niño menor de 1 año" revela que la mayoría de las madres tuvo una actitud negativa, el 59% de madres tuvieron una actitud negativa y el 41 % una actitud positiva, concluyen que: la actitud de las madres tiene influencia en la correcta nutrición y el de desarrollo de los hijos (48).

Partiendo de estos resultados se puede afirmar que la mayoría de las madres tiene una actitud negativa, definida como la práctica de rechazo y/o sobreprotección que no favorecen el crecimiento y desarrollo del niño, puede estar vinculado a las creencias o costumbres, al bajo nivel de conocimiento adquiridos a través de la experiencia que se reflejarán en las pautas de crianza o a la asistencia del Control de Crecimiento y Desarrollo.

Los resultados difieren con los obtenidos por Ávila y cols. En su estudio "Actitudes y Nivel de Conocimientos sobre nutrición infantil", donde el 87.3% presentó una actitud positiva y 12.7 % presentó una actitud negativa, revela que la malnutrición no se ve influenciada solamente con los cuidados o actitudes maternas sino que influyen otros factores como: los factores socioeconómicos, la participación paterna en el cuidados del niño, funcionamiento familiar, los accesos a servicios básicos o servicios de salud, etc. (49).

Asimismo Meneghello (2001), refiere que la madre es la principal proveedora de asistencia sanitaria en la familia y es quien debe tener una actitud positiva o de aceptación que le permita estar en mejores condiciones para enfrentar con responsabilidad los cuidados que el niño requiere (50).

Es decir la actitud materna evidenciada en los cuidados del niño es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.

En la Tabla N° 02: En el Crecimiento en niños de 6 a 12 meses de edad del Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote 2014. Se

observa que: el 58.8% de niños presenta un crecimiento adecuado y el 41.2% crecimiento inadecuado.

Resultados similares se obtuvieron en la investigación con Rojas, D., en su estudio "Hábitos Alimentarios, Percepción de Alimentación Saludable y Estado Nutricional en niños menores de 24 meses- Colegio CEDIC Ciudad de Bolívar. Bogotá" los resultados mostraron que el 49 % de los niños presentó un crecimiento inadecuado, y que el 51 % presentó un crecimiento normal, estos resultados se relacionaron a los hábitos alimentarios y percepción de alimentación saludable que tenían las madres, en los factores sociales relacionados se encontró que influyo el nivel educativo y ocupación de las madres (51).

Partiendo de estos resultados se puede afirmar que la mayoría de niños tuvo un crecimiento adecuado, teniendo en cuenta que un gran porcentaje tuvo un crecimiento inadecuado. Posiblemente esto se deba a la influencia de diversos factores para un crecimiento normal entre ellos las actitudes materna que dependerán : del nivel de conocimiento de pautas alimentarias, la evaluación periódica de peso y talla, las creencias basadas en el nivel cultural de la madre, factores socioeconómicos como la pobreza extrema, entre otros.

Los resultados difieren con los obtenidos por: Vílchez, M., quien en su estudio: "Calidad del cuidado materno y Crecimiento y Desarrollo en el

niño menor de 5 años” donde se muestra que el 89,4% de los niños tiene un crecimiento inadecuado (desnutridos o con sobrepeso), y solo el 10.6% se muestra normal. Se demostró que la calidad del cuidado materno se relaciona significativamente con el crecimiento del niño. Se encontró que los factores condicionantes de un crecimiento inadecuado son: la mala calidad de los alimentos, falta de condiciones de salubridad, escasa educación de los padres y la maternidad adolescente (52).

En el año 2012 según el Instituto Nacional de Salud, el Perú cuenta con un 19.5% de niños menores de 5 años desnutridos, y un 13.3% de este mismo grupo tiene obesidad, es decir un 32.8% tiene un crecimiento inadecuado. El análisis muestra que: es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar (53).

En la Tabla N° 03: En el Desarrollo en Niños de 6 a 12 Meses de edad del Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote 2014. Se observa que el 53,9% tiene trastorno del desarrollo y 46,1% tiene un desarrollo normal.

Estos datos coinciden con Huamanyauri J., en su estudio "Factores materno y desarrollo del niño menor de 1 año- Hospital Huaycan" los resultados indican que el 55% de los niños tienen un trastorno del desarrollo, 70 niños en el área motora, 40 área coordinación, 112 en el área del lenguaje y social, y el 45 % tiene un desarrollo normal (54).

Partiendo de estos resultados la mayoría de niños tiene un trastorno del desarrollo esto puede asociarse a la no continuidad y perseverancia en la estimulación de edades bien tempranas producto de la constancia en los cuidados maternos , derivado del hecho de que una importante preparación del niño dependerá del ambiente que lo rodea y de los cuidados maternos. Influye junto a la estimulación: la comunicación, el hablar y escuchar al niño, motivación en los logros que debe lograr cada mes por ejemplo en el gateo o el comienzo para caminar, todo esto influye en un desarrollo normal del niño.

Los resultados difieren con los obtenidos por: Rodríguez, V. en su estudio "Comportamiento del desarrollo Psicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar", el 84.3% de niños presentó un desarrollo normal, un 15,7% un retardo en el

desarrollo a partir del tercer trimestre, siendo el área de lenguaje la esfera más afectada. Durante el primer semestre el niño mantiene un vínculo mucho más directo con la madre, la que satisface sus necesidades, y por lo que raramente se evidencian trastornos de su desarrollo, a no ser que exista algún daño orgánico.

A los 6 meses comienza la etapa de socialización, donde mantienen el vínculo materno, pero la familia adquiere mayor importancia en la colaboración del desarrollo de habilidades, fundamentalmente el lenguaje. Esta es la esfera más afectada en niños normales con influencias externas negativas. El estudio concluye que el desarrollo psicomotor está relacionado significativamente con el manejo y función familiar (55).

En la Tabla N° 04: En la actitud materna relacionada al crecimiento en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014. Observamos que: el 45% de los niños con crecimiento adecuado, presentaron una actitud materna positiva y el 85.7% de los niños con crecimiento inadecuado la actitud materna fue negativa.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables

Resultados similares obtuvo Coursin, M., en su estudio "Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años", donde refiere que las actitudes hacia los niños

menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. De manera que las actitudes negativas se dan más en el grupo de niños con malnutrición por Déficit, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso, siendo la causa las consecuencias que tiene en el desarrollo de los niños, tales como: retraso en el desarrollo intelectual, en la percepción, en su conducta y demostrado a través de conductas como intentos de ganar atención a través de lloriqueos, quejándose, hiperactividad, buscando elogios o castigos, pataletas, enfermedades constantes (56).

Resultados similares obtuvo la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). En nuestro país la desnutrición crónica afectó al 19,5 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 1,2 puntos porcentuales 20,1 por ciento en niños y 18,9 por ciento en niñas. En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 12,1 por ciento y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 14,3 por ciento, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (28,6 por ciento). En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 19,7 por ciento y, en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 20,9 por ciento, disminuyendo en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (18,1

por ciento). Los datos expuestos nos permite observar que la malnutrición en los primeros años de vida es negativa para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños ,haciéndose vital investigaciones que nos permita no solo evaluar la parte física y nutricional del niño ,sino también evaluar a la persona que brinda estos cuidados ,en estos casos a la madre y la relación afectiva que se de en estos cuidados maternos, que actitudes maternas evidencian hacia sus hijos y con ellos que tipo de vínculo afectivo se crea, los mismos que permanecerán en el lapso del desarrollo de la vida del niño. Actitudes que se van a evidenciar en los cuidados en el niño tanto en su desarrollo normal como en los casos de su recuperación nutricional (57).

Partiendo de estos resultados se puede afirmar que la actitud positiva de la madre influye significativamente en el crecimiento adecuado de su hijo, ya que las actitudes evidencian los cuidados para con el niño que definirán un adecuado o inadecuado crecimiento del mismo, es por ello que dependerá de la madre como cuidadora principal el cumplir con los estándares necesarios de adecuada nutrición a su niño, además de poner en práctica las medidas de prevención de las principales enfermedades como IRAS y EDAS que producen un descenso, desaceleramiento y detención del crecimiento.

Es preocupante que se evidencie que de todas las madres que fueron encuestadas y tuvieron una actitud materna negativa, más de la mitad de los niños presento crecimiento inadecuado por déficit, si bien se encontraban dentro de los parámetros normales de las desviaciones estándar sus gráficos con cada control decrecen, y no ganan el peso o talla adecuados mes a mes, lo que es preocupante porque este proceso va en aumento a pesar de las consejerías nutricionales brindadas por parte de la enfermera ya que la madre posiblemente no desarrolla una actitud positiva, razón que sustenta la desnutrición crónica en nuestro país.

En la Tabla N° 05: En la actitud materna relacionada al desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014. Tenemos que el 53.2% de los niños con desarrollo normal, la actitud materna es positiva, y el 85,5% de los niños con trastorno en el desarrollo la actitud materna fue negativa.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Resultados similares obtuvo Ferres y Cols. (2005). En su investigación titulada "Estimulación psicosocial del niño por la madre" demuestra que los niños que reciben estimulación temprana muestran un desarrollo psicomotriz mayor y significativo que el grupo no desarrollado. Debido a que la madre o la persona que desempeña su rol es sin duda la persona más influyente durante la primera infancia.

Es la única que satisface las necesidades básicas de alimento, calor, comodidad y amor. Estimula los sentidos del niño y facilita sus capacidades de expansión. En el camino hacia la madurez de todo el sistema nervioso del niño tiene un papel importantísimo la estimulación, que es el conjunto de cosas que el niño, ve, oye, siente (58).

Coloma (2000) realizó el "Estudio de las actitudes maternas y su efecto en el desarrollo social del niño", en donde investigó a 80 madres y sus hijos que asistían a un Centro de Educación Inicial, encontrando que el grupo de madres evaluadas presentaban un claro predominio de actitudes de sobreprotección y rechazo, los niños de madres con una actitud de sobreprotección mostraban un escaso desarrollo de las habilidades sociales ya que adoptaba una postura de pasividad y comodidad, porque interiorizaban que sus madres, de las que tiene una gran dependencia, siempre están dispuestas a ayudarlo. Mostraban una autoestima baja y poca seguridad en sí mismo, creyéndose incapaz de resolver sus dificultades. Por otro lado los niños de madres que presentaron una actitud de rechazo, mostraron un desarrollo social mucho más bajo ya que tienen dificultades en la expresión y comprensión de las emociones. Suelen expresar sus emociones centrándose excesivamente en aspectos negativos. Carecen de capacidad empática y mantienen una actitud rígida ante los distintos puntos de vista que ofrezca el progenitor

rechazado. Y todo esto se debe a que de alguna forma intentan llamar la atención del cuidador. En resumen, será una persona que podrá dejarse llevar con más facilidad por las malas amistades o por el ambiente que le rodea (59).

Spitz, R. (2000). Refiere que a lo largo de la vida, el ser humano establece y desarrolla una serie de relaciones y vínculos con diferentes personas. Estos vínculos comienzan a darse desde los primeros días de vida del niño, e incluso como señalan algunos autores desde que se encuentra en el útero de la madre, con quien mantiene ya una significativa relación.

Es la figura de la madre la que adquiere especial importancia en el desarrollo del niño. A través de la satisfacción de las demandas y necesidades de su hijo la madre se constituye en el objeto central de su mundo, durante los primeros meses de vida. La relación del niño con su madre "es el factor que modifica la vida del niño durante los primeros meses, es el factor particular en el conjunto psicológico de la primera infancia (60).

Kanner, L. y Cols (1990) Han estudiado las actitudes maternas Y resaltan su importancia en el desarrollo psicológico y social del niño; estos estudios refieren, por ejemplo, que los hijos de madres sobreprotectoras son sumisos, tímidos y dependientes en su relación con otros; actitudes de rechazo de la madre tendrán como consecuencia sentimientos de ansiedad, inseguridad, pobre

autoestima, negativismo y hostilidad en el niño; una actitud sobre indulgente de la madre estará en relación con una pobre tolerancia a la frustración, rebeldía hacia la autoridad y excesiva demanda de atención en el niño (61).

