

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**“SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE LA ENFERMERA QUE
ATIENDE A LACTANTES CON MALTRATO FÍSICO.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

LIC. LORENA CERBADA GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

MÉXICO, D. F.

MAYO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en particular a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por su apoyo brindado y la confianza que me brindaron para la realización de la maestría.

DOCTORA MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

Por la paciencia dedicada, por la comprensión brindada para la culminación de este trabajo, los apoyos de material para la realización de esta tesis.

**DR., MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ., MTRA. DULCE MARÍA GUILLEN
CADENA., DRA. ELVIA TARACENA RUÍZ., DR. SALVADOR SAPIEN**

Por su apoyo brindado en el camino de la maestría, su paciencia para revisar mi trabajo.

A MIS AMIG@S

Que estuvieron en las buenas y las malas durante la maestría las que me apoyaron Lucy, Fátima y Miguel.

A mis compañeras de trabajo y amigas por su apoyo brindado durante todo este proceso Gina, Sara A., Sara E., Carolina, Mary, Alma, Nancy, Eva, Miriam, Mónica.

Y a todos los que me rodearon durante mi transcurso de la maestría, a los que me apoyaron en este proceso, gracias.

DEDICATORIAS

No se vive sin la fe. La fe es el conocimiento del significado de la vida humana. La fe es la fuerza de la vida. Si el hombre vive es porque cree en algo, y yo creí en Dios por darme fe, darme la vida y tener la oportunidad de seguir preparando viviendo estos momentos en mi vida en lo profesional y en lo personal.

A MIS PADRES

Enrique y Mely por todo su apoyo brindado en toda mi carrera, por darme la oportunidad seguir estudiando, por ayudarme a cada segundo, cuando decaía ellos estaban para levantarme, gracias a ellos que he llegado hasta aquí, este momento maravillo de mi vida profesional y personal.

MI HIJA

María Fernanda Sánchez Cerbada

En el último año de la maestría estuve embarazada caminando largos caminos con ella, estudiando y desvelándome, ella estaba ahí, escuchando cada paso que daba, sintiendo mi estrés, ella es mi vida, mi luz y mi esperanza de seguir luchando.

MI ESPOSO

A mi esposo y amigo Omar por su paciencia, por su ayuda y por su amor que me dedica diario.

MIS HERMANOS

A mis hermanos Maritza y Luis por su apoyo por estar ahí cuando más los necesitaba, por iluminarme el camino.

INDICE

Resumen/Abstract	7
Introducción	8
Objetivos	11

CAPITULO I.

SOBRE EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.- Lactante	13
2.- El marco jurídico internacional de los derechos de la infancia	14
2.2.- El marco jurídico mexicano de los derechos de la infancia	16
3.- Formación de enfermería	18
3.1 Los orígenes de los cuidados de enfermería	19
3.2.- Los cuidados en las primeras civilizaciones	21
3.3.- Los cuidados en el mundo clásico	23
3.4.- Institucionalización de los cuidados de enfermería: la ayuda y los cuidados de enfermería en el cristianismo	24
3.5.- El retroceso de los cuidados de enfermería	25
3.6.- La aportación Nightingale a la enfermería	26
3.7.- Antecedentes de la formación de enfermería en México	27
3.8.- Avances de enfermería como profesión	28
4.- Maltrato infantil	30
4.1.1.- El maltrato físico	30
4.1.2.- Negligencia o abandono	31
4.1.3.- Maltrato emocional	31

CAPITULO II.
REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1.- Abordaje cualitativo	44
2.2.- El cuidado y la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	44
2.2.1.- Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	47
2.2.2.- El metaparadigma de enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	49
2.2.3.- Conceptualización de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	50
2.2.3.1 .- Interacción enfermera- paciente	50
2.2.3.2.- Campo fenomenológico	50
2.2.3.3.- Relación de cuidado transpersonal	51
2.2.3 4.- Momento de cuidado	52
2.3.- Interaccionismo Simbólico	53
2.3.1.- Aspectos teóricos del interaccionismo simbólico	55
2.3.2 .- Aspectos metodológicos del interaccionismo simbólico	56
2.4.- Aspectos éticos y legales de la investigación	58

CAPITULO III.
DESARROLLO METODOLÓGICO

3.1.- Lugar de estudio	61
3.2.- Sujetos de estudio	67
3.3.- Recolección de datos	68

3.4.- Tratamiento y análisis de los datos	70
---	----

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Caracterización de las enfermeras	75
4.2.- Descripción personal de cada una de las enfermeras	75
4.3.- Descripción de las categorías	80
4.4.- Los elementos en la construcción del Significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico.	92

CAPITULO V.

Consideraciones finales	93
Referencias Bibliográficas	99
Anexos	110

ABSTRACT

Introduction: This work arises before the need to provide comprehensive care to the infant with physical abuse on the basis of the theory and science of caring for Jean Watson which speaks of care and play our positive or negative feelings to the understanding of a problem we are faced Recognizing our responsibility, providing care that is no different to a child that is not abused and being that nursing has an important role in the meaning of care and comprehensive care of the infant and family especially in situations of social risk in coordination with the other institutions involved in their care and follow-up. **Methodology:** qualitative study based on the theoretical framework - referential of the symbolic interaction the theory of human caring for Watson was conducted with five nurses from the National Institute of Pediatrics (I.N.P. Instituto Nacional de Pediatría), by means of a semi-structured interview. **Results:** the topics found dedication to the job, commitment of care, responsibility for the human being, concern for quality of care and the social problem. **Final considerations:** Nursing needs a humanistic development to return it to focus on its role of care in care and support for abused infants, an intended act and actions based on knowledge for the welfare of others.

Key words: care nursing - meaning of care

RESUMEN

Introducción: Este trabajo surge ante la necesidad de brindar un cuidado integral al lactante con maltrato físico, tomando como base la teoría y ciencia de cuidado de Jean Watson, la cual nos habla del cuidado y el juego de nuestros sentimientos positivos o negativos ante la comprensión de un problema, que nos enfrentemos reconociendo nuestra responsabilidad, brindando un cuidado que no sea diferente al de un niño que no es maltratado. Y siendo que enfermería, tiene un papel importante en el significado del cuidado y la atención integral del lactante y familia, especialmente en situaciones de riesgo social, en coordinación con el resto de instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento. **Metodología:** estudio

cualitativo basado en el marco teórico-referencial del interaccionismo simbólico, la Teoría del cuidado humano de Watson, se realizó con 5 enfermeras del Instituto Nacional de Pediatría, por medio de una entrevista semiestructurada. **Resultados:** las temáticas encontradas; dedicación por la profesión, compromiso del cuidado, responsabilidad por el ser humano, preocupación por el problema social y calidad del cuidado. **Consideraciones Finales:** La Enfermería necesita una evolución humanística, que la vuelva a centrar en su función de cuidar, en la atención y apoyo a lactantes maltratados, una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento para el bienestar de los demás.

Palabras clave: cuidado de enfermería, significado del cuidado.

INTRODUCCION

El maltrato infantil es, sin duda alguna, uno de los problemas más graves a los que se enfrenta la población tan desprotegido y vulnerable como son los niños. Todos y cada uno de nosotros (as) tenemos la obligación, como personas del área de la salud y responsables, de velar para evitar que conductas tan perjudiciales que puedan producirse y evitar que los más pequeños sean agredidos tanto física como psicológicamente.¹

Es importante que enfermería se asome a ver esta parte de atención oportuna en la institución; entender y apoyar las necesidades del lactante y su familia, antes

de llegar a estancias legales casas cuna u hogares, hay que evitarlo. Watson nos dice “las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad. Los entornos internos incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además otras variables externas como confort, privacidad, seguridad y los entornos estéticamente agradables.”²

Se ha observado en el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.), que en enfermería falta más el conocimiento sobre la atención en el lactante maltratado, ya que es un problema social que ha surgido en la actualidad.

Siendo que los profesionales de enfermería nos enfrentamos a un problema social que supera la simple atención profesional y constituye un ejemplo evidente de actuación integral, multidisciplinaria. Tiene la responsabilidad directa en la misma medida que en la atención a otros problemas de salud, siendo en algunos casos el agente que interviene, por lo que corresponde tomar decisiones como hacer la denuncia, a la que están obligados aunque solo exista sospecha.

Hoy en día, los maltratos en la infancia no son un fenómeno desconocido, ni novedoso para los profesionales sanitarios y para el resto de la población. A pesar del avance en el reconocimiento y atención en el problema, en la actualidad se requiere profundizar en el conocimiento del diagnóstico, intervención y efecto de los maltratos infantiles.

Ya que es un problema de difícil abordaje científico a nivel mundial, debido a, la falta de una definición universalmente aceptada, y la variedad de códigos morales en los distintos países. Por lo que, es complejo disponer de un registro de casos y un sistema de Vigilancia Epidemiológica para conocer la dimensión del problema.

No obstante, son pocos los programas que se han evaluado con rigor, existen lagunas en el conocimiento y se necesitan investigaciones, sobre las estrategias para la atención y prevención del Maltrato Infantil (M.I.) en específico el Maltrato Físico, mitigando sus consecuencias.

Por lo tanto, todo niño maltratado tiene derecho a vivir una vida como cualquier otro niño y se le debe de dar la ayuda necesaria para poder superar este problema.³

Pero ¿Qué es un niño? Es un ser independiente, psicoafectivo y biológico, con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo, que tiene una familia, una comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenecen, de donde hereda factores sociales, culturales, económicos y políticos. Como se representa en la imagen 1. Para su estudio se requiere partir de sus derechos y de un enfoque integral e interdisciplinario.⁴



COMUNIDAD

Imagen 1. Tomado: Definición niño/a. Cipriano C. La niñez, la infancia y la comunidad. Edit. OPS, 2000.

Tomando en cuenta el concepto de niño, se considera que todo niño en la etapa que se encuentre es muy importante su desarrollo, la educación y el respeto de sus derechos como: (recién nacido (0-30 días) , lactante (30 días a 24 meses de edad) , preescolar (2-6 años), escolar (6-12 años), adolescentes (12^a18 años).⁵

Como personal de la salud que estamos en contacto con niños hospitalizados y maltratados físicamente, dar una atención, identificando las necesidades del lactante, conocer las necesidades de la enfermera para brindar un cuidado al lactante.

Ante esta problemática surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico?

OBJETIVOS

General

- ✚ Analizar el significado del cuidado de las enfermeras que atiende a los lactantes con maltrato físico hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría.

CAPITULO I

SOBRE EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Para adentrarnos en el maltrato infantil es importante también considerar que es un lactante para continuar con la descripción del objeto de investigación

1.- El lactante

Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 30 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos subperíodos.⁶

- Lactante Menor: desde los 30 días de nacido hasta los 12 meses de edad.
- Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

Desarrollo del lactante

Desarrollo físico o biológico, que puede ser observado por los parámetros:

a) **Incremento de peso**, características: 1. Existe una pérdida de peso en la 1ª semana. 2. En el primer semestre aumenta de 200 a 500 grs semanales, siendo fundamental en esta época para saber si está bien nutrido o si padece alguna enfermedad. 3. En el 2º semestre el aumento es de 150 a 175 grs semanales. b)

Incremento de talla, características: La talla aumente de 73 a 75 cm al año, alcanzando el metro en esa época. c) **Perímetro craneal**, que da los parámetros de maduración ósea: 1. El perímetro cefálico al nacer es de 34 cm. 2. El aumento en el primer semestre es de 1,5 cm por mes. 3. A partir del 2º semestre aumenta 0,5 al mes. d) **Cierre de suturas craneales**.

1. El cierre de las fontanelas se da el posterior a las 6 u 8 semanas y el anterior a los 18 - 20 meses. 2. Para comprobar su estado se realiza la prueba de TABES. 3. Si su cierre es antes de lo previsto es una craneosinostosis. 4. Los problemas de hipotiroidismo o raquitismo afectan al cierre correcto.

Crecimiento general

Predicción de la talla: Se puede realizar mediante una Radiografía de la muñeca, donde se aprecia la mineralización. Con las tablas de percentiles para peso y talla.

El **aparato digestivo** empieza su desarrollo a partir del tercer mes hasta los 2 años

El **sistema respiratorio**: Tiene un desarrollo mayor de los pulmones frente a las vías respiratorias altas, siendo la respiración abdominal. Tiene de 30 a 40 respiraciones por minuto, disminuyendo, en conjunto con la Frecuencia cardíaca.

El **sistema renal** no funciona plenamente hasta los 2 años.

El **sistema muscular** se desarrolla de zonas proximales a zonas distales.

La **presión arterial** va aumentando según aumenta el tono en el ventrículo.

Izquierdo, empezando con 50-80, con un 20 más o menos de amplitud. La **digestión** no es efectiva hasta los 2 años.

Sistema inmunitario: hasta los 4 ó 5 meses funciona con los antígenos de la madre, hasta los 8 meses que empieza a sintetizar sus inmunoglobulinas.

Sistema circulatorio: El sistema hematopoyético empieza a funcionar a los 5 a 6 meses de vida, existiendo a los 3 meses una anemia fisiológica del lactante.

Cambios en los sentidos: Los van desarrollando poco a poco, algunos más rápidamente que otros.

Agudeza visual: es el que más tarda en desarrollarse: hasta 6 meses no realiza la visión binocular y la profundidad, o estereopsis, hasta los 7 meses.

Dentición, en su forma de brotar pueden indicar la mineralización ósea del lactante: Incisivos medios a los 6-8 meses. Incisivos laterales en el 10-12 mes. Primeros molares en el 13-14 mes. Caninos en el 18-24 mes. Segundos molares en los 24 a 30 meses.

2.- El marco jurídico internacional de los derechos humanos de la infancia

Las Naciones Unidas establecieron, a nivel internacional, la noción de los derechos humanos cuando aprobaron, en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos. A partir de la Declaración se reconoce que todos los derechos humanos son inalienables, universales, indivisibles, están mutuamente relacionados y son interdependientes.

Aunque esta Declaración no forma parte de la Ley internacional vinculante, su aceptación por parte de todos los países del mundo supone una adherencia al principio fundamental de que todos los seres humanos deben ser tratados con igualdad, y es preciso respetar los derechos que poseen de manera inherente.

Los derechos de la niñez comienzan a perfilarse justamente desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En su artículo 25, la Declaración señala que la infancia y la maternidad tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, y que todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Los derechos de la infancia.

Los derechos de las niñas y los niños, que en virtud de la Convención dejan de pertenecer a la esfera del ámbito privado, para convertirse en una obligación que además de los responsables primarios del niño también compromete al Estado y a la comunidad, ya no en su forma subsidiaria sino de forma directa son:

- Derecho a la protección
- Derecho a la vida
- Derecho al nombre, a la nacionalidad, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos
- Derecho a expresar libremente su opinión
- Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión
- Derecho a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas
- Derecho a ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que le afecte
- Derecho a no ser separado de sus padres
- Derecho a ser adoptado
- Derecho a tener protección y asistencia especiales por parte del Estado
- Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
- Derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social
- Derecho a la educación
- Derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural
- Derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes
- Derecho a obtener el estatuto de refugiado
- Derecho a ser protegido contra todas las formas de explotación y abuso sexual
- Derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Asimismo, a no ser privado de su libertad ilegal

o arbitrariamente. A ser tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana Derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción

2.2.- El marco jurídico mexicano de los derechos de la infancia

En el año 2000, el Congreso de la Unión aprobó una adición al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con la cual se elevaron a rango constitucional los derechos de los niños, acto significativo al ser la Constitución nuestro máximo documento normativo.

Actualmente el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de las niñas y los niños a satisfacer sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Reconoce el deber de ascendientes, tutores y custodios de preservar estos derechos. Establece la obligación del Estado de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, así como de otorgar facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Gracias a la reforma constitucional, pudo crearse la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual parte de que se debe proteger el ejercicio de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, tanto en el ámbito público como privado.

La mencionada Ley conceptualiza como niñas y niños a las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años. A partir de lo anterior desarrolla una amplia gama de derechos a los que da contenido, basándose en los siguientes principios:

- A. El del interés superior de la infancia
- B. El de la no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia

- C. El de igualdad sin distinción ninguna índole
- D. El de vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo
- E. El de tener una vida libre de violencia
- F. El de corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad
- G. El de la tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales.

Los derechos reconocidos en esta Ley son:

- Derecho de prioridad (artículo 14)
- Derecho a la vida (artículo 15)
- Derecho a la no discriminación (artículos 16 a 18)
- Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo psicofísico (artículo 19)
- Derecho a ser protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual (artículo 21)
- Derecho a la identidad (artículo 22)
- Derecho a vivir en familia (artículos 23 y 24)
- Derecho a ser adoptado (artículos 25 al 27)
- Derecho a la salud (artículo 28)
- Derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad (artículos 29 al 31)
- Derecho a la educación (artículo 32)
- Derechos al descanso y al juego (artículos 33 al 35)
- Derecho a la libertad de pensamiento (artículo 36)
- Derecho a una cultura propia (artículo 37)
- Derecho a participar (artículos 38 al 42).
- Derecho al debido proceso en caso de infracción a la Ley Penal (artículos 44 al 47).

El Maltrato Infantil es una de las principales causas de lesiones y la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de la vida, excluyendo el periodo neonatal. Sin embargo, pasa desapercibido en la comunidad, e incluso a la propia familia que lo considera “normal”, propio de la educación del menor, por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos. Tradicionalmente, la cultura de la

violencia contra la infancia está presente en la vida cotidiana, sin embargo, no es reconocido como tal, se acepta como parte del orden social establecido, y va en aumento.

Para que se pueda ampliar nuestra visión sobre el objeto de investigación es fundamental hacer consideraciones sobre aspectos de la formación profesional y aspectos socioculturales de la enfermera.

3.-Formación de Enfermería

Los cuidados de enfermería, con una concepción dinámica y reflexiva que nos ayude a construir el futuro. Habremos de remontarnos para ello a las prácticas cuidadoras, que en todas las etapas han estado ligadas a la conservación de la especie humana.

Las prácticas de cuidados relacionadas con los determinantes espacios y tiempos, han sido asumidas de forma preferente por la mujer a lo largo de la historia, primero en el ámbito doméstico y después en otros ámbitos. Existiendo por tanto un paralelismo entre la evolución del papel de la mujer en la sociedad y el de los cuidados, ha sido considerada como *"el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos"*⁸

Podemos decir que los elementos del cuidado han sido una constante histórica ya que desde el comienzo de la humanidad surgen con carácter propio e independiente para asegurar la continuidad de la vida y enfrentarse a la enfermedad y la muerte.

En este sentido la significación histórica de los "cuidados", es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables, sin relegar las adaptaciones coyunturales oportunas.⁹

En este momento es necesario iluminar, a la luz de la historia el *"contenido propio"* de nuestra disciplina, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado, cómo, donde, por qué y para qué.¹⁰

3.1. LOS ORÍGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los auténticos orígenes de la enfermería se pierden en el principio de los tiempos. Las actividades más primitivas para, "*dar cuidados*", era una noción ligada a cualquier forma de vida y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida.¹¹

Cuidar es por tanto "*conservar la vida*, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones"¹²

Aplicar un punto de vista histórico a los orígenes de las actividades de cuidar, supone remontarnos a las constantes de civilización derivadas de las necesidades básicas del ser humano. Es difícil identificar y describir de forma adecuada los orígenes precisos de la enfermería, ya que no sabemos prácticamente nada de la actividad de las enfermeras en la prehistoria.

Los hombres del período Paleolítico, esencialmente cazadores, que habitaban al aire libre o en cuevas después de haber conseguido el dominio del fuego, configurarán una organización social, unas ideas mágico-religiosas, unas prácticas alimentarias y de conservación de la especie distintas a las de los hombres del Neolítico que conocían la agricultura, la cerámica y vivían en un lugar fijo.

La revolución Neolítica, se caracteriza por el paso de la depredación a la producción y nos sitúa en las coordenadas de las "*prácticas de los cuidados*" o de la actividad de cuidar, que se encuentran inmersas en el grupo y se encuentran desprovistas de premeditación e individualidad.¹³

Uno de los descubrimientos Paleolíticos fue el fuego, que tuvo una gran influencia sobre los elementos básicos que constituyen la práctica de los cuidados, ya que su uso modifica materia y alimentos, lo que junto al calor y la luz contribuye a la conservación del grupo y la especie objeto de estas actividades, sin olvidar las connotaciones mágico-religiosas que le da la transformación social.

Progresivamente se van incorporando a la práctica de los cuidados elementos psicológicos y culturales deslizados de las prácticas intuitivas, los cuidados

comenzaron a ejercerse según un plan, utilizando medios conscientemente útiles basados en el conocimiento de las condiciones naturales del grupo el medio y los fenómenos climatológicos.

Podemos decir que en el "*concepto prehistórico de ayuda*" se incluye un cierto grado de individualización y planificación.¹⁴

Los orígenes de las prácticas de cuidados se relacionan directamente con las actividades de alimentación y de conservación del grupo, ligadas a los aspectos de supervivencia descubiertas por tanteos, ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del "*saber hacer*" del "*saber usar*" que elaborándose y desarrollándose constituye un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo.¹⁵

Las diferencias y peculiaridades biológicas, determinan en ésta época la participación y el reparto de actividades, lo que nos lleva a una actividad de cuidar, las características biológicas femeninas, a las que se asignaban actividades como:

- . El mantenimiento del fuego, preparación de alimentos, calor y prácticas para promover bienestar y alivio.
- . La recolección de vegetales, lo que implica selección de alimentos y obtención de conocimiento relacionado con sus propiedades y por tanto con los cuidados.
- . El cuidado de las gestantes, de los partos y la prole para garantizar la continuidad de la especie y la vida.

De este modo se fue generando un amplio "*cuerpo de conocimientos*" basado en principios activos de las diferentes especies vegetales que podían ser utilizadas de diferentes formas, las plantas constituyeron la base de todas las prácticas curativas y cuidadoras mejorando la actividad desarrollada por las mujeres. Así el saber empírico que se configura mediante la práctica de estas tareas asignadas establece el valor social de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres de las primeras comunidades prehistóricas.¹⁶

Posteriormente se abrió las puertas al mundo espiritual. De esta forma la creencia en espíritus buenos y malos influyó decisivamente en el desarrollo de los

conocimientos, lo que a su vez fue determinando el campo de actuación de las "prácticas de cuidados femeninos" que se relacionan con la gestación, parto amamantamiento, protección de la prole, alimentación y cuidado general del grupo.¹⁷

3.2. LOS CUIDADOS EN LAS PRIMERAS CIVILIZACIONES

La información sobre la práctica de los cuidados en las primeras civilizaciones, proviene fundamentalmente de los papiros, escritos sobre los siglos XX y XV a C.¹⁸

Muchos de ellos conjugan invocaciones mágicas, exorcismos, rituales sagrados y concepciones astrológicas, mezcladas con prescripciones racionales y claros conocimientos higiénicos y quirúrgicos.

Podemos clasificarlos en dos grupos:

* Papiros cuya información se refiere a campos concretos de la salud.

* Papiros con textos apartados.

LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS EN LOS PAPIROS

PAPIRO	LOCALIZACIÓN Y CONSERVACIÓN	CONTENIDOS
EBERS	TEBAS 1.550 a C. UNIVERSIDAD DE LIEZPZIG	<ul style="list-style-type: none"> * Cuidados de la piel y el cabello, dientes y lengua. * Preparados caseros contra la peste. * Consideraciones sobre la vida, la salud y la enfermedad. * Uso del aceite de castor, la trementina, la granada, el aceite de ricino...
CHESTER BEATTY NUMVI	1.300 a C. BRTISH MUSEUM	<ul style="list-style-type: none"> * Numerosos hechizos relacionados con los cuidados.
EDWIN SMITH	TEBAS 1.500 a C. ACADEMIA DE NUEVA YORK	<ul style="list-style-type: none"> * Libro de las heridas. * Técnica de vendajes, reducción, entablillamiento y suturas. * Ocho encantamientos para exorcizar el viento y la plaga del año. * Cuidados de la piel y descripción de la extracción del aceite de genogreco.
HEARST	DEIR DE BALLAS 1.550 a C. UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA	<ul style="list-style-type: none"> * Selección detallada sobre el postramiento que producen las fracturas y sus consecuentes cuidados. * Cuidados de las quemaduras.
KAHOUN	ILAHUM 1.850 a C.	<ul style="list-style-type: none"> * Aspectos relacionados con las drogas,

			fumigaciones, pastas y aplicaciones vaginales.
LONDRES	1.350 a C.	BRITISH	* Cada receta se acompaña de un encantamiento, como el " <i>Encantamiento para madre y niño</i> "
RAMESSEUM	1.950 a C.		* Trata fundamentalmente de la reducción de los miembros rígidos.

El conocimiento sobre el cuidado tenía el pueblo Egipcio era amplio, se realizaba en el ámbito doméstico, por lo que generalmente era practicado por las mujeres, sirvientes y esclavos, a excepción de las recetas compuestas por las reinas, que fueron recogidas en los textos egipcios.

El estatus de la mujer egipcia era más elevado que en otros países orientales, disfrutaban de libertad y dignidad considerables y dentro del hogar tenían una posición de autoridad e importancia. A través de los manuscritos sabemos que los varones no practicaban la obstetricia, campo que estaba en manos de las parteras.

3.3. LOS CUIDADOS EN EL MUNDO CLÁSICO

En la Grecia antigua, el conocimiento mítico de las cosas, da paso al desarrollo de la razón.

A pesar de que la "inteligencia de las manos" haya estado practicando los cuidados desde el comienzo de la vida del hombre en el planeta, sólo recientemente ha vuelto a incorporar el logos a la naturaleza de los "*actuales cuidados de enfermería*". Parece ser que los cuidados practicados en la Grecia clásica no participaron de los cambios que afectaron a otras disciplinas, siguieron enmarcados en las coordenadas mágico-religiosas, en el ámbito doméstico, con algunas incursiones a nivel institucional.¹⁹

Los cuidados en los templos como el de Esculapio, siguieron una orientación mística y delegada de la "*medicina natural*" a consecuencia de los remedios naturales y sobrenaturales suministrados en estos establecimientos de salud. El asistente o servidor citado en los escritos hipocráticos era quien realizaba las prácticas enfermeras y actuaba por delegación, puesto que el papel de la mujer en

la Grecia antigua se limitaba al ámbito del hogar, por lo que en el terreno de los cuidados aparecen como amas de cría y parteras empíricas.²⁰

La mujer es representada por la figura de Panacea, seleccionando hierbas medicinales, ayudando a los enfermos con los sacerdotes del templo y con los heridos en los relatos homéricos, donde encontramos las primeras referencias escritas sobre la concepción de la salud en la Grecia Clásica.²¹

Habría que añadir el desprecio griego por las actividades manuales, lo que explica la escasa importancia social que para el mundo clásico tuvieron los cuidados de enfermería.

Fueron aprendidos en condiciones de desventaja, no fue posible introducirlos bajo la óptica de la filosofía natural ya que quienes lo practicaban, las mujeres, eran consideradas jurídicamente menores y sin posibilidad de desarrollo intelectual y en el caso de los esclavos y siervos como "objetos jurídicos", sobre los que se tenía la propiedad.

Esta situación hizo más difícil la existencia de referencias escritas lo que limitaba el estudio de los cuidados.

La mentalidad griega supuso un perjuicio evidente para el progreso de la "*Ciencia de los Cuidados Enfermeros*". Para que la Enfermería comenzara a tomar cuerpo científico, faltaba un elemento catalizador que permitiera su desarrollo y este agente no llegó hasta que las condiciones sociales que permitían la esclavitud y la inferioridad femenina fueron retrocediendo paulatinamente.²²

En la Roma pagana los "*Nosocomios*" o subalternos, actuaban como enfermeros en las "*Valetudinarias*", hospitales situados en el campo de batalla. Estos "*nosocomios*", dieron lugar a otra forma de ejercicio distinta a las actividades desarrolladas por las mujeres, ya que los cuidados que daban se relacionaban con la fuerza física y con situaciones bélicas.²³

Aunque la mujer romana estaba excluida de las tareas de gobierno y política no se limitó su presencia en la vida pública y en cierta forma en la trama de poder económico, social e incluso indirectamente político.

En este sentido, cabe destacar la institucionalización de los "cuidados" relacionados con la Fundación Alimentaria de Favia Hadrianilla en Hispalis, quien dejó un legado a repartir entre los más jóvenes de la ciudad, correspondiendo una parte mayor a las niñas que a los niños. Así la mujer romana tuvo acceso a una formación.

3.4. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LA AYUDA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CRISTIANISMO.

La enfermedad es permitida por lo divino en función del pecado y el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias, es la oración.

El valor social que otorga el Cristianismo al cuidado, no posee objetivos que giren entorno a la constitución de un saber, sino de objetivos espirituales, así no fueron incluidos en el contexto gremial de la Baja Edad Media, como ocurrió con los barberos y sangradores.

De esta forma "la caridad" en la que encuentra su sentido el concepto de "ayuda" y por tanto los "*los Cuidados Enfermeros*", es considerada como instrumento de salvación para la vida eterna.²⁴

Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al cuidado de pobres y enfermos. Así "*Los Cuidados de Enfermería*" se institucionalizaron basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar "**Vocacional-Cristiano-Caritativo**" en el que las necesidades humanas espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.²⁵

La institucionalización de los cuidados se realizó por tanto mediante objetivos distintos a los de una profesión. A pesar de ello los cuidados afloran a la sociedad, la mujer como enfermera consagrada desempeña oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos, desde la igualdad y reconocimiento social que proporciona la filosofía cristiana, que intensamente influida por la noción de humildad a diferencia de otras actividades relacionadas con la salud, hace que la documentación entorno a las actividades desarrolladas sea escasa.

La humildad hace que la enfermería sea la única de las profesiones, que por falta de una tradición metodológica, no alcance el status adecuado y necesario para

elevarse a la categoría de disciplina medieval; ya que la humildad se constituye como actitud intelectual ante la praxis enfermera.

3.5. EL RETROCESO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las Universidades contaron con estudios de Teología, Leyes, Medicina, Artes. Los Barberos y cirujanos se integraron en la Universidad ya que tenían una estructura gremial de conocimientos propios logrando así la titulación de Médico Cirujano.

