



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL
LACTANTE, EN MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD, GENARO DE VILLA, CHORRILOS, LIMA – PERU 2013”**

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

BACHILLER: TICONA MAMANI ELIZABETH EUGENIA.

LIMA - PERÚ

2016

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL
LACTANTE, EN MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD, GENARO DE VILLA, CHORRILOS, LIMA – PERU 2013”**

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación está dedicado a mi madre quien con mucho esfuerzo cariño y confianza en mí me apoyo durante la elaboración del mismo, fue quien me inspiro a culminarlo.

A mis amigos por brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de los docentes que estuvieron a cargo de promover y asesorar el desarrollo de este trabajo. Ya que facilitaron y fueron pieza importante durante la elaboración de esta investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las etapas del ciclo vital, siguiendo el patrón que integra grandes etapas y es ampliamente aceptado en la civilización occidental. Dichas etapas son: Prenatal o inicio de la vida: comprende el periodo desde la concepción hasta el nacimiento. Recién nacido: desde el nacimiento hasta los 28-30 días. Lactante: desde el mes hasta los dos años. La etapa del lactante abarca el período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna; el niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad; este periodo a su vez se divide en dos sub periodos, lactante menor hasta los 6 meses de edad y lactante mayor de 6 meses hasta los 2 años de edad. Preescolar: desde los 2 años hasta los 6 años. Escolar: desde los 6 años hasta los 12 años. Puberal- adolescente desde los 12-14 hasta los 18 años. El desarrollo es vitalicio. Tanto Baltes (1987) como Lerner (1992), enfatizan el hecho de que cada etapa del ciclo vital se ve influenciada por lo que sucedió en las anteriores, e influenciará a las que siguen; esto apoya la idea de que el desarrollo humano es continuo y por lo tanto cada etapa

es en sí misma valiosa y particular. No hay etapas más o menos importantes, todas son determinantes.

Durante el primer año de vida el lactante desarrolla la confianza básica, la que refiere que los demás son confiables y que proporcionarán lo necesario, de esta manera se genera la confianza. Se basa en la maternidad, con una adecuada provisión de alimentos, cuidado y estimulación. El lactante se acerca al mundo de un modo incorporativo, tomando no sólo leche y comida sino estimulación sensorial, mirando, tocando, etc. Esto inicia de manera pasiva al principio, pero se vuelve cada vez más activa en la infancia posterior. Esta etapa es de mutualidad, no simplemente receptiva.

El ser humano desde sus orígenes requiere de cuidado; pero a diferencia de los animales, adquiere en el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar sofisticadas. Según Mayeroff todo aquel que pretenda brindar cuidados, debe conocer quién es el otro, cuáles son sus poderes, limitaciones y necesidades; con paciencia damos tiempo y por lo tanto posibilitamos al otro a encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, también implica confianza en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera; a la vez esperanza de que el otro crezca a través del cuidado que se ha brindado.

Desde los primeros días de vida, el lactante debe recibir cuidados en cuanto a su alimentación, baño e higiene, esquema de inmunizaciones, entre otros; los cuales deben ser proporcionados principalmente por la madre, ya que es ella quien dedica y está la mayor parte del tiempo con el lactante. Estos cuidados son de gran importancia para el desarrollo y crecimiento de manera física, emocional y social del lactante, sobre todo para la prevención de las enfermedades comunes en esta etapa de vida como la neumonía, infecciones respiratorias y digestivas, etc. al mismo tiempo ayuda a reforzar el vínculo de amor que existe entre madre e hijo.

El rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica y su desarrollo se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El ser madre responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del lactante, el cuidar es una ardua responsabilidad y a la vez el tener el conocimiento en saber cómo realizarlo, lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol materno. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del lactante hacia la madre y el tiempo permanente de ella con él, es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y de lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Los cuidados generales del niño/a deben contribuir a una alimentación eficaz, que establezca una producción abundante de leche materna y que esta será el único y mejor alimento

Para que este proceso sea exitoso, se debe considerar: posiciones cómodas de la madre e hijo/a para facilitar la alimentación, aprendizaje de la toma correcta del pezón para que agrade la succión, patrón de succión y deglución del niño/a, transferencia de la leche entre madre y niño/a, oportunidad y frecuencia de las tomas para el bebé alimentado al pecho, alimentación a libre demanda, estimulación para despertarlo y calmarlo ante el llanto en el período de amamantamiento.

En el grupo de madres que asiste que acuden al puesto de salud Genaro de Villa-chorrillos, se observa que son de grado de instrucción muy precario, muchas de ellas no asisten normalmente al control CRED y por ello la educación sobre el cuidado del lactante es muy elemental ya que algunas madres desconocen todo lo cual pone en riesgo la salud del

lactante. Por lo expuesto surgen diversas preguntas como ¿Cuánto saben las madres de los cuidados al niño? ¿Cuáles son las enfermedades que se presenta en esta edad?

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cuidado del lactante en madres, que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión alimentación de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión desarrollo psicomotor de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión programa de inmunizaciones de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del lactante en madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión alimentación de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013.
- Identificar el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión desarrollo psicomotor de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013.
- Identificar el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión programa de inmunizaciones de las madres que acuden al Centro de Salud Genaro de Villa, Chorrillos, Lima-Perú 2013.

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Hablar del cuidado de niños es importante y sobre todo si se trata de niños tan pequeños como son los recién nacidos y lactantes. Sabemos que en los primeros años de vida, los cuidados que se brinden al niño son sumamente importantes porque se garantiza, un desarrollo adecuado

cumpliendo con su rol responsable los padres en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Durante la etapa lactante es donde se produce el crecimiento y cambios acelerados en el desarrollo del niño y no solo depende de factores intervinientes de origen biológicos y fisiológicos también interviene los padres pero fundamentalmente la madre por el vínculo madre-niño que se desarrolla durante los primeros meses de vida del niño. Asimismo para desarrollar al máximo el potencial psicológico del niño, es necesario e indispensable el conocimiento de la madre sobre los cuidados del niño desde mucho antes del nacimiento y durante su crecimiento y desarrollo en las diversas etapas de vida.

La alimentación es un factor de vital importancia e influencia en el crecimiento y desarrollo, razón por la cual desde el primer día de vida es necesario iniciar una alimentación adecuada, por lo cual la lactancia materna es exclusiva, durante los dos primeros años de vida, ya que esta ofrece múltiples beneficios para luego comenzar con el proceso de alimentación complementaria.

La importancia del presente estudio radica en dar una visión clara y precisa del nivel de conocimientos de las madres en relación a los cuidados que se debe tener con el lactante para alcanzar una salud óptima y desarrollo psicomotriz adecuado; siendo importante la participación y el compromiso de las madres.

1.5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Corresponde a la población en estudio ya que sólo puede considerarse válido para las madres que acuden al Puesto de Salud Genaro de Villa, Chorrillos que es el propio lugar de estudio.

CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Santander Minaya Gina. Participación Materna en el cuidado del lactante hospitalizado en el nosocomio regional de Valdivia. Chile- 2009 Cuyo fin era determinar por medio de la comparación el acompañamiento de las madres de los niños del grupo experimental conformado por 16 madres de niños menores de 3 años con las madres del grupo de control constituido por 14 de ellas. Fue un estudio de tipo descriptivo de nivel aplicativo y de diseño pre-experimental. Encontrándose que los resultados fueron beneficiosos para el niño ya que las madres aprendieron diversas técnicas que le serán de gran utilidad en el cuidado de sus hijos en el hogar. Asimismo se observó mayor compromiso de las madres ya que se quedaban por más tiempo y preguntaban lo mínimo hasta disipar sus dudas.⁽¹⁾

Cardozo, Johanna Paola en su estudio Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básico al recién nacido,

localidad de ciudad bolívar, Bogotá D.C Primer Semestre de 2008. Estudio cuantitativo, exploratorio, cuya población estuvo conformada por 31 madres adolescentes. Se llegó a la conclusión: “Los cuidados básicos al recién nacido que conocen el 70% y más de las madres adolescentes, lo cual da respuesta a la pregunta de investigación son: el tipo de alimentación al recién nacido con 71% de las madres adolescentes quienes identifican la lactancia materna como alimento exclusivo, frecuencia de la lactancia materna, es decir a libre demanda cada 3 horas un 71 % de madres. En cuanto a higiene como necesidad básica, el 84% de las madres adolescentes que hicieron parte de este estudio conocen la frecuencia del baño diario al recién nacido. E 87% de ellas conocen la distintas formas de expresar a afecto a su recién nacido, incluyendo caricias, besos y cuidar con amor.”⁽²⁾

CHARNY Carucí, BARRAGÁN, ÁNGELA Duran Patricia. Conocimiento sobre cuidados del lactante menor tienen las madres que asisten a la clínica de enfermería del club de lactancia materna en El Ambulatorio Urbano Tipo II “Cerritos Blancos de Barquisimeto. 2006. Estudio descriptivo de corte Transversal prospectivo con un muestra no probabilística intencional por conveniencia del autor. La población lo conformaron 20 usuarias que acudieron al Ambulatorio Urbano Tipo II “Cerritos Blancos”. Se llegó a la conclusión: “En relación a la alimentación del lactante menor, donde un promedio de 74.38% tienen conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, alimentación artificial y alimentación mixta y 25.62% no tienen conocimiento el 80.833% tienen conocimiento sobre vacunas de polio pentavalente, doble viral y rotavirus y 19.166%no tienen conocimiento, en cuanto a higiene y confort el promedio de 80.833% tiene conocimiento sobre principios fundamentales de baño y vestimenta y 19.166% no tienen conocimiento”.⁽²⁾

MORALES, Haydee; MOLANO, María Luisa; GONZÁLEZ, Rosa en su estudio **Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes que Participan en el Programa de Prevención y Asistencia del Embarazo en Adolescentes sobre el Cuidado del Niño y su Relación con el Desempeño del Rol Materno. Venezuela desde Julio del 2005 hasta Julio de 2006.** Estudio de tipo correlacional de corte transversal, con una población de 30 madres adolescentes que asistieron a la consulta de vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño en el (PASAE), a quienes se les aplicó una encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario. Se llegó a las conclusiones: “Los resultados obtenidos fueron: Las madres adolescentes entrevistadas, demostraron mayor dominio en el conocimiento relativo a nutrición del niño, cuando se le compara con el ejercicio del rol materno en el mismo factor, con una probabilidad de ($P \leq 0.05$) asociada a la *t* de Student de 5,387, resultando significativa. En cuanto al factor prevención de enfermedades, las madres adolescentes demostraron igual dominio en el conocimiento y en la práctica del rol materno siendo en este caso que la probabilidad ($P = 0.05$) que asociada a la *T* de Student de 2,079, no resultó significativa y en cuanto al factor vínculo afectivo, la probabilidad fue de ($P = < 0.05$) siendo esta significativa al asociarla a la *T* de Student de 2,753, por lo que se infiere que las madres adolescentes entrevistadas evidenciaron mayor dominio del conocimiento relativo al vínculo afectivo cuando se le compara con el rol materno en el mismo factor.⁽³⁾