Partiendo de estos resultados se puede afirmar que la actitud positiva de la madre influye significativamente en el desarrollo normal de su hijo, la relación afectiva que se da en estos cuidados maternos evidencian el tipo de vínculo afectivo que se crea hacia sus hijos, los mismos que permanecerán en el lapso del desarrollo de la vida del niño. Actitudes que se van a evidenciar en los cuidados para con el niño en su desarrollo normal, entre más sea la estimulación y afecto que le brinde la madre en casa a su niño este tendrá mayores posibilidades de desarrollar y potencializar sus habilidades. Una actitud positiva reflejara en el niño algo que va más allá del desarrollo intelectual, es decir ayudara a mejorar el desarrollo del lenguaje, las áreas principales del desarrollo social y emocional incluyendo un área muy importante, la relación entre padres e hijos en otras palabras el desarrollo afectivo que será un punto importante que se reflejara durante toda su vida, desarrollar habilidades auto calmantes y autorregulación en la niñez.

Es preocupante que se evidencie que de todas las madres que fueron encuestadas y tuvieron una actitud materna negativa, en la mayoría

de los niños se vio afectada el área social, porque no se pudo evidenciar un buen desarrollo en las otras áreas ya que el niño se mostraba tímido, temeroso y llorosa, al momento de la evaluación a pesar de que las madres referían que realizaban las actividades establecidas de acuerdo a la edad, posiblemente se debió a que la madre presento una actitud negativa y el niño no llego a desarrollar habilidades socioemocionales, por ello la madre deberá ofrecerle ambientes acogedores y amorosos, llenos de experiencias prácticas y de lenguaje promoviendo la interacción y comunicación con otros niños y familiares de esta manera logran formar relaciones positivas, seguras y ser capaces de explorar y aprender en todas las áreas, desarrollar confianza y seguridad en sí mismos.

CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- El 67.6% de las madres del Centro de Salud Yugoslavia presentaron una actitud negativa, el 32.4% actitud positiva.
- El 58,8% de niños tienen un crecimiento adecuado, y un 41.2% un crecimiento inadecuado.
- El 53,9% de niños presentaron trastorno del desarrollo y 46,1 presentan un desarrollo normal.
- Si existe relación estadística significativa, entre la actitud materna, el crecimiento y el desarrollo en el niño de 6 a 12 meses de edad.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar investigaciones en poblaciones de riesgo para reconocer los problemas de crecimiento y desarrollo, ya que esto ayudará a identificar oportunidades y darle posibles soluciones.
- Que el Centro de Salud "Yugoslavia" utilice la información del presente estudio, para planificar estrategias para fomentar la actitud positiva de la madre con respecto al crecimiento y desarrollo de su hijo de 6 a 12 meses.
- El Centro de salud Yugoslavia deberá garantizar el seguimiento de los niños de 6 a 12 meses de edad con la finalidad de identificar la población de mayor riesgo, haciendo visitas domiciliarias para evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, capacitar y supervisar a las madres, garantizando el cuidado integral del niño.
- En los puestos de salud donde su población es de mayor riesgo se debe incentivar a la investigación sobre la actitud materna frente al crecimiento y desarrollo de sus niños.
- A las madres quienes reciben las orientaciones de fomento de una actitud positiva, deben convertirlas en una práctica diaria para propiciar un adecuado crecimiento y desarrollo de sus niños. Deben estimular el desarrollo social y emocional del niño, ayudarlos a

desarrollar habilidades socioemocionales, ofreciéndoles ambientes acogedores y amorosos, llenos de experiencias prácticas y de lenguaje estableciendo relaciones y comunicación con los demás y de esta manera logren formar relaciones positivas, seguras y sean capaces de explorar y aprender en todas las áreas, desarrollar confianza y seguridad lograr su independencia y autonomía.

- A los estudiantes de la Universidad Nacional del Santa, se debe ampliar la visión para con las madres que asisten al control de crecimiento y desarrollo, verlas como personas en constante interacción con el entorno, con sus creencias y con la capacidad de adquirir nuevos conocimientos que puedan modificar sus actitudes y mejorar su conducta mejorando el crecimiento y desarrollo de sus niños principalmente en su primer año de vida.
- A las escuelas de enfermería que sea una motivación para seguir contribuyendo en la calidad de atención en el abordaje de la etapa del crecimiento y desarrollo del niño.
- Al profesional de enfermería realizar más investigaciones en relación al crecimiento y desarrollo de madres con niños de 6 a 12 meses, permite conocer la verdadera dimensión y así ayudar a mejorar el cuidado de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. POZO, M y Cols, (2009) Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia. Revista Electrónica de Investigación. Fecha de acceso: 24/03/14. Disponible en: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1_num1/mir/contexto.html
2. ISAZA, L. (2012) El Contexto Familiar un factor determinante en el desarrollo de los Niños. Revista Electrónica de Psicología Social. Fecha de acceso: 01/04/14. Disponible en: www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/332/305
3. LEÓN, N. (2011) La importancia de la familia en el desarrollo del niño. Granada. Fecha de Acceso: 01/04/2014. Disponible en: www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod.../NOEMI_DE_LEON_2.pdf
4. STERN, D. (2012) Vínculo afectivo madre-hijo. Fecha de Acceso: 01/04/14. Disponible en: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia13.htm>
5. EGEA, E. (2013) La Importancia de los Estímulos en los Primeros Años de Vida Fecha de acceso: 01/04/14. Disponible en:

- <http://www.intervida.org/es/publicaciones/noticias-intervida/la-importancia-de-los-estimulos-en-los-primeros-anos-de-vida>
6. MINISTERIO DE SALUD- MINSA, (2010) Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de 5 años. 1Ed. Lima – Perú
 7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2008) Norma para la Vigilancia Nutricional de Niños Menores de cinco años de edad -Honduras. Fecha de acceso: 01/09/14. Disponible en: http://www.paho.org/hon/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=272&Itemid=211
 8. WONG, D. (1995) Enfermería Pediátrica. 4° Ed. Edit Mosby. Madrid- España
 9. MINISTERIO DE SALUD (2011): Logros del Bebe a partir de los 6 meses-Argentina. Fecha de acceso: 01/09/14. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=414&Itemid=240#sthash.nRba2aDB.dpuf
 10. ICHIKAWA, K. (1991). Resultado de la Educación de las Madres, Participación en la Estimulación Temprana en Niños de 0-1 años

- Tesis para optar el Grado de Bachiller en enfermería. Universidad Particular Cayetano Heredia en Enfermería. Lima, Perú
11. MINISTERIO DE SALUD- MINSA (1998). Taller de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo por la Salud Integral de la Familia. Lima, Perú. Fecha de acceso: 01/04/14. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2216.pdf>
 12. MINISTERIO DE SALUD. (2007) Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 Meses. Lima, Perú.
 13. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR – ENDES (2012). Situación de la primera infancia en el Perú. Fecha de acceso: 30/06/14. Disponible en: <http://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2164/0>
 14. RADIO PROGRAMAS DEL PERÚ – RPP (2009), Fecha de acceso: 30/01/14. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-12-24-el-6-3-de-ninos-con-desnutricion-cronica-en-nuevo-chimbote-noticia_657255.html
 15. GOBIERNO REGIONAL DE LIMA (2013) Análisis de la Situación de Salud del Perú. Fecha de acceso 29/03/14. Disponible en: <http://www.diresalima.gob.pe/descargas/epi/ASIS2013.pdf>

16. FLORES, C. (2007) Actitud de los padres de familia ante el crecimiento de sus hijos, Fecha de acceso 29/03/14. Disponible en: <http://148.206.53.84/tesiuami/UAM1230.pdf>
17. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-. OEI Información Mensual De Actividades Atención Integral De Salud Del Niño 2012-2013, Hospital La Caleta. Chimbote Perú.
18. UNIDAD DE ESTADÍSTICAS E INFORMÁTICA. Información Mensual de Actividades Atención Integral de Salud del Niño 2012-2013 Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Chimbote Perú
19. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA- OEI Información Mensual de Actividades Atención Integral de Salud del Niño 2012-2013, Hospital III Essalud y la UBAP. Chimbote Perú.
20. MORA, R. y Cols (2007) Conocimientos y prácticas sobre salud materno-infantil en las madres con hijos menores de dos años, SILAIS Managua. Nicaragua. Fecha de acceso: 22/03/14. Disponible en: [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSe arch=543016&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543016&indexSearch=ID)

21. QUESADA, A (2007) Intervención Materna en el Crecimiento y Desarrollo del Niño Normal en las Primeras Ocho Semanas de Vida - Panamá. Fecha de Acceso: 01/04/14. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=141464&indexSearch=I>
22. WALKER, SP; y Cols (2012) Construcción de la capacidad humana mediante intervención en la primera infancia. Jamaica. Fecha de acceso: 22/03/14. Disponible en: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442012000400006
23. IBARRA (2012) Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre crecimiento y desarrollo de los niños entre 0 - 5 años de edad que son atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, Enero – Junio - Ecuador. Fecha de acceso: 23/03/14. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/574/1/FCSTGLE2012-0055.pdf>
24. UNICEF (2012) COMPENDIO NIÑOS. 2° Ed. Edit Broncos Graphic. Lima Perú

25. GARCÍA, M; (1999) Factores que se asocian a situación nutricional del niño de uno a tres años. Comunidad urbano marginal Ermitaño Alto – Independencia. Lima- Perú. Fecha de acceso: 22/03/14. Disponible en:<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-339632>
26. RAMOS, M. y Cols (2002) Algunos Factores Biosicoculturales de la Madre y su relación con la deserción del Niño Menor de 1 Año al Sub Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Apoyo de Chepen. Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
27. DIAZ; C; R; Sanchez, R; y Cols, (1999) Actitud y el nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz del niño de un año de edad nacido pretermino y a término en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú. Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería
28. LÓPEZ, I. y Cols (2002) Desarrollo Psicomotor de los niños de 6 meses a 4 años y su relación con el Nivel de conocimiento de las madres cuidadoras sobre estimulación temprana. Tesis para

obtener el título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú

29. JULCA, B; Evelyn, S; y Cols, (2006) Los factores maternos e institucionales asociados al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año. Hospital Regional "EGB". Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.

30. TORRES, A; Sandra, M; y Cols (2010) Desarrollo Psicomotor del niño menor de 2 años y el Nivel de Conocimiento, Nivel de Actitud sobre Estimulación Temprana en Madres Cuidadoras, en los Wawa Wasi, realizado en el sector Virgen de la Merced. Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.

31. MENDOZA, J. y Cols (2011) Lactancia Materna en relación al Crecimiento Desarrollo del Niño menor de 1 año. Tesis para obtener el Grado de licenciada en Enfermería. Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.

32. BEJARANO, I. y Cols (2011) Cumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo en Lactantes Menores de 1 Año y los

Factores Institucionales y Socioculturales Maternos en el Centro De Salud Yugoslavia. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.

33. IVANNE, E. y Bárbara, R. (1998) Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas. 2° Ed. Ed. Redding Weaver. Washington DC – USA

34. BERTALANFFY, L. (1999). Perspectivas en la Teoría General de Sistemas. 2° ed. Ed. Alianza. Madrid – España.

35. GIGCH, J. (1999) Teoría General de Sistemas Aplicada. 1° ed. Ed. Trillas. México D.F. – México.

36. SOLANO, R. (2001) Teoría General de Sistemas. Fecha de acceso: 22/03/14. Disponible <http://www.monografias.com/trabajos11/teosis/teosis.html>.

37. AMADOR, J. (2007) Teoría General de Sistemas. Fecha de acceso: 22/05/14. Disponible en: http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/teoriageneraldesistemas

38. RODRÍGUEZ, D. (2001) Teoría General de Sistemas. 1° ed. Ed. Universitaria. Santiago de Chile - Chile.
39. ZAMUDIO, M. (2006). Teoría General de Sistemas. Fecha de acceso: 25/06/14. Disponible <http://www.gestiopolis.com/Canales4/ger/teoriasistemas.htm>
40. RINCÓN, J. (2001) Teoría General de Sistemas. Fecha de acceso: 28/03/14. Disponible en: <http://members.tripod.com/~gepsea/sistema.htm>
41. RODRÍGUEZ, A. (2003). Teoría General de Sistemas en ciencia cognitiva. Fecha de acceso: 01/04/14. Disponible: <http://supervivencia.nu/cgn/tgs00.pdf>
42. LUHMAN, N. (1997) Introducción a la teoría de sistemas. 1° ed. Ed. Iberoamericana. México D.F. – México.
43. ARÉVALO, L. (2011). Adaptación y estandarización de la escala de actitudes hacia la relación madre niño. Trujillo – Perú. Fecha de acceso: 01/04/14. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/50593078/6/TIPOS-DE-ACTITUDES-MATERNAS>

44. USAID (2008) Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño según las normas del Ministerio de Salud- Perú- Lima. Fecha de acceso: 12/01/14. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_general/modulo_cread_0.pdf
45. BLAKE, Fernando (1994) Enfermería Pediátrica 12° Ed. Edit Interamericana. México, DF Pgs 129-133.
46. OPS (2007) ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑEZ, PANAMA. Fecha de acceso: 05/03/14. Disponible en: <http://estadisticas.contraloria.gob.pa/redpan/sid/docs/Documentos%20Tematicos/Informes%20de%20Seguimiento/EstadoNutricionaldeNi%C3%B1ez.pdf>
47. MINISTERIO DE SALUD (1998). Taller de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo por la Salud Integral de la Familia. Lima, Perú
48. VALDOMERO, V. (2012) Actitudes maternas y percepción de la experiencia en la alimentación del niño menor de 1 año. Revista Internacional de Comportamiento Nutrición y Actividad Física. Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en: http://www.nutrinfo.com/libros_articulos_sitios_guias_consenso_nutricion.php?areaSitio=Revistas%20Cient%C3%ADficas

49. ÁVILA y Cols. (2008) Actitudes y Nivel de Conocimientos sobre nutrición infantil-Bogotá. Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_l/cap2.htm#2
50. Y.M. Zamora G., E. Ramírez G. (2013) Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Revista peruana enfermería investigación y desarrollo; Vol 11. (pp 22) Trujillo- Perú.
51. ROJAS, D. (2009) Hábitos Alimentarios, Percepción de Alimentación Saludable y Estado Nutricional en niños menores de 24 meses-Colegio CEDIC Ciudad de Bolívar. Bogotá Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis704.pdf>
52. VÍLCHEZ, M. (2005) Calidad del cuidado materno y Crecimiento y Desarrollo en el niño menor de 5 años-Perú. Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1040/1/guevara_ss.pdf

53. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (2012). Situación Nutricional – Perú Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/ICA.pdf
54. HUAMANYAURI, J. (2009) Factores materno y desarrollo del niño menor de 1 año- Hospital Huaycan Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1024/1/huamanyauri_sj.pdf
55. Rodríguez, V. Comportamiento del desarrollo Psicomotor en el menor de 1 año – Chile. Fecha de Acceso: 23/06/14. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf
56. POLICLÍNICO CHOSICA CONCURSO, PREMIO KAELINA. Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años Siddhartha. Lima (Perú). 06 de mayo del 2013 [En línea] Fecha de acceso: 02/09/2014. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/cendi/kaelin2013/SIDDHARTHA_2013.pdf

57. ENDES (2011) Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, Lima-Perú. Fecha de acceso: 28/11/14. Disponible en: http://www.Essalud.gob.pe/cendi/kaelin2013/SIDDHARTA_2013
58. FERRES, M y Cols (2005) Estimulación Psicosocial del Niño por el Niño Rev. Chile Ped. Vol. 5 (Pp: 435.440)
59. COLOMA, C. (2000). Estudios de las Actitudes Maternas y su efecto en el Desarrollo Social del niño. Tesis para optar el grado de Bachiller en Humanidades. P.U.C.
60. SPITZ, R. (2000) El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objétales. Bot. Aguilar. 3º Edic.-5ta reimpresión—1972 España – Madrid. Edit. Gráficas color. Maria Zayas
61. KANNER L. (1990) Psiquiatría Infantil, Buenos Aires, Paidòs

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 01

**Test Actitud materna relacionada con el crecimiento y desarrollo en
niños de 6 a 12 meses**

Autoras: RODRIGUEZ, A. y VELÁSQUEZ, K.

I. INSTRUCCIONES:

En la presente, solicito a usted, su colaboración escuchando atentamente para enunciar la respuesta que considere adecuada, los resultados servirán para conocer: **“La actitud materna relacionada con el crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad”**. Pedimos que conteste con la máxima sinceridad para garantizar que los datos obtenidos sean fidedignos. Así mismo sus respuestas serán confidenciales, le agradecemos anticipadamente por su gentil colaboración en este estudio.

II. DATOS:

Nombre del

niño:.....

Edad del niño:.....

Fecha:.....

T.A: Totalmente de acuerdo

D: desacuerdo

A: Acuerdo

TD: totalmente desacuerdo

I: Indiferente

N°	ENUNCIADO	TA	A	I	D	TD
DESARROLLO						
1	No llevo a mi hijo/a al control de desarrollo, porque no tengo tiempo	1	2	3	4	5
2	Me alegro cuando mi hijo (a) tiene progresos de acuerdo a su edad.	5	4	3	2	1
3	Estímulo a mi hijo/a jugando en casa	5	4	3	2	1
4	Leo cuentos a mi hijo/a	5	4	3	2	1
5	No permito que mi hijo/a coja sus alimentos	1	2	3	4	5
6	Miro a mi hijo/a cuando le hablo o le doy de lactar	5	4	3	2	1
7	Realizo ejercicios y masajes a mi hijo/a.	5	4	3	2	1
8	Canto, juego y hablo con mi hijo/a	5	4	3	2	1
9	Le doy a mi hijo/a objetos pequeños para que pueda tomarlos con los dedos (observando que no se les lleve a la boca)	5	4	3	2	1
10	Ayudo a mi hijo/a a sentarse o pararse	5	4	3	2	1
11	Dejo que mi hijo/a gatee o camine mientras yo hago mis cosas, vigilándolo.	5	4	3	2	1
12	Estimulo respuestas y solicitudes verbales como: "'ven", "Di adiós"	5	4	3	2	1
13	No permito que mi hijo/a chupe, muerda o lleve todo a la boca.	1	2	3	4	5
14	Cumplo con las recomendaciones que me da la enfermera acerca del desarrollo de mi hijo	5	4	3	2	1
CRECIMIENTO						
15	Inicie la alimentación de mi hijo (a) dándole papillas y alimentos de consistencia espesa.	5	4	3	2	1
16	No le realizo higiene bucal a mi hijo/a después de sus alimentos ya que aún no tiene dientes o tiene muy pocos	1	2	3	4	5
17	Cuando mi hijo/a se enferma debe comer solo lo que acepte	5	4	3	2	1
18	Cuando mi hijo tenga 12 meses le daré a mi hijo/a todo tipo de frutas.	5	4	3	2	1

19	Si mi hijo/a aumenta de peso muy rápidamente para su edad debo cambiar su dieta con ayuda de un nutricionista.	5	4	3	2	1
20	Le doy leche en fórmula o de vaca a mi hijo/a	1	2	3	4	5
21	Le doy de comer golosinas, jugos envasado y galletas a mi hijo/a	1	2	3	4	5
22	Establezco a mi hijo/a un horario habitual de comida	5	4	3	2	1
23	Mi hijo/a comparte la mesa con la familia a la hora de comer sus alimentos.	5	4	3	2	1
24	Evaluo regularmente el peso y la talla de mi hijo/a	5	4	3	2	1
25	Utilizo biberones para alimentar mi hijo/a.	1	2	3	4	5
26	Cuando mi hijo/a inicio su alimentación comencé a disminuir la frecuencia con que le daba la leche materna.	1	2	3	4	5
27	Evito en lo posible que mi hijo/a enferme para que crezca normal	5	4	3	2	1

PUNTAJE....

Actitud Positiva : 69-135 pts	
Actitud negativa: 1-68 pts	

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA

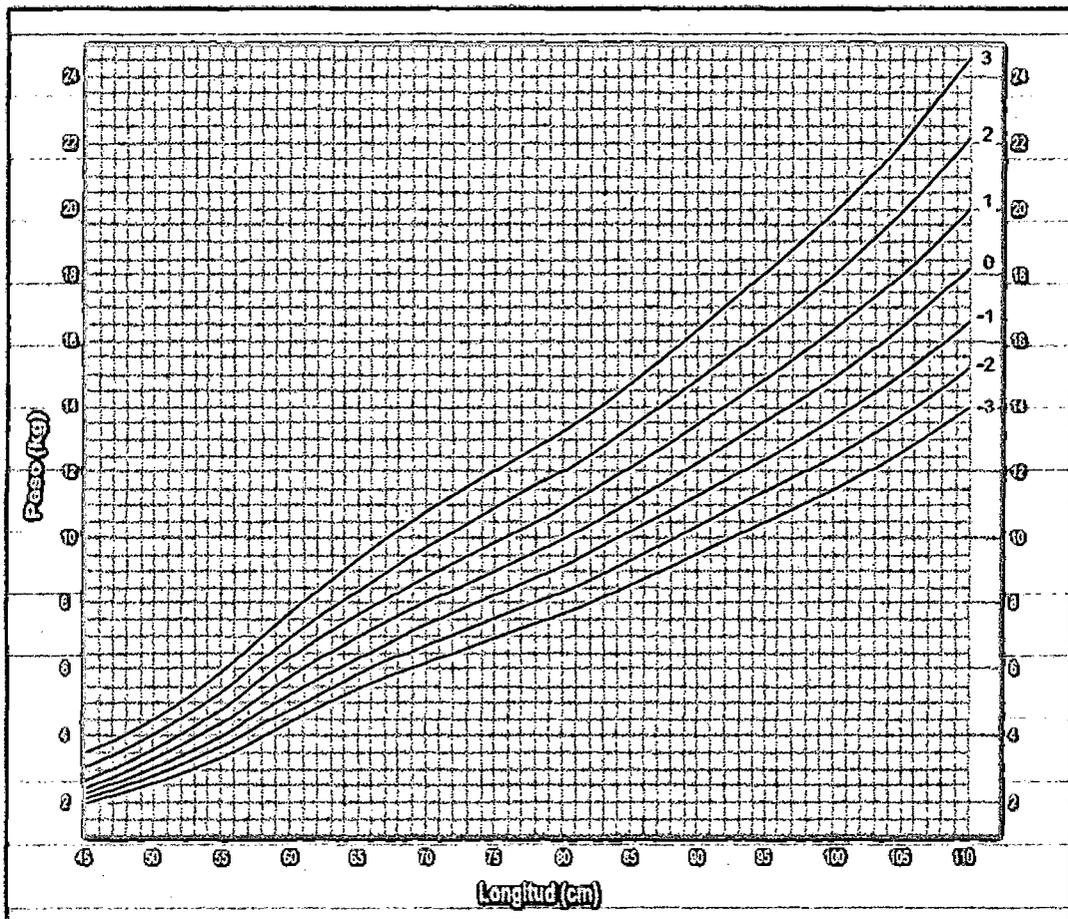


ANEXO N° 02

INSTRUMENTO DE LA EXPRESIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR
DESVIACIONES ESTANDAR

Peso para la longitud Niñas

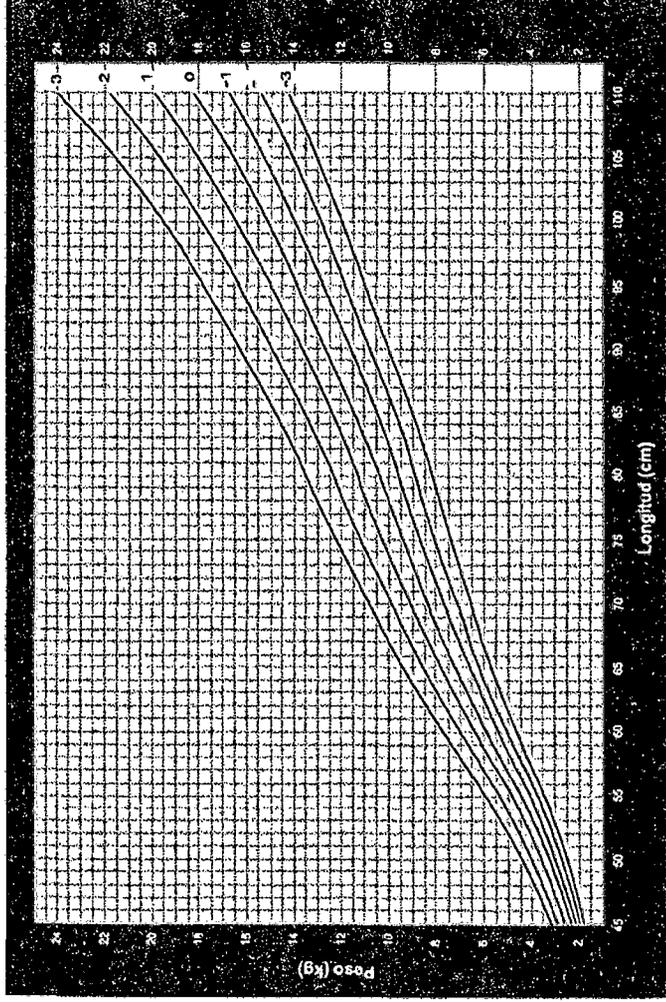
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

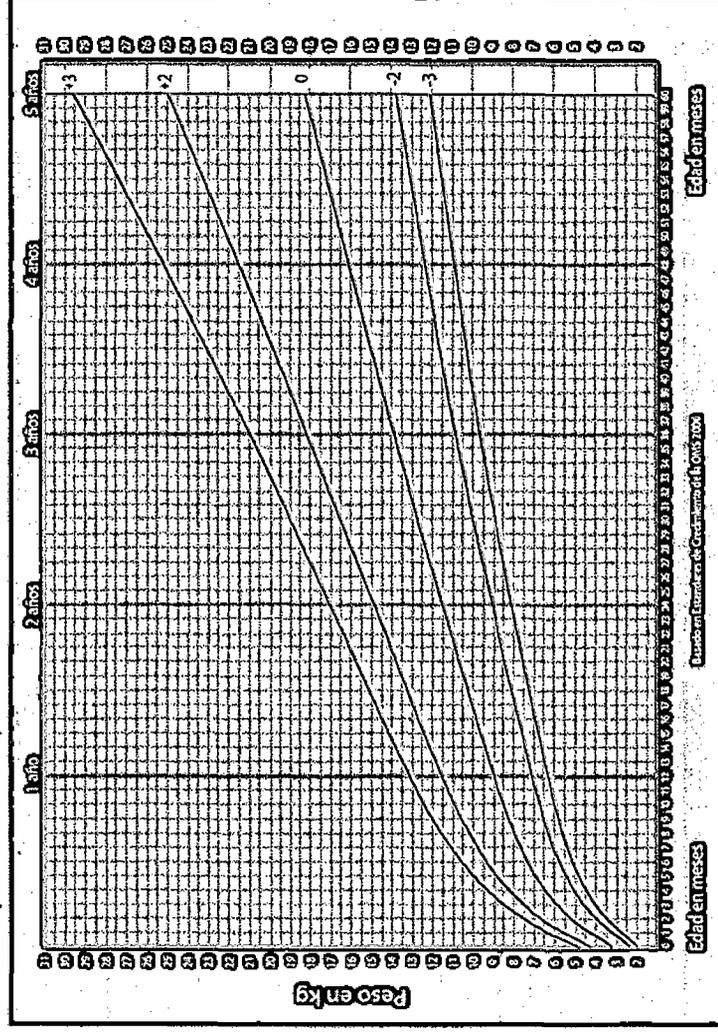
Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



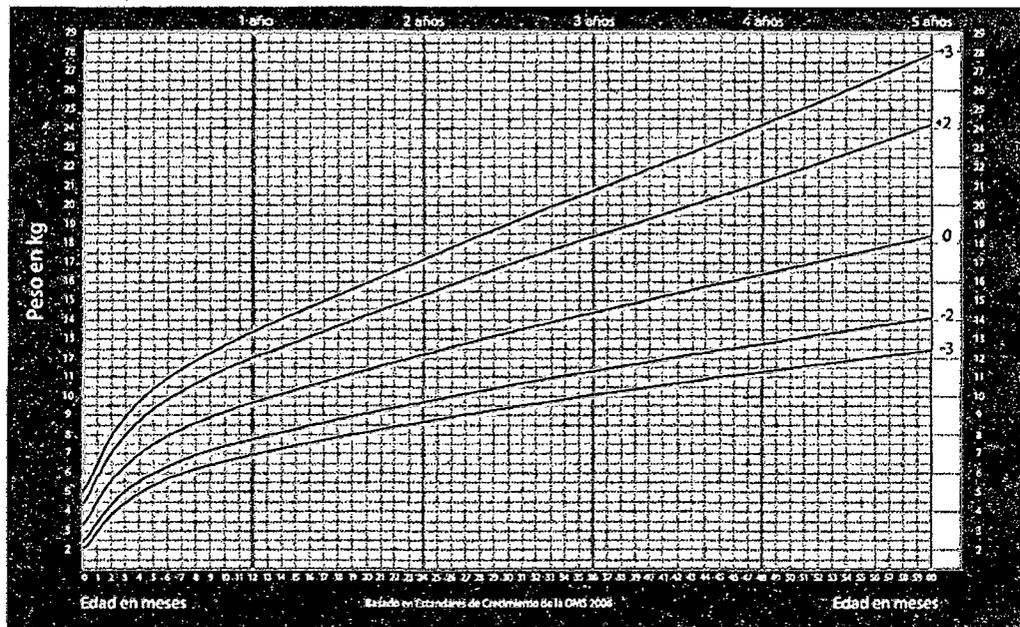
Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



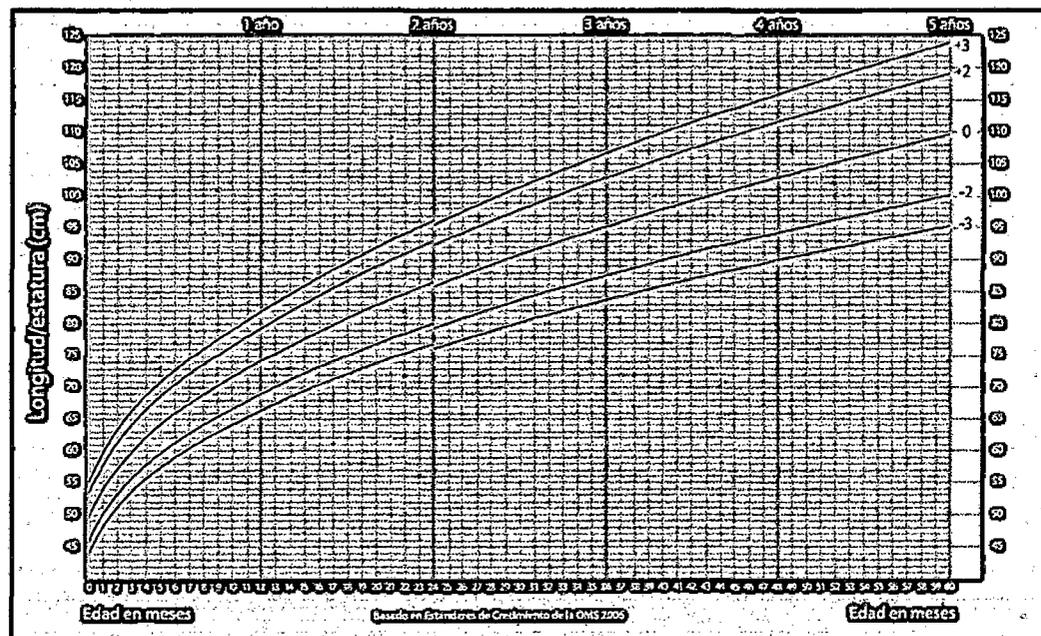
Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



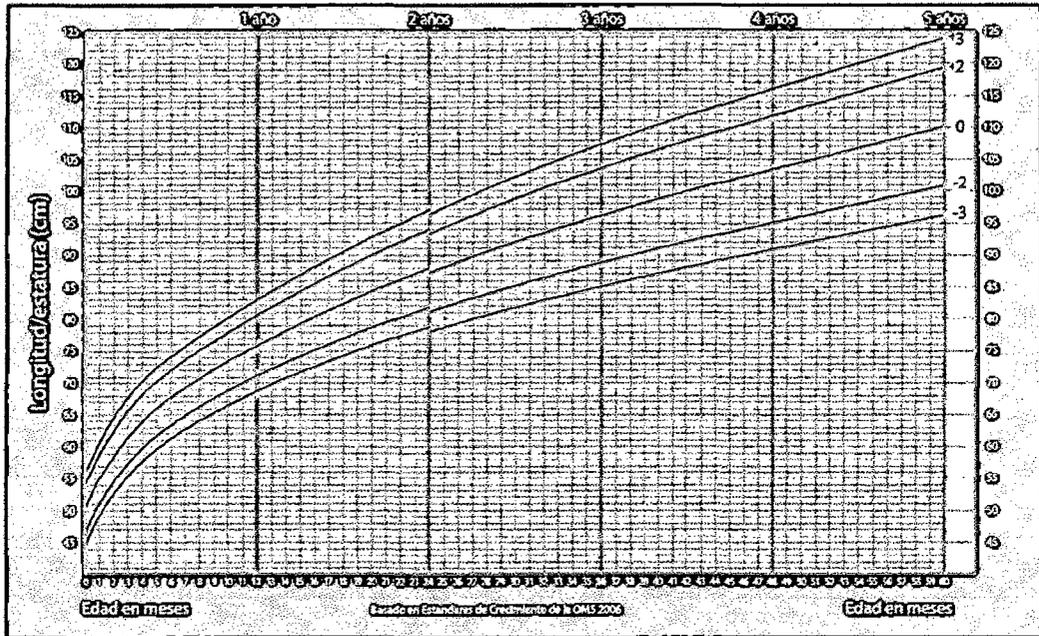
Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 03

TEST PERUANO DE DESARROLLO DEL NIÑO

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

		1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	13 MESES	14 MESES	15 MESES	16 MESES	17 MESES	18 MESES	19 MESES	20 MESES	21 MESES	22 MESES	23 MESES	24 MESES	25 MESES	26 MESES	27 MESES	28 MESES	29 MESES	30 MESES
MOTOR	ACTIVACION																														
	REPTACION																														
	REPTACION CON JUGUETES																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO																														
LENGUAJE	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO Y UN OBJETO																														
	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO																														
SOCIAL	REPTACION CON JUGUETES Y PERSONAS EN UN ESPACIO Y UN OBJETO Y UN ESPACIO																														



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “**Actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, 2014**”, el propósito de este estudio es: **Conocer la actitud materna relacionada al crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses de edad. Centro de Salud Yugoslavia.** El presente proyecto investigación está siendo conducida por **Velásquez Chero, Katty y Rodríguez Seminario, Ana** con la asesoría de la **Dra Carmen Serrano Valverde** de la Universidad Nacional del Santa.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza y origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento en información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:	Nombre del asesor:
Dirección:	Dirección:
Institución:	Institución:
Teléfono:	Teléfono:
Email:	

Como prueba del consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación

Firma del participante y fecha **nombre del participante**

Firma del investigador y fecha **nombre del investigador**