El sentido caritativo exclusivo de los cuidados de Enfermería que impide la transmisión sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados, imposibilita la creación de un "corpus específico de conocimientos" que facilite su enseñanza reglada en el contexto universitario.²⁶

El "concepto de ayuda" que impregna la "praxis enfermera" bloqueó durante mucho tiempo la sistematización de los conocimientos disciplinares, por lo que era "impensable" el acercamiento al mundo universitario o la fundación de un "estudio particular" que impartiese enseñanzas relacionadas con "El Cuidado".²⁷

No es hasta el siglo XVII cuando aparece el primer manual de Enfermería conocido el mundo y que fue publicado en Madrid en 1623 titulado "La instrucción de Enfermeros" y que contiene referencias al correcto cumplimiento de las órdenes médicas y a las actuaciones de los enfermeros en caso de urgencia, por lo que la enseñanza de "Los Cuidados" comienza a ser una realidad histórica, avalada esta vez por documentación escrita, aunque ello no suponga la existencia de escuelas que impartan las enseñanzas enfermeras.²⁸

Por una parte la ausencia de los "Cuidados" en el ámbito universitario y por otra las consideraciones de la época respecto a la enfermedad, dan explicación al estancamiento de la Enfermería, limitándose su participación en los movimientos socioculturales y científicos.

En México, Fray Pedro de Gante, fundó en 1523, la escuela de San José de Naturales, donde "se formaban académicamente los enfermeros". En 1524, Cortés fundó el hospital de Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora, conocido hoy como Hospital de Jesús.²⁹

3.6. LA APORTACIÓN NIGHTINGALE A LA ENFERMERÍA

El comienzo de la revolución industrial se caracterizó por la expansión de las industrias textiles y bienes de equipo que contribuyeron de forma importante a mejorar las condiciones de vida como la creación de servicios fuera de las viviendas: agua, alcantarillado y suministro de gas y alumbrado.

En cuanto a la situación de la mujer se daban dos tendencias aparentemente contradictorias, por un lado la sociedad esperaba que la mujer mantuviera su rol pasivo y dependiente y por otro la creciente demanda femenina de emancipación.

En este contexto fue en el que creció y se desarrolló Florence Nightingale (1820-1910), una mujer de mentalidad científica, con un valor y empuje extraordinario que cambiaron la concepción de la Enfermería.³⁰

Florence Nightingale, nació en Florencia (Italia), en el seno de una familia acomodada inglesa. Creció en Inglaterra donde recibió una esmerada educación: dominaba varios idiomas, incluidos los clásicos, con una sólida formación en literatura, filosofía, teología, historia, economía, política y ciencias. Fue maestra en matemáticas superiores.³¹

Florence Nightingale incorporó "elementos de los cuidados", se incluye dentro de los psicosociales y contempló aspectos físicos del color, música y la influencia del cuerpo sobre el espíritu como medios de recuperación, que hoy se están retomando nuevamente por considerarse importantes para los cuidados.

3.7. ANTECEDENTES DE LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

En nuestro país, a la llegada de los españoles así como en el inicio de la época de la Colonia la regulación de los establecimientos y el ejercicio de las profesiones enfocadas a la curación y atención de los enfermos. El Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los Reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. El Real Tribunal del Protomedicato de España fue la primera institución de la administración de la salud pública española, creado por Ley Fundamental signada por los Reyes Católicos el 30 de marzo de 1477 y las

Reales Pragmáticas de 1491 y 1498 vinieron a completar las ordenanzas de este organismo.³²

En México, esta importante institución de la salud pública fue fundada, en 1527, ante el mismo cabildo de poderes de los protomédicos de Madrid que le permitieron entrar en funciones creando el Tribunal del Protomedicato, y se reafirmó como tribunal personal por la Ley de 1570. Al crearse en la Real y Pontificia Universidad en 1580, la cátedra de Prima de Medicina, primera del Nuevo Mundo, se especificó que quien la desempeñara ocuparía también el cargo de Protomédico de la Nueva España. En ese tiempo las parteras, eran personas reconocidas y estudiaban para ocupar este cargo y la enfermera era tratada de una manera muy diferente pues en la mayoría de las ordenanzas aparecen en la categoría de “sirvientes” porque además de atender a los enfermos se especifica su ubicación laboral: “enfermera lavandera”, “enfermera cocinera”, “enfermera mandadera”. En esas mismas las parteras se ubicaban dentro del personal “científico” o del “administrativo” y su salario era tres veces mayor que el de las enfermeras. La profesionalización de la Enfermería al empezar el siglo XX, se instituyó por diversas causas, entre ellas, el grupo médico necesitó formar recursos humanos idóneos.³³

Este proyecto requería de cambios en la estructura que, hasta ese momento, había tenido la atención a los enfermos y esos cambios se dieron en tres ámbitos principalmente: educativo, ideológico y administrativo.

3.8. AVANCES DE ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Se reconoce que ya desde 1896 se había iniciado la capacitación de algunas mujeres en el Hospital de San Andrés, con ayuda de *enfermeras alemanas* que se trajeron para tal fin. Sin embargo, tras la inauguración en 1905 del Hospital General se inició el adiestramiento formal de enfermeras; dos años más tarde, en ese mismo nosocomio, el 9 de febrero de 1907 se fundó la Escuela de Enfermería.³⁴

En 1910, con la reapertura de la Universidad Nacional de México, Justo Sierra promovió la Reforma Integral de la Educación Mexicana, favoreciendo el

desarrollo de extensión de la enseñanza y la investigación científica para contribuir al desarrollo nacional. Al reabrirse la Universidad Nacional, la Escuela de Medicina se integra a ella el 26 de mayo de 1910 y el 30 de diciembre de 1911 la Universidad de México aprueba integrar la enseñanza de la Enfermería a la Escuela de Medicina en las propias instalaciones de ésta, situación que prevaleció hasta 1945, siguiendo las mismas normas y reglamentos disciplinarios de planes y programas eran aplicados en ambas escuelas.³⁵

Para 1911 se incorporó a la Escuela de Medicina de la entonces Universidad Nacional, y se estructuró así su primer plan de estudios de dos años después de la primaria; se instituyó como requisito para cursar la carrera de partera (actividad que nació antes que la de enfermería), de ahí que esta escuela, al integrar la carrera de partera, recibió el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia.³⁶

En 1920, José Vasconcelos señalaba “la técnica y el arte” tienen como único fin social servir al hombre del pueblo. La universidad deja de producir profesionales individualistas, en cambio se forjará al profesional capaz y solidario. Como reflejo de estas políticas del siglo XX se desarrolla un proceso de integración de programas de servicio social en las universidades. Con estos antecedentes, el servicio social surge como una respuesta de las instituciones de educación superior a la necesidad de reconstruir el país surgido de la Revolución Mexicana. Por ello mismo, constituyó un esfuerzo por hacer realidad el reclamo de justicia social emanado del proceso revolucionario.- 37

La formación de las enfermeras y parteras bajo los reglamentos de los hospitales Juárez y General de México, incluía el internado, régimen que mantenía a las estudiantes de enfermería las 24 horas del día en el hospital, y el avance académico era seguido por la administración de estos nosocomios. En 1932, Carmen Gómez Siegler con apoyo del Dr. Luís Méndez reorganizó el departamento de enfermería, y redujo la jornada a 12 horas. Esta forma de llevar a cabo las prácticas en los hospitales dejó por sentado que con las horas prácticas que realizaban en el hospital estaba cumplido el servicio social.³⁸

En 1935 se creó el nivel técnico de la enfermería con duración de tres años de estudios, que también fue requisito para cursar la carrera de partera. Para 1948, gracias a la iniciativa de Everardo Landa y Cayetano Quintanilla, la *Escuela de Enfermería se independizó de la de Medicina*, y se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional para ejercer. Asimismo, se inició un movimiento de crecimiento a partir de que sus directores tuvieron la responsabilidad y las atribuciones que les confiere la legislación universitaria para promover su desarrollo.³⁹

Hay que resaltar que en la actualidad hay 593 escuelas de enfermería en el país, de las cuales 103 imparten el nivel licenciatura, siete el técnico superior universitario y 490 el técnico, hacen falta enfermeras de alto nivel, de manera que el reto es que la enfermería tiene que alcanzar el valor que corresponde a una práctica formal, de profesionistas, pues su misión es el servicio, la investigación y la docencia, ***“por eso estamos formando enfermeras avanzadas, algunas con maestría y doctorado, orientando actividades científicas para que la enfermería sea del nivel humanista y científico que la sociedad merece y, con ello, pretendemos cautivar a los jóvenes para que encuentren en la enfermería una posibilidad de crecimiento y de realización humana”***.⁴⁰

4. MALTRATO INFANTIL

La violencia contra la niñez tiene diversas expresiones, pero se puede entender como: *“el maltrato o la vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*⁴¹

El maltrato también se describe en sus diferentes tipologías como:

4.1.1.- El maltrato físico

Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas.⁴²

4.1.2. -Negligencia o abandono

La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación.⁴³

4.1.3.- Maltrato emocional

Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.⁴⁴

4.1.4.- Abuso sexual

Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.⁴⁵

Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un niño.

El maltratador habitualmente es un hombre (padre, padrastro, otro familiar, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia). Raramente es la madre, cuidadora u otra mujer conocida por el niño.

Otro tipo de M.I. es el llamado Síndrome de Münchhausen por poderes, consiste en inventar una enfermedad en el niño o producirla por la administración de sustancias y medicamentos no prescritos.

Cada uno de estos tipos de maltrato infantil presentan indicadores físicos y conductuales en el menor maltratado, así como indicadores conductuales y actitudes del maltratador.

4.2. Perspectiva histórica del maltrato infantil

En un interés de proteger al menor no ha tenido un desarrollo paralelo con la frecuencia y gravedad del problema.

Diversos historiadores coinciden en señalar que durante siglos los niños fueron criaturas muy susceptibles al abuso parental e incluso medidas más drásticas.

4.3.- Historia del problema en México.

Se sabe que en las diversas etnias prehispánicas se sacrificaban a niños y adolescentes de ambos géneros, el objetivo básico no era maltratar a los mismos como actualmente se concibe, sino que deseaba agradar o agradecer a una deidad para que la comunidad obtuviera beneficio colectivo.⁴⁶

4.4. En Mesoamérica

La práctica de exponer los cráneos de los sacrificados ya se observa en Huamelulpan (Oaxaca) a principios de nuestra era; y en sitios de períodos posteriores como Copán, Honduras y Uxmal. Estos tzompantli alcanzaron grandes proporciones, mayores incluso que las de los posteriores tzompantli de la gran capital azteca Tenochtitlan.⁴⁷ *Figura Tzompantli* asociado al Templo Mayor, Códice Ramírez.



Ejemplo: Tzompantli asociado al Templo Mayor, Códice Ramírez. En Mesoamérica.

4.4.1. Sacrificios toltecas

En 2007 los arqueólogos anunciaron que habían analizado los restos de dos docenas de niños, de cinco a quince años, enterrados con figurillas de Tláloc. Los niños, encontrados cerca de las viejas ruinas de Tula, la capital tolteca, habían sido decapitados. Los restos fueron fechados de 950 a 1150 EC.⁴⁸

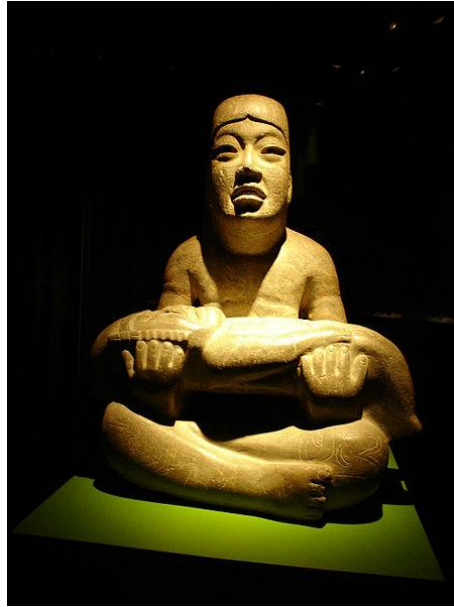
4.4.2. Sacrificios totonacas

Los totonacas en ocasiones sacrificaban niños para extraerles la sangre, la cual era mezclada con semillas para hacer una pasta la cual era comida entre los adultos. La Isla de Sacrificios, actualmente en el estado de Veracruz y descubierta por el español Juan de Grijalva, recibió ese nombre debido a que en ella se hallaron cuerpos sacrificados de indígenas durante una ceremonia de ofrenda a sus dioses⁴⁹

4.4.3.Sacrificios aztecas (mexicas)

En Xochimilco, al sur de la Ciudad de México se encontraron los restos de un niño de tres a cuatro años cuyos huesos presentaban una coloración naranja o amarilla translúcida; texturas tersas o vítreas, y compactación del tejido esponjoso, además de estrellamiento del cráneo. Dado que después de sacrificarlos los mexicas solían hervir algunas de las cabezas, los arqueólogos concluyeron que el cráneo fue hervido y que se estrelló debido a la ebullición de la masa encefálica.⁵⁰

De la historia de las sociedades precolombinas, destacan sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y recibir favores de los mismos; por ejemplo, la llegada de lluvias abundantes y a tiempo, buenas cosechas, término de epidemias y pestes. Ejemplo en la figura, la cual se observa la ofrenda que hace un sacerdote olmeca (el señor de las Limas).



Ejemplo: Imagen del señor de las Limas

El siguiente calendario está tomado a partir de la información proporcionada por Bernardino de Sahagún en su obra Historia general de las cosas de Nueva España.⁵¹

Nombre mexica del mes y equivalentes gregorianos	Deidades y sacrificios humanos
<i>Atlacaualo</i> (del 2 de febrero al 21 de febrero)	<u>Tláloc</u> , <u>Chalchitlicue</u> , <u>Ehécatl</u> Sacrificio de niños en diversos montes. Extracción de corazones y antropofagia ritual. Sacrificio de prisioneros.
<i>Tlacaxipehualiztli</i> (del 22 de febrero al 13 de marzo)	<u>Xipe Tótec</u> , <u>Huitzilopochtli</u> , <u>Tequitzin-Mayáhuel</u> Sacrificio de cautivos: hombres, mujeres y niños. Extracción de corazones y desollamiento.
<i>Tozoztontli</i> (del 14 de marzo al 2 de abril)	<u>Coatlicue</u> , <u>Tlaloc</u> , <u>Chalchiuhtlicue</u> , <u>Tona</u> Sacrificio de niños.
<i>Hueytozoztli</i> (del 3 de abril al 22 de abril)	<u>Centéotl</u> , <u>Chicomecacóatl</u> , <u>Tláloc</u> , <u>Quetzalcóatl</u> Continúa el sacrificio de niños (hasta la llegada de lluvias abundantes).
<i>Toxcatl</i> (del 23 de abril al 12 de mayo)	<u>Tezcatlipoca</u> , <u>Huitzilopochtli</u> , Sacrificio de un joven cautivo escogido y criado con lujos

	Tlalahuepan, Cuexcotzin	durante un año. Extracción de corazón.
Atemoztli (del 29 de noviembre al 18 de diciembre)	<u>Tlaloques</u>	Sacrificios de niños, y esclavos por decapitación.

4.5.-Dimensión del Problema

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos ya que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en desarrollo.

Son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores se tornará todavía más común a medida que los países hacen la transición de economías reglamentadas a economías de mercado más abiertas y con menos estructuras para el bienestar social. Debido a que el crecimiento urbano recarga los servicios médicos y sociales; que las mujeres ingresan al mercado de trabajo cada vez en mayor número; por diversas causas más familias se ven desplazadas de sus hogares y su entorno cultural.⁵²

Este problema se presenta a lo ancho y largo de nuestro país, cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas.

En 2005 el INEGI concentró el porcentaje de casos atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), según tipo de maltrato de 2002 a 2004, en donde se observa la constante del maltrato físico como el de mayor incidencia en la región centro; con un promedio de 32.88% en el período mencionado, seguido de la omisión de cuidados con 26.94% promedio y el maltrato emocional con 21,93% en promedio. Lo que implica, de acuerdo al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que la región centro del país registra una de las tendencias a la alza más importantes de maltrato infantil y aunque para el 2009 la tendencia disminuyó levemente, la prevalencia de estos

casos son de consideración. (Datos Estadísticos de Menores Maltratados, SNDIF)⁵³

TABLA ESTADISTICA

Entidades que conforman la región centro	Población de 0 a 17 años	Tasa de mortalidad infantil 2010	% de madres de 15 a 17 años 2008	% de población de 12 a 17 años hasta que no trabaja ni asiste a la escuela 2009	% de 12 a 17 años con ingresos hasta de 2 salarios mínimos 2009	Tasa de mortalidad de la población de 0 a 4 años por homicidio 2008	Tasa de mortalidad de la población de 15 a 17 años por homicidio 2008	Tasa de mortalidad por suicidio de la población de 10 a 14 años 2008	Tasa de mortalidad por suicidio de la población de 15 a 17 años 2008	Índice de medición de calidad de leyes 2010
Aguascalientes	429,097	12.3	5.5	12.1	48.1	0.9	7.1	0.8	1.4	2.8
Colima	194,682	11.6	5.8	7.0	51.3	2.6	5.8	0.0	2.9	2.8
Guanajuato	1,862,013	14.9	4.7	13.9	59.2	1.8	2.8	3.8	7.8	0.0
Jalisco	2,407,672	12.6	4.5	9.6	48.1	1.2	4.8	1.3	3.6	3.0
Michoacán	1,397,203	16.0	5.3	13.6	44.9	1.6	6.6	0.7	9.4	2.4
Nayarit	328,257	14.1	5.5	6.8	42.3	0.0	11.9	1.0	8.5	3.4
San Luis Potosí	908,243	14.8	5.3	9.1	36.5	29	7.6	4.4	5.7	3.0
Zacatecas	491,699	15.8	4.7	11.1	35.1	0.0	4.6	0.7	0.0	5.4
Distrito Federal	2,332,619	10.7	4.1	4.9	54.4	2.2	9.0	1.9	4.9	3.8
Hidalgo	849,362	15.4	5.5	8.4	41.5	1.3	0.3	1.2	0.7	1.6
México	5,001,651	13.2	5.6	7.9	52.9	3.2	8.2	1.7	4.6	3.0
Morelos	549,550	12.5	4.9	6.7	34.8	1.4	10.2	1.2	6.1	1.2
Querétaro	610,581	13.9	5.8	13.5	45.7	0.6	5.7	0.6	1.9	3.2
Tlaxcala	412,388	14.8	6.0	10.8	43.5	1.8	2.9	0.8	1.4	2.4

Fuente: a,b/ CONAPO, Proyecciones de la Población en México 2005-2050; c/Redim, estimaciones a partir de las Base de Datos de Registros de Nacimientos del SINAIS, Secretaría de Salud; d/ Redim, estimaciones a partir del Módulo de Trabajo Infantil 2009, INEGI y STPS; e/ Redim, Estimaciones a partir de la ENOE 2009, INEGI; f,g,h,i/ Redim, estimaciones a partir de la Base de Datos de Defunciones del SINAIS, Secretaria de Salud; j/ Redim, Calificación a partir del análisis de las legislaciones federales.

<http://www.infanciacuenta.org/ensayoicm2010.pdf>⁵⁴

4.6. Caracterización de los padres del lactante maltratado.

Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridad y perspectivas o

expectativas que no se ajustan a lo que es de esperarse en cada etapa evolutiva de los hijos. Como señala Kempe⁵⁵, estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial de maltrato, de tal forma que cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas y con dificultades para requerir apoyo externo, pueden desatar la violencia.

4.6.1. Factores que se relacionan con el maltrato.

1. La repetición de una generación a otra de una pauta de hechos violentos, negligencia o privación física o emocional por parte de sus padres.
2. El niño es considerado indigno de ser amado o es desagradable, en tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos no se adecuan a la realidad que los niños son, además, consideran que el castigo físico es un método apropiado para "corregirlos" y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas.
3. Es más probable que los malos tratos tengan lugar en momentos de crisis. Esto se asocia con el hecho de que muchos padres maltratantes tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta.
4. En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo. En general estos padres tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas. Tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza

4.6.1.1. Causas del lactante maltratado.

El Maltrato se presenta:

- 1.- Cuando el agresor en su infancia fue agredido por sus padres o tutores, de la misma forma que lo hace ahora con sus hijos, en donde estos pueden llegar a convertirse en adultos sin afecto.
2. Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y responsabilidad de los hijos.
3. Por problemas de salud en los primeros años de vida del menor.
4. Por alcoholismo y/o drogadicción de los padres.
5. Por desempleo de los padres.
6. Desintegración familiar y falta de comunicación.
7. Familias extensas o numerosas.
8. Por lo general la agresión hacia los menores es por parte de la madre debido a que pasa mayor tiempo con estos.
9. Embarazos no deseados.

4.6.1.2. Efectos del lactante maltratado.

1. Además de lesiones, cicatrices de diferentes épocas que han tornado al niño temeroso y suspicaz, encontramos una dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y estables.
2. Los sentimientos de estima personal no se desarrollan adecuadamente toda vez que se acepta el maltrato como algo que se merece por sus incapacidades.

3. Ante el maltrato los niños pueden responder con un comportamiento pasivos de aceptación, se les observa tristes y sumisos, o con un comportamiento rebelde y agresivo, esta agresividad suele dirigirse a otros niños.

4. A nivel intelectual estos niños suelen presentar un retardo en su desarrollo y dificultades en el aprendizaje, esto es resultado de una pobre estimulación o desinterés de los padres en la educación de su hijo y, en parte, por temor del niño maltratado frente a las consecuencias de un nuevo posible error o fracaso.

4.6.1.3. Maltrato físico

Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al niño/a (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, u otros medios con que se lastime el niño.⁵⁶

En la definición del maltrato infantil es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño/a, con el propósito de lastimarlo.

Aunque el padre o adulto a cargo puede no tener la intención de lastimar al niño, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física arriba señalada que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño/a.

A diferencia del maltrato físico el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta. No siempre es sencillo saber cuando termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso.

En contraposición con el maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada. A pesar de ello, constituye una violación de los derechos fundamentales como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, es una práctica peligrosa porque puede causar daños graves a los

niños y constituye siempre una forma de abuso psicológico que puede generar estrés y depresiones. Los niños que sufren este tipo de castigo tienden a reproducir comportamientos antisociales y a convertirse en adultos violentos.

Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes. Se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes. Miles mueren. Los que sobreviven al abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura después de que los moretones físicos han desaparecido. El reconocer y dar tratamiento inmediato es importante para reducir los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato físico.⁵⁷

4.6.1.3.1. Indicadores de Maltrato Infantil como Herramienta de detección.¹³

Una característica común de los indicadores es que son observables. Estos pueden referirse tanto a señales corporales como comportamientos de los niños afectados y de los adultos encargados de su cuidado.⁵⁸

4.6.1.3.2. Los indicadores físicos del lactante

Hacen referencia a aquellas señales que pueden observarse en cualquier parte del cuerpo como las heridas, magulladuras, fracturas, retraso en el desarrollo, o aquellas manifestaciones físicas tales como el peso, la talla, la apariencia, que son resultado de conductas negligentes de los cuidadores, tales como no proporcionar una alimentación adecuada, no proporcionar afectos o cariño de forma adecuada.⁵⁹

4.6.1.3.3. Los indicadores de comportamiento del lactante

Hacen referencia a aquellas reacciones de comportamiento y emocionales de los niños que son consecuencia, inmediata o a largo plazo, del estrés padecido en la situación de maltrato como, por ejemplo, las reacciones de ansiedad, estrés postraumático, bajo auto concepto, sumisión, apatía, depresión, agresividad, cambios bruscos de rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje, problemas de atención y concentración, faltas de asistencia a clase.⁶⁰

4.6.1.3.4. Los indicadores de comportamiento de los padres o cuidadores principales

Se refieren a la conducta y actitudes que los padres manifiestan en relación a sus hijos, así como la implicación en el cuidado y en la educación. Los niños que padecen malos tratos viven, generalmente, en ambientes familiares adversos caracterizados, entre otras cosas, por una baja responsabilidad e implicación emocional de los padres o cuidadores principales, altos niveles de conflictividad, relaciones inestables e impredecibles, una alta frecuencia de interacciones negativas y un bajo número de intercambios positivos.⁶¹

Indicadores físicos en el lactante.	Indicadores de comportamiento en el lactante.	de Conducta del cuidador.
Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas anormales, agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.	Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.	Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema del niño
Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelos en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).	Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran	No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas no convincentes o contradictorias,
Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización;	Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremo.	Parece no preocuparse con el niño

fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.		
Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.	Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora	Percibe al niño de manera negativo: malo, perverso, un monstruo
Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.	Ingresos múltiples en distintos hospitales.	Abuso de alcohol u otras drogas
Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3cms. Entre caninos.	Hermanos con distintas enfermedades raras, inexplicables o nunca vistas.	Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.
Intoxicaciones: por ingestión de Sustancias químicas (medicamentos).		
Cortes o pinchazos.		
Lesiones internas		
Asfixias o ahogamiento		

Tabla .Elaborada a partir de los conceptos establecidos

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Abordaje Cualitativo

Se trata de un estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, abordaje escogido por ser el más apropiado para descubrir y entender los significados del cuidado que se proporcionan a los lactantes con antecedentes de maltrato físico, de las acciones y relaciones humanas, lo que no es perceptible en las estadísticas. Esta elección permitirá caracterizar los significados, estudiando la realidad en su contexto natural, tal como sucede, interpretando los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.⁶². Considerando que los profesionales de salud son agentes potenciales de cambios en los servicios de salud, se justifica la realización del presente estudio.

Por otro lado vimos que en el interaccionismo simbólico puede auxiliar en la comprensión sobre del significado del cuidado de enfermería en la atención con lactantes con maltrato físico, ya que las enfermeras del Instituto Nacional de Pediatría crean sus propios significados de cuidado de acuerdo a su interacción con los lactantes maltratados.

2.2. El cuidado y la Teoría del cuidado humano de Jean Watson

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale. Notas sobre Enfermería, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”⁶³

Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia del medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale. Durante las décadas de los treinta y cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta

autora, en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad. El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.⁶⁴

En la segunda mitad del siglo XX, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona.

Las investigaciones realizadas en los años cincuenta en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”⁶⁵, basados en principios científicos.

En los años sesenta surgió en Norte América la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta a las exigencias que planteaba el sistema de salud. Consuelo Castrillón ⁶⁶, en su libro “La dimensión social de la práctica de la enfermería”, afirma que en estos modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que, en algunos círculos académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación del cuidado y de la investigación. “Estos modelos derivan de alguna teoría, mezcla de teorías de la biología, la psicología, la sociología y la antropología, saberes que se adoptaron para ilustrar la estructura del cuidado de enfermería y para guiar la manera de formar, investigar y ejercer la profesión”.

También afirma que “los modelos propuestos durante estos dos decenios se pueden decir que coinciden en trabajar el Cuidado como objetivo social de

enfermería y representan el saber contemporáneo, que intenta desligarse de los fundamentos anatomoclínicos y etiopatológicos, que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos científicos de enfermería, para construir su objeto de saber con el apoyo de las ciencias sociales, que aportan otras lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales”; “la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.”⁶⁷

Beatriz Sánchez, define el cuidado “como un acto de interacción humana, recíproco e integral, guía del conocimiento durante el decenio del ochenta, surge con más intensidad la preocupación por la indefinición de la enfermería y se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales.”⁶⁸ Meleis (1985) plantea.⁶⁹ “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para causar o facilitar la situación de salud”.⁷⁰

También afirma Meléis, que “la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad y define cuatro etapas: 1.- práctica; 2.- educación y administración; 3.- investigación y 4.- de desarrollo teórico”.⁷¹ En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone

precisar cuál es el objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función histórica de los profesionales de enfermería.

2.2.1. Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Jean Watson, destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un *Bachelor of Science* en Enfermería en 1964 en el *Campus* de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el *Campus* de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del *Campus* de Boulder.⁷²

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.⁷³

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido

enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales transpersonales espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.

- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

2.2.2 El Metaparadigma de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson

Persona. Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.⁷⁴

Medio ambiente. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).⁷⁵

Salud. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”⁷⁶

Enfermería. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.⁷⁷

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda

del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.⁷⁸

2.2.3 Conceptualización de la Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

2.2.3.1 Interacción enfermera- paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera - paciente).⁷⁹

2.2.3.2 Campo fenomenológico

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

2.2.3.3 Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”.⁸⁰ Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.⁸¹
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.⁸²

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.⁸³

2.2.3 4. Momento de cuidado

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.⁸⁴

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”. En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.

- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

2.3. Interaccionismo simbólico

El referencial teórico que posibilita la interpretación de significado del cuidado de los lactantes maltratados.

El interaccionismo simbólico constituye una de las marcadas escuelas de las ciencias sociales estadounidenses en la primera y segunda mitad del siglo XX. Gerge Herbert Mead y Herbert Blumer son los respectivos fundadores y sus trabajos han influenciado la práctica sociológica en los Estados Unidos.⁸⁵

De acuerdo al interaccionismo simbólico, el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión. La consciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la consciencia sobre otros objetos; o , ambas son el resultado de la interacción social.⁸⁶

El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad.

Contra este transfondo debe entenderse la expresión de Mead⁸⁷ acerca de la relación entre el yo y el contexto social: "debemos ser los otros si queremos ser nosotros mismos." La interacción social ocurre primero y crea la autoconsciencia y la capacidad de reflexionar. Sólo a través de la reacción de los demás ante mí mismo, o sea ante mi conducta así como es concebida por los otros. O como en la terminología de Mead, como un "mí" que se contempla a sí mismo y es contemplado por otros y como un "yo" que observa y actúa. O bien, como también lo expresan los interaccionistas simbólicos, mi yo es el cuadro que yo confronto de mí mismo y que proviene de las reacciones de los demás ante mis propias acciones.

Un yo implica necesariamente la existencia de otros como miembros de la interacción, puesto que se crea y mantiene a través de interacción. El yo o la identidad no es por tanto más que una relación. De allí que en el interaccionismo simbólico no se estudian las cualidades del individuo sino que su relación con los otros. La unidad de investigación mínima es por tanto dos individuos en interacción.

A partir de lo ya expuesto puede quedar en evidencia uno de los potenciales peligros del interaccionismo simbólico: concebir a la persona como un cuadro en blanco que con posterioridad es escrito, rellenado por el contexto social y físico. Hay por tanto una forma de determinación pasivo que constituye una debilidad en el planteamiento teórico del interaccionismo simbólico. El aporte de Mead es justamente el insistir en la existencia de un sujeto activo, que elige, que al mismo tiempo que es determinado por las experiencias de la interacción social, tiene las posibilidades de distanciarse de sus propios actos.⁸⁸

2.3.1 Aspectos teóricos del Interaccionismo simbólico

En base al aporte de Mead, además de los conceptos previamente analizados, que dicen relación con la aparición de la consciencia individual, el interaccionismo simbólico toma posición respecto de la naturaleza y consecuencias de la interacción social.⁸⁹

Tradicionalmente la sociología ha intentado explicar los fenómenos sociales en términos individuales, por ejemplo en términos de conflictos de clases, o expresiones culturales o ver la acción individual como resultado de un sistema normativo general. El accionar de los individuos se explica a partir de relaciones estructurales, a partir de posiciones sociales o roles que cumplen en la estructura social. Sin embargo, para el interaccionismo simbólico la sociedad no está principalmente constituida por "clases", "sistema normativo" o "posiciones".⁹⁰ Esos conceptos son abstracciones sin sentido en la medida que no pueden ser conectados directamente a los actos y experiencias de las personas que son las partes realmente constitutivas de una sociedad. Herbert Blumer (1969), resume el interaccionismo simbólico en tres tesis que el llama tres premisas simples. La primera es que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos. La segunda dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos. El tercero implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra. Estas tres tesis o premisas resumen un sistema complejo de ideas acerca de cómo es el mundo de las personas y cómo éstas en él reaccionan.⁹¹

El interaccionismo simbólico pone al sujeto en el centro, pero al mismo tiempo plantea que sólo se puede tener acceso a la actividad creativa del sujeto mediante la participación del investigador como un miembro iniciado en el mundo de los investigados para con palabras de ellos, poder dar un cuadro acerca de lo que acontece en este mundo.

Blumer, el cual plantea por primera vez el término interaccionismo simbólico en 1937, enfatiza que la base del análisis debe estar en el sujeto y no en los factores externos, sean éstos estímulos o normas, a diferencia del conductismo radical y del funcionalismo estructural, los que ignoran los procesos cruciales por medio de los cuales los actores transforman las fuerzas actuantes sobre ellos, dándole sentido a la conducta.⁹²

2.3.2 Aspectos metodológicos del interaccionismo simbólico

Para Blumer⁹³ lo importante no es la actitud, como tendencia internalizada dentro del actor, sino el proceso de definición a través del cual el actor le da forma a su acto. De hecho Blumer se oponía a cualquier teoría psicológica que ignore el proceso mediante el cual, el actor construye significado. Blumer era también opuesto a las perspectivas sociológicas que ven la conducta individual moldeadas exclusivamente por fuerzas externas.

Sobre esta base plantea Blumer que la investigación cualitativa es la única forma real de entender cómo la gente percibe, entiende e interpreta el mundo. Solamente a través de un estrecho contacto e interacción directa con la gente, en un contexto de investigación naturalística y de análisis inductivo, podrá el interaccionista simbólico entender el mundo simbólico de la gente que está siendo estudiada. La importancia del interaccionismo simbólico para la investigación cualitativa es su énfasis distintivo sobre la importancia de símbolos y lo fundamental de los procesos interpretativos generados en base a interacciones, para entender la conducta humana.⁹⁴

Blumer (1969), se apoya en tres premisas:

- a) El ser humano actúa en relación a las cosas basándose en significados que estos tienen para él. Estas cosas incluyen todo lo que el ser humano puede notar en su mundo; objetos físicos, otros seres humanos, categorías de seres humanos, tales como amigos, instituciones, ideas, guía como

honestidad, actividades de otros como peticiones, otras situaciones que el individuo puede encontrar en su vida.

b) El significado de las cosas se deriva o surge de la interacción social que cada uno tiene con sus semejantes. De este modo, los significados de las cosas son productos sociales o creaciones que son formadas, apropiadas o modificadas a través de las actividades definitivas de las personas.

c) Esos significados son manipulados o modificados a través de un proceso interpretativo usado por la persona y lidiar con las cosas que encuentra. De esa forma la persona no aplica el significado derivado a penas de la interacción, mas hace uso de este significado por medio de un proceso de interpretación el cual ocurre en dos etapas

En la primera la persona indica para si misma las cosas en un a dirección en que ella esta actuando aportando para si misma las cosas o aquello que tiene significado dentro de un proceso social internalizado en el cual ella se integra consigo misma. Enseguida en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se torna una cuestión de dirigir los significados a grandes rasgos.⁹⁵

Los métodos del interaccionismo simbólico también enfatizan la importancia de poner atención a la forma en que interacciones particulares dan lugar a entendimientos simbólicos.

El interaccionismo simbólico es la orientación sociológica que a menudo se identifica con la tradición cualitativa. Se opone a la utilización de las ciencias naturales como modelo para las ciencias sociales. Del mismo modo plantea que es innecesario el que se formulen hipótesis que antecedan al trabajo de investigación.

El interaccionismo simbólico enfatiza que la sociedad debe ser estudiada a partir de las perspectivas particulares, propias de los miembros de la sociedad. La idea es estudiar la vida social así como sucede, como es concebida por y para los miembros de la sociedad, al mismo tiempo que se rechaza cualquier intento de

forzar el entendimiento de la realidad social a través del uso de modelos teóricos predeterminados, desarrolla por tanto una metodología "naturalística", lo que implica estudiar detalladamente y sin manipularlo, el fenómeno en el medio ambiente en el cual se desarrolla. El objetivo debiera ser estudiar la interacción social a partir de la perspectiva de los propios actores.

Según el interaccionismo simbólico, el contenido está radicado en el accionar. Las personas son por naturaleza activas. En cada momento tenemos la capacidad de reaccionar ante una variedad de estímulos. Supongamos que un individuo a consecuencias de un estímulo desarrolla una preparación de acción. La fase siguiente es lo que Mead llama manipulación, o sea accionar observable, la manifestación externa de un proceso que hasta ahora ha transcurrido internamente.

Un accionar social es según Mead uno que abraza el trabajo mancomunado de más de un individuo. Las acciones sociales están construidas en base a interacción social e interpretación. Si los individuos van a colaborar entre ellos y crear objetos sociales, deben orientar su conducta unos hacia los otros. Cada uno debe contar con las eventuales respuestas de los demás ante los actos propios y suponer que los demás harán la misma cosa. Es este proceso de dirección mutua lo que recibe el nombre de interacción social.⁹⁶

2.4. Aspectos éticos y legales de la investigación.

La presente investigación se sustento bajo las normas legales del Reglamento de la Ley General de Salud⁹⁸ en materia de investigación para la salud. Se realizó respetando la información proporcionada por las participantes en esta investigación del Significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico, por lo que la confianza es la base de la investigación ética.

Siendo la responsable de esta investigación el resguardar la información de manera responsable respetando la dignidad y el bienestar de las participantes, considerando los puntos siguientes:

Artículo 20.

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21

Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

ARTICULO 22

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Considerando sus derechos humanos, como:

- a) Derecho a la información.
- b) Derecho a la confidencialidad.

CAPITULO III

DESARROLLO METODOLÓGICO



3.1 Lugar del Estudio

La presente investigación se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría, se mencionarán algunos antecedentes del Instituto. El 6 de noviembre de 1970 inició formalmente sus actividades el hospital que hoy conocemos como Instituto Nacional de Pediatría. Su creación surge derivada de la observación de que en el grupo de población infantil, que era la más cuantiosa, había un número muy importante de niños con patologías variadas, algunas muy comunes asociadas con problemas de pobreza, desnutrición, infecciones, descuido y maltrato y otras poco frecuentes, pero de gran complejidad, de alto costo social y financiero, que requieren un abordaje multidisciplinario y de elevado Nivel profesional.⁹⁹ Desde su creación quedó establecido que las funciones sustantivas de la nueva institución son: a) Proporcionar asistencia médica de alta calidad a la población infantil, dando particular énfasis al grupo de la población más desvalida y que carece del acceso a servicios de seguridad social. b) Ser un centro de formación profesional y técnica de alto nivel en pediatría y áreas afines. c) Realizar investigación científica en el campo de la pediatría.

Durante los 30 años de existencia la institución, que se pensó sería una "extensión" del Hospital Infantil de México, ha debido adecuarse a los tiempos políticos, a los cambios epidemiológicos experimentados en la población infantil que solicita atención médica, a las situaciones sociales y económicas del propio país y a los avances vertiginosos de la tecnología y su impacto en la atención médica, la docencia y la investigación en el campo de la pediatría. Han sobresalido su acción y sus resultados en diferentes especialidades de atención pediátrica; destacan, entre otras, dermatología, patología, genética, inmunología, hematología, oncología, neurocirugía, infectología, cirugía pediátrica y rehabilitación. El Instituto ha mantenido un nivel de excelencia en investigación, enseñanza y en el apoyo de programas de salud infantil de nuestro país, en especial de la población infantil más desvalida social y económicamente.

El Instituto Nacional de Pediatría proporciona un tercer nivel de atención, concentrándose los casos que requieren de atención de alta especialidad así como tecnología de vanguardia. Y atiende a población abierta de recién nacidos hasta los 18 años de edad y a niños de todos los estados de la República Mexicana.

3.2. Descripción de la unidad

Tipo y carácter de la unidad

- Por dependencia:

Depende del Sector Salud, específicamente de la coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

- Por su clase de propiedad:

Es gubernamental, es una institución descentralizada, con patrimonio propio

Por su localización geográfica:

- Es de tipo urbano

Por el tipo de atención médica que se proporciona:

Es de alta especialidad; tercer nivel de atención

- Por el tipo de población que atiende:

Es público, con población infantil de recién nacidos a 18 años de edad.

- Por su construcción:

Es mixto, el edificio consta de 5 pisos y tiene forma de “H” además cuenta con 4 edificios anexos:

1. Torre de investigación científica
2. Residencia medica
3. División de personal
4. Almacén general (farmacia, ropería y oficinas sindicales)

MISIÓN

Desarrollar modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la investigación científica, básica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, a si como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

VISIÓN

Ser la institución líder en la investigación, con alto rigor científico, la formación de recursos humanos de alta calidad y los modelos de atención a la salud de la infancia y adolescencia y que impacte a los indicadores básicos de salud, en la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores causales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia en la formación del personal de salud y en los métodos y procedimientos de atención

FILOSOFIA

Proporcionar atención Médica y de Enfermería a la población infantil del país que por sus condiciones de salud requieren de servicios especializados durante las 24 horas del día, los 365 días del año

Brindar atención inmediata a todo paciente que lo solicite, desde recién nacidos hasta los 18 años de edad, sin importar credo, raza, ni condición social

POLITICAS

El Instituto Nacional de Pediatría es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual se agrupa en criterios operativos, programados a los organismos del Sector destinados principalmente a la investigación científica, a la formación y al desarrollo del personal para la salud, así mismo, la prestación de servicios de atención médica y de enfermería de elevado nivel de especialización, que requiere de Instrumentos normativos que permitan su consolidación como elemento clave del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

- Coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud.
- Prestar servicios de salud de atención médica y de enfermería especializada, con criterios de gratitud.
- Realizar investigación científica para la salud en las distintas disciplinas de la pediatría.
- Formar recursos humanos especializados en las distintas disciplinas de la Pediatría.
- Capacitar y actualizar al personal profesional, técnico y auxiliar.
- Difundir información técnica y científica en materia de pediatría.
- Participar en acciones de asistencia social en beneficio de enfermos de escasos recursos económicos.

CAPACIDAD INSTALADA

Camas Censables 302

Camas no censables 65

PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA

Por su estancia: corta o prolongada con base a la patología del paciente.

CLASIFICACIÓN	DÍAS DE ESTANCIA
Urgencias médicas	24 a 48 horas
Padecimientos agudos	4 a 10 días
Padecimientos crónicos	Más de 10 días

*La estancia de los lactantes maltratados no se sabe, es lo que se disponga por parte del ministerio público.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

NÚMERO	CAUSA	EGRESOS**	TASA*
1	Leucemia Aguda Linfoblástica	273	11.4
2	Bronconeumonía	173	7.2
3	Traumatismo Craneoencefálico	80	3.3
4	Fractura de la Epífisis Inferior del Húmero	62	2.6
5	Apendicitis Aguda	56	2.3
6	Ictericia Neonatal	44	1.8
7	Tumor Maligno de Huesos Largos de Miembro Pélvico	41	1.7
8	Insuficiencia Renal Crónica	39	1.6
9	Neumonía	39	1.6
10	Leucemia Aguda Mieloblástica	38	1.6
11	Labio y Paladar Hendido	37	1.5
	Todas las demás	1520	63.3
	Total	2402	-

FUENTE: Hoja de Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Pediatría

*Tasa por 100 Egresos

**Incluye Transferencias Intrahospitalarias



El servicio de Neurociencias en el I.N.P. se encuentra en el primer piso, el cual consta de 26 camas (12 cunas y 14 camas) con 12 enfermeras en el turno matutino, 9 enfermeras en el turno vespertino y 10 en el turno nocturno.

El servicio se integra por dos especialidades Neurocirugía. Atienden a niños con: Patología degenerativa causante de lesiones compresivas de la médula y/o raíces nerviosas (mielopatía cervical espondilótica, canal estrecho lumbar), hidrocefalia, Traumatismos craneales (hematomas intracraneales, fracturas del cráneo.), Lesiones traumáticas de nervios periféricos, Tumores cerebrales, Accidente Cerebro-Vascular (Hemorrágico): Aneurisma Intracraneal, Malformaciones Vasculares (Malformaciones Arteriovenosas, fístulas carotico-cavernosas, cavernoma), Hemorragias cerebrales

Malformaciones del sistema nervioso: Disfagia del tubo neural (Encefalocele, Meningocele, mielomeningocele).

Y la segunda especialidad es neurología que atiende a niños con: Meningitis, Enfermedad de Huntington, Esclerosis lateral primaria (atrofia muscular), Crisis convulsivas, Esclerosis, Epilepsia, Cefalea, Síndrome de Guillen Barren.

3.2. Sujetos de estudio

Esta investigación se realizó con 5 enfermeras del Instituto Nacional de Pediatría que laboran en el servicio de Neurociencias y que brindan cuidados a lactantes con maltrato físico, en el periodo de 2008 al 2011.

Para la definición del número de sujetos fueron tomados como base las orientaciones de Minayo (2005), cuando dice que una muestra ideal es aquella que privilegia los sujetos sociales que determinan los atributos que se pretenden conocer, aquella que por medio de un número suficiente de entrevistas fortalece la información relevante que conduce a la formulación de categorías; que sea capaz de reflejar la totalidad en sus dimensiones.¹⁰⁰

Este estudio fue registrado en el departamento de investigación del I.N.P. Las enfermeras elegibles para el estudio fueron contactadas e invitadas a participar. Aquellas que aceptaron participar, fueron agendadas en horarios acordes a su tiempo que tuvieran y que no alteraran sus horarios de sus actividades, cabe señalar que se les realizó en 4 ocasiones las entrevistas a cada una, ya que por el tiempo quedaban incompletas, algunas dudas o incompletas las entrevistas, también explicándoles su participación en esta investigación, es importante que todas las enfermeras de los tres turnos fueron invitadas a participar en el estudio pero no todos pudieron participar por razones personales. Las que estuvieron de acuerdo se les brindó el consentimiento informado libre y esclarecido, el cual firmaron para la aceptación de su participación

Con base con los aspectos éticos y legales de las investigaciones con seres humanos fueron hechos los esclarecimientos necesarios sobre los objetivos y metodología de la investigación, las enfermeras tenían la libertad de participar en el estudio o no, con la garantía de esclarecer dudas antes o durante la entrevista, así mismo de no divulgar sus nombres y sus declaraciones, tienen la libertad para que ellas decidan continuar o interrumpir su participación el momento que lo deseen.

Criterios de inclusión de las enfermeras que participaron en el estudio.

Fueron enfermeras que brindaron cuidados directamente a los lactantes maltratados del servicio de neurociencias y que trabajan en el I.N.P.

3.3. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó por medio de una entrevista semi-estructurada, gravada y transcrita en su totalidad, formuladas en un conjunto de preguntas en orden específico, donde el entrevistador tiene la posibilidad de describir el tema propuesto, sin respuestas o condiciones prefijados por el investigador. Triviños (1987) enfatiza que la entrevista es uno de los principales medios que tiene el investigador para realizar la recolección de los datos.¹⁰¹

La entrevista semi - estructurada se enfoca sobre una serie de preguntas que el investigador hace a cada participante.

Minayo orienta que la entrevista semiestructurada es aquella que parte de ciertos cuestionamientos básicos sustentados en teoría e hipótesis que interesan a la investigación y que enseguida ofrecen amplio campo de interrogación fruto de nuevas hipótesis que van surgiendo a medida que se reciben las respuestas del informante.

Minayo (2005) observa que la búsqueda de informaciones puede ser hecha verbalmente o por escrito, mas tradicionalmente incluye la presencia o interacción directa entre el investigador y los actores sociales y complementados por una práctica de observación participante. Su cualidad consiste en enumerar de forma más fácil las preguntas que el investigador quiere abordar en el campo a partir de sus hipótesis o preposiciones obviamente de la definición del objeto de investigación.¹⁰²

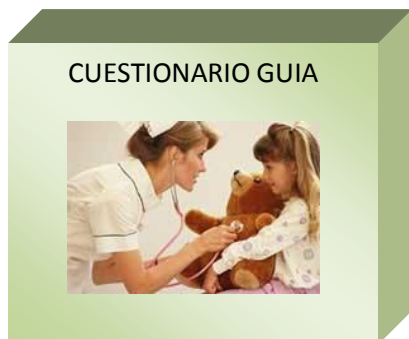
Las entrevistas se realizaron en el periodo de 2008 al 2011 en el lugar que escogieron las participantes. Se realizaron en el turno matutino en su área de trabajo. Estas fueron efectuadas cuantas veces fueron necesarias. Las entrevistas

tuvieron una duración entre 30 y 120 minutos y fueron conducidas por la investigadora.

No se observó ninguna dificultad para la grabación de las entrevistas, pues expresaron libremente las respuestas a las preguntas hechas por el investigador durante la grabación. Se observa que después de la segunda entrevista las enfermeras se mostraron más seguras y con confianza para conversar, se realizaron de tres a cuatro entrevistas por enfermera. Al elaborar sus palabras se respetó el tema propuesto a las entrevistadas, realizando un trabajo de recordar y procurar en la memoria de sus vivencias pasadas que expliquen el significado del cuidado en la atención de lactantes con maltrato físico. Quiroz (1987) dice que por ser un modo de contar y un medio de recordar, la entrevista produce siempre una interpretación de las personas que relatan representándose a sí mismas una articulación posible de pedazos de experiencias y conocimientos.¹⁰³

Por tales características la entrevista requiere en su producción el análisis y procedimientos apropiados. El diseño del instrumento que se utilizó como guía para la recolección de datos contiene preguntas orientadas hacia el fenómeno de estudio, esta guía se aplicó primero a una enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico, para ver su confiabilidad y obtener su experiencia con respecto al cuidado.

Las entrevistas tomaron como base las siguientes preguntas:



1.- ¿Qué es el cuidado o como lo percibes?

2.- ¿Cuál es tu opinión sobre el cuidar a lactantes con maltrato físico?

3.- ¿Qué experiencia has tenido en el cuidado a lactantes con maltrato físico?

4.- ¿Qué propones para el cuidado de estos lactantes con maltrato físico?

3.4. Tratamiento y análisis de los datos

De la siguiente manera los datos fueron sometidos a un análisis de contenido con técnica de análisis de la temática. Esta técnica busca descubrir la manera objetiva y sistemática el significado de vivencias de los sujetos estudiados, buscando la comprensión social del fenómeno.

La técnica del análisis de contenido está destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, según define Klaus Krippendorff.¹⁰⁴

Como técnica de investigación, esta herramienta proporciona conocimientos, nuevas intelecciones y una representación de los hechos.

El análisis de contenido se caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, puesto que según menciona el

autor, "los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados".¹⁰⁵

Esta técnica ha sido generalizada y alcanza a analizar incluso las formas no lingüísticas de comunicación, claro que para que sea fiable, debe realizarse en relación al contexto de los datos.

Como marco de referencia, el análisis de contenido cuenta con algunos conceptos que es necesario tener en cuenta. ¹⁰⁶

- Los *datos*, tal como se comunican al analista
- El *contexto* de los datos
- La forma en que el *conocimiento del analista* lo obliga a dividir su realidad.
- El *objetivo* de un análisis de contenido
- La *inferencia* como tarea intelectual básica
- La *validez* como criterio supremo de éxito.

La finalidad de estos conceptos es de tres tipos, prescriptivo, analítico y metodológico. "Es prescripto en el sentido de que debe guiar la conceptualización y el diseño de los análisis de contenido prácticos en cualquier circunstancia; es analítico en el sentido de que debe facilitar el examen crítico de los resultados del análisis de contenido efectuado por otros; y es metodológico en el sentido de que debe orientar el desarrollo y perfeccionamiento sistemático de los métodos de análisis de contenido" ¹⁰⁷

En la fase de la interpretación de los Datos del presente trabajo se apoyo en los referenciales, de la Teoría de Jean Watson, interaccionismo simbólico y la formación de enfermería.

Para la realización de las categorías se hizo por medio de los significados que se obtenían de la lectura. Al leer el texto de manera simultánea, se realizaron notas que ayudaron a organizar la información, elaborando esquemas generales que contenían los temas (categorías), y se elaboraron listados de cada una.

Las categorías son unidades de significado que no son observables directamente en la realidad, las cuales se clasifican en dos: deductivas o inductivas. Concretándose en un plano situacional.

Las categorías deductivas son unidades de significado identificadas en marcos teóricos existentes y estas categorías se intentaran identificar en las unidades de registro obtenidas mediante el proceso de investigación.

Las categorías inductivas obtenidas del proceso de la lectura y análisis de los relatos de los sujetos o el registro de la descripción de la situación estudiada. Estas categorías indican temas o conceptualizaciones más relevantes presentes en las unidades de registro.

Para el análisis de los datos se continuó con el interaccionismo simbólico para detallar los significados de las categorías que tenía cada una de las enfermeras con respecto al cuidado del lactante maltratado, identificando los diferentes matices de las experiencias.

Finalmente estableciendo tablas para identificar el número de entrevista, la categoría que se localizaba en cada párrafo de la entrevista en el texto.

1. Se identificaron cinco categorías.



2. Después se describieron cada una de las categorías de acuerdo a las experiencias de las enfermeras que atienden a lactantes con maltrato físico.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Caracterización de las enfermeras entrevistadas

En el estudio participaron 5 enfermeras del servicio de neurociencias con una escolaridad de enfermeras técnicas hasta enfermeras con especialidad, 2 del turno matutino y 3 de vespertino.

Con hijos de 1 o 2 hijos, una antigüedad de 6 a 20 años, de religión católica y una cristiana, en cuanto a estado civil 2 casadas y 3 solteras. Todas residentes del Distrito Federal.

Se tomo en cuenta la relación con sus esposos, hij@s o padres en las entrevistas.

4.2. Descripción personal de cada una de las enfermeras

Entrevistada N°1

Tiene 31 años de edad, es casada, de religión católica, con 2 hijos varones con una escolaridad de Enfermera Técnica, residente del Distrito Federal y una antigüedad trabajando de 10 años en el turno vespertino. Realizo sus estudios básicos en Hidalgo y después se vino hacer su carrera al Distrito Federal.

Este trabajo del Instituto es su segundo empleo ya que cuando inició a trabajar empezó en el área privada

Tiene 10 años de casada, su esposo tiene 36 años, sus hijos tienen 4 y 6 años de edad, refiere que cuando tienen problemas los dos reprenden pero no llegan a los golpes.

Impresión del entrevistador

Cuando empezamos a hablar de Maltrato refiere que “le da frío y angustia al escuchar esa palabra ya que son problemas sociales que se están viviendo en la actualidad sin estar ajenos a los mismos.”

Se vio preocupada por el problema y angustiada.

Refiere que “no es fácil al tratar con seres indefensos que no pueden decir ni hacer, que soportan tantas cosas hasta llegar al hospital en estado grave si les va bien solo unos golpes.”

“Me da coraje que son niños sanos aparentemente y vemos aquí, en neurociencias niños con patologías irreversibles y estos bebés que son sanos los traen sus padres todos golpeados, en algunas ocasiones se los quitan a veces me alegra eso porque así estarán mejor, pero a la vez me pregunto que si estando con sus padres son maltratados no se como los tratan los futuros padres o el albergue que los recoge, tantas cosas que pasan.”

Entrevistada N°2

Tiene 32 años, soltera, de religión cristiana con escolaridad de enfermera pediatra, residente del Distrito Federal y una antigüedad de 6 años en el turno matutino.

Cuenta con buena relación con sus padres, no tiene hijos, tiene dos hermanos una hermana de 36 años y su hermano de 22 años.

Dice que su papá la ha ayudado en todo igual que su mamá, estudió en el Distrito Federal acaba de terminar una especialidad en pediatría

Su papá le llegó a pegar sin dejarla marcada u hospitalizada, la reprendía cuando hacía algo mal.

Este es su primer empleo como enfermera, realizó su servicio social en esta institución (Instituto Nacional de Pediatría)

Impresión del entrevistador

A primera vista le angustió el problema y dice que no sabría como expresarlo porque no tiene hijos, considera que el tener hijos abre más el panorama de la problemática porque como madre se expresa mejor lo que siente.

“Entiendes más a los pequeños”, su comportamiento con los niños es bueno y cariñoso.

Refiere que “el cuidado es entrega total no sabría explicarlo porque es un cuidado distinto al de un cuidador, sólo sé que es ser enfermera con vocación siendo que es parte fundamental de la enfermera.”

“Sabes también creo que, dar y recibir un buen trato, mantener relaciones sociales que permitieran expresar los sentimientos, estar atentos a sus necesidades de los niños y satisfacerlas oportunamente y, acompañarlo cuando requería o cuando su familia esté ausente. La dedicación al cuidado de los niños, para mi significa también el animar a los niños y familiares, dar confort. Bueno eso pienso.”

Entrevistada N° 3

Tiene 27 años, soltera, de religión católica, con escolaridad de Licenciada en enfermería, residente del Distrito Federal y una antigüedad de 6 años en el turno matutino.

Realizó sus estudios en el Distrito Federal, actualmente trabaja en el Instituto Nacional de Pediatría vive con sus padres es hija única y refiere buena relación con sus padres, solo la llegaron a regañar de pequeña pero nunca le pegaron.

Impresión del entrevistador

A primera vista cuando se realizó la entrevista se impresiono porque el problema de maltrato dice que “ya se extendió, quizás también lleva esto a padres jóvenes, problemas económicos, etc. Pero ha hecho mas difusión de prevención sobre

maltrato tanto en mujeres como en niños pero enfermería no ha trabajado al respecto, es interesante que se implementara un proyecto en relación a prevención pero que lo lleve a cabo enfermería con apoyo de otras disciplinas”, eso refiere.

Le gustaría participar en algún programa de prevención y/o protección después de que salen del hospital para su vigilancia.

Entrevista N° 4

Tiene 31 años de edad, soltera, de religión católica con una escolaridad de Enfermera especialista en psiquiatría, residente del Distrito Federal y una antigüedad trabajando de 15 años en el turno vespertino.

Trabaja también en una clínica del IMSS, vive sola, tiene 4 hermanos mayores que ella, realizó sus estudios en el Distrito Federal. Hizo primero enfermería nivel Técnico y después la licenciatura, más tarde la especialidad en psiquiatría.

Dice que sus papas son muy estrictos, pero no la golpearon o pegaron tiene buena relación con sus padres

Impresión del entrevistador

Su impresión fue de angustia ante el problema social, refiere que “es de suma importancia que enfermería se sume a este problema para su atención ya sea hospitalaria dando un seguimiento después de la hospitalización o de prevención a los padres. Dando: Sensibilización y formación de profesionales de atención al menor, Intervenir en las escuelas para padres, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad y Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales. Bueno eso opino para su atención.”

Refiere también que los fenómenos de maltrato infantil ocurren en la familia; siendo que su mayor frecuencia de estos abusos de maltrata en niños y niñas ocurren en el interior de la familia, sea esta nuclear o extensa.

“Por lo tanto, los factores sociales y económicos alteran la parte emocional de los padres o la situación en la que se desarrollaron los padres el cómo los educó. Y por lo mismo ellos se desahogan golpeando.” Parte de lo que nos refiere.

Entrevista N° 5

Tiene 41 años de edad, es casada, de religión católica, con 2 hijas (con 10 y 12 años de edad), con una escolaridad de Enfermera Técnica, residente del Distrito Federal y una antigüedad trabajando de 20 años en el turno vespertino. Trabajo también en una clínica privada y más tarde aquí en el Instituto Nacional de Pediatría

“El maltrato en todas sus fases es difícil, en las mujeres, adultos, mas en los niños ya que son indefensos ante los adultos sus agresores.”

“No imagino que maltrataran a mis hijas, las cuido mucho así que estos niños con los que yo cuido les brindo mi atención y los cuidados que requieren para su atención hospitalaria, es difícil no encariñarse con ellos porque son niños de largas estancias por los problemas legales que tienen.”

Impresión del entrevistador

Su angustia al hablar del tema se veía su cara de desconcertada, nerviosa.

Es interesante el saber que enfermería no está ajena a esta situación social que vivimos ya que es de su interés, los problemas sociales que estamos viviendo, dando suma importancia en la prevención de primer nivel para no llegar a un hospital.

Analizando las entrevistas realizadas después de haber visto el perfil de cada una de las entrevistadas y lo que platicaron de acuerdo a la guía de preguntas se encontraron 5 categorías:

CATEGORIAS	
Categoría 1	Dedicación por la profesión.
Categoría 2	Compromiso del cuidado.
Categoría 3	Responsabilidad por el ser humano.
Categoría 4	Preocupación por el problema social
Categoría 5	Calidad del cuidado.

Fuente: categorías obtenidas de las entrevistas realizadas durante 2008 – 2011.

4.3 Descripción de las categorías

En el trabajo de Significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico surgen las siguientes categorías del análisis que a partir del marco teórico y resultado de las entrevistas de las enfermeras del servicio de neurociencias proporcionaron, definiendo cada una de ellas.

Categoría 1.- Dedicación por la profesión.

a) Fundamentación.

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.¹⁰⁸ Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Según *Colliere*,¹⁰⁹ los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la

especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable.¹² Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesaria la colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto sentido, a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.¹¹⁰

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral.¹¹¹ Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Watson conceptualiza el cuidado como un

proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).¹¹²

En voz de las entrevistadas:

“... con el lactante existe una buena relación ya que al convivir diario ellos nos van conociendo así como nosotros a ellos identificamos sus necesidades y a su vez ellos se sienten seguros con nuestra presencia, con los padres en ocasiones asisten a la visita y hay algunos padres que se prestan para poder entablar una comunicación y por lo contrario existen padres que eso no les interesa...” (E1)

“Primero tengo presente que me gusta y es ser enfermera y dar cuidado al que me necesite, más aun un niño...” (E2)

“La carrera de enfermería me agradó más aun por la interacción con los pacientes más con los niños, creo que debo de dar todo mi cuidado hacia ellos, mas si son lactantes maltratado...” (E3)

“...es un acto de amor que debemos dar a todo ser humano que lo necesita y en especial a los lactantes con maltrato físico...” (E4)

“..lo percibo como una actividad que nace para proporcionarlo al que lo necesita sin pedir nada a cambio, sólo para mí es darlo y sobre todo al lactante con maltrato físico ...” (E5)

Por lo anterior estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera¹¹³

Categoría 2.- Compromiso del cuidado.

a) Fundamentación.

El cuidado de enfermería implica algo más que brindar asistencia; se trata también de relacionarse con la persona necesitada de cuidados desde otras perspectivas; pues el "cuidado de enfermería" no es sencillo y habitual, característico del cuidado como actividad humana, la forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria que utiliza conocimientos científicos, naturales, social y de conducta. Estas consideraciones ponen de manifiesto que para brindar un cuidado ético, de calidad humana y técnica es preciso tener claridad y criterios para responder de manera integral qué idea de ser humano tenemos.¹¹⁴

Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad Y que continúe superándose, afirma Watson.¹¹⁵

Estas expresiones demuestran el compromiso del cuidado que excluyó cualquier otra actividad. La dedicación se percibió asociada a la consagración, entendida ésta en el sentido de dedicarse con eficacia y arrojo al cuidado de los lactantes.

La **ética del cuidado** es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. Es la parte en que se destaca la sensibilidad ante la situación del paciente que sufre, ante el dolor, ante lo desconocido. Es muy importante aclarar que el ambiente hospitalario es muy común para los profesionales de salud pero no para el paciente, por ende se deben aclarar sus dudas, que él se sienta acompañado, que no se sienta aislado, tener en cuenta sus discapacidades, entre otros elementos importantes¹¹⁶

La moralidad como compromiso deriva precisamente de la certeza de que el bienestar, e incluso la supervivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de derechos y deberes. La ética del cuidado

está dirigida a orientar al paciente de una forma integral sobre su enfermedad y guiarlo hacia su bienestar, para que la persona pueda emocionalmente comunicarse con su entorno de conjunto.¹¹⁷

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; citados por Kerouac, et. al, 1996).¹¹⁸ Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.¹¹⁹

Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual continúa en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En voz de las entrevistadas:

"...mi segunda casa es el Instituto, así como mi familia tengo que entregar todo de mí...en ocasiones siento que mi trabajo con los niños lactantes es muy importante ya que paso la mayor parte del turno con ellos tratando de brindarles lo mejor sin importar nada... mi compromiso es mayor con estos pequeños indefensos...(E1)

"...con el lactante existe una buena relación ya que el convivir diario ellos nos van conociendo así como nosotros a ellos identificamos sus necesidades y a su vez ellos se sienten seguros con nuestra presencia con los padres en ocasiones asisten a la visita y hay algunos padres que se

prestan para poder entablar una comunicación y por lo contrario existen padres que eso no les interesa...” (E2)

“...mi dedicación a los niños más aun maltratados considero que tengo que prepararme para brindar un cuidado y comprometerme con mi carrera y con esta Institución, los niños son mis ganas de seguir estudiando...” (E3)

“...es parte de mí, mi forma de ser, mi carrera, el dar la atención a los niños me siento entregada a esta carrera que es enfermería. No hay palabras para describir esa entrega total ya que interactuamos día con día con nuestros pequeños, más a nuestros pequeños que llegan con maltrato satisfaciendo sus necesidades y cuidarlo y brindarle mi apoyo de no agredirlo en algún procedimiento...”(E4)

“...yo no soy nadie para juzgarlos, pero sí para cuidar en el hospital al bebé, buscarle alternativas para dar una buena atención sin que los procedimientos sean agresivos...” (E5)

Por lo anterior es importante mencionar que uno de los papeles en el desarrollo de enfermería es el compromiso hacia la profesión más aun a los lactantes con maltrato y que requieren de nuestro cuidado.

Categoría 3.- Responsabilidad por el ser humano.

a) Fundamentación.

La evolución del ser humano como individuo social se logra a partir del establecimiento de los ideales de igualdad y la prevalencia de sentimientos como el afecto, la amistad, el amor, la cooperación y la solidaridad sobre los instintos tales como la dominación, la jerarquía, el no reconocimiento y la intolerancia, lo que le permitió concebir a los demás como el "otro yo". Este acto de conciencia

permitió crear una moral que inspiró la formación de lo social, basado en el carácter libre, autónomo e igual de los individuos. Dentro de esta concepción surgen los derechos humanos como universales y superiores a cualquier orden cultural.¹²⁰

En voz de las entrevistadas:

“...a veces me siento mal cuando los canalizamos o les toman muestras siento que es para él o ella una forma de agredirlo y que no lo protejo, ya que ellos se identifican con nosotras, a veces nos dicen mamá o tías, me siento culpable de no protegerlo...” (E1)

“... yo soy el apoyo del niño en ausencia de sus padres maltratadores, me duele que le peguen, no sé qué va a pasar cuando se los llevan...” (E2)

“...creo que tengo que prepararme para cuidar mejor y entender a los niños con maltrato, a sus padres no criticarlos por su conducta porque son ... algunos agresivos...” (E3)

“...somos responsables de brindar cuidados por vocación y como adultos somos responsables de educar a nuestros hijos de no violencia y cuando veo estos niños que son sanos y llegan a áreas de hospitalización para atenderlos por golpizas que les da sus padres me da coraje porque hay otros padres que luchan porque sus hijos estén bien....no es justo que esto pase...” (E4)

Por lo tanto la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de:

- a) Reflexionar seriamente antes de realizar cualquier procedimiento o cuidado en la atención en nuestros lactantes maltratados, ya que para ellos todo es agresión.
- b) Tener prudencia ante sus cuidadores sin juzgar.

De acuerdo a los elementos de la Dra. Watson la formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.¹²¹

Categoría 4.- Preocupación por el problema social

a) Fundamentación.

El problema es alarmante ya que el maltrato infantil es una de las principales causas de muerte en los niños de nuestro país, y se considera un grave problema social de escalas insospechadas, pues las estadísticas que se realizan al respecto sólo muestran una pequeña parte de este gran problema, ya que las denuncias no corresponden a la realidad social ni a la magnitud de violencia que vive la niñez mexicana, declaró el jefe del Departamento de Equidad y Género de los Centros de Integración Juvenil.¹²²

México tiene el más alto índice de violencia infantil en América Latina, sólo por debajo de Venezuela, la estadística de la ONU reporta que 16 mil niños mueren al año por maltrato en toda Latinoamérica, siendo nuestro país el segundo lugar, de gran parte de esa mortandad son responsables padres y madres mexicanos.¹²³

"Otro factor es la cultura, generalmente machista de la sociedad mexicana, que persiste fuertemente en todos los estratos sociales y que se refleja en un abuso del poder sobre quienes se considera son los más débiles. Es muy importante que se eduque a los niños dentro de los valores del respeto y tolerancia, para crear un sentido de compasión en los futuros ciudadanos"¹²⁴, es importante que nos preocupen los problemas sociales que suceden en el entorno ya que no estamos lejanos del problema social que hoy en día está más presente, y las entrevistas así lo reflejan ya que es una situación que está cercana en las instituciones, brindando cuidado a los niños con maltrato físico.

En voz de las entrevistadas:

“...da coraje pero no soluciono nada ya que... no sé qué hacer, me preocupa porque llegan niños con maltrato físico, también por negligencia y no hacen nada y yo.... cómo puedo participar...” (E1)

“Pues a pesar de que enfermería considero que ha hecho un buen trabajo siento que aún nos hace falta más capacitación para poder enfrentar con mejor conocimiento esta problemática.” (E2)

“...es un problema grave que afecta no sólo a niños también a las mujeres, sería bueno de implementar programas de prevención dentro del área de enfermería...” (E3)

“...no es algo que estamos alejados del problema, estamos muy cerca del problema de maltrato y no sólo en niños, también en mujeres, creo que hay que empezar por el primer nivel de atención...” (E4)

“...son experiencias difíciles de comprender, no entiendo cómo pegarle a un niño o porque las mamás permiten que sus hijo sean tratados así por sus papas, bueno también la mamá les pega, pero más aún en un lactante que no se puede defender, ¿que necesidad hay de llegar a que tengan un traumatismo o los traten con el síndrome del niño sacudido sólo porque los desesperan?...” (E5)

Cabe señalar que enfermería puede y debe dar atención oportuna promoviendo un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos.

Considerando a la enfermera la participación en el problema social que actualmente se vive desde aquí ya esta visualizando el problema, para ella ya

tiene un significado de acuerdo a Mead ¹²⁵ se desarrolla el *self especular* como la persona con capacidad de interactuar consigo misma, de convertirse en objeto de su atención, forjando así una imagen coherente de sí mismo (sus intereses, expectativas, ideas, sensaciones, sentimientos, etc.) que pone en interacción con otros.

Categoría 5.- Calidad del cuidado.

a) Fundamentación.

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención.

La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de estandarización, donde aparecían las características mínimas que debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes mencionada.¹²⁶

En Europa los estudios sobre la calidad se reportaron más tarde. Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente.¹²⁷

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, *Florencia Nightingale* enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados".¹²⁸

Existen varias definiciones acerca de la calidad de la atención: para *Donabedian* es el "cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud", es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud.¹²⁹

En voz de las entrevistadas:

"...es importante esta relación niño enfermera porque así puedo brindar una atención tomando en cuenta sus necesidades, más en un lactante con maltrato..." (E1)

"...considero que para dar una atención, sería bueno implementar programas a los adolescentes, el no embarazos no deseados, ya que los padres de estos lactantes son jóvenes que no saben qué responsabilidad es tener un bebé, sería bueno empezar de ahí y no lleguen a tener lactantes maltratados por su inmadurez..." (E2)

"... la salud es importante en estos lactantes, es comprometerte a brindar un cuidado que les dé seguridad ya que para ellos todo lo que se les haga es agresividad..."(E3)

"...hay que dar todo de nuestra parte, sería bueno impartir conferencias en promoción de la prevención del maltrato más en los lactantes en áreas de primer nivel de atención detectando a tiempo estos focos, creo yo por ahí empezaríamos para brindar una buena atención siendo que nuestro trabajo se vería reflejado ahí..." (E4)

“...dar todo de nosotras para la atención del lactante maltratado, y trabajar con el equipo multidisciplinario de salud ya que es un trabajo de grupo, para realizar programas de seguimiento...” (E5)

Por lo tanto, el cuidado de enfermería, sería el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico científico orientada a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve, interviene en una forma importante en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.

La Dra. Watson¹³⁰, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano.

Ya que al personal de enfermería de neurociencias que atiende a lactantes con maltrato físico es importante brindar sus cuidados con calidad y conocimiento.

Siendo que para ellas esto tenía un significado en el desarrollo de la práctica diaria en la atención de los lactantes, no solo de enfermería, va mas allá que una atención profesional, es su persona la que se involucra en esta relación con el lactante maltratado y de acuerdo a Mead¹³¹, la persona se forma socialmente al momento que logra observarse a sí misma como un objeto, es decir, cuando logra un pensamiento reflexivo sobre sí mismo. A través de la comunicación es que la persona puede salir de sí, pues la comunicación supone asumir la postura de la otra persona con la que se está hablando y desde ésta mirarse uno mismo

4.4.- Los elementos en la construcción del significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico.

Como elementos en relación del desarrollo del cuidado de enfermería, el profesional de enfermería debe mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en el sistema de salud.

Por lo tanto; es un problema de interés comunitario y de salud, por lo que la sociedad en su conjunto tiene la responsabilidad legal, moral y ética de asumir, no caer en un “circulo de violencia”, manteniendo un marco de cultura.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES FINALES

La Enfermería “necesita una evolución humanística que la vuelva a centrar en su función de cuidar, en la atención y apoyo a lactantes maltratados, una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento para el bienestar de los lactantes maltratados”.

El cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente, el acto de mayor cuidado puede ser el no actuar, si ello es determinado por el otro. Cuidar demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir el bienestar de la misma realidad del paciente.

Sin embargo el controlar a los hijos en algunas culturas es costumbre educarlos a golpes de los cuales es una manera natural. Hay variaciones en cuanto a su aceptación e implementación, según el nivel sociocultural de las familias.¹³²

El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. Más aun en los lactantes maltratados mostrando siempre el “cuidado humano”. Esto nos hace parte importante ante esta problemática social, dando importancia ante la atención brindando un bienestar ante una prevención o atención oportuna.

Ya que desde temprano los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz para resolver conflictos interpersonales, específicamente si han padecido dentro del hogar, ya sea como víctimas o testigos. La violencia se transforma paulatinamente en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales, tales como el enojo, frustración o miedo, situación que se constriñe ocasionalmente en el seno familiar, sino que invariablemente se ve reflejada en la interacción de cada uno de los miembros de la familia con la sociedad.

En los últimos años, México ha considerado prioritario el prevenir y combatir el maltrato y abuso hacia los menores, de lo cual como enfermeras es apoyar y empezar a actuar sin estar en la participación de la prevención.

Es hora de orientar nuestro trabajo como enfermeras a la reflexión para establecer las hebras multicolores que integran el tejido social de la humanidad en conjunto, y lograr al menos el cumplimiento del 1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben, comportarse fraternalmente los unos con los otros.”¹³³

Debe haber un respeto a la Dignidad Humana, un cuidado humanizado, un mundo más acorde y lograr que se respete el ejercicio del derecho fundamental: el derecho a la vida. Hay que actuar según nuestra conciencia y conocimiento, por eso es lógico que nuestra voz tenga especial apremio con la única esperanza de contribuir a escribir, cada uno, un futuro diferente, luminoso y libre, donde no tendrá cabida ninguna forma de violencia y maltrato.

Tomando en cuenta la Teoría de Jean Watson las influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera.¹³⁴

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”¹³⁵

El uso de la práctica clínica como herramienta de investigación y campo útil para la aplicación de una teoría de Jean Watson de enfermería, es un reto cargado de ingredientes como disciplina, estudio, perseverancia y, la plena certeza de que *querer es poder*.

Por otro lado el significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones,

creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.¹³⁶

Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos del cuidado en la atención del lactante con maltrato físico, tomando como base que cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora del cuidado (Colliere, 1995).¹³⁷

Este trabajo busca profundizar los conceptos de la Teoría de Cuidado Humano de la doctora Jean Watson, y su utilidad en la experiencia clínica, cuyo principal resultado fue el desarrollo de la investigación “Significado del cuidado de la enfermera que atiende a lactantes con maltrato físico.”. La Teoría del Cuidado Humano, aporta conceptos como la relación transpersonal y (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.¹³⁸

Partiendo de la afirmación *el cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies*, como hecho innato de los seres humanos por preservar su mundo, la conjugación de la naturaleza permite tanto a los seres humanos, como también a cada especie buscar su propio bienestar.¹³⁹

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería.

A partir de allí se desarrollaron los *conceptos dominantes* de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”. ¹⁴⁰

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería.

Esta experiencia de investigación permitió descubrir la riqueza de conocimiento que alberga nuestra práctica diaria, conocimiento de la disciplina de enfermería, que incentiva la mejora en el cuidado de nuestros pacientes. Así mismo, permitió rescatar aptitudes y actitudes investigativas que hicieron visible al profesional de enfermería dentro de la Institución.

*La función que la profesión enfermera tiene en la sociedad
es la del cuidado de la salud de las personas.*

*Y el valor que con ello aporta es ayudarles a nacer, vivir y morir
en cualquiera de las circunstancias en las que éstas se encuentren
y desde la máxima consideración a sus propios valores.*

*El cuidado de la salud de las personas es,
por su propia naturaleza, un acto ético.¹⁴¹*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- 1.- Consejería de Política Social, e Inmigración. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito Educativo. Dirección General de Familia. Región de Murcia, 2000.p.7
- 2.- Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing 1991.p.899-909.
- 3.- Tabares, J. El castigo a través de los ojos de los niños. Las violencias: una inclusión creciente .Centro de estudios sociales. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1998.
- 4- Castro C, Maldonado O, Benguigui Y. La niñez, la infancia y la comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington,D.C OPS/PALMEX,.2004. p.3-4.
- 5.- Ibíd., p.208-216.
- 6.- Ibíd., p. 209
- 7.- Comprendido del Marco Jurídico Nacional e Internacional que tutela los derechos Humanos de las niñas, niños y adolescentes. (Sitio en Internet). Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/documento/CEAMEG/6%20comprendido.pdf>
Consultado: 10 de mayo del 2009
- 8.- Wade L. La mujer en la edad media. Alianza. Madrid, 1988.p.21
- 9.- Tomás, S. Historia de la enfermería. Masson Salvat.Madrid, 1995.
- 10.- Ibíd., p 20
- 11.- Ibíd., p 25
- 12.- Collière, F. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Doyma, Madrid. 1993

- 13.- Jamieson, M. Historia de Enfermería. 6ª. Edición. Interamericana, México, 1968.
- 14.- Ibíd., p. 18
- 15.- Ibíd., p. 20
- 16.- Tomas. Op.cit.p 6
- 17.- Ibíd., p.18
- 18.- Blasco, C. Cuidado y cuidadores en la historia de Córdoba. Servicio de publicaciones Diputación de Córdoba. Córdoba 1990
- 19.- Domínguez, C. Los Cuidados y la Profesión enfermera en España. Pirámide Madrid. 1995. p.15
- 20.- Lain, P. Historia de la Medicina. Salvat Barcelona, 2000.p.982.
- 21.- Howarc, K. Medicina, milagro y magia. El almendro, Madrid 1992.
- 22.- Domínguez. Op.cit.p. 22
- 23.- Ibíd., p.15
- 24.- Collière, F. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. Revista Notas de Enfermería. nº 9. Salvat. Barcelona 1991. p. 53-66.
- 25.- Ibíd., p.56
- 26.- Ibíd., p.60
- 27.- Ibíd., p.55
- 28.-Ibíd., p.62
- 29.- Ventosa, F. Historia de la Enfermería Española. Ciencia 3. Madrid, 1.994.
- 30.- Frank, E. T. Desarrollo histórico de la Enfermería en España. Prensa Médica Mexicana. México 1.981
- 31.- Ibíd., p.5

32.- Ibíd., p.6

33.- Ibíd., p.10

34.- Ibíd., p.22

35.- Dirección de profesiones en México, dirección General de profesiones .SEP, 1999. (Sitio en Internet). Disponible en: http://paraninfouniversitario.com/doc/13/Ensayos/Ensayo_83.pdf. Consultado: 25 de julio del 2009

36.- Donahue, P. Historia de la enfermería. Doyma. Barcelona, España.1990.

37.- Donahue , P. Op. cit. p. 259.

38.- Hernández, J. Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería. Interamericana, McGraw-Hill. Madrid, 1.995

39.- Donahue , P. Op. cit p. 269

40.- Jamieson,M. Op.cit.p 20

41.- Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil y abuso sexual. (Sitio en internet): <http://www.amro.who.int/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf>. Consultado el 12 de mayo del 2010.

42.- Ibíd., p. 9

43.- Ibíd., p. 11

44.- Ibíd., p. 10

45.- Ibíd., p. 10

46.- Loredó, A. Maltrato en niños y adolescentes. Textos Mexicanos, México, febrero 2004.p. 310 -

47.- Graulich, M. El sacrificio humano en Mesoamérica. Arqueología mexicana XI, 2003. p. 16-21.

48.- Ibíd., p. 20

49.- Díaz, B .*Historia verdadera de la conquista de Nueva España (Introducción y notas de Joaquín Ramírez Cabañas)*. Editorial Porrúa. 2005.p. 24.

50.- Talavera, J A; Rojas , JM . Evidencias de sacrificio humano en restos óseos. (Sitio en internet): <http://www.artehistoria.jcyl.es/cronicas/contextos/10959.htm>. Consultado el 12 de mayo del 2010.

52.- Leyman, B. Barbarie y religión: la infancia a fines de la época romana y comienzos de la Edad Media. En: *Historia de la infancia*. Alianza Editorial; Madrid, Demause L, editor; 1982. p. 93-120.

53.- Vargas C., Pérez JM., Ensayo Temático. La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales. Ensayo Temático de La Infancia Cuenta en México.2010. (sitio en internet): <http://www.infanciacuenta.org/ensayoicm2010.pdf>. Consultado el 15 de marzo del 2010.

54.- Ibíd., p.17.

55.- Kent L, Laidlaw JDD, Brockington IF. Fetal abuse. *Child Abuse Negl* 1997.p.181-186.

56.- .- Vargas C., Pérez JM.Op.cit.p. 17

57.- Lesnik-Oberstein M, Arend JK, Cohen Leo. Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. *Child Abuse Negl* 1995.p.33-49.

59.- World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, 2006.

60.- Corral VV, Frías AM, Romero M, Muñoz A. Validity of a scale measuring beliefs regarding the “positive” effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse Negl* 1995.p.669-679.

61.- Ibíd., p. 670

62.- Blumer, H. El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona,1982.

63.- Nightingale, F Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. Salvat. Barcelona, 1990

64.- Molina, M.T Historia de la enfermería. Intermédica. Buenos Aires, 1973

65.- Ibíd., p. 11.

66.- Ibíd., p.10.

67.- Ibíd., p.15.

68.-Diaz A, Casado J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Programa de atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario. Madrid, España.

69.- Meleis AI, Price MJ. Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. Journal of Advanced Nursing.1988.p. 592-604.

70.- Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. p. 207-216.

71.- Meleis AI, Price MJ. Op.cit.p.595.

72.- .- Watson, J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing, 1988. p.158.

73.- Wade GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. Journal of Nursing Education 2006.p. 162 – 168.

74.- Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996.p.988-996.

75.- Ibíd., p.980.

76.- *Ibíd.*, p. 985.

77.- Cohen JA. *Op.cit.*p.890

78.- *Ibíd.*, p.895

79.- *Ibíd.*, p.987

80.- Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. p. 158.

81.- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. (Sitio en Internet).: http://fenuach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
Consultado: el 24 de agosto de 2008.

82. - *Ibíd.*, p. 3

83.- Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996.p.988-996.

84.- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería.*Op.cit.*p.

85.- .- Bruner, J. Cap.3: La entrada en el significado. En Bruner J. *Actos del Significado, Psicología de la Educación. Más allá de la revolución cognitiva* 2nd.ed.Madrid: Alianza: 2002.p.78 – 122.

86.- *Ibíd.*, p.80 - 85

87.- *Ibíd.*, p. 95

88.- *Ibíd.*, p. 99 - 100

89.- Carabaña, J., De Espinosa E, Valoración crítica del interaccionismo simbólico, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Jiménez Blanco y C. Moya, *Teoría Sociológica Contemporánea*, Tecnos, Madrid 1978.p. 277-320.

90.- *Ibíd.*, p. 200

91.- Ibid., p. 250

92.- Blumer, H. El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona, España. 1982

93.- Ibid., p.15

94.- Ibid., p.15

95.- Ibid., p.13

96.- Rose, A M. El interaccionismo simbólico. Torregrosa.Edit. Teoría e investigación en la psicología social actual, Instituto de la Opinión Pública, Madrid, 1974, p. 63-75

97.- Ibid., p.71

98.- Ley general de salud. (versión electrónica en internet): <http://www.diputados.gob.mx/leyebiblio/ref/lgs.htm>. Consultada el 10 de mayo del 2008

99.- Instituto Nacional de Pediatría. Ediciones Médicas. Primera Edición. 2000.

100.- Minayo, M.C. Desafío en el conocimiento. 9. Edición, Rio de Janeiro, Brasil. Abrasco, 2005. P. 26

101.- Triviños, S. Introducción a las preguntas en ciencias sociales. Investigación Cualitativa en educación, San Pablo, Atlas, 1990.p.175

102.- Minayo, M.C. Op.cit.p. 35

103.- Quiroz. Variaciones de la Técnica de Grabar el número de registro. Edición T.A.Quiroz, 1987

104.- Krippendorff, K: Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica, Barcelona, Piados, .1990

- 105.- Pérez. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y análisis de datos. Madrid, España. 2002.
- 106.- Ibíd., p. 25 - 29
- 107.- Ibíd., p. 29
- 108.- Quintero, C. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2000 p. 184.
- 109.- Colliere, M. Promover la vida. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993
- 110.- Walker, A. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996.p. 988-996.
- 111.- Nightingale, F Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. Salvat
- 112.- Watson, J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. p. 158.
- 113.- Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.. 2000. p. 4 –13.
- 114.- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. (Sitio en Internet): http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 24 de agosto de 2007.
- 115.- Alvarado, A. La Ética del Cuidado, *Revista Aquichan* 2004.p. 4.
- 116.- Ibíd., p. 2
- 117.- Kèrouac S. *Pensamiento Enfermero*, Masson, España, 1996

118.- Monforte MP., Serrano F. Síndrome del niño maltratado y cuidados de enfermería. En Jornadas ante el maltrato a la infancia. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.p.149-160

119.- Ibíd., p.150

120.- Rivera, N y Triana A. Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm 200.p.54 – 66.

121.- Marriner , M. Modelos y Teorías en enfermería.7ª. Edición . Elsevier Mosby. Barcelona, España.2010.p.91-105

122.- Díaz Gómez M. Maltrato Infantil En *Cuidados de Enfermería Pediátrica*. Madrid. Síntesis 1995.p.431-456

23 Organización Panamericana de la Salud Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Capitulo: Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. Disponible en:

http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf. Consultado en octubre del 2010

124.- Ibíd., p.68

125.- Iguartúa, J. , Humanes, ML.. *Teoría e investigación en comunicación social*. Ed. Sínt.2000

126.- Fernández, E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990

127.- Sánchez E. Enfermería. Papel de los profesionales sanitarios. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir), Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid. Consejería de Salud.1995: 178-184.

- 128.- Nightingale, F Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. Salvat
- 129.- Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Helth Administration, 1980.
- 130.- Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson .Consultado el 15 de marzo de 2012.
- 131.- Mead, H.: *Espíritu, persona y sociedad*, Paidós, Buenos Aires, 1968
- 132.- Galvis, O. *Las niñas, los niños y los adolescentes. Titulares activos de derechos*. Bogotá, Colombia: Ediciones Aurora. 2006
- 133.- Cillero M. *El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. (Sitio en internet.)
<http://www.observatoriosocial.com.ar/proyectos/proelinteres.pdf>. Consultado el: 14 de junio de 2007
- 134.- Barnhart D et al. Watson J. Filosofía y ciencia de la asistencia. En: Marriner Tomey A, y Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 3ª edición Madrid: Harcourt brace. 1994. p. 151.
- 135.- Ibíd., p. 151
- 136.- Díaz, M. Maltrato Infantil .En *Cuidados de Enfermería Pediátrica*. Madrid. Síntesis 1995.p..431-456
- 137.- Collière, M. *Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero*. Revista Notas de Enfermería. nº 9. Salvat, Barcelona, 1.991, p. 53-66.
- 138.- Morales IM. Necesidad de seguridad y protección al medio en la infancia. Maltrato. *Enfermería pediátrica*. Barcelona. Masson. 1995. p.157-171.
- 139.- Rivera LN y Triana A. Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm, 2007.p.54–66.

140.- Gómez C. Valoración sobre los malos tratos en la infancia por enfermería. En I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona. Asociación Catalana por la Infancia Maltratada. 1989.p.149-160

141.- Fundación Víctor Grífols y Lucas. La Gestión del cuidado en enfermería.No.12.Barcelona España.2005.p.14.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de México
Dirección General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería
Consentimiento informado.

México, D.F. 2008

El que suscribe a la enfermera _____
del servicio de _____ turno _____
en el Instituto Nacional de Pediatría, manifiesto que he recibido asesoría sobre mi
participación en la investigación de “**Significado del cuidado de la enfermera
que atiende a lactantes con maltrato físico**”, que se llevara a cabo en el
hospital, el cual se me ha informado que consistirá en una entrevista grabada, de
la misma forma se me informo que respetaran mi decisión si por algún motivo no
deseo continuar la entrevista, será voluntaria y estrictamente confidencial.

_____ Nombre y firma de la enfermera participante.

Responsable del proyecto de investigación Lic. Lorena Cerbada González.



Universidad Nacional Autónoma de México
Dirección General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería

México, D.F. 2008

Enfermera: _____

Turno: Servicio: Nivel de estudios:
Número de hijos: Antigüedad: Edad:
Religión: Estado civil: Residente:

Guía de preguntas:

1. ¿Qué es el cuidado o como lo percibes?
2. ¿Cuál es tu opinión sobre el cuidar a lactantes con maltrato físico?
3. ¿Qué experiencia has tenido en el cuidado a lactantes con maltrato físico?
4. ¿Qué propones para el cuidado de estos lactantes con maltrato físico?

_____ Nombre y firma de la enfermera participante.

Responsable del proyecto de investigación Lic. Lorena Cerbada González