PONCE Capitán, M. Ángeles en su estudio **Grado de conocimientos tienen las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta de la unidad de hospitalización posparto en la unidad de posparto del Hospital Universitario «Virgen de Valme» de Sevilla,**

desde diciembre de 2003 a febrero de 2004. Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron 50 mujeres que, tras parto vaginal sin complicaciones y recién nacido normal, fueron dadas de alta a las 48 horas. Se elaboró un cuestionario autocumplimentado, que recogía los conocimientos percibidos por la puérpera sobre autocuidados y cuidados del recién nacido. Se relacionó el nivel de conocimientos con la paridad y la realización de educación maternal. “Los resultados obtenidos reflejan que las mujeres consideran que saben cómo cuidar sus necesidades básicas y las del recién nacido (RN), y los aspectos de los que tienen menor información son los signos que deben vigilar, así como los ejercicios de recuperación posparto. El 82% cree necesaria la información sobre autocuidados y cuidados del recién nacido antes del alta hospitalaria. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,036$) entre los conocimientos que tenían las madres primíparas frente a las múltiparas sobre el cuidado de la episiotomía (65,6 frente a 94,4%) y sobre los signos de alarma del RN (43,8 frente al 83,3%).⁽⁴⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ESPINOZA Córdova, Carmen; CONDO Quispe, Mauricio; OLIVARES Zacarias, Mirtha en su estudio Relación entre el conocimiento y la actitud de las madres adolescente sobre el cuidado del recién nacidos en el servicio de Neonatología en (INMP). Lima-Perú. 2008. Cuyo objetivo fue Determinar el grado de relación entre el conocimiento del cuidado del recién nacido y las actitudes de las madres adolescentes en el servicio de Neonatología del INMP. El estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La población sujeta al estudio fueron las puérperas hospitalizadas en el servicio que tengan 03

días de hospitalizados. Se llegó a las conclusiones: “Los resultados demostraron que existe una relación directa entre los conocimientos y la actitud de las madre sobre el cuidado del recién nacido (RN), y el 12% se refiere a los aspectos que tienen menor relación por los pocos conocimientos están relacionados a los signos de alerta de alguna enfermedad o problema en el niño. El 64% refiere que la información sobre los cuidados en el recién nacido se debe de dar antes del alta hospitalaria”.⁽⁵⁾

Chapilliquen Pérez Joanna Elizabeth, en su estudio Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2007. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de los cuidados que debe recibir un recién nacido. El tipo de estudio es descriptivo, la técnica emplead, la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) del Instituto Nacional Materno Perinatal las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos. Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que:

“La mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional

de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser”⁽⁶⁾

Rojas Chacpi. “Nivel de conocimiento y tipo de participación en el cuidado del niño de madres durante la hospitalización en el servicio de clínica pediátrica del HNERM” Los acontecimientos que dieron origen al presente estudio es por efecto psicoemocional que representa para el niño la presencia de la madre, observándose que la madre podría cumplir un rol trascendental en la atención del niño más aún si tiene el conocimiento y participa en todo las atenciones que se le brinden a sus niños. Teniendo en cuenta este sustento se puede decir que el estudio mostro que el nivel de conocimiento sobre los cuidados del niño eran bajos con tendencia de ser de nivel medio y que existe compromiso y participación pero casi siempre esperan que sea el profesional y/o personal técnico quien lo realice por tener temor de empeorar el problema de salud de sus niños; pero cuando se les explica enseñándose como hacerlo se nota su participación y amor de madre.⁷

2.2.- BASE TEÓRICA

2.2.1. Conocimiento

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

Salazar Bondy define el conocimiento como un acto y un efecto o producto; el conocimiento es un proceso mental, una actividad

humana, orientada a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre; el conocimiento como efecto se adquiere a través de los actos de conocer, se puede acumular, transmitir y derivas de unas de otras no son subjetivas y pueden definirse gracias al uso del lenguaje.

Para Henry Walon el conocimiento puede ser empírico o a través de un proceso de aprendizaje (científico) es decir conocimientos inmediatos situacionales útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado.

2.2.1.1. Formas de adquirir el conocimiento

- Conocimiento Directo: Aquel que se obtiene en la experiencia, en la práctica a través de los sentidos.
- Conocimiento Indirecto: Aquel que obtiene a través de segundas o terceras personas.

2.2.1.2. El conocimiento del cuidado básico del lactante

Lactante: El periodo de lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en:

- El lactante menor: comprende desde los 28 días de nacido hasta los 12 meses de vida. En esta etapa el niño experimenta cambios y presenta un proceso de adaptación a la vida extra uterina.
(11)
- Lactante mayor: Comprende desde el primer año hasta el segundo año de vida. Este periodo se caracteriza por el acelerado ritmo de crecimiento

y de la maduración de los principales sistemas del organismo.

Desarrollo de habilidades que le permiten al lactante responder al entorno.

El perfeccionamiento de las capacidades motoras gruesas y finas. ⁽¹¹⁾

Cuidado es la acción de cuidar preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. Entonces el cuidado del lactante menor es darle al niño desde su nacimiento, la atención, los cuidados, los conocimientos, ayuda y experiencia necesarios para que logre un desarrollo adecuado en su capacidad de lenguaje, movimientos de su cuerpo, tanto finos como gruesos, en su relación con el medio que lo rodea y en su conducta de exploración y manipulación.

2.2.2. Crecimiento y desarrollo del lactante

El conocimiento de los padres sobre el desarrollo del niño puede ser definido como la comprensión que estos poseen acerca de los procesos que él va a atravesar de manera rápida durante los primeros meses de vida. Las madres son una influencia directa e indirecta en el desarrollo de niño. El correcto conocimiento acerca del desarrollo del niño facilita el ajuste materno post parto.

En ningún otro, momento de la vida son tan espectaculares los cambios en el desarrollo como en la lactancia. Todos los sistemas

principales del organismo experimentan una maduración progresiva y se da un desarrollo simultáneo de habilidades, que permiten la respuesta de los lactantes al entorno.

Durante el primer año, el crecimiento es muy rápido, sobre todo en los 6 meses iniciales. Los lactantes aumentan 680 grm al mes hasta los 5 meses, momento en que se duplica el peso que tenían al nacer, como mínimo. El peso medio de un niño de 6 meses es 7,26 Kg. El aumento de peso es más lento durante el segundo semestre. Al año, se habrá triplicado el peso del lactante, con un promedio de 9,75 Kg. ⁽¹²⁾

La altura aumenta de 1 a 2cm durante los primeros 6 meses y es más lento durante los 6 meses siguientes. La altura media son 65 cm a los 6 meses y al año, la altura al nacer habrá aumentado casi un 50%. Este aumento se produce principalmente en el tronco, más que en las piernas, y contribuye a la configuración del aspecto físico característico del lactante.

El crecimiento de la cabeza también es rápido. Durante el primer semestre su perímetro aumenta 1,5 cm aproximadamente al mes, y sólo 0,5 cm mensuales durante el segundo semestre. El tamaño medio es de 43 cm a los 6 meses y de 46 cm a los 12. Al año, el tamaño de la cabeza ha aumentado casi un 33%. Se cierran las suturas craneales y la fontanela posterior se une a las 6 u 8 semanas de edad, mientras que la anterior lo hace entre los 12 y 18 meses.

El aumento de tamaño de la cabeza refleja el crecimiento y diferenciación del sistema nervioso. Al final del primer año, el cerebro ha aumentado de peso dos veces y media. La maduración cerebral se refleja en el desarrollo espectacular de los

logros infantiles. Los reflejos primitivos son sustituidos por movimientos voluntarios, intencionados. Al tener lugar la mielinización, aparecen los reflejos de enderezamiento y el reflejo protector de paracaídas, en el que las manos y los dedos se extienden hacia delante, como respuesta de protección durante una caída, cuando se empuja al lactante de forma repentina hacia delante, mientras se le sujeta en posición horizontal.

Podemos decir que los límites normales del crecimiento y desarrollo del niño sano, y que permiten identificar en forma temprana los problemas, y con ello poder actuar rápidamente.

En el primer examen que efectúa la enfermera en la evaluación de su crecimiento y desarrollo permite identificar anomalías y defectos congénitos, permeabilidad de orificios, integridad del paladar y una gran variedad de defectos leves e importantes.

De 2 a 4 semanas el niño debe ser capaz de:

- Levantar momentáneamente la cabeza cuando está en decúbito prono (acostado boca abajo).
- Fijar la mirada en una cosa u objeto y seguir su movimiento.

A los 2 meses de vida el niño debe ser capaz de:

- Mantener su cabeza erecta sólo momentáneamente cuando es puesto de pie. Se mantiene fija a los 3 meses.
- Tomar un sonajero cuando es puesto en su mano.
- Sostener un sonajero transitoriamente.
- Mostrar una sonrisa social.
- Vocalizar recíprocamente.
- Comenzar a distinguir a los padres de otras personas, y responder más a ellos.
- Reaccionar a ruidos fuertes.

A los 4 meses el niño debe ser capaz de:

- Mantener su cabeza firme al ponerlo en decúbito prono se sostiene sobre sus manos.
- Mantener su cabeza firme cuando es puesto en posición vertical.
- Darse vuelta de posición prona a supina.
- Mantener sus manos en la línea media.
- Jugar con sus manos.
- Mirar un móvil y agitar sus brazos.
- Sostener en sus manos un sonajero.
- Seguir los objetos y a sus padres con la mirada en un radio de 180 °.
- Sonreír, carcajear y gorjear (hacer trinos con la voz).
- Iniciar contacto social con la sonrisa o vocalizaciones. Enojarse o llorar cuando los padres se alejan.
- Reconocer cuando le están preparando sus alimentos y ser capaz de esperar un corto tiempo.

De 6 a 8 meses el niño debe ser capaz de:

- Voltar su cuerpo.
- Mantener firme su cabeza cuando se lo moviliza o sienta. Comienza a aparecer el "reflejo del paracaidista".
- Sentarse con apoyo.
- Sostenerse sobre sus pies momentáneamente, si es ayudado.
- Puede alcanzar o sostener objetos. Al final de los 6 meses es capaz de transferir objetos de una mano a otra.
- Capaz de sostener la mamadera cuando se alimenta.
- Aproximar objetos hacia él con movimientos de rastrillo.
- Jugar con sus pies.
- Reaccionar a ruidos que se originan fuera de su habitación, y cambia de actividad.

- Mostrar los primeros signos de ansiedad frente a personas extrañas, que manifiesta en gestos de su cara y cuerpo. Es capaz de distinguir las palabras cariñosas de los regaños.
- Sonreír, cantar y tomar iniciativa en la interacción con los demás; imitar sonidos tales como la tos, carraspeo, etc.; puede jugar y hacer ruidos mientras está solo o acompañado.
- Enojarse cuando le quitan un juguete.

A los 9 meses de vida debe ser capaz de:

- Sentarse correctamente.
- Gatear, arrastrarse sobre sus manos o sobre su trasero.
- Tender a pararse.
- Hurguetear con el dedo índice.
- Lanzar dos juguetes juntos.
- Poder alimentarse parcialmente con la mano.
- Tener una o dos vocalizaciones con significado, imitar y mostrar balbuceo con monosílabos (y posiblemente con polisílabos).
- Responder a su propio nombre y a preguntas tales como: "¿Dónde está mamá?" o respecto de algún objeto familiar. Entender algunas palabras no-no, chao-chao.
- Poder decir da-do o mamá de una manera no específica.
- Disfrutar de los juegos con los adultos.
- Reaccionar frente a los extraños con seriedad, ansiedad, incluso temor.
- Demostrar sus emociones a través de las expresiones faciales.
- Imitar gestos simples.
- En la mayoría de los casos tiene el concepto de permanencia de los objetos; recupera un objeto escondido debajo de un paño.

A los 12 meses debe ser capaz de:

- Tender a pararse.
- Poder dar algunos pasos solo.
- Mostrar el uso de la función de pinza en forma precisa.
- Lanzar dos cubos juntos.
- Poner un objeto dentro de otro.
- Poder decir o hacer una o tres palabras o sonidos con significado, y además usar la palabra mamá o papá adecuadamente; imitar vocalizaciones.
- Poseer el concepto de permanencia de los objetos; buscar un objeto escondido o que se ha caído.
- Ayudar a vestirse y a alimentarse. Poder usar una tasa.

2.2.3. Estimulación temprana

La Estimulación temprana es un proceso natural, por la cual el infante sentirá satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. Mediante la repetición de diferentes eventos sensoriales, se aumentará el control emocional del infante desarrollando destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre de la exploración y de la imaginación. Durante la estimulación se ayudará al infante a adquirir y a desarrollar habilidades motoras, cognoscitivas y socio-afectivas; observando al mismo tiempo, cambios en el desarrollo. La estimulación temprana permitirá también incrementar día a día la relación amorosa y positiva entre los padres y el bebe. ⁽¹³⁾

Organización Panamericana para la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1994) define la Estimulación Temprana como el conjunto de acciones que en calidad y oportunidad adecuadas tienden a proporcionarle al niño las experiencias necesarias, en los primeros años de vida para desarrollar su capacidad potencial.

Cuyo objetivo es brindar al niño sano la oportunidad de que tenga una estructura cerebral sana y fuerte por medio de estímulos crecientes en intensidad, frecuencia y duración respetando el proceso ordenado y lógico con, lo que aumentara su inteligencia, utilizando al máximo sus potenciales físicos e intelectuales.

Hoy día es necesario proteger y estimular adecuadamente el organismo durante su período de crecimiento con el fin de prevenir daños en el desarrollo físico, mental y social, particularmente en la edad en que el sistema nervioso central está en desarrollo y es moldeado, plástico y fácilmente lesionable, pero también accesible a los estímulos, con lo cual se lograría la potencialización máxima de las condiciones físicas y mentales del niño. Sabiendo que no existe un nivel de inteligencia fija, este puede ser cambiado y desarrollado por el medio ambiente especialmente en los primeros años de vida mediante una estimulación adecuada.

La Estimulación Temprana convenientemente manejada puede producir grandes cambios en el funcionamiento del cerebro y en el desarrollo mental. Los niños estimulados desde el nacimiento han logrado el mayor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y sus órganos de contacto y de intercambio con su medio exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, intelectual y emocional.

Para Benjamín Bloom sostiene que el 50% de la inteligencia se desarrolla entre los 0-4 años, el 30% entre los 4 a 8 años y el 20% entre los 8 a 17 años. Existe un límite de tiempo para la activación fácil de las células cerebrales, pasado el cual se producirán situaciones tal vez irreversibles.⁽¹⁴⁾

El período de 0-3 años es la edad en que el niño empieza a desarrollar las principales diferenciaciones sensoriales: vista, oído, tacto que son base para su futuro aprendizaje. Es importante proporcionar experiencias ambientales de cuidado, de salud y nutrición en la etapa más temprana de la vida, especialmente en el período en el que no se ha completado la maduración neurofisiológica.

Los primeros años de vida, el niño posee una gran receptividad merced a la cual incorpora con suma facilidad logros y habilidades. Esto debido a que su cerebro presenta una gran plasticidad que poco a poco, va decreciendo. Por eso resulta urgente e impostergable, aprovechar al máximo esta potencialidad, acompañándola con estímulos, orientaciones y técnicas adecuadas, antes de que comience a decrecer.

Durante los primeros años de la vida no sólo existe un proceso de maduración neural, sino una construcción de la inteligencia y de la personalidad individual. Igualmente se han demostrado los efectos negativos que la desnutrición y la deprivación psicosocial ejercen sobre el desarrollo psicomotor, cognitivo, social y los efectos positivos que programas de enriquecimiento del medio ambiente y protección nutricional han tenido sobre el desarrollo intelectual y físico de los niños. La estimulación temprana debe formar personas inteligentes, física e intelectualmente y tener como condición ineludible, la felicidad, crear pasión. Teniendo en cuenta que la inteligencia depende en un 50% de la estimulación y en un 50% de la manera como brindemos estos estímulos. ⁽¹⁵⁾

Es indudable que el descubrimiento del niño como objeto de estudio psicológico fue uno de los grandes aportes de Freud, quien identificó una nueva perspectiva para interpretar las

características y el desarrollo psíquico de los individuos y por primera vez determinó etapas infantiles como elemento básico para comprender los comportamientos y las alteraciones psíquicas del adulto.

Al introducirse en el mundo del niño, el juego pasa a ocupar un lugar predominante para comprenderlo. Hay que tener en cuenta los estímulos psicosociales que tienen injerencia tanto en el desarrollo mental como en las relaciones sociales. ⁽¹⁶⁾

El Desarrollo Psicomotor es un proceso gradual y permanente de transformaciones que ocurren en el niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo, en el que aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimientos, pensamientos y relación con los demás. La meta del desarrollo psicomotor es el control y dominio del propio cuerpo hasta ser capaz de sacar de él todas las posibilidades de acción y expresión que a cada uno le sean posibles. Teniendo como características el ser:

- **Multidimensional:** Motora, intelectual, emocional (capacidad de sentir) y social (utiliza el lenguaje).
- **Motora:** se refiere al control de la postura y motricidad. El crecimiento del cerebro y la mielinización hacen posible un nuevo control motor y el perfeccionamiento de las habilidades motoras, lo lleva a un mayor número de exploraciones, lo que le ayude a lograr habilidades cognitivas. Los ejercicios que se realicen en esta área están dirigidas a conseguir que el niño controle cada una de las partes de su propio cuerpo y sus movimientos. Lo que implica el establecimiento del tono muscular adecuado y de las reacciones de equilibrio.

- Coordinación: reacciones del niño que requieren coordinaciones de funciones. (oculo-motriz y de adaptación ante los objetos). Hará que el niño coordine lo que vea con lo que haga, lo que oiga con lo que vea, etc.
- Social: habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación. La estimulación se orienta en proporcionar al niño el mayor grado de iniciativa y autonomía posible en lo referente a los hábitos básicos de independencia, por otra parte, lo que se basa es que el niño establezca vínculos adecuados con el grupo familiar y con el medio que lo rodea. Desde que el niño se forma en el vientre materno está en interacción con un estímulo socioemocional, representado por la madre primero.
- Lenguaje: abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal, reacciones al sonido, vocalizaciones y emisiones verbales. Al nacer, el niño posee más fonemas de los que habitualmente utilizamos en nuestra vida cotidiana. Cuando comienza a emitir los primeros sonidos, el bebé experimenta todas las variaciones y combinaciones posibles, pero a través de su desarrollo va descartando los que no escucha: El niño imita lo que percibe a su alrededor. A través de los años forma las conexiones que procesan el sonido. El lenguaje sirve para comunicarnos y en la medida en que los sonidos emitidos por el bebé son recepcionados por el adulto, que le responde con una mirada, sonrisa o una palabra se le está facilitando el que continúe emitiendo sonidos, reforzando no solo el desarrollo del lenguaje, sino la relación afectiva
- Integral: los diferentes elementos del niño están interrelacionados y deben ser considerados en su conjunto; ya que los cambios que se producen en una dimensión influyen en el desarrollo de los otros y viceversa.

- Continuo: ya que comienza antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida, pero no implica que un niño con retardo o problemas en la primera etapa de su vida se mantenga necesariamente retrasado de forma permanente. ⁽¹⁶⁾

Número de controles según norma técnica

- Periodicidad del control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años:
- En el recién nacido son 2 controles.
- De 1 a 11 meses tendrán 11 controles
- De 12 a 23 meses tendrán 6 controles
- De 24 a 59 meses Serán 4 controles por año siendo un total de
- 12 controles durante los meses programados.

2.2.4. Alimentación

2.2.4.1. Lactancia materna

La leche materna es el primer alimento natural de niño, proporciona energía y nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida. ⁽¹⁷⁾

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad, también contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La leche cambiando su composición química, iniciando con el calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final así como también varía su composición según la hora del día.
(18)

- **Calostro:** Es un fluido espeso y de color amarillento, se excreta por la mama, durante la primera semana después del parto. La composición del calostro es diferente de la composición de la leche madura. El volumen total depende del número de tomas y puede ser en las primeras 24 horas de unos 100 ml. El color amarillo del calostro se debe al beta caroteno, las concentraciones de sodio, potasio y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que la leche de transición o madura. El calostro tiene bajos niveles de grasas y lactosa, es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria. Además facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo, y la expulsión del meconio, es rico en anticuerpos, que pueden proteger contra bacterias y virus presentes en el canal del parto, e inhibe la formación de IgE, implicada en las reacciones alérgicas.⁽¹⁸⁾
- **Leche de transición:** Entre los días 5 y 15 posteriores al nacimiento se produce la subida de la denominada leche de transición. Es una leche de composición intermedia entre el calostro y la leche madura, con un mayor contenido en agua,

adecuándose a las necesidades del bebé en ese momento. ⁽¹⁸⁾

- **Leche madura:** Se produce cuando ya está la galactogénesis en marcha, han pasado varios días y ha aumentado el volumen de leche, adecuándose a lo que el bebé necesita. Para un niño grande para la edad gestacional y que necesita mucha cantidad, la madre va a producir mayor cantidad, por ejemplo una madre de gemelos va a producir más leche.
- **Leche pretérmino:** Hay madres que producen leche pretérmino debido a que han tenido un parto prematuro. Es una leche especial más rica y adaptada a la necesidad del prematuro. ⁽¹⁸⁾

2.2.4.1.1. Beneficios e Importancia de la Lactancia Materna

- **Beneficios para el bebé:** La leche es un alimento con un alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para el bebé, lo protege de ciertas infecciones y enfermedades futuras. Evita la anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses. Presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias. Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual

Protege al niño de posibles alergias. La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos. El contacto de la piel del bebé con la de su madre va a favorecer al desarrollo sensorial y a mantener el lazo entre madre-hijo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño, desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo. Las infecciones de las vías urinarias son menos comunes en los bebés amamantados con pecho a diferencia de los bebés alimentados con biberón y leche maternizada. Menor riesgo a desarrollar diabetes infantil, obesidad.

- **Beneficios en la madre:** El saber que está dando lo mejor a su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma. Se reduce la depresión post parto. Se facilita la recuperación física del parto. La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebé en cada momento. Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar. Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que la rodean.

2.2.4.1.2. Técnicas sobre la Lactancia Materna

- **Reflejo de búsqueda:** Consiste en que, al acariciar la boca con el dedo o con el pezón, el lactante abre la boca y gira la cabeza en busca del estímulo. Este reflejo sirve para poder agarrarse al pecho. Debe introducirse todo el pezón y la mayor parte posible de la areola mamaria. Si sólo agarra la punta del pezón se ha de retirar y volver a introducir correctamente. Para retirar el pecho de la boca, se introduce el dedo meñique por la comisura de la boca, entre las encías.
- **Posición correcta:** La posición del lactante colocado al pecho es fundamental. Tanto la cara como los hombros han de estar colocados frente al pecho, de forma que no tenga que girar la cabeza, y la nariz ha de estar a la altura del pezón. La postura “mirando al techo” es útil para dar el biberón, pero no para dar el pecho. Una mala postura durante la lactancia puede producir problemas en los pezones. La mamá debe cuidar sus pezones. Estos deben ser higienizados con agua, no se debe utilizar jabón, ni alcohol, ya que de esa forma se protege la grasita natural de los pezones, que actúa como una protección

natural. La cabeza del lactante ha de apoyarse sobre el codo y su espalda sobre el antebrazo. Con la otra mano, se dirige el pecho hacia su boca. Se puede sujetar el pecho por debajo con la palma de la mano y se coloca el dedo pulgar por encima para dirigirlo, pero sin comprimir. No se ha de sujetar el pecho con los dedos en forma de tijera, porque entonces se empuja la glándula mamaria hacia atrás e impide que el pecho penetre bien dentro de la boca. Para conseguir que el lactante se coja al pecho, se ha de acercar todo su cuerpo hacia el pecho, no solamente su cabeza. Simultáneamente, con la otra mano, se dirige el pecho hacia el tercio superior de la boca. De esta forma, la lengua queda colocada por debajo del pecho y con un movimiento ondulante exprime la leche de la glándula mamaria. Al tomar biberón no se realiza este movimiento ondulante, solamente se comprime la tetina que luego se libera para que se pueda volver a rellenar de leche. Las mejillas se hunden y el bebé apenas ha de hacer esfuerzo en tomar el biberón. En cambio, al tomar el pecho las mejillas no se hunden. En cada succión, la mandíbula asciende para comprimir el pecho y luego se relaja y desciende.

- **Horario de la toma:** La lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades requeridas por cada lactante. Si se le permite regular por sí mismo la frecuencia de las tomas, se consigue un mejor aumento de peso y una duración más prolongada de la lactancia. El número de tomas varía en función a las necesidades de cada niño y de la producción de leche de cada madre.

2.2.4.2. Inicio de la Alimentación Complementaria

La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses. En esta edad el niño(a) está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche. Además la leche materna ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño para su crecimiento y desarrollo.⁽¹⁸⁾

La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a una secuencia de: masticación, deglución, digestión, absorción

La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es ir sustituyendo de una en una la toma de leche que recibe el lactante, por los distintos alimentos de forma paulatina, con un intervalo diferente para que el niño acepte los nuevos alimentos,

probando la tolerancia del lactante, antes de introducir uno nuevo, dando tiempo a la adaptación de su organismo.

Durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 grs. De proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 grs. de papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 grs de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne molida y huevo. La cantidad varía de acuerdo a la edad:

6 meses: No todos los niños son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protución por lo que aparenta estar escupiendo la comida, la madre debe tener paciencia y poco a poco el niño aprenderá a comer.

Se inicia con las papillas de Harina de maíz, de arroz, avena, trigo, con una consistencia semisólida. Más adelante los puede mezclar con otros alimentos en preparaciones con verduras o legumbres, en puré dar frutas como la manzana, pera, plátano, papaya, guayaba, durazno, melón.

7 meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos ½ taza cinco veces al día. Prepárele en jugos y compotas la manzana, pera, plátano, papaya, guayaba, durazno, melón. Verduras: Zanahoria, alverja,

espinaca. Tubérculos como la papa, yuca, camote en puré.

8-9 meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente o $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día. Empezar a dar los alimentos picados, cortados, que pueda coger con los dedos. Cereales: Arroz, espaguetis, pan, galletas. Carnes: Res, pollo, vísceras, no incluir carnes frías por su alto contenido de sal. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos. Legumbres: Fríjol, lentejas, garbanzos, alverja.

12-24 meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día. Dar productos lácteos: como el yogurt, queso. Yema de huevo: Darle siempre cocido y tibio, no lo dé crudo. La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia. Alimentos picados, cortados, que pueda coger con los dedos.

2.2.5. La Higiene

El momento del baño brinda también la oportunidad de involucrar a la madre en el cuidado del lactante menor, la enfermera deberá de hacer hincapié en el equipo adecuado para el baño y en la necesidad de adoptar medidas de seguridad sobre todo en relación con la temperatura del agua y con la vigilancia del lactante en todo momento, así como la frecuencia del baño la cual debe ser diaria.

La limpieza de la piel es el mantenimiento del pH, no se recomienda los jabones alcalinos, y aceites, talco, lociones, pues alteran el pH de la dermis y proporcionan un medio para el crecimiento de bacterias.

La limpieza debe efectuarse desde la cabeza, rostro, cuerpo, genitales con un jabón suave. Las orejas deben limpiarse con el extremo doblado del paño a lavar y no con un hisopo, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído.

Los genitales de ambos sexos requieren una limpieza cuidadosa. La limpieza en la niña es de adelante hacia atrás para evitar la contaminación de la vagina o la uretra con materia fecal. La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto. El prepucio se debe limpiar retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. Antes de empezar el baño, se debe tener a la mano todos los materiales necesarios.

La Boca. Se limpia la parte interna; paladar, encías y lengua, donde se almacena resto de la leche y los alimentos con la finalidad de evitar el crecimiento bacteriano y nicótico con un trozo de gasa mediano humedecido en agua hervida es suficiente

Las uñas se deben de cortar con frecuencia, en el recién nacido por tener las uñas largas se araña. Debe hacerse un corte recto y con tijera de punta roma. Se aconseja que se recorten las uñas mientras el lactante menor este dormido para evitar que se le pueda lastimar por un movimiento brusco.

2.2.6. Inmunización

Es un procedimiento que se realiza en el organismo para prevenir enfermedades ya sea por un virus o bacterias vivas atenuadas .durante el crecimiento y desarrollo del niño es muy importante crearle inmunidad contra enfermedades comunes de su edad por medio de la vacunación.

Las vacunas son preparaciones especiales de partes de microorganismos o microorganismos enteros modificados que producen en el organismo una respuesta inmunitaria: la formación de anticuerpos. Al recibir la vacuna, el sistema inmunológico reacciona defendiéndose de la misma manera que si hubiera sufrido la infección natural pero sin sufrir los riesgos de padecer la enfermedad. ⁽¹⁹⁾

La prevención de las enfermedades infecciosas mediante las vacunas constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la promoción de la salud.

- **Hepatitis B:** La primera dosis debe administrarse dentro de las 12 horas de vida, la segunda dosis a los 2 meses de vida junto con las vacunas del Calendario Nacional y la tercera dosis a los 6 meses de vida. ⁽¹⁹⁾
- **B.C.G:** Se coloca en el recién nacido para evitar la tuberculosis meníngea y la tuberculosis miliar. ⁽¹⁹⁾
- **Polio (APO):** Se coloca a los 2, 3 y 4 meses. Esta vacuna sirve para evitar la poliomielitis que es una enfermedad que produce parálisis de miembros inferiores y sus secuelas son permanentes. ⁽¹⁹⁾
- **Pentavalente:** Se administra a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad protege contra 5 enfermedades: Difteria (D), Tos ferina o

Pertussis (Pa), Tétanos (T), Polio (VIP) infecciones por Haemophilus influenza tipo b. ⁽¹⁹⁾

- **Influenza:** Esta vacuna contiene antígenos y cepas de influenza de la temporada. Su composición varía anualmente. Su aplicación debe ser hasta finalizar la estación calurosa e inicio de la estación otoñal. Esta vacuna no contiene inmunidad de por vida como otras vacunas, solo brinda protección por un año, debido al cambio anual de la composición antigénica de virus ⁽¹⁹⁾
- **Neumococo:** Se administra a los 3,5 y 12 meses de edad Protege frente a 23 serotipos de neumococo (entre los que se encuentran el 90% de los que causan infecciones graves). ⁽¹⁹⁾
- **Rotavirus:** Se administra a los 2 y 4 meses de edad protege contra la gastroenteritis ⁽¹⁹⁾
- **Sarampión, Rubiola y Paperas (SRP):** Se colocan al año de edad. Sirve para evitar el sarampión, que es una enfermedad contagiosa y representa un alto porcentaje de mortalidad infantil, así como la papera y rubéola. ⁽¹⁹⁾

2.2.6.1. Contraindicaciones y efectos adversos

Las vacunas utilizadas en la actualidad son muy seguras y tienen escasos efectos adversos y contraindicaciones. Son excepcionales las circunstancias que obligan a contraindicar una vacuna en forma absoluta.

- Alergia conocida a las proteínas del huevo.
- Nefrolitiasis, neoplasias.
- Disminución de la respuesta inmune, durante el tratamiento con corticoides o inmunosupresores, durante la quimioterapia o radioterapia.

- Hipertermia
- Dermatitis severa
- Diarrea
- Enfermedades infecciosas agudas.
- Diabetes insulino dependientes.
- Malformaciones de ciertos órganos del sistema digestivo.

2.2.7. Lactante menor enfermo

La enfermedad hace parte del diario vivir del niño, se considera como una alteración en el estado de salud. Pueden ocurrir enfermedades agudas o crónicas, benignas o graves, orgánicas o psicológicas.

Cuando hay un niño enfermo en casa toda la familia se afecta, y entra en crisis porque se desajusta la vida familiar. Se genera gran angustia en los padres. Además, el niño puede volverse inquieto, llorón, exigente y perder logros que ya había ganado en su desarrollo. Los adultos deben entender esto y acompañar al niño de manera afectuosa y comprensiva.

La enfermedad genera sentimientos muy variados en el niño cambia y por lo tanto siente angustia, tristeza, miedo y temor a seguir enfermo, no jugar, requiere del adulto comprensión, apoyo y acompañamiento.

El trabajo en la casa aumenta porque hay un cambio en las rutinas de alimentación, sueño y de descanso. Ante esto es normal que los padres se sientan agobiados.

En el caso de una enfermedad aguda, como una gripa o una diarrea, son motivo de preocupación tanto para el niño como para el adulto. Para el niño porque se siente sin ánimo, triste, sin ganas

de jugar o de moverse. Para el adulto porque tiene que cuidarlo mucho para que se recupere y no se complique, además tiene que dejar de hacer sus labores cotidianas para dedicarle más tiempo al niño enfermo.

2.2.7.1. Enfermedades frecuente en el lactante

Los problemas de salud de los niños a menudo comienzan antes del nacimiento. Muchas madres por su condición económica no se alimentan como es debido o no recibe atención prenatal adecuada. Estos niños no se alimentan bien y no crecen apropiadamente y por ende son débiles y susceptibles a las enfermedades.

La tos, resfriados, dolores estomacales las secreciones nasales son enfermedades que por lo regular duran unos cuantos días y rara vez son lo bastante serias para necesitar la atención de un médico. Los problemas respiratorios son los más comunes, aunque menos que en la infancia.

La exposición al humo del cigarro incrementa el riesgo de contraer una serie de condiciones médicas, incluyendo neumonía, bronquitis, enfermedades infecciosas graves, otitis media.

Cuando un niño es expuesto al plomo puede llevarlo al torrente sanguíneo al consumir alimentos o agua contaminados, al llevarse a la boca los dedos contaminados, o al inhalar polvo en hogares o escuelas que tengan pintura con base de plomo. El envenenamiento por plomo puede interferir seriamente con el desarrollo cognoscitivo y producir una variedad

de problemas neurológicos y conductuales. El grado de toxicidad depende de la dosis, del tiempo que el niño este expuesto y de la vulnerabilidad nutricional y de desarrollo del niño. El envenenamiento por el plomo moderado puede ser tratado.

- **Fiebre tifoidea:** Es una enfermedad aguda generalizada, que afecta al sistema linfático. Los síntomas característicos son: Fiebre, lentitud del pulso, erupción de la piel, color rojo, dolor abdominal y aumento del volumen del bazo. La fuente de infección la producen las heces y la orina de los enfermos y portadores. En comunidades alejadas el agua es el vehículo más importante de transmisión, seguida por los alimentos especialmente los mariscos e insectos. Luego de un periodo de incubación de 10 a 15 días, la enfermedad comienza con malestar, cefalea, anorexia y estreñimiento, en otros casos se produce diarrea.
- **Gripe** también conocida como influenza, es una infección vírica altamente contagiosa de las vías respiratorias. A pesar de que la gripe afecta a ambos sexos y a todos los grupos de edad, los niños tienden a contraerla más a menudo que los adultos. Se trata de una enfermedad estacional, ocurriendo la mayoría de los casos en los meses de más frío. La gripe a menudo se confunde con el resfriado común, pero los síntomas de la gripe suelen desarrollarse de prisa (generalmente entre 1 y 4 días después de que la persona se exponga al virus de la gripe) y suelen ser más fuertes que los típicos estornudos y la nariz tapada propios del resfriado. Entre los

síntomas de la gripe tenemos la fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares mareo, pérdida de apetito, cansancio, tos, dolor de garganta, moqueo nasal, náuseas o vómitos, debilidad, infección de oído. Al cabo de 5 días, la fiebre y otros síntomas suelen desaparecer, pero pueden persistir la tos y la debilidad. Es importante tener los cuidados adecuados ya que puede evolucionar a una neumonía y a otras complicaciones que pueden poner en peligro la vida. La gripe es contagiosa, pues se propaga a través de gotitas infectadas por el virus que se expulsan al toser o estornudar.

- **Rubeola:** Se transmite entre personas a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas (pañuelos, vasos, o manos). La posibilidad de que una persona no vacunada adquiera la enfermedad si convive con alguien que la tiene es del 90 por ciento. Cuando el virus se introduce en el organismo, pasa a la sangre atacando a los glóbulos blancos, que a su vez transmiten la infección a las vías respiratorias, la piel y otros órganos. Una vez que se padece la enfermedad, el paciente adquiere inmunidad permanente, por lo que no vuelve a ser atacado por el virus. El periodo de incubación transcurre desde que se entra en contacto con una persona enferma hasta que comienzan a desarrollarse los síntomas suele oscilar entre dos y tres semanas. A su vez, se puede transmitir la enfermedad a otras personas dos días antes de que los síntomas se muestren, no desapareciendo el riesgo de contagio hasta una semana después de la aparición de los signos de la

enfermedad. La rubéola se caracteriza por la aparición de pequeñas erupciones en la piel de un color rosáceo que se inician en la cabeza y progresan hacia los pies, haciéndose más intensa en el tronco, que no provocan picores ni molestias y suelen desaparecer en pocos días. Las erupciones suelen mostrarse uno o dos días después del contagio. Junto a las manchas rojizas, los síntomas de la rubéola son bastante similares a los de un síndrome gripal, con malestar general, fiebre poco intensa, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta (faringitis) e inflamación dolorosa de ganglios alrededor de la nuca y en la región posterior de las orejas. Mientras que en los niños la rubéola suele revestir escasa gravedad, acompañándose algunas veces de otitis (infecciones de oídos), es más frecuente la complicación de la enfermedad entre los adultos.

- **Meningitis:** es la inflamación de las meninges. Las meninges son unas membranas que cubren el sistema nervioso central, es decir el cerebro y la médula espinal. Las meninges están bañadas en un líquido (líquido cefalo-raquídeo) y protegen el cerebro. Los gérmenes responsables de las infecciones que pueden ocasionar meningitis, salvo muy raras excepciones, son virus o bacterias. Las meningitis causadas por virus (meningitis virales) son las meningitis más frecuentes de la infancia. Más del 90% de estas meningitis están causadas por virus pertenecientes al grupo llamado de los enterovirus y la evolución y el pronóstico, salvo casos excepcionales, son favorables. Las bacterias

implicadas con mayor frecuencia en nuestro medio son: neumococo, meningococo (tipos B y C). La meningitis bacteriana es una enfermedad extremadamente grave, de ahí los esfuerzos médicos en intentar por un lado erradicarla y por otro, tratarla de manera agresiva una vez adquirida. Este tipo de meningitis es más frecuente en los meses invernales. Un niño mayor con una meningitis viral suele referir dolor de cabeza intenso y presentar vómitos y fiebre, que generalmente suele ser moderada. Si es un niño pequeño, la cefalea es sustituida por una sensación de irritabilidad (llanto continuo) y pueden estar así varios días. En pocas horas, el estado del niño empeora de manera llamativa (decaimiento, tendencia al sueño), además de persistir los síntomas iniciales. En ocasiones, aparecen manchas en la piel, fiebre, vómitos e irritabilidad. En pocas horas, comienza a predominar el decaimiento y el niño comienza a presentar mal aspecto, apareciendo, en ocasiones, manchas en la piel.

- **Sarampión:** Es una enfermedad aguda, muy contagiosa, causada por un virus de la familia paramixovirus. Inicia con fiebre, malestar general, catarro, ojos rojos (conjuntivitis), tos seca y pueden aparecer en la boca puntos blancos y pequeños (manchas de Koplik). Por lo general al tercer día aparecen ronchas pequeñas de color rojo (exantema) en la cara, posteriormente se extienden al tronco y extremidades, mientras empiezan a desaparecer de la cara. Se transmite al inhalar pequeñas gotas de secreciones expulsadas de una

persona enferma al hablar, toser o estornudar. Se puede transmitir desde tres días antes de iniciar la fiebre y la tos, y hasta cuatro días después de que aparecen las ronchas o exantema. En general es de curso benigno, pero pueden ocurrir: infecciones del oído, neumonía, diarrea, ceguera, o un sarampión hemorrágico que causa sangrados generalizados e inflamación del cerebro (encefalitis). No hay tratamiento específico, los cuidados se encaminan al control de la fiebre y la tos, que son síntomas constantes de la enfermedad. Deben administrarse líquidos abundantes, reposo y una alimentación adecuada que ayude a sentirse mejor. Se recomienda consultar al médico antes de administrar cualquier medicamento.

- **Varicela:** Esta enfermedad es de origen viral, muy contagioso, y produce una erupción típica caracterizada por manchas rojas que luego se transforman en vesículas. Estas están presentes en todo el cuerpo y las mucosas (boca, conjuntivas, órganos genitales, etc.). La varicela incuba en 14 a 21 días, lo habitual es que los síntomas aparezcan entre el 15 y 17 día posterior al contacto con otra persona enferma. El contagio se produce por las micro gotas de saliva proyectadas, o por el aire que las transporta de persona a persona siendo el momento de máxima contagiosidad cuando las ampollas se rompen, ya que su contenido es una fuente importante de virus. Como dentro del cuerpo también se producen ampollas o vesículas es fácil comprender que con la saliva o cualquier fluido corporal el niño también está contagiando. Las

ampollas se llenan de un líquido opaco. La enfermedad se caracteriza porque las lesiones aparecen en brotes y cada brote, que por lo general son tres, duran entre dos y tres días. En cada uno de ellos la mancha roja se debe transformar en vesícula y luego en costra. Las lesiones están presentes en todo el cuerpo. Si bien al principio aparecen en el tronco y el abdomen, luego se generaliza a todas partes. Lo que le pone el sello a la enfermedad es encontrar lesiones en el cuero cabelludo y en la mucosa bucal. Al décimo día las costras se caerán en este período el niño está casi normal, si no fuera por las costras nadie podría decir que estuvo enfermo. Después del décimo día el niño ya no contagia, siempre y cuando no tenga alguna ampolla sin romperse durante todo este tiempo se debe controlar la temperatura y darle algún jarabe para bajarla si es que la tiene elevada. En la varicela más que en ninguna otra enfermedad, las aspirinas están contraindicadas. Durante los períodos en que se encuentra sin fiebre ofrécele abundante cantidad de agua o jugos, ten cuidado con los cítricos, éstos pueden darle ardor. No olvides que dentro de su boca también hay muchas ampollas y que algunas seguramente ya se han roto. Si tiene mucha picazón recuerda darle el antihistamínico que seguramente te indicará el pediatra. Es preferible no colocarle ninguna crema o loción sobre las ampollas ya que, además de favorecer a que se forme un emplaste, no permite ver si se produce una sobre infección bacteriana de las lesiones. Para evitar las infecciones y las cicatrices por rascado es

aconsejable cortarle las uñas bien, sobre todo en el período agudo de la enfermedad que es cuando más picazón hay. Si la picazón persiste, puedes darle un baño con agua tibia y en ella podrás colocarle maicena. También es útil preparar un té de manzanilla y colocarlo en el agua del baño ya que esto disminuye la picazón.

2.2.7.2. Cómo prevenir las enfermedades

Durante el invierno, los niños sufren más infecciones respiratorias leves tales como las gripes, tos y congestión. Los padres responsables del cuidado pueden reducir la probabilidad de una enfermedad severa y pasar esta temporada sin preocupaciones si tienen en cuenta lo siguiente:

- Vacunas: El sistema inmunológico de lactante menor podría haberse debilitado por la exposición a los virus. Las vacunas que le aplican evitan infecciones serias.
- Lavarse las manos y mantener higiene personal y del hogar: La mayoría de los virus se esparcen a través del contacto personal. Con frecuencia, los niños frotan su nariz, tosen en sus manos, y tocan otros objetos o a otras personas es por ello que se debe tener cuidado de lavarles frecuentemente las manos con agua y jabón.
- Leche materna: Los bebés y niños que empiezan a caminar que son alimentados con leche materna tienen menos infecciones y síntomas severos.

- Los padres pueden reducir la exposición al plomo, lavando las manos de los niños antes de las comidas y de la hora de ir a la cama, manteniendo las uñas recortadas y proporcionándoles una dieta bien balanceada.

Un niño sano normalmente tendrá unas cuantas enfermedades virales durante el año. La mayoría de los niños superan bien y rápidamente estas enfermedades.

2.2.8. Rol Educativo de la Enfermera

El docente imparte conocimientos con el propósito de lograr objetivos definidos, en este sentido los objetivos educacionales pueden definirse según Benjamín Bloom como: “formulaciones explícitas de las formas en que los estudiantes cambiarán gracias al proceso educativo; es decir las formas en que cambiarán en su pensamiento, sus sentimientos y sus acciones” (20).

El saber o conocimiento; que es el acto de recordar o reproducir de memoria lo aprendido, casi sin cambiar nada de lo que se presentó antes. La comprensión es captar el significado de lo aprendido, es la capacidad de distinguir lo esencial de lo secundario.

En nuestro medio existen dos formas de adquirir los conocimientos, uno es la educación formal el cual la imparte los colegas o instituciones educativas y la otra es la informal que se adquiere por medio de otras fuentes. Es aquí donde la Enfermera interviene para llegar a los miembros de la comunidad basado en los problemas existentes. Cuando el profesional de Enfermería

desarrolla actividades educativas debe tener presente el grado de instrucción de la población a quien va dirigido.

El rol de la enfermera en el componente niño su función principal es de promover el cuidado seguro en su crecimiento y desarrollo, alimentación, higiene, inmunizaciones, prevención de las enfermedades, estimulación del desarrollo psicomotor teniendo todo esto en cuenta el niño tendrá un óptimo desarrollo de sus potencialidades, es así que el Profesional de Enfermería desempeña un papel muy importante proporcionando servicios de salud dentro de las cuales se encuentra la educación para la salud, mediante la cual se brinda enseñanzas dándole un enfoque científico e integral a través del contacto personal.

El propósito de la educación por la enfermera sobre estimulación temprana es alentar a las madres de familia y comunidad en general sobre el conjunto de acciones que se deben tomar para desarrollar el potencial de los niños, entendiéndose ésta como que el conjunto de acciones con calidad y oportunidades adecuadas para proporcionar al niño las experiencias necesarias en los primeros años de vida para desarrollar toda su capacidad.

De ahí que la Enfermera que labora en el Componente Niño debe brindar educación y orientar a la comunidad en consultorios, escuelas entre otros; cuando trabaja con niños menores involucrando a la madre y familia en el desarrollo de las capacidades motoras, sociales y funcionales a fin de mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo a presentar complicaciones que puede alterar y/o comprometer más aún su normal crecimiento y desarrollo.

2.2.9. Rol de la madre como cuidadora

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

2.2.10. Teorías que dan sustento a la investigación

Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal (ARM), se centra en la salud de la madre y trata de valorar sus problemas en cada etapa antes de ser madre como (alteraciones de su personalidad). No solo se enfocó en madres sino también en el entorno familiar, antes, durante y después del parto. Para ella la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud,

relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

De acuerdo con la Teoría de Mercer el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural. La madre que amamanta está cumpliendo con uno de los roles maternos más importantes como es la alimentación de su hijo, pues de esto depende su subsistencia. La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. ⁽²³⁾

Madeleine M. Leininger, pretende entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. Dentro de este contexto la lactancia materna es una práctica natural, transmitida de generación en generación, de la misma forma se adoptan prácticas de cuidado las cuales surgen de la experiencia de la persona, grupo familiar y comunidad.

Leininger define la enfermería como la disciplina humanística y científica que se centran en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud el cual se define y valora desde la práctica cultural es decir que el cuidado debe tener una base cultural, una conceptualización y una planificación basada en la cultura, como una manera amplia de entender y ser eficaz para las personas, entonces, el profesional de enfermería debe implementar

actividades creativas de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayuden a personas de una cultura determinada a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras culturas con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

Con base en lo anterior, los aspectos culturales juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que la madre brinda a su hijo aplicándolo en su diario vivir, las cuales nacen del conocimiento generacional sólido, en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente, es por ello que la enfermera debe combinar el conocimiento empírico y estético para promover en la madre el cuidado del lactante menor respetando los modos de vida de cada persona y su contexto.

El profesional de enfermería debe utilizar su conocimiento profesional teniendo en cuenta la cultura de madres de forma sensible, creativa y significativa, que se adapte a las formas de vida al momento de capacitarla en el cuidado de su hijo.

Para **Nola Pender** primero se debe comprender al ser para poder ayudarlo, lo que sin duda es positivo pero le da una complejidad más extensa a la hora de la aplicación. El logro del bienestar está en contar con aliados demostrando un respeto por el derecho del cuidado de la salud. Ella plasma que la salud no solo es la ausencia de enfermedad si no que se trata del estado totalmente positivo del ser, y es donde se comienza a manejar al ser humano como un ser holístico y complejo no solo a nivel orgánico si no introspectivamente, lo que lleva a que cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo -perceptual y sus factores variables, además el entorno, interactúa con los factores cognitivo- perceptuales que son modificados por las

características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud; de distinta manera a los modelos orientados a la evitación que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria.

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Nivel de Conocimiento:** El conocimiento es toda aquella información, concepto o idea que posee la madre de familia acerca del cuidado del lactante menor en base al desarrollo del área motora, de lenguaje y social.
- **Lactante:** Es la etapa del ciclo vital en que el ser humano tiene los más grandes logros de crecimiento y desarrollo. Esta situación determina en el niño, mayor vulnerabilidad a los factores ambientales y requiere de la presencia de los padres o cuidadores para que lo ayuden a satisfacer sus necesidades.
- **Cuidado:** es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir).
- **Inmunización:** Es un procedimiento que se realiza en el organismo, para prevenir enfermedades ya sea por virus o bacterias vivas atenuadas.
- **Estimulación Temprana:** Es el conjunto de acciones con calidad que la madre debe realizar a su niño para un buen desarrollo psicomotor.

2.4.- VARIABLE

Nivel de Conocimiento sobre cuidados del Lactante.

2.4.1 Definición Conceptual de la variable

Es todo Conjunto de ideas, nociones, conceptos que se posee o adquiere el hombre a lo largo de la vida, como producto de la información adquirida ya sea mediante la educación formal e informal sobre el cuidado.

2.4.2 Definición operacional de la variable

Son las actividades que realiza la madre para brindarle cuidado al lactante. Las cuáles serán medibles a través de la valoración de la escala de Stanone : Medición del conocimiento en alto medio y bajo.

2.4.3. Operacionalización de la variable

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | % | ÍTEMS | ESCALA |
|--|--|---|-----|-------|------------------|
| Es univariable Nivel de conocimiento de madres sobre el cuidado del lactante | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> ▪ características ▪ Propiedades ▪ Técnica ▪ Lactancia ▪ Duración ▪ Beneficio ▪ Ablactancia | 40% | 14 | Nominal presente |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo Psicomotor | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación ▪ Leguaje social | 20% | 8 | Nominal presente |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de inmunizaciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia ▪ Edad de aplicación ▪ Reacciones adversas ▪ Contraindicaciones ▪ Beneficios ▪ Lugar de aplicación ▪ Signos de alarma | 40% | 14 | Nominal presente |

CAPITULO III: MÉTODOLOGIA

3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es:

Tipo cuantitativo.

Porque permite cuantificar la variable de estudio.

Nivel descriptivo

Por qué describe una situación y/o un hecho en este caso el cuidado que brinda la madre al lactante.

Corte del estudio: Es de corte transversal porque se recaba y/o recoge la información en un determinado tiempo y lugar.

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud Genaro de Villa, ubicado en el Distrito de Chorrillos el cual es uno de los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima; se fundó el 2 de Enero de 1957, teniendo como límites:

- Norte: Distrito de Barranco.
- Sur: Distrito de Villa el Salvador
- Este: Distrito de San Juan de Miraflores.
- Oeste: El Océano Pacífico

El puesto de salud Genaro de Villa cuenta con los servicios de Medicina General, Inmunización, Control De Crecimiento Y Desarrollo, Obstetricia, Farmacia Pct., Administrativos cuenta con el recurso humano médico general(1), enfermeras (3), obstetra(1), técnica en enfermería(4) y un personal de limpieza es de nivel de tipo(1-2), atienden en el horario de la mañana de 8 a.m.- 2 p.m.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. **Población:** La población estuvo conformada por 660 Madres de niños lactantes atendidos en el servicio de CRED del Centro de Salud. En el puesto de salud Genaro de Villa.

3.3.2. **Muestra:** Fue de manera no probabilística e intencional quedando constituida por 30 madres que regularmente se atiende por día en el servicio de CRED. Teniendo en cuenta el permiso de aplicar el instrumento fue muy limitado.

Criterios de inclusión

- Madres que deseen participar en el proyecto de investigación.
- Madres de lactantes.
- Madres que acuden continuamente a CRED del puesto de salud de Genaro de Villa.

Criterios de exclusión

- Madres que no deseen participar en el proyecto de investigación.
- Madres de preescolares.
- Madres que no acuden continuamente a CRED del puesto de salud de Genaro de Villa.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente investigación usó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario; en el cual indica datos generales y datos específicos con preguntas cerradas y de alternativas múltiples de acuerdo a las dimensiones e indicadores. Para la medición de la variable se utilizó la escala de Estaninos categorizando el conocimiento en bueno, regular, y malo.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar si el instrumento fue válido se sometió a la prueba de juicio de expertos. Para hallar la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula de, Kuder-Richardson 20 (Kr 20), medida de consistencia interna para las medidas con opciones dicotómicas que es un estadístico que sirve para medir la fiabilidad del instrumento.

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El análisis cuantitativo se realizó teniendo toda la información numérica resultante del procedimiento de los datos. Se utilizó para el Programa SPSS Statistics en el cual se elaboraron las tablas, cuadros y gráficos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

| EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| 21 a 33 años | 15 | 50 |
| 34 a 45 años | 13 | 43 |
| Menos de 20 años | 2 | 7 |
| Total | 30 | 100 |

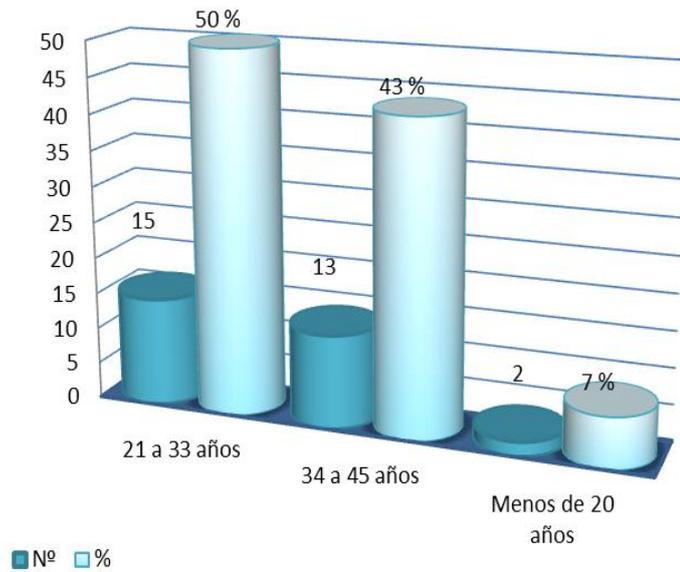
Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se encuentra que el 50% (15 madres) tienen entre 21 – 33 años, 43% (13 madres) tienen entre 34 – 45 años, el 7% (2 madres) tienen menos de 20 años de edad.

De lo cual puede inferir que la población es prioritariamente adulta joven.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES



Fuente: Elaboración Propia

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
DE LAS MADRES**

| EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Secundaria | 7 | 23 |
| Superior incompleta | 14 | 47 |
| Superior completa | 9 | 30 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En lo que refiere al grado de instrucción de la madre, se tiene, 23% (7 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 47% (14 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, y 30%(9madres) tienen un nivel de educación superior completa.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES

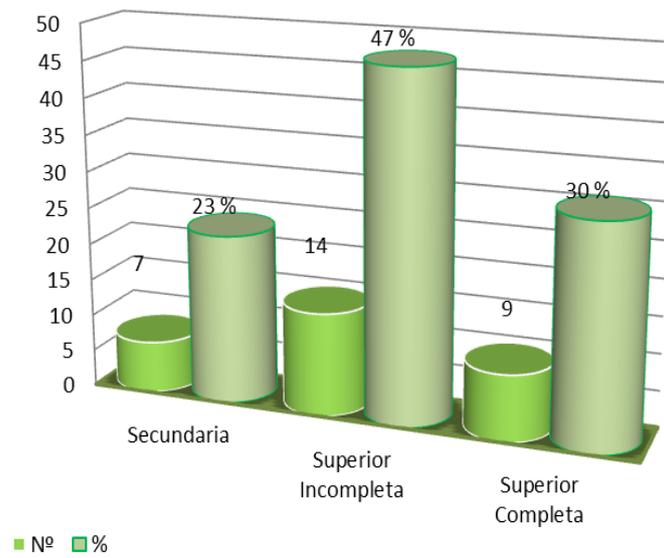


TABLA N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE EN SU DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA, CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.

| NIVEL | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| ALTO | 13 | 43 |
| MEDIO | 15 | 50 |
| BAJO | 2 | 7 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 43% (13 madres) tienen un nivel alto y el 7% (2madres) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE EN SU DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA, CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.

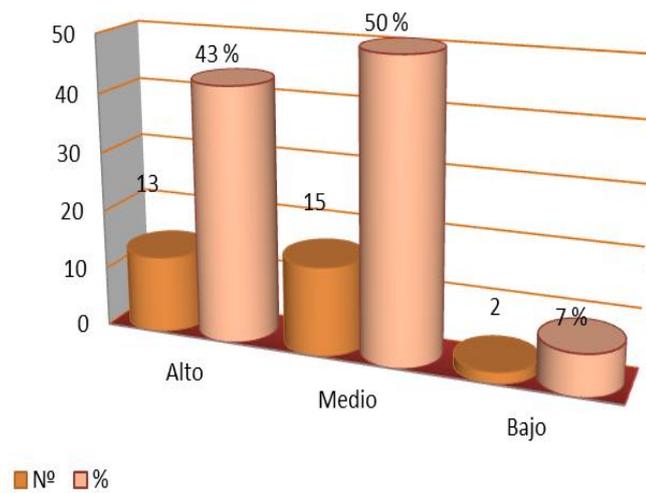


TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE EN SU DIMENSIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA, CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.

| NIVEL | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| ALTO | 12 | 40 |
| MEDIO | 15 | 50 |
| BAJO | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 40% (12 madres) tienen un nivel alto y el 10% (3madres) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE EN SU DIMENSIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA, CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.

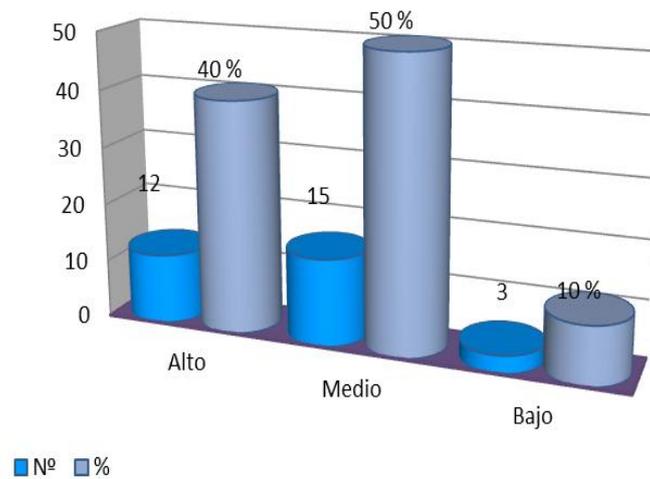


TABLA N° 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE
EN SU DIMENSIÓN PROGRAMA DE INMUNIZACIONES DE LAS
MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA,
CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.**

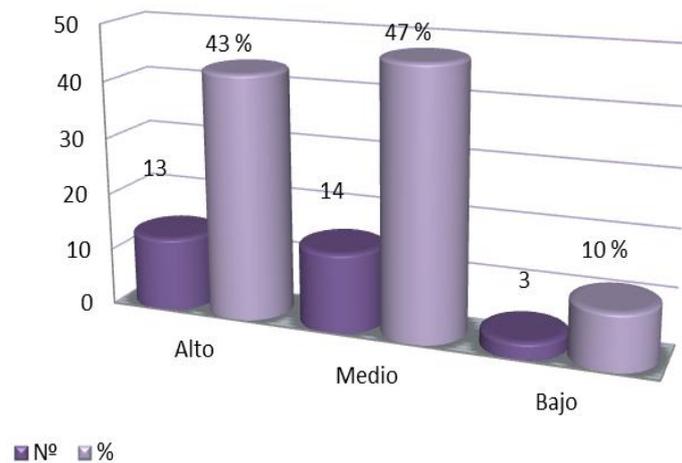
| NIVEL | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| ALTO | 13 | 43 |
| MEDIO | 14 | 47 |
| BAJO | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observa que el 47% (14 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 43% (13 madres) tienen un nivel alto y el 10% (3madres) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DEL LACTANTE EN SU DIMENSIÓN PROGRAMA DE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD GENARO DE VILLA, CHORRILLOS, LIMA-PERÚ 2013.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las variables intervinientes se consideró la edad de las madres, observándose que el 50 % de las madres que constituyen la muestra de estudio y predomina más las madres adultas jóvenes y maduras. Se puede inferir que las edades de que la población es prioritariamente adulta joven lo cual le permite adquirir la madurez física y psicológica, educar y cuidar mejor a sus hijos. Asimismo al grado de instrucción de la madre, se tiene, 23.% (7 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 47% (14 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, y 30%(9madres) tienen un nivel de educación superior completa. Entonces se destierra la premisa que decía de manera equivocada que solo las de nivel de instrucción muy bajo no cuidan ni estimulan bien a sus niños.

La educación debe ser un medio para que la persona tenga formación idónea para ejecutar sus derechos e ideas. Debe recibir la información que “lo nutra” y no que lo mantenga como un receptor vacío y pasivo, a mayores conocimientos mayores y mejores capacidades, educaciones y soluciones de problemas.

Predomina entre la muestra de estudio un nivel de conocimiento medio sobre el cuidado del niño con tendencia a un nivel alto y solamente el 7% (2madres) tienen un nivel bajo. Analizando lo encontrado podemos decir que existe un nivel de conocimiento medio y no es del todo aceptable pero se puede considerar que un soporte educativo podría hacer que mejoren estos resultados ya que existe una tendencia de un nivel alto de conocimiento y muy pequeño porcentaje de la muestra de estudio con un nivel bajo.

CONCLUSIONES

- El conocimiento de las madres acerca sobre el cuidado del lactante, que acuden al puesto de salud, Genaro de Villa, Chorrillos, Lima – Perú 2013, es de nivel medio con tendencia de ser alto. Haciendo posible considerar que con un mejor soporte educativo puede cambiar de ser medio a un nivel alto.
- El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión alimentación, es de medio seguido de un nivel alto, lo cual es favorable para el crecimiento y desarrollo del niño.
- El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión desarrollo psicomotor es de nivel medio seguido de un nivel alto siendo importante que tengan conocimientos porque podrán observar la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Corresponde.
- El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión programa de inmunizaciones es de nivel medio, lo cual no permitirá que la madre acuda también por las vacunas necesarias para la prevención y con ello garantice un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer en el programa de atención del niño, la que las enfermeras puedan brindar la información necesaria a las madres para disminuir el riesgo de salud y retraso en el niño. Haciendo posible considerar que con un mejor soporte educativo puede cambiar de ser medio a un nivel alto.
- Se recomienda en cada atención integral al niño se considere el nivel de conocimiento de las madres acerca de los cuidados que debe tener con su niño, poniéndole más énfasis en la alimentación en el desarrollo psicomotor y la vacunación necesaria para favorecer el desarrollo integral del niño.
- Se recomienda que los padres coordinen con el personal de salud la, capacitación a las madres, familiares y personas a cargo de los niños para que los cuidados que brinden sean los más adecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johanna Paola Cardozo. Trabajo de grado .Colombia: Bogotá; 2008
2. Barragán, Charny Carucí, Ángela Duran Patricia. Proyecto de investigación. Venezuela Barquisimeto; 2006.
3. Haydee Morales, María Luisa Molano, Rosa González .Revista Electrónica de Portales Médicos.Com .Venezuela: Carabobo; 2008.
4. M. Ángeles Ponce Capitán. Matronas Profesión. España: Sevilla; 2005.
5. Valle Zevallos, María; Villanueva Alvarado, Cecilia, Nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre el cuidado del recién nacido y la influencia del programa educativo sobre dicho conocimiento en el Centro Médico Naval, 1995 LIMA-PERU.
6. Alcalá Negrón, Milagros Janet; Tomaylla Sáenz, María Silvia. Influencia de La Enseñanza del Cuidado Nutricional de Niños Menores de 5 Años en el Nivel de Conocimientos de las Madres Beneficiarias del
7. Ayala Medrano, Miriam del Pilar; Barrientos Camacuari, Patricia; Retis Aranda, Felícita Andrea, Nivel de conocimiento y actitudes en primíparas y múltiparas sobre los cuidados del recién nacido en el Hospital Nacional General Arzobispo Loayza – 1989 Lima-peru
8. ESPINOZA Córdova, Carmen; CONDO Quispe, Mauricio; OLIVARES Zacarias, Mirtha en su estudio Relación entre el conocimiento y la actitud de las madres adolescente sobre el cuidado del recién nacidos en el servicio de Neonatología en (INMP). Lima-Perú. 2008
9. Chapilliquen Pérez Joanna Elizabeth, en su estudio Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2007. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/chapilliquen_pj/pdf/chapilliquen_pj.pdf

10. PANFARCS .Perú /lima/Comas; 1997 Disponible En:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=309132&indexSearch=ID#refineBunge, M.> La ciencia su método y filosofía".Editorial Siglo XX.Buenos Aires. Argentina. Pág.23
11. Enfermería pediátrica. Períodos de edad en la infancia. Diferencias entre el niño y el adulto. Morbilidad y mortalidad infantil. Recién nacidos. Cuidados. Sala de maternidad. Sala de partos. Alimentación. Lactancia materna.Peru;1998
12. DIANE E, PAPALIO y Sally Wendkos Olds. Psicología, 6ta edición .Edit. Mc. Graw-Hill. México 1997 Pp 199
13. BUNGE, Mario Epistemología. Edit. Ariel. Barcelona. 1980
14. Formación en Estimulación Temprana e Iniciación del Segundo Idioma En Educación Infantil (España). Información En Cbet-Brisbane:
<http://www.cbet-brisbane.com/>
15. Composición de la leche materna. Disponible en:
http://www.natalbenlactancia.com/composicion_leche_materna
16. Calostro disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/nota/calostro>
17. Rhut A. Lawrence. Lactancia Materna. Ed. Mosby .Medicina Naturista. Composición y propiedades de la leche materna 2003
18. Beneficios de la lactancia materna.
<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia21.htm>
19. Foodtoday. Boletín del consejo europeo de información sobre la alimentación. Disponible en:
http://www.chilecrecesano.com/medios/Sabermas/Articulos_de_interes/Tipos_de_leche_EUFIC.pdf

20. Las vacunas diciembre. 2012 disponible en :
<http://www.materna.com.pe/Home/Articulos-materna-Home/Las-Vacunasa/Articulo/ItemID/3923/View/Details.aspx>
21. BEVERLY DUGAS Tratado de Enfermería Práctica. cuarta edición. CV México. Edit. Interamericana. 1995. Pp. 17.
22. Bandura, Albert. Teoría Cognoscitiva Social. BuenasTareas.com. Recuperado 06, 2011, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Resumen-Teoria-Cognoscitiva-Social-Albert-Bandura/2468102.html>
23. Mercer Ramona, Teoría del rol materno (1999) Teorías de Enfermería R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México. disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1107501&pid=S1695-6141201000030000400012&lng=es

RESÚMEN

El objetivo del estudio conocimiento de las madres acerca sobre el cuidado del lactante, que acuden al Centro de Salud, Genaro de Villa, Chorrillos, Lima – Perú 2013, es de nivel medio con tendencia de ser alto. Haciendo posible considerar que con un mejor soporte educativo puede cambiar de ser medio a un nivel alto.

El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión alimentación, es de medio seguido de un nivel alto, lo cual es favorable para el crecimiento y desarrollo del niño.

El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión desarrollo psicomotor es de nivel medio seguido de un nivel alto siendo importante que tengan los conocimientos necesarios porque podrán observar la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. El conocimiento de las madres sobre el cuidado del lactante en la dimensión programa de inmunizaciones es de nivel medio, lo cual no permitirá que la madre acuda también por las vacunas necesarias para la prevención y con ello garantice un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

Palabras claves: Lactante y crecimiento y desarrollo

ABSTRAC

The aim of the study knowledge of mothers about infant care, attending to the health, Genaro de Villa, Chorrillos, Lima - Peru 2013, is medium level tend to be high. Making it possible to consider that with better educational support can change from being average at a high level.

The knowledge of mothers about infant care in feeding dimension is medium followed by a high level, which is favorable for the growth and development of children.

The knowledge of mothers about infant care in the development dimension Psychomotor is medium level followed by a high level being important that they have the necessary knowledge that will see the acquisition of skills observed in the child continuously throughout the childhood. The knowledge of mothers about infant care in the dimension immunization program is medium level, which will not allow the mother also go for needed vaccines for the prevention and thereby ensure proper growth and development of children.

Keywords: Infant and growth and development.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | i |
| ABSTRAC | ii |
| ÍNDICE | iii |
| INTRODUCCIÓN | v |
| | |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | |
| 1.2.1. Problema General | 4 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 4 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | |
| 1.3.1. Objetivo General | 5 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 5 |
| 1.4. Justificación del estudio | 5 |
| 1.5. Limitaciones de la investigación | 6 |
| | |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del estudio | 7 |
| 2.2. Base teórica | 12 |
| 2.3. Definición de términos | 50 |
| 2.4. Variables | 51 |
| 2.4.1. Definición conceptual de la variable | 51 |
| 2.4.2. Definición operacional de la variable | 51 |
| 2.4.3. Operacionalización de la variable | 52 |
| | |
| CAPITULO III: METODOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 54 |
| 3.3. Población y muestra | 54 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 55 |
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento | 55 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos | 56 |
| | |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 57 |
| | |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 67 |
| | |
| CONCLUSIONES | 68 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 69 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| | |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida de un niño son fundamentales para su desarrollo físico, emocional y psicológico. Durante estos primeros doce meses, los cambios que experimentará el lactante son espectaculares, ya que duplicará su peso y su talla y crecerá más rápido que en toda su vida. Aunque todavía es muy pequeño, en estos primeros meses de vida comienza a forjarse su personalidad, empieza a desarrollar su inteligencia y aparecen las primeras bases del comportamiento.

Los niños crecen por etapas. Cada una de ellas lleva su tiempo y tiene su proceso. Estas etapas, unas veces son más rápidas y otras más lentas, pero todas son igual de importantes. Por este motivo, las madres deben saber disfrutarlas cada una en su momento y dar el cuidado que requiere el lactante. Los cuidados que son dados beneficiaran en todas las áreas del desarrollo beneficiando y formando la base de un adulto seguro y responsable de sus actos.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

ANEXOS

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | <p>dimensión desarrollo psicomotor de las madres que acuden al puesto de salud Genaro de Villa, chorrillos, 2013.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento acerca del cuidado del lactante en su dimensión programa de inmunizaciones de las madres que acuden al puesto de salud Genaro de Villa, chorrillos, 2013.</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> - Lugar de aplicación - Signos de alarma | |
|--|---|--|--|---|--|

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

INTRODUCCION

Buenos. Días, Mi nombre es ELIZABETH EUGENIA TICONA MAMANI, soy estudiante de la Universidad “ALAS PERUANAS” de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD.

El presente instrumento tiene con finalidad información de los conocimientos que tiene usted. Sobre el Cuidado del Lactante. Por consiguiente es muy importante y necesario que responda de una manera sincera. La información que usted pondrá es de manera anónima, desde ya le agradezco su valiosa información. La información que usted pondrá es de manera anónima desde ya le agradezco su valiosa información.

I. DATOS GENERALES:

Edad: (años cumplidos)

Grado de instrucción Primaria Secundaria
Superior

Estado civil: Soltera Conviviente Casada
Separada

Ocupación:
Ama de casa Estudiante Trabajo independiente
Trabajo dependiente:

II. Datos Específicos

1. La enfermera le explico sobre el Desarrollo y crecimiento de su niño según edad
Si No

2. La estimulación Temprana se puede:
 - a. Realizar semanalmente
 - b. Realizar solo durante sus controles en CRED
 - c. Realizar con él en cualquier momento
 - d. Realizar cuando el bebe juega solo.

3. Las áreas de desarrollo en el niño son :
 - a. Lenguaje, Motora, Coordinación.
 - b. Motora, Coordinación.
 - c. Lenguaje Coordinación, Motora y Social.
 - d. Lenguaje, Coordinación.

4. El bebe desarrolla su lenguaje cuando:
 - a) Repite e imita palabras que le dicen le dicen sin tartamudear
 - b) Llora cuando hay algo que le molesta
 - c) Pronuncia palabras cortas como da - ma - pa
 - d) Pronuncia sonidos, luego palabras cortas, hasta comprender y comunicarse con los demás.

5. ¿Qué se debe hacer para mejorar el desarrollo del lenguaje del bebe?
 - a) Evitar pedirle las cosas con la que está jugando
 - b) Nombrarle las partes de su cuerpo cuando lo bañas
 - c) Hablarle y acariciarle suavemente
 - d) Sacarle a pasear a lugares diferentes

6. ¿Qué se debe hacer para mejorar el desarrollo de su bebe con los demás?
 - a) Mencionarle el nombre de las personas y objetos que le rodean
 - b) Hablarle y acariciarlo suavemente mientras duerme
 - c) Sacarle a pasear a diferentes lugares
 - d) Cogerle de las dos manos para que pasitos

7. ¿Qué se debe hacer para mejorar el desarrollo del control de sus movimientos de su bebe?
- a) Permitirle jugar con otros niños de su edad
 - b) Ayudarle a parase apoyándolo en el mueble
 - c) Pedirle los objetos que tiene en su mano
 - d) Evitar que este frente al espejo y dejar que se mire
8. ¿A partir de qué edad el niño eleva la cabeza?
- a) Al mes
 - b) 2 meses
 - c) 3 meses
 - d) 5 meses
9. ¿A partir de qué edad se debe parar solo el niño?
- a) 10 meses
 - b) 11 meses
 - c) 12 meses
 - d) 5 meses
10. ¿Desde qué edad el niño debe empezar a caminar?
- a) A los 6 meses
 - b) A los 11 meses
 - c) Al año
 - d) 5 meses
11. ¿A qué edad debe sentarse sólo el niño?
- a). A los 5 meses
 - b). A los 6 meses
 - c). A los 9 meses
 - d). A los 2 meses
12. De las opciones cual es un beneficio de la lactancia materna
- a. El niño está más propenso a tener anemia
 - b. El niño no tiene un crecimiento adecuado con lactancia materna
 - c. Contiene todos los nutrientes y agua que necesita.
 - d. No contiene nada
13. ¿Cada qué tiempo tiene que dar de lactar a su bebé?
- a) Cada vez que el niño lllore
 - b) Cada 2 horas
 - c) Cada 4 horas

d) cada hora

14. ¿Hasta qué edad debe dar lactancia materna exclusiva a su bebé?

- a) Hasta los 4 meses
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 9 meses
- d) Hasta los 2 años

15. ¿Qué tipo de alimento se debe dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?

- a) sopas
- b) purés y mazamorras
- c) sopas y jugos
- d) comida de la olla familiar

16. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño?

- a) aplastados
- b) licuados
- c) líquida
- d) en trozos

17. ¿Qué combinación cree Ud. que es adecuada para el almuerzo de su niño?

- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + hígado + mate de hierba
- c) puré de papa + agua
- d) caldo de hueso de res + jugo de frutas

18. ¿Qué alimento debe agregar a la alimentación del niño de 8 meses de edad?

- a) Cítricos
- b) Clara del huevo
- c) $\frac{3}{4}$ de yema de huevo
- d) Pescado

19. ¿Qué tipo de alimento debe consumir el niño de 12 meses de edad?

- a) Continuar con los purés
- b) Sopas
- c) Comida de la olla familiar y leche materna
- d) Leche materna y purés

20. A qué edad el yogurt se introduce a la dieta de su bebe

- a) A los 2 meses
- b) A los 3 meses
- c) A los 8 meses
- d) A los 12 meses

21. Si su niño presenta diarrea, Ud.

- a) Le quita el pecho y le da agüitas.
- b) Le da leche materna más suero oral.
- c) Le da leche materna solamente.

22. Cada cuanto tiempo debe realizar el aseo del niño

Diario Interdiario

23. Se debe de realizar el aseo de la Boca

Sí No

Inmunización

24. ¿Cómo actúan las vacunas en el niño menor de un año?

- a) Introducidos en un organismo sano estimulan la producción de anticuerpos o sea, de “defensas” frente a las enfermedades.
- b) Esta inmunidad no dura mucho, desaparece en el primer año.
- c) No protegen por mucho tiempo.
- d) Los enferma.

25. La vacuna Hepatitis B

- a) La primera dosis debe administrarse dentro de las 12 horas, 2 meses y 6 meses.
- b) La primera dosis dentro de 6 horas y luego a los 3 meses, y al año.
- c) Dentro de las 2 horas, a los 2 meses y 6 meses.
- d) A los 2 meses.

26. La vacuna B.C.G.

- a) Se coloca en el recién nacido para evitar la tuberculosis meníngea y la tuberculosis miliar.
- b) Se coloca en el recién nacido para evitar resfríos.
- c) Se coloca en el 2° mes para evitar tuberculosis meníngea y la tuberculosis miliar.
- d) Se coloca en el recién nacido para evitar diarreas.

27. La vacuna contra el Polio se aplica a los:
- a) 2, 3 y 4 meses.
 - b) 1, 5, y 7 meses.
 - c) 2, 6 y 11 meses.
 - d) 4, 6 y 8 meses.
28. ¿Por qué es importante la vacuna de la polio?
- a) Evita la osteomielitis.
 - b) Evita el tétano.
 - c) Evita la poliomielitis.
 - d) Diarreas.
29. La vacuna Pentavalente protege contra
- a) 5 enfermedades (difteria, tos ferina, tétanos, influenza tipo b y hepatitis B)
 - b) 2 enfermedades (difteria, tos ferina).
 - c) 4 enfermedades (difteria, tos ferina, tétanos, influenza tipo b.
 - d) 1 enfermedad (hepatitis B).
30. La vacuna Pentavalente Se administra a los:
- a) 2, 4, 6 y 18 meses
 - b) 2, 3 y 4 meses
 - c) 1, 5, y 7 meses
 - d) 4, 6 y 8 meses
31. Conoce usted las enfermedades más comunes en los niños
- Si No
32. Sabe usted que cuidados tener
- Si No
33. Conoce usted cuáles son las medidas de Prevención de las enfermedades
- Si No
34. ¿A qué edad un niño debe recibir la vacuna contra el sarampión?
- a) A los seis meses.
 - b) Al año.
 - c) A los 18 meses.
 - d) 3 meses

35. La vacuna neumococo protege contra:

- a) Neumonía
- b) Influenza
- c) Fiebre amarilla
- d) Tos convulsiva

36. La vacuna Rotavirus protege contra:

- a) La diarrea severa en niño menor de un año.
- b) Tos persistente
- c) Fiebre
- d) Neumonía

Muchas gracias

ANEXO 3



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TABLA BINOMIAL DE JUECES EXPERTOS

INSTRUMENTO:

CUESTIONARIO

| JUECES | INDICADORES | A | B | C | D | E | F | G | TOTAL | Proporción de Concordancia (P) |
|---|--|------|------|------|------|------|------|------|-------|--------------------------------|
| CRITERIOS | | | | | | | | | | |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | 0.6 | 0.7 | 0.6 | 0.69 | 0.8 | 0.74 | 0.79 | 4.92 | 0.70 |
| 2. OBJETIVO | Está expresado en capacidades observables | 0.55 | 0.66 | 0.62 | 0.7 | 0.8 | 0.79 | 0.88 | 5 | 0.71 |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación | 0.6 | 0.7 | 0.68 | 0.7 | 1 | 0.9 | 0.94 | 5.52 | 0.79 |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica en el instrumento | 0.51 | 0.7 | 0.64 | 0.7 | 0.75 | 0.93 | 0.8 | 5.03 | 0.72 |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación | 0.6 | 0.66 | 0.64 | 0.63 | 1 | 0.95 | 0.9 | 5.38 | 0.77 |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación | 0.55 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 1 | 0.8 | 0.9 | 5.35 | 0.76 |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos de conocimiento | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.67 | 0.95 | 0.83 | 0.9 | 5.35 | 0.76 |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones | 0.6 | 0.7 | 0.64 | 0.7 | 0.95 | 0.9 | 0.94 | 5.43 | 0.78 |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación | 0.6 | 0.66 | 0.68 | 0.62 | 0.95 | 0.9 | 0.95 | 5.36 | 0.77 |
| TOTAL | | 0.58 | 0.69 | 0.66 | 0.68 | 0.91 | 0.86 | 0.89 | | 6.76 |
| Es válido si P es ≥ 0.60 | | | | | | | | | | P= |
| | | | | | | | | | | 0.75 |

ANEXO 4

KUDER RICHARDSON (KR 20)

$$Kr_{20} = \frac{n}{n-1} \times \frac{V_t - \sum p \times q}{v_t}$$

- En donde:
- r = Coeficiente de confiabilidades.
- N = Número de ítem que contiene el instrumento.
- V_t = Varianza total de la prueba.
- $\sum p \times q$ = Sumatorio total de la varianza individual de los ítem

$$Kr_{20} = \frac{47}{46} \times \frac{12.44 - 6.297}{12.44}$$

Instrumento confiable >0.50