

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.



OPCIÓN DE TITULACIÓN:

T E S I N A

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOGAR**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

JENNIFER INGRID ARAUJO MONTOYA

ASESORA
LIC. ENF. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ SANTANA

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



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.

ÍNDICE

Introducción	6
Justificación	9
Objetivo General.....	12
Específicos	12
Capítulo I. Marco Téorico	13
1.1 Antecedentes.....	13
1.2 Mediadores de la Primera Infancia	14
1.2.1 La Familia como Mediador en la Primer Infancia	15
1.2.2 La Escuela como Mediador en la Primer Infancia.....	19
1.3 Teoría sobre el Cuidado de los Menores de Cinco Años.....	23
1.3.1 Caracterísitcas de los Cuidadores.....	23
1.3.2 Componentes para el fomento de la Resiliencia en los Menores.....	25
1.4 La Teoría del Apego.....	28
1.5 Teorías del Desarrollo Infantil en Menores de 5 Años.....	33
1.5.1 Teoría de Jean Piaget.....	33
1.5.2 Teoría de Erick Erikson	35
1.5.3 Teoría de Sigmund Freud	37
1.5.4 Teoría de La Espiritualidad	39
Capítulo II. Marco Jurídico	42
Capítulo III. Marco Disciplinar de Enfermería	45
3.1 El Cuidado como Objeto de Estudio	45

Capítulo IV. Intervenciones de Enfermería para el Cuidado Integral de los Menores de Cinco Años en el Hogar.	50
4.1 Factores de Riesgo en la Dimensión Biológica.....	52
4.2 Elementos Fundamentales para el Cuidado	55
4.3 Promoción del Sistema Nacional de Vacunación	57
4.4 Prevención de Accidentes	57
4.5 Fomento de Hábitos: Higiene Personal.....	62
Conclusión	70
Anexos	72
Anexo 1: Gráfica del Índice de Masa Corporal (IMC)	73
Anexo 2: Elementos Fundamentales para el Crecimiento.....	74
Anexo 3: Valoración de Crecimiento y Desarrollo para la Evaluación del estado de Salud.....	75
Anexo 4: Cartilla Nacional De Vacunación.....	77
Bibliografía.....	78

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Intervención del Profesional de Enfermería en el Cuidado de los Menores de Cinco Años en el Hogar

Elaborado por:

1.	<u>ARAUJO</u>	<u>MONTOYA</u>	<u>JENNIFER INGRID</u>	Núm. de cuenta:	<u>413503767</u>
2.	_____	_____	_____		_____
3.	_____	_____	_____		_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 27 de noviembre de 2018

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. María Esther Jiménez Santana

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Agradecimientos

El desarrollo de esta tesina no fue nada fácil, fue un proceso largo y que me deja un gran aprendizaje, agradezco de todo corazón a:

Dios, por permitirme llegar a este logro de mi vida.

Mi madre que me ha motivado siempre para cumplir mis metas.

A mi hija quien es mi mayor anhelo para crecer cada día como persona.

A mis ángeles que aunque no han estado presentes físicamente, viven de mis recuerdos.

Por último agradecer a la Profesora Esther, por tu su apoyo, su dedicación, y quien me instruyó a lo largo de este proceso, hoy digo que me llevo en un gran aprendizaje, y que me siento orgullosa de mi misma por este logro.

Cada momento vivido durante estos años, son únicos, cada oportunidad de corregir un error, la oportunidad de corregir un error, la oportunidad que cada mañana puedo empezar de nuevo, sin importar la cantidad de errores y faltas cometidas durante el día anterior.

INTRODUCCIÓN

Un niño es un ser único y miembro de una familia con necesidades fisiológicas, nutricionales, emocionales y preocupaciones que aumentan y se complican cuando se siente enfermo o amenazado por la enfermedad y/o la hospitalización que varían dependiendo su edad. De acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 1º; un niño se aplica a todas las personas menores de 18 años de edad.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define que la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado, la condición de la vida de un niño y a la calidad de esos años.¹

A pesar de los debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a los niños y lo que se debe esperar de ellos, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta en la cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse.²

Se considera la etapa más vulnerable durante su crecimiento y desarrollo, ya que es en esta fase donde se crean las capacidades y las condiciones esenciales para la vida y permite a los niños y niñas desarrollar su seguridad y autoestima

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Infancia> Definición de la infancia. La infancia amenazada estado mundial de la infancia 2005. [Internet]. México. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

² Ibídem.

necesarias, razón por lo cual su entorno, las condiciones de vida de sus familias y en especial de sus madres y sus cuidadores son fundamentales.

En la actualidad la inserción de la mujer al campo laboral ha aumentado considerablemente, sin embargo, aún no se cuenta con la cobertura de seguridad social suficiente con respecto al derecho a que los menores sean cuidados en una estancia o guardería infantil durante su jornada laboral, así mismo, aún existe un rechazo de estas y prefieren que el cuidado de los menores sea dado en el hogar por algún familiar, siendo estos los cuidadores primarios. En este sentido el profesional de enfermería está altamente capacitado en sus funciones de docencia enfocadas a la promoción de la salud para brindar una atención integrada considerando aspectos como identificación de factores de riesgo y los cuidados de vida en el hogar.

En el capítulo I, se recopilan antecedentes principalmente del significado de la niñez en los que eran seres sin derechos, es hasta el siglo XX, que los niños adquieren derechos ante la sociedad, y que, es un derecho que tengan un crecimiento y desarrollo óptimo, se hace mención de las teorías del desarrollo, enfocando aspectos de psicomotricidad, cognitivo, sexuales y sociales, brindados por su familia o sus cuidadores primarios, incluso en centros de formación, quienes son los principales responsables y son aquellos que deberán cubrir ciertas características para lograr su fin.

La familia es responsable desde el nacimiento ya que de ahí parte la premisa del cuidado, por lo que es de importancia que brinden un cuidado holístico, en un enfoque biológico, social, mental y espiritual.

En el capítulo II, establece el marco jurídico, en el que mediante un conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y normas se debe apegar al cuidado integral en los menores de cinco años.

El capítulo III, se aborda el tema de cuidado como objeto de estudio, mencionando que enfermería es una profesión orientada a cuidar. El cuidado representa una dimensión social, ya que es importante la orientación a las familias, para la trascendencia para toda su vida de estos niños.

En el último capítulo se establecen las intervenciones de enfermería por el cuidado integral de los menores de cinco años en el hogar, identificando los factores de riesgo en la dimensión biológica, prevención de accidentes en el hogar. El cuidado se basará en los elementos fundamentales como son el crecimiento, el desarrollo y la nutrición. Así mismo, la promoción de la salud en el sistema de vacunación y el fomento de hábitos.

Con base a lo anterior, esta trabajo tiene como propósito mostrar las cualidades del profesional de enfermería debido a que posee una formación integral con conocimientos, habilidades, actitudes y valores disciplinares necesarios para la promoción, prevención y cuidado de la salud de la población menor de edad, específicamente en la primera infancia con sentido humanístico y con bases científicas para intervenir con calidad en el proceso salud-enfermedad del niño mediante el desarrollo de estrategias de atención primaria a la salud a través del trabajo en equipos multidisciplinarios teniendo como prioridad orientar a las personas responsables del cuidado del menor en la conservación de su salud, acorde al marco ético, político y legal vigente.

JUSTIFICACIÓN

Durante la primera infancia, que es una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, todos los niños y niñas viven experiencias que pueden influir en todo su ciclo de vida; no obstante, también es una oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes.

Es claro y no está a discusión que todos los niños y las niñas tienen derechos, como el ir a la escuela, tener lugares de recreo y esparcimiento, crecer fuertes y seguros de sí mismos, recibir amor, estímulo y protección de sus familias y de una comunidad amplia de adultos que los proteja y puedan vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación ya que son el futuro del mundo, de ellos dependerá la economía, la cultura, la sociedad y la continuación de la vida, todo ello a través del fomento de estilos de vida saludables, promoviendo y fomentando su salud, por ello se deben identificar de manera oportuna factores de riesgo físicos, psicológico y espirituales, así como reducir la incidencia de mortalidad.

En México; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2016, reportó que existían un total de 39.2 millones de infantes, de los cuales el 32.4% (12.7 millones) pertenece a la primera infancia.³ Así mismo, en el año de 2013, según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) arrojó que el 96% de esta población son cuidados por una persona (familiar o conocido) y sólo 4% son llevados a una guardería, de estas el 73% representan estancias del sector público.⁴

³ Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Informe Anual 2016 [Internet]. México. Disponible en: <https://www.donaunicef.org.mx/informe-anual/>

⁴ Procuraduría Federal del Consumidor > Documentos [Internet]. México; 31 de Julio de 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/guarderias-privadas-la-eleccion-de-cuidar-lo-mas-preciado>

Cabe resaltar que en el último Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2012 informó que los Centros de Atención Infantil son otorgados por Instituciones de Programas Sociales⁵, sin embargo, actualmente estas cifras han cambiado, ya que la inserción de la mujer al campo laboral han aumentado y muchas no cuentan con seguridad social y es por ello que recurren a cuidadores primarios no formales aunado a que el concepto de familia también ha cambiado.

Conscientes de la trascendencia que tiene el cuidado en esta etapa de la vida; los infantes requieren de cuidadores que propicien un entorno apropiado, protector, afectuoso y estimulante, con conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo, ya que como se puede observar, la mayoría de estos infantes (96%) son cuidados en el hogar, ya sea por su madre o algún familiar cercano. De esta premisa parte la necesidad de orientar al cuidador(a) primario, y no cabe la menor duda que el profesional por excelencia que está calificado, para ello es, el profesional de enfermería ya que cuenta con un perfil académico que se caracteriza por:

- La capacidad para valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, familia y comunidad para desarrollar, diseñar, ejecutar y evaluar programas integrales tendientes al mejoramiento de la salud.
- Brindar servicios de enfermería con base en las necesidades y respuestas humanas mediante estrategias de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado⁶.
- Conocimientos científicos para los cuidados con base a Modelos y Teorías propias de enfermería.

⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Informe de Evaluación Política de Desarrollo Social en México; noviembre 2012. [Internet]. México; 2012. Disponible en: http://coneval.org.x/Informes/Evaluacion/IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_lowres6.pdf

⁶ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO; Perfil Profesiográfica del Programa de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; 2010.

- Metodologías como el Proceso Atención Enfermería (PAE), aplicado el método científico como herramienta para la ejecución de los cuidados.

En función de lo anterior, esta Tesina tiene como propósito proponer intervenciones de enfermería dirigidas a los cuidadores primarios de los menores de cinco años en el hogar que les puedan servir como herramientas para promover y fomentar la salud del menor, prevenir las enfermedades, identificar factores que puedan poner en riesgo su integridad de manera oportuna a fin de proveer un crecimiento y desarrollo saludable.

OBJETIVO GENERAL

Proponer intervenciones de enfermería dirigidas a la madre o a los cuidadores primarios de los menores de cinco años en el hogar, que les sirvan como herramientas para la promoción y educación para la salud, la prevención de las enfermedades y la identificación de factores que pudieran poner en riesgo su integridad física, psicológica, social y espiritual o su vida, a fin de favorecer un crecimiento y desarrollo óptimo.

ESPECÍFICOS

- Promover la salud de los infantes, padres de familia y cuidadores a través de pláticas sobre el cuidado del niño sano sobre nutrición, higiene, descanso y recreación, conducta, etc.
- Proporcionar información sobre el control del niño sano.
- Fomentar un control y seguimiento estricto de su crecimiento y desarrollo mediante la vigilancia de las visitas periódicas a su centro de salud comunitario.
- Identificar factores de riesgo que pudieran poner en peligro su integridad física, psicológica social y espiritual.
- Orientar al cuidador primario para que identifique cualquier alteración o problemas del menor, a fin de realizar un diagnóstico temprano, proporcionar un tratamiento oportuno y limitar el daño.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello, que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia; su concepción depende del contexto cultural de la época. De acuerdo con José Puerto Santos (2002), en los años 354- 430 hasta el siglo IV, se concibe al niño como dependiente e indefenso, las premisas eran “los niños son un estorbo”, “los niños son un yugo”.

Durante el siglo XIV, la concepción de infancia era vista como “los niños son malos de nacimiento”. En el siglo XV, el niño se concibe como algo indefenso y es por ello que se debe tener al cuidado de alguien, se define el niño “como propiedad”. Para el siglo XVI, la concepción de niño es la de un ser humano pero inacabado: “el niño como adulto pequeño”. En los siglos XVI y XVII se le reconoce con una condición innata de bondad e inocencia y se le cataloga “como un ángel”, como “bondad innata”. Durante el siglo XVIII se le da la categoría de infante, pero con la condición de que aún le falta para ser alguien; es el infante “como ser primitivo”.

A partir del siglo XX hasta la fecha, debido los movimientos a favor de la infancia se reconoce una nueva categoría: “el niño como sujeto social de derecho”. La “reinención” moderna de la infancia se inicia desde el siglo XVIII en las sociedades democráticas de Rousseau, quien advertía las características especiales de la infancia. A partir de este siglo comprendieron que la infancia tiene formas particulares de ver, de entender y de sentir.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, la primera etapa es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora de lenguaje, cognitiva y socio-afectiva entre otras. Los autores Musen, Coger y Kagan (1972) manifiestan que “la psicología del desarrollo tiene como fines primordiales la descripción, la explicación y la predicción de la conducta humana, y de manera más especial, el crecimiento y el desarrollo de la conducta humana”. Afirman además que el desarrollo que ocurre a edad temprana afectará la conducta posterior.

1.2 MEDIADORES DE LA PRIMERA INFANCIA

Una de las necesidades de los seres humanos y muy especialmente de los niños y niñas pequeños es la de tener las condiciones donde puedan relacionarse con otros de su misma edad y mayores, donde además, se les dé oportunidad para experimentar situaciones y sentimientos que le den sentido a su vida y de esta manera reencontrar y reconstruir este sentido como experiencia vivida y percibida, condiciones necesarias en una comunidad, para ello es fundamental considerar los elementos mediadores entre los niños y las niñas en la primera infancia y la sociedad estos son la familia y la escuela, de estas dos instituciones parte la importancia de redimensionar la concepción de infancia.

Desde los inicios de la humanidad, los hombres en su conformación como entes sociales han estructurado ligas de relaciones que han permitido no sólo su supervivencia, sino también la posibilidad de conformar y desarrollar las sociedades como existen en la actualidad.

En estas sociedades los individuos desarrollan sus vidas en grupos familiares, compuestos a partir de sistemas de parentesco, culturales, políticos y económicos, entre otros. El parentesco y la familia han sido estudiados desde diversas perspectivas científicas y en diferentes momentos de la historia humana para el entendimiento del comportamiento de la sociedad, y de los cambios y transformaciones que se hacen presentes en su cotidianidad.

1.2.1 LA FAMILIA COMO MEDIADOR EN LA PRIMER INFANCIA

La institución de familiar debe definirse según el contexto en el que se desarrolle; en su definición etimológica, el término familia hace referencia a un jefe y a sus esclavos, y se trata de una unidad donde sólo el patriarca decide y dicta las órdenes. Tal concepto, en su origen no aceptaba a la mujer como jefa de esa unidad ni tampoco concibe la idea del matriarcado.

Desde la perspectiva demográfica, las familias y, por lo tanto, los hogares que las albergan, constituyen ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas, de género y generaciones distintas. Es donde se construyen fuertes lazos de solidaridad; se entretajan relaciones de poder y de autoridad; se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros; se definen obligaciones, responsabilidades y derechos de acuerdo con las normas culturales, la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes.

La Organización Mundial de la Salud define *familia* como **"Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto,**

no puede definirse con precisión a escala mundial" también la define como ***"conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan"***.

Por otra parte, hogar es definido como "la persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas" (CANDANE, 2007: 4).

En la actualidad, el concepto de familia contemporánea se considera como una ***"forma de organización para la gestión de la cotidianidad es un ámbito de interacción que, como tal, genera sentido y socializa interpretaciones disponibles dentro de ese ámbito"*** por lo tanto es el determinante primario del destino de una persona dado que proporciona el tono psicológico y el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven siendo también la depositaria de los detalles culturales compartidos y la confianza mutua (Bohannan, 1996: 72).

De esta premisa parte la importancia de que el profesional de enfermería tenga presentes estos conceptos a fin de planificar sus intervenciones en los hogares donde existan menores de edad a cargo de cuidadoras(os).⁷

En cuanto a la definición jurídica de familia esta es considerada como el ***"conjunto de normas e instituciones jurídicas que intentan regular las relaciones***

⁷Gutiérrez, C. y et al. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo Sum, vol. 23, núm. 3, 2016 Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf#page=3&zoom=auto,-130,407>

personales y patrimoniales de los integrantes de una familia, entre sí y respecto a terceros". Tales relaciones se originan a partir del matrimonio y del parentesco y son un elemento socializador donde se introducen en las relaciones personales y viven sus primeras experiencias, se les inculcan normas y valores que el niño adopta como propias, mismas que le servirán de base para emitir juicios sobre sí mismo y los demás.

La adquisición de habilidades y destrezas que los niños y niñas experimentan dentro del núcleo familiar son la base para la formación de su personalidad. La familia es la responsable del proceso de transmisión cultural inicial y su papel principal es introducir a sus miembros en las diversas normas, pautas y valores que a futuro le permitirán vivir en sociedad, ya que es en la sociedad donde se aprenden los tipos de conductas y actitudes consideradas socialmente aceptables y apropiadas según su género, en la familia y la escuela donde los niños y las niñas preescolares pasan la mayor parte del tiempo.

En México existen actualmente 8 tipos de familias, tomando en cuenta que la estructura familiar no indica si una familia es funcional o no, sino que simplemente tiene que ver con la forma de ésta y los miembros que la integran. Algo que tiene mucho que ver con el contexto histórico, económico y cultural.⁸

Estas variedades de formas incluyen las siguientes:

- a) Familia nuclear (biparental), familia formada por un padre, una madre y sus hijos. Las sociedades, generalmente, impulsan a sus miembros a que formen este tipo de familias.

- b) Familia monoparental, consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la

⁸ Martín, E. Familia y sociedad. Madrid: 2000. Ediciones Rialp.

que se queda con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre. Cuando solo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, la viudedad, etc.

- c) Familia adoptiva, hace referencia a los padres que adoptan a un niño. Pese a que no son los padres biológicos, pueden desempeñar un gran rol como educadores, equivalente al de los padres biológicos en todos los aspectos.
- d) Familia sin hijos se caracterizan por no tener descendientes.
- e) Familia de padres separados, progenitores se han separado tras una crisis en su relación. A pesar de que se nieguen a vivir juntos deben seguir cumpliendo con sus deberes como padres.
- f) Familia compuesta, se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares. La causa más común es que se han formado otras familias tras la ruptura de pareja, y el hijo además de vivir con su madre y su pareja, también tiene la familia de su padre y su pareja, pudiendo llegar a tener hermanastros.
- g) Familia homoparental, se caracteriza por tener a dos padres (o madres) homosexuales que adoptan a un hijo.
- h) Familia extensa, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa. ⁹

⁹ Pusinato, N. El enfoque sistémico en el estudio de las relaciones familiares. Cusinato M. Psicología de las relaciones familiares, 21 Ed. Barcelona: 1992. Editorial Herder.

1.2.2 LA ESCUELA COMO MEDIADOR EN LA PRIMER INFANCIA

El segundo elemento mediador es la escuela, ya que, esta complementa la del hogar, proporcionando la asistencia y educación adecuadas para la promoción del desarrollo total del niño y de la familia” (Sánchez, 1997). En este sentido la escuela como elemento socializador juega papel fundamental, sin embargo, en México como en otros países la educación pre-escolar y escolar ha transitado por un largo camino que inicio en el período post-revolucionario con Lázaro Cárdenas del Rio quien implemento el estado de bienestar partiendo de la premisa de que el gobierno de un Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de sanidad y la seguridad social, entre esta última está el derecho a la educación de los menores de seis años¹⁰.

En México, histórica y culturalmente los servicios de cuidado infantil siempre han estado vinculados a las mujeres; sin embargo, el creciente papel de la mujer en el ámbito laboral, sin dejar de cumplir con su papel en la familia ha ido de la mano con la necesidad de contar con espacios apropiados para el cuidado y el desarrollo de los niños y de las niñas debido a esta necesidad creciente, en el año En 1917, con la inclusión la educación como un derecho de la niñez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se crean los Hogares Infantiles.¹¹

Las primeras casas de cuidado y atención infantil se pueden identificar a finales del siglo XIX, y fueron promovidas primero durante la ocupación francesa por la

¹⁰ Santana, D. Estado de Bienestar en México. 28 marzo 2016, Disponible en: <https://prezi.com/idmbtvroqvpd/estado-de-bienestar-en-mexico/>

¹¹ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), publicación 27 de junio de 2016; Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/estancias-para-el-bienestar-y-desarrollo-infantil>

entonces emperatriz Carlota y más tarde por Carmen Romero Rubio. En 1970, como producto de las reformas a la Constitución, se institucionalizaron los derechos sociales a través del otorgamiento de prestaciones a la población como la alimentación, la vivienda, la salud, la protección, la asistencia a la familia, la educación, la cultura, la salud, el trabajo y la seguridad social.¹²

Dentro de estos derechos sociales y a partir de la creación de las instancias encargadas del cuidado de los menores de cinco años denominadas guarderías o estancias infantiles, las mujeres que se encuentran insertadas en el mercado laboral cuentan con estos servicios que coadyuvan al cuidado de estos menores proporcionándoles cuidados primarios como alimentación, recreación, educación pre-escolar mientras trabajan.

Sin embargo, no todas las mujeres cuentan con este derecho, muchas mujeres tienen que verse en la necesidad de dejar solos a sus hijos, o en el mejor de los casos a cargo de algún familiar, como los abuelos o tíos, lo que representa una gran responsabilidad para el cuidador ya que nunca podrán suplir el cuidado que otorga la madre o el padre por lo que es fundamental que el cuidador o cuidadora primaria cuente con las herramientas necesarias para brindar el mejor cuidado posible a fin de no poner en riesgo la integridad física, emocional y espiritual del menor, ya que por su situación de indefensión pueden estar sujetos a todo tipo de maltrato.

Al respecto del maltrato infantil, el historiador francés Aries (1987) muestra que el estatus de infancia no corresponde al concepto de lo que es un niño (sujetos con derechos en etapa de desarrollo), menciona que muchos niños morían a muy temprana edad debido al maltrato, el abuso, el infanticidio, el trabajo infantil y el

¹² Diario Oficial de la Federación. Programa Nacional de Prestación de Servicios por Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil 2014-2018; 30 abril 2014, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343090&fecha=30/04/2014

abandono de los niños, sin embargo, estos fenómenos sociales no son recientes más bien han sido prácticas de crianza comúnmente aceptadas desde la antigüedad. El castigo corporal extremo como formas de disciplina (fajarlos, aterrorizarlos con máscaras, historias y personajes) así como el control social sobre el cuerpo del infante, tanto en la evacuación y el sexo, han estado socialmente legitimados a lo largo de la historia de la humanidad.

En la actualidad muchas de las prácticas de crianza y cuidado son maltratadoras y negadoras de los derechos de los niños y las niñas y están atravesadas por discursos culturales de los progenitores en donde los niños son concebidos como “propiedad de los padres” y por eso pueden hacer con ellos lo que consideren conveniente de acuerdo a sus ideas y experiencias; esta situación ha propiciado la creación de leyes y reglamentos que prevengan y protejan a la niñez en situación de maltrato infantil.

Por otra parte, la forma más visible del maltrato físico ya que en la mayoría de los casos huellas. Sin embargo, existen otras formas de maltrato como la negligencia o el abandono físico, el abuso sexual y psicológico (este último el más difícil de evaluar ya que no deja huella visible pero las repercusiones son más graves). Otro tipo de maltrato es el institucional sobre todo o de los sistemas públicos donde los niños y las niñas pueden verse maltratados a través de un trato despersonalizado ya que no se les dan explicaciones ni se les escucha llegando en ocasiones a la negligencia en la prestación de los servicios por parte de los profesionales y que en la mayoría de las veces pasa desapercibido.

Existen otras prácticas de crianza infantil que utilizan formas más sutiles y altamente generalizadas como el castigo físico o llamado por algunos autores como castigo corporal para no usar un lenguaje que disimula la realidad infantil. Esta forma de castigo es el uso de la fuerza física con la intención de causar a un niño dolor,

aunque no daño, con el propósito de corregir o controlar el comportamiento del niño administrado por los padres o adultos responsables de los niños.

Ante estos abusos en contra de la niñez, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en la Relatoría sobre derechos de la niñez de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2009, en su informe sobre el castigo corporal y los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, reconoció la gravedad de esta práctica y la catalogó como violatoria de la dignidad de los niños y niñas, recomendando a los países miembros acciones concretas como adoptar políticas, leyes, medidas preventivas y educativas que prohíban a los padres y adultos responsables, tanto en el ámbito privado (hogar) y público (escuelas, correccionales) usar el castigo corporal como un medio para disciplinar a los niños y niñas.¹³

¹³ Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2010; Organización de los Estados Americanos. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/ANUAL2010.pdf>

1.3 TEORÍA SOBRE EL CUIDADO DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS

Hablar de calidad del cuidado de los menores, se tiene que hacer referencia a los comportamientos y estrategias que usan los cuidadores principales y en particular la madre, para cuidar, proteger y garantizar la supervivencia de los bebés y los niños pequeños, en este sentido se entiende como cuidadores principales a los adultos familiares y no familiares, padre, abuelos, tíos, niñeras, etc., que apoyan el cuidado, aunque no en forma exclusiva, y a las maestras preescolares o de jardines infantiles, vecinos y demás adultos y sus características del comportamiento como cuidador temprano van desde lo más positivo hasta lo más negativo.

1.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES

- a) **Aceptación-rechazo** hace referencia que para toda madre o cuidador principal existen sentimientos positivos y negativos frente al cuidado de un bebé o niño pequeño, debido a las exigencias y demandas que esto implica. En el extremo positivo se encuentran los sentimientos de amor, aceptación, ternura, protección, goce compartido y cualquier otro tipo de reacción positiva generada por el bebé o niño pequeño; en el otro extremo, están los sentimientos de rabia, resentimiento, irritación y rechazo, entre otras emociones negativas generadas por el comportamiento del niño o las demandas de cuidado exigidas por la crianza.

- b) **Cooperación-interferencia**, en el extremo positivo se refiere a la capacidad del cuidador en sincronizar o sintonizarse afectivamente en el comportamiento con el niño, lo cual implica considerarlo como un ser autónomo, activo, cuyos deseos, sentimientos y actividades son validados y respetados por el adulto cuidador. En el otro extremo, la interferencia, está en el adulto cuidador que no respeta las iniciativas o autonomía del niño, que

niega las necesidades, los deseos, sentimientos y actividades de éste, pues impone su voluntad y deseos de adulto sobre los del niño. En muchos casos, éstos adultos cuidadores consideran que el niño o la niña es de su propiedad, o creen que los niños deben someterse a la voluntad del adulto.

- c) **Accesibilidad- ignorar**, en el extremo positivo se encuentra la disponibilidad física y psicológica del adulto cuidador respecto a las necesidades del niño pequeño. Es decir, permite la cercanía y contacto físico y está dispuesto emocionalmente para que el niño, muestre gusto por estar con él. En el extremo negativo, el adulto cuidador ignora los problemas y las necesidades de comunicación del niño con él, ya que este está más centrado en sus propias necesidades y preocupaciones.

- d) **Sensibilidad-insensibilidad** del cuidador a las comunicaciones del niño pequeño. Esta se refiere en el componente positivo a la habilidad de la madre o cuidador principal a estar alerta a las señales comunicativas del niño, interpretarlas adecuadamente y responderlas pronta y correctamente. Por el contrario, en el extremo opuesto del continuo, se encuentra la madre o cuidador, que ignora las comunicaciones, las interpreta incorrectamente, suponiendo muchas veces atribuciones e intencionalidades negativas.

Es importante señalar que no todos los niños menores están a cargo de cuidadores comprometidos y que no es posible protegerlos de los altibajos de la vida. Sin embargo, es posible educarlos para que sean capaces de adaptarse y superar las adversidades proporcionándoles las herramientas que necesitan para responder a los desafíos que van a enfrentar a lo largo de su vida y puedan desenvolverse con éxito en la edad adulta para lo cual los niños necesitan desarrollar fortalezas, adquirir destrezas para enfrentar, recuperarse de las adversidades y estar preparados para los futuros desafíos.

1.3.2 COMPONENTES PARA EL FOMENTO DE LA RESILIENCIA EN LOS MENORES

En este sentido el Dr. Ginberg creó una Guía para padres y encargados del cuidado infantil para fomentar la resiliencia en los niños mediante siete características del optimismo entendiendo como resiliencia al proceso por el cual una persona desarrolla la capacidad de lograr resultados positivos en su desarrollo, a pesar de tener circunstancias adversas o amenazantes a través del tiempo, si crece y se desarrolla en un ambiente de cuidado que le dé apoyo emocional y considere sus necesidades. Esta guía está integrada por siete componentes:

- a) **Habilidad:** Se desarrolla describiendo el sentimiento de saber que se puede manejar una situación eficazmente, se desarrolla en el niño la competencia para enfocarse en sus fortalezas individuales, hace que identifique algún error en incidentes específicos, se autoriza para que tome decisiones, se debe tener cuidado de que el deseo de protegerlos no envíe un mensaje equivocado de que él no es capaz de manejar las cosas, reconocer las habilidades de los hermanos de manera individual y evitar las comparaciones.

- b) **Confianza,** se refiere a la convicción de un niño sobre sus propias habilidades y de que de esta confianza deriva su capacidad. Se crea confianza cuando el cuidador se enfoca en lo mejor del niño para que este pueda observar eso mismo él; expresar claramente las cualidades de lealtad, integridad, persistencia y bondad, reconocer al niño cuando ha hecho algo bien, ser auténtico, felicitar con honestidad sus logros; sin dar una felicitación que pueda carecer de autenticidad, no presionarlo para que haga más de lo puede manejar de una manera realista.

- c) **Conexión:** Se enfoca desarrollar vínculos estrechos con la familia y la comunidad, crea un sentido sólido de seguridad que ayuda a guiar hacia los valores y evita las rutas destructivas alternas del amor y la atención. Se puede ayudar al niño a conectarse con otros creando un sentido de seguridad física y emocional dentro del hogar, permitirle que exprese todas sus emociones a fin de que se sienta cómodo durante los momentos difíciles; tratar abiertamente los conflictos en familia para solucionar los problemas; identificar un lugar común en donde la familia pueda compartir su tiempo sin distracciones; fomentar las relaciones saludables que refuerzan los mensajes positivos.
- d) **Carácter:** Los niños necesitan fomentar enseñanzas y valores sólidos para que él pueda determinar lo correcto y lo incorrecto y demostrar una actitud afectuosa hacia los demás. Para fortalecer el carácter del niño se recomienda demostrar cómo afecta el comportamiento a los demás, ayudarlo a reconocerse como una persona amable; demostrar la importancia de la comunidad; fomentar el desarrollo de la espiritualidad; evitar declaraciones racistas, de resentimiento, o estereotipos.
- e) **Contribución:** Los niños necesitan comprender que el mundo es un lugar bueno porque ellos y que están dentro de él; hacerlo consciente de la importancia de que su contribución personal puede servir como una fuente de propósito y motivación; enséñelo a cómo puede contribuir a ello; comunicarle que muchas personas en el mundo no tienen lo que necesitan; acentuar la importancia de servir a otros modelando en él la generosidad y crearle las oportunidades para que contribuya de alguna manera específica.

- f) **Enfrentarse:** esta característica se refiere a que el niño debe aprender a enfrentar de manera efectiva el estrés ya que este le ayudara a estar preparado para superar los desafíos de la vida. Entre las recomendaciones están las siguientes: Modelar las estrategias positivas para enfrentar las cosas constantemente; guiar al niño para que tenga estrategias positivas y efectivas para enfrentar las cosas; el cuidador debe de comprender que pedirle que deje el comportamiento negativo no funciona; conocer que muchos comportamientos riesgosos son intentos para aliviar el estrés y el dolor en las vidas diarias de los niños; no reprobar el comportamiento negativo del niño ya que muchas veces aumenta el sentido de vergüenza.
- g) **Control:** Los niños que saben que pueden controlar las consecuencias de sus decisiones y que tienen más probabilidad de saber que tienen la capacidad de reincorporarse. Cuando el niño está consciente de que puede marcar la diferencia, también promueve la competencia y la confianza, para lo cual se puede ayudar al niño a comprender que los eventos de la vida no son completamente fortuitos y que la mayoría de cosas que ocurren son el resultado de las decisiones y acciones de otras personas, mostrarle que la disciplina trata de enseñar no de castigar o controlar; usar la disciplina para ayudarlo a que comprenda que sus acciones producen ciertas consecuencias; finalmente es necesario que los niños sepan que hay un adulto en su vida quien cree en ellos y los ama incondicionalmente.

Tomado en consideración lo anterior, cualquier cuidador del medio familiar o social, juega un papel protector en el desarrollo de la persona. En este sentido, la resiliencia es resultado de las transacciones y experiencias internas y externas del niño con un ambiente, más que el resultado de características propias de la persona.

1.4 LA TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego es una conceptualización coherente basada en una conceptualización del niño y la niña como sujetos de derechos ya que hablar de relaciones de cuidado de calidad, implica pensar los ambientes de cuidado, tanto en sus aspectos físicos y psicológicos desde el concepto de sensibilidad del cuidador. Es decir, un cuidador capaz de ver las cosas desde el punto de vista del niño o de la niña, y que negocia de manera flexible las necesidades y metas en conflicto. También, el cuidado sensible implica ajustarse a los estados emocionales y al momento evolutivo del niño y de la niña, favoreciendo ambientes de cuidado amoroso y cálido.

Esta sensibilización es para que, desde el inicio de la vida, se les reconozca los derechos a la supervivencia y desarrollo, la protección y promoción, y particularmente a la participación y la autonomía, cabe resaltar que es un compromiso y gran reto de los que trabajan a favor de la infancia como gestores conscientes, el diseño de intervenciones que motiven la transformación cultural de aquellas representaciones y prácticas de cuidado infantil no favorecedoras del desarrollo de los niños y las niñas como sujetos de derechos, tanto en el medio familiar y escolar, que son los primeros núcleos de convivencia social y de experiencia emocional en la primera infancia.

Los adultos, como modelos, tienen influencia sobre el desarrollo y el comportamiento infantil y estas experiencias marcan la pauta para el comportamiento en su vida posterior cuando han tenido una relación de apego y seguridad con sus padres probablemente desarrollarán con sus compañeros y con los profesores relaciones marcadas por el afecto y la seguridad, y si por el contrario, las relaciones infantiles se enmarcan en un clima de inseguridad y desconfianza, estas estarán factiblemente en sus relaciones futuras.

Cabe resaltar que uno de los grandes cambios que ha marcado la familia es la incorporación de la madre al ámbito laboral. Tradicionalmente, en el medio familiar y social el grado de compromiso que tiene la madre es satisfacer las necesidades básicas de los hijos a través de la alimentación, el afecto y la estimulación intelectual y sensorial. Su presencia en el hogar crea las bases afectivas necesarias para que los demás miembros crezcan con estabilidad emocional, seguros de sí mismos y con valores que les permitan ser más autónomos y transparentes en sus relaciones interpersonales.

La madre cumple con una serie de roles específicos que surgen de las tareas que realiza tradicionalmente dentro de la familia. A la mujer se le ha atribuido desde lo biológico hasta la responsabilidad de brindar afecto a los hijos. Los espacios que crea la madre en el cumplimiento de su rol le permite tener mayor acercamiento y oportunidad para manifestar el afecto a los hijos.

Sin embargo, además de realizar el trabajo doméstico, cada vez es más frecuente que paralelamente desplieguen su capacidad y fuerza de trabajo para vincularse a labores adicionales. Existen múltiples factores por los cuales las madres se ausentan del hogar para trabajar debido a los problemas económicos que no les permiten cubrir los gastos del hogar, ya sea para complementar los ingresos del padre o como madre cabeza de hogar.

Esta situación afecta notoriamente la dinámica familiar y no es fácil, pues la familia demanda de la madre una gran dedicación de tiempo, energía, atención y amor. Sin embargo, cuando la ausencia ha sido prolongada y no cuenta con un reemplazo afectivo adecuado, el menor desarrolla un trastorno afectivo, cognitivo y conductual que le dificultará posteriormente establecer relaciones sociales adecuadas.

En este sentido, el problema no está en el hecho de que ellas trabajen, pues el trabajo contribuye a que los menores tengan beneficios en educación, salud y

recreación, sino en el tiempo que les dedican a sus hijos y que éstos no cuenten con una figura filial en el hogar. También es importante resaltar que las madres que tienen un nivel mayor de instrucción es más efectiva en el hogar dando cuidados más eficientes a sus hijos (analizan detenidamente a quien dejarán el cuidado de sus hijos) a diferencia de las madres con menos instrucción quienes tienen menos opciones y dejan con sus hermanos, un familiar o solos.

De allí que resulte de suma importancia desarrollar en los menores un vínculo afectivo con los cuidadores principales.

Para fundamentar lo anterior, se retoma la teoría formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth sobre el apego o vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo debido a que constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional; es el vínculo afectivo que une una persona a otra en particular, claramente diferenciada y preferida que las mantiene unidas a lo largo del tiempo, sirve para comprender el desarrollo socio emocional de los niños; permite seguir de cerca el desarrollo de sus vínculos afectivos desde el nacimiento en adelante y cómo éstos juegan un rol fundamental en la explicación de por qué algunos niños crecen felices y seguros de sí mismos, otros ansiosos y deprimidos y otros fríos, agresivos y antisociales.

Para poder mantener el apego el individuo se debe de encontrar unido al comportamiento de attachment, entendiéndose por attachment a toda forma de conducta que tiene como resultado previsible el que un individuo obtenga o se mantenga en proximidad de otro individuo claramente diferenciado, preferido y protector que en la mayoría de los casos, en este sentido la Organización Mundial de la Salud recomienda que ***“es esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre o con el cuidador principal en la que los dos encuentren alegría y satisfacción”***.

Las consecuencias de las separaciones tempranas, ya sea temporales o definitivas afectan de manera importante el desarrollo de la personalidad del niño y estas se pueden observar en el corto plazo a través de cambios inmediatos en la conducta, en el largo plazo puede presentar alteraciones emocionales que perturban definitivamente el funcionamiento de la personalidad en la etapa adulta; de tal manera que cuando un niño es separado de su madre temporalmente pasa por tres fases:

- a) **Protesta:** Durante esta fase el niño está ansioso, nervioso, excitado, llora intensa, larga y fuertemente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres rechazándolas cuando se acercan. Cuanto mejor es la relación con su madre, mayor será el grado de ansiedad muestra en esta etapa; cuando no manifiesta esta conducta es que la ausencia de la etapa de protesta es indicadora de una relación insatisfactoria previa con la madre.
- b) **Desesperación:** Su excitación psicomotriz empieza a disminuir, llora con menos intensidad, en forma más monótona, está distante e inactivo y su conducta sugiere desesperanza, empieza a dudar de que su madre vaya a volver. Nada le interesa, no se conecta con el medio que lo rodea y se pasea de acá para allá sin objetivos, como sintiéndose profundamente deprimido.
- c) **Desapego:** Desaparece la excitación psicomotriz, se interesa por el medio que lo rodea, ya no rechaza a sus cuidadores, acepta los cuidados, suele ser más sociable y cuando la madre se acerca, presenta pérdida del interés se mantiene indiferente, apático y distante, no obstante, presenta periodos de agresividad, no comparte y esconde los objetos.

Estas reacciones muestran la influencia que la separación de la madre tiene sobre ellos y los mecanismos psicológicos defensivos que se movilizan para sobreponerse a la pérdida. Cabe mencionar que necesario tener presente que, si bien estas tres fases se observan en todos los casos, la duración e intensidad de cada una varía según el ambiente en el que el niño transcurre su período de separación de la madre. Por otra parte, el reencuentro posterior con la madre muestra a un niño alterado emocionalmente y afectado psicológicamente en su relación con ella. Reconciliarse con la mamá después de la separación le llevará un tiempo que dependerá de la duración de la separación y de las características del vínculo que previamente tenía con su madre.

Así mismo y en ese mismo orden, una de las necesidades de los seres humanos y muy especialmente de los niños y niñas pequeños, es tener las condiciones donde puedan relacionarse con otros de su misma edad y personas mayores para experimentar situaciones y sentimientos que le den sentido a su vida, y de esta manera reencontrar y reconstruir el sentido como experiencia vivida y percibida, condiciones necesarias en una comunidad. Desde este punto de vista, el hogar y la escuela deben brindar situaciones que transfieran consecuencias positivas para el desarrollo del niño o niña, ya que cada situación puede facilitar la adquisición por parte del niño de diferentes habilidades y competencias necesarias para su desarrollo y buen desempeño en la sociedad.¹⁴

¹⁴ Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4 (1). Disponible en: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

1.5 TEORÍAS DEL DESARROLLO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS

El análisis profundo de la persona humana ha señalado en ella cinco dimensiones fundamentales: física, psíquica, afectiva, social y espiritual.

Un tema a resaltar que es fundamental que la enfermera conozca y domine a fin de orientar a la persona encargada de cuidado del menor en el hogar es lo conocimiento a las teorías del desarrollo infantil relacionadas a los cambios que van presentado los infantes, ya que es una forma de adaptar los cuidados específicos a cada rango de edad, entre las más teorías más destacadas se encuentran:

1.5.1 TEORÍA DE JEAN PIAGET

Jean Piaget, psicólogo constructivista suizo quien realizo estudios sobre el desarrollo intelectual y cognitivo del niño, elaboró su teoría de la inteligencia sensorio motriz basada fundamentalmente en el crecimiento de sus hijos que describía el desarrollo espontáneo de una inteligencia práctica, sustentada en la acción que se forma a partir de los conceptos iniciales que tiene el niño de los objetos permanentes en el espacio, del tiempo y de la causa. Para Piaget, los principios de la lógica comienzan a desarrollarse antes del lenguaje y se generan a través de las acciones sensoriales y motrices del bebé en interacción con el medio.

Esta teoría está representada por estadios (Etapa sensorio - motora o sensomotriz que se presenta del nacimiento a los dos años, la pre-operacional de los 2 años los 7 años de edad, la fase de las operaciones concretas de los 7 a los 12 años de edad, la operación formal de los 12 años a la edad adulta). Para Piaget las estructuras que definen cualitativamente en forma general la relación del individuo con el mundo que lo rodea en un momento determinado siguiendo una secuencia

universal definida hacia las formas de mayor equilibrio, estructuro su teoría en cuatro etapas o estadios.

- a) **Primera etapa:** Constituye el período del lactante de un año y medio o dos años; es anterior al desarrollo del lenguaje y del pensamiento, es el estadio de la inteligencia sensorio-motriz o práctica, de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad; en esta fase se desarrolla el intelecto y el conocimiento se adquiere del entorno mediante los sentidos, los reflejos de supervivencia predecibles son la succión y la prensión.

- b) **Segunda etapa:** Es la etapa de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto, abarca desde los dos a los siete años, es la fase en la cual nace el pensamiento preoperatorio. La etapa de tres a seis años es considerada como la fase pre conceptual y pre operacional, intuitiva, el niño no puede ver el punto de vista de otros (es egocéntrico) manifiesta un pensamiento mágico y aumenta su vocabulario a 900 palabras, puede representar los movimientos sin ejecutarlos; es la época del juego simbólico y a partir de los cuatro años, del pensamiento intuitivo. ¹⁵

- c) **Tercera etapa:** estadio de las operaciones intelectuales concretas, de los sentimientos morales y sociales de cooperación y del inicio de la lógica, abarca de los siete a los once a doce años.

- d) **Cuarta etapa:** Este estadio corresponde al de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e

¹⁵ Papalia, Dian, et. Al. Psicología del Desarrollo, de la infancia a la adolescencia. 11ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México; 2009. Página 193-198.

intelectual en la sociedad de los adultos (adolescencia). Piaget estableció para cada etapa las edades correspondientes, sin embargo, el ritmo varía de un niño a otro y ciertos rasgos de estos estadios pueden traslaparse en un determinado momento.

1.5.2 TEORÍA DE ERICK ERIKSON

Erik Homburger Erikson, Psicoanalista estadounidense de origen alemán conoció a Anna Freud y por influencia de ella se estableció en Viena y se vinculó al movimiento psicoanalítico. En 1933 emigró a Estados Unidos, donde estudió la influencia cultural en el desarrollo psicológico con niños de reservas indias. Integró el psicoanálisis clínico y la antropología cultural matizando nuevos aspectos del desarrollo. Por un lado, estudio la influencia de factores psicosociales y socioculturales en el desarrollo del "Yo", y, por otro, propuso el desarrollo de la identidad como sucesión de etapas diferenciadas entre las que existen períodos de transición (crisis evolutivas), conceptualizando ocho crisis psicosociales o etapas del desarrollo de la identidad hacia la síntesis del "Yo".

Erikson enfatizó que la personalidad está influenciada por la sociedad. Expuso que el desarrollo del yo dura toda la vida. Fue el pionero del Ciclo Vital.

Elaboró una Teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó "Teoría psicosocial". En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas).

Para Erikson, el desarrollo infantil de la "confianza básica" en los adultos, es desarrollada durante los primeros años de vida y es el fundamento de todo el desarrollo social posterior. Insistió en la importancia de lo que Piaget denominó estadio sensorio-motor del desarrollo, y corroboró la aseveración de que dicho

estadio es el fundamento imprescindible de un desarrollo social e intelectual normal. Enfatizó que la formación de la identidad es un foco de atención primordial dado a que las personas a lo largo de su vida se preguntan "¿quién soy yo?" sus etapas son:

a) Lactante (del nacimiento a los 12 a 18 meses):

Contraste entre confianza frente a desconfianza: La consistencia del cuidado es esencial para que un lactante desarrolle confianza mediante la atención inmediata y consistente de sus necesidades expresadas.

Entre los 9 a 10 meses necesita aprender la permanencia de los objetos y que está separado del cuidador primario.

b) Niños entre 1 y 3 años de edad:

Contraste entre autonomía, vergüenza y duda; empieza a tolerar cierta separación del cuidador primario, los berrinches son normales y el negativismo es común; disfruta los rituales, la consistencia, el aprendizaje de habilidades para ir al baño y la locomoción.

c) En la etapa pre-escolar, de los 3 hasta los 6 años de edad:

Contraste entre iniciativa y culpa. El niño desarrolla su iniciativa cuando intenta nuevas actividades y no es abrumado por la culpa en muchas ocasiones habla de manera incesante; pasa del egocentrismo a ver el punto de vista de otras personas; puede tener pensamientos mágicos para solucionar problemas y encontrar sentido a su entorno. Sin embargo a veces existen riesgos para el tratamiento efectivo de síntomas ya que puede negarlos a través de su pensamiento mágico.¹⁶

¹⁶ Roberto Kail y John Cavanaugh. Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital 6ª edición. Publicado 22-oct-2014 por issuu. Disponible en: https://issuu.com/cengagelatam/docs/kail_issuu

1.5.3 TEORÍA DE SIGMUND FREUD

Otro de los grandes teóricos del desarrollo infantil fue Sigmund, Freud, nació en Freiberg, en la antigua Moravia (hoy Příbor, República Checa), el 6 de mayo de 1856. Su padre fue un comerciante en lanas que, en el momento de nacer él, tenía ya cuarenta y un años y dos hijos habidos en un matrimonio anterior; el mayor de ellos tenía aproximadamente la misma edad que la madre de Freud, (veinte años más joven que su esposo) y era, a su vez, padre de un niño de un año. Estudió medicina, aunque no con el deseo de ejercerla, sino con la intención de estudiar la condición humana con rigor científico.

A mitad de la carrera tomó la determinación de dedicarse a la investigación biológica, y de 1876 a 1882 trabajó en el laboratorio del fisiólogo Ernst von Brücke, interesándose en algunas estructuras nerviosas de los animales y en la anatomía del cerebro humano.

De julio de 1882 hasta agosto de 1885 trabajó como residente en diversos departamentos del Hospital General de Viena, decidiendo especializarse en neuropatología. En 1884 se le encargó un estudio sobre el uso terapéutico de la cocaína experimentándola en su persona.

Freud propuso tres instancias hipotéticas de la personalidad (el ello, el yo y el súper yo) que se desarrollan al inicio de la vida. Los recién nacidos están gobernados por el ello, bajo el principio del placer. El súper yo, que se desarrolla alrededor de los cinco o seis años de edad, contiene la conciencia; incorpora los “deberías” y los “no deberías” socialmente aprobados dentro del sistema de valores del niño. El súper yo es demandante en extremo; si sus demandas no se satisfacen es posible que el niño se sienta culpable o ansioso. El yo, en sí mismo consciente, se desarrolla de manera gradual a partir del primer año de vida aproximadamente y opera bajo el principio de la realidad. La meta del yo es encontrar maneras razonablemente

realistas de gratificar al ello, y que también sean aceptables para el súper yo, Freud estableció tres etapas psicosexuales en los niños.¹⁷

a) La etapa oral del nacimiento a los 12 a 18 meses; en esta fase la succión proporciona placer y a través de esta el lactante en conocer el mundo oralmente.

b) Etapa anal se presenta entre 1 y 3 años de edad, en esta en niño expresa frustraciones, satisfacción a medida que obtiene control de esfínteres.

c) En la etapa fálica que va de los 3 hasta los 6 años de edad el niño empieza a explorar su cuerpo, se puede masturbar, presenta en síndrome de Edipo en donde hay celos, rivalidad, o ambos, con personas del mismo sexo y fuerte vínculo con el sexo opuesto. ¹⁸

¹⁷ Papalia, Dian, et. Al. Psicología del Desarrollo, de la infancia a la adolescencia. 11ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México; 2009. Página 29-30.

¹⁸ Linnard, L, y et al. Notas de Pediatría. Bases. Editorial MC Graw Hill; México, 2012. páginas 7-15.

1.5.4 TEORÍA DE LA ESPIRITUALIDAD

La dimensión espiritual en enfermería, ha tenido especial relevancia con el transcurrir del tiempo. Nightingale en 1859, creyó en el componente espiritual de la vida humana, Watson consideró que la espiritualidad era un aspecto esencial que influía en las condiciones emocionales y físicas; el término se deriva del latín espíritu, que significa aliento, aire, viento.¹⁹

Así como en el vivir de los padres en el proceso de crianza está la prioridad de atender las necesidades físicas e intelectuales de los niños a medida que avanzan en su proceso de crecimiento y desarrollo, de igual manera es necesario que promuevan en sus hijos el desarrollo y fortalecimiento de la dimensión espiritual.

En concepto de David Heller, los siguientes elementos son fundamentales dentro del proceso de fomento de la espiritualidad en los niños²⁰:

- a) Crear confianza con el hijo.** El amor y la confianza constituyen los dos elementos fundamentales para la relación entre los padres y los hijos. El niño necesita sentirse lo suficientemente seguro para poder explorar, puesto que la exploración en la niñez se constituye en un elemento fundante de su espiritualidad en el sentido de que cuando los niños empiezan, por ejemplo, a apreciar la naturaleza, surgen entonces las preguntas sobre quien hizo la luz del sol, por qué llueve, etcétera, escalones importantes en la formación de la dimensión espiritual.

¹⁹ Wojnar D. Teoría de los cuidados (Kristen Swanson). Raile M. Marriner A. (Editores). Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. 2007: 766-777

²⁰ Heller D. *Cómo hablarle a su hijo de Dios*. Bogotá, Norma, 1990.

Las semillas de la confianza surgen de la interacción entre los padres y el hijo. Erikson sostiene que la etapa de confianza versus desconfianza constituye la base fundamental de las demás etapas de la niñez. Algo que no es muy conocido es que Erikson también creía que la confianza se relaciona con la fe religiosa, pues la fe es fundamentalmente una confianza en lo que no se puede ver, pero se puede creer. De hecho, la confianza es la base sólida sobre la cual la persona se sostiene espiritualmente y la que le permite afrontar con entereza las dificultades y frustraciones normales en el transcurrir de la existencia humana.

b) Cultivar la libertad. La libertad debe ser cualidad característica de un hogar espiritual y debe garantizarle al niño, libre de inhibiciones, expresar ideas, hacer preguntas y manifestar dudas acerca de cuestiones espirituales. Como padres de familia se debe encontrar la justa medida para el ejercicio de la libertad con los hijos. El reto grande está en tratar de no reprimir al hijo, pero tampoco permitirle que vague sin ninguna orientación, cultivando un espíritu de libertad que combine la orientación con la tolerancia, en una relación caracterizada por el diálogo y el respeto mutuo. Nunca se insistirá lo suficiente en que la clave para educar espiritualmente a los hijos está en que los padres sean sensibles a los matices de la personalidad de los hijos y a sus curiosidades y necesidades individuales.

c) Demostrar interés en la vida del hijo. Para poder crear un clima espiritual en la vida del hijo es necesario invertir tiempo, cariño y aportar una gran dosis de sinceridad por parte de los padres. El ejercicio de una auténtica capacidad de escucha es fundamental, reconociendo al niño como un interlocutor válido de acuerdo con el momento de su desarrollo. Recuérdese las palabras de Rabindranath Tagore “**quien ha perdido el niño que hay en sí mismo, es incapaz de educar a los niños de los hombres**”.

La significación, entendida como el hecho de que el niño se sienta importante para sus padres y las personas que lo rodean, se constituye en un elemento fundamental en su desarrollo como persona, incluyendo en ella la dimensión espiritual.

James Dobson afirma que entre los 4 o 5 años de edad de los niños es un buen momento para realizar unas primeras aproximaciones en torno a la espiritualidad como un sentimiento que nos liga a un ser superior y que nos va aproximando lenta y gradualmente a la noción de trascendencia, fundamental en tantos momentos y etapas del discurrir por la vida.²¹

²¹ Naranjo JA. El niño y las ciencias naturales. Sobre la niñez de los científicos. *Revista Universidad de Antioquia* 243: 30-35, 1996.

CAPÍTULO II. MARCO JURÍDICO

El Profesional de Enfermería, así como quienes estén a cargo del Cuidado Infantil debe conocer el marco jurídico en cuanto a las normas vigentes.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el artículo primero: la presente ley se fundamenta en el párrafo sexto del artículo 4°. En el capítulo segundo artículo 10° se promoverán acciones conducentes a proporcionar la asistencia apropiada a madres, padres, tutores o personas responsables para el desempeño de sus facultades. Al igual, esta ley establece los derechos de los mismos.²²

El marco legal dedica el artículo 4° constitucional al derecho a la salud: De los derechos humanos y garantías individuales. Título primero-Capítulo I a la protección de la institución familiar, declarando que (la ley) protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Así mismo, **establece que el Estado en todas las decisiones y actuaciones velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos a la educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral**, principio que deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.²³

²² Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf

²³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de febrero de 1917; Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

Artículo 123: Apartado A, fracción XXIX y Apartado B, fracción XI, inciso C: establece que todas las mujeres gozarán de ayudas para la lactancia y el servicio de guarderías infantiles.²⁴

- Ley General De Prestación De Servicios Para La Atención, Cuidado Y Desarrollo Integral Infantil

Art. 3º: Las dependencias, entidades y demás organismos de seguridad social que presten los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, además de cumplir con sus leyes específicas y régimen interno, las cuales tendrán preeminencia, deberán observar lo dispuesto en esta Ley. Los derechos laborales colectivos o individuales consagrados en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para las hijas e hijos de trabajadores y trabajadoras en materia de guarderías y prestaciones sociales reconocidos por sus leyes reglamentarias en materia de seguridad social tienen preeminencia en esta Ley y serán respetados en la misma.

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 3: Interés Superior Del Niño; Todas las medidas respecto del niño deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo.²⁵

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SAA2-1999, "Para la Atención a la Salud Del Niño" para establecer los requisitos para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la

²⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123º, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de febrero de 1917; Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

²⁵ El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) Convención sobre Sobre los Derechos del Niño "Unidos por la Infancia". Junio 2006; Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.²⁶

²⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SAA2-1999, “Para la Atención a la Salud Del Niño”. Disponible en; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

CAPÍTULO III. MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA

3.1 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

En otro orden de ideas relacionadas con el cuidado de los menores es conocido que a lo largo de la historia de la humanidad en la lucha por la supervivencia del hombre siempre ha habido una persona (suele ser la mujer) que ha cuidado a los niños, enfermos, heridos, Colliere, afirmaba que desde tiempos remotos, los hombres se han preocupado de asegurar la continuidad de la vida del grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades, en este sentido, la práctica de los cuidados tiene el objetivo de **"asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida"**.²⁷

Etimológicamente el concepto de cuidado proviene del término "cuidare/curare". La palabra cuidado tiene diversos significados en nuestra lengua. El más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente. Se trata de una de las palabras que aprende primero un niño, de mayores se usa con mucha frecuencia sin embargo, la palabra cuidado en el ámbito de la salud tiene otro significado²⁸.

En la profesión de enfermería el término cuidado proviene del latín cogitare que quiere decir pensar. Cuidar para Colliere es un acto de vida que representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y preservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Menciona que la enfermería es una profesión orientada a cuidar, **"to care"** y curar **"to cure"**, siendo su responsabilidad abogar por el

²⁷ Colliere, M.F Promover La Vida, Paris, Ed: Intereditions, 1982, Página 24.

²⁸ Raquel AM. El concepto del cuidado a lo largo de la historia. Cultura de los cuidados, Edición Digital [Internet]. 2015 [16-10-2018]; Volumen 19, Página 101. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/Cultura-Cuidados_41_12.pdf

bienestar del paciente como un ser humano integral, con inclusión de sus necesidades biológicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales²⁹.

Para Florencia Nightingale "**el cuidado**", es el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería, reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también ayudar a la gente a vivir.³⁰

En el devenir del tiempo, el cuidado es el más antiguo de los oficios en donde la mujer ha tenido un papel preponderante como cuidadora en las actividades de alimentar, proteger del frío y calor, movilización etc. en un concepto más amplio del cuidado "**representa una serie de actos para asegurar la satisfacción de una serie de necesidades indispensables para la vida, con el objetivo de hacer retroceder a la muerte,**" utilizándose métodos elementales para responder a las necesidades de los individuos.³¹

En este sentido, el hombre primitivo tuvo que adaptarse al medio para cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie, a través del tiempo, fue configurando una organización social para las actividades del cuidado, los cuales comenzaron a ejercerse mediante un plan estructurado y con los medios que tenían a su alcance, principalmente en torno a la alimentación como un medio de supervivencia del grupo y de la especie a través del conocimiento de las condiciones naturales del entorno y la regularidad de los fenómenos climatológicos en un concepto de ayuda de las sociedades primitivas.

²⁹ Esp. Card. Lic. Carolina Ortega Vargas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 10, Núm. 3 septiembre-diciembre 2002 pág. 88-89.

³⁰ Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, enero-marzo 2008 pág. 1-3

³¹ Riopelle, L. "Evolution des soins infirmiers à travers des âges", en Individualisation des soins Infirmiers, Québec: Ed. McGraw-Hill, 1982, Pág.2

Kristen M. Swanson recurrió a diversas fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados. Mencionaba que, desde el comienzo de su carrera de enfermería, su educación y experiencia clínica la hicieron muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que atendía y postulo que:

«Observar a los pacientes moverse en un espacio de total dependencia y salir de allí restablecidos era como ser testigo de un milagro. Sentarse con los cónyuges mientras confiaban el corazón (y la vida) de su pareja al equipo quirúrgico era sobrecogedor. Era alentador observar los recursos internos a los que podían apelar los miembros de la familia para transferir lo que no podían controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación y, en algunos casos, la muerte».

Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Sus principales conceptos y definiciones sobre los cuidados son:

- a) Conocimiento:** simboliza esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. Este principio aplica 100% en los niños, ya que estos van adquiriendo gradualmente el conocimiento como lo explica ampliamente Jean Piaget en su teoría y es fundamental que dentro de su entorno inmediato se le proveen estímulos positivos a fin de que su desarrollo cognitivo sea el idóneo.

- b) Estar con:** significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar

a la persona cuidada. Este postulado es muy importante ya que el cuidador principal debe de estar presente física y mentalmente, los expertos recomiendan calidad más que cantidad del tiempo que se les dedica a los niños.

c) *Hacer por*: Es lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. En el caso de los menores es hacer por ellos todo lo necesario para que crezca en las mejores condiciones posibles y dentro de las posibilidades de los cuidadores, ya que son el futuro de la humanidad y es deseable que ese futuro sea mejor que el que se está viviendo en estos momentos.

d) *Posibilitar*: Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación. Este principio es muy importante debido a que los menores de cinco años atraviesan por diferentes etapas en las cuales van adquiriendo habilidades, destrezas y valores y la familia como núcleo de la sociedad es la encargada de posibilitar acciones encaminadas a generar hábitos y costumbres positivas que coadyuven a posibilitar un crecimiento y desarrollo adecuado.

e) *Mantener las creencias*: Significa mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. Como se ha descrito en párrafos anteriores la etapa de la niñez de las personas, es un buen momento para realizar unas primeras

aproximaciones en torno a mantener las creencias y desarrollar la espiritualidad como un sentimiento que lo ligará a un ser superior y a la noción de trascendencia para toda su vida.

En función de lo anterior, los cuidados constituyen la dimensión social de la enfermería, Collière³² señala que su importancia radica en **“situar en el contexto del proceso de la vida y de la muerte al que se enfrenta el hombre y los grupos humanos en el desarrollo de su existencia”**. En este contexto, la actuación de la enfermera(o) es brindar cuidados de vida, de lo cotidiano, como un acto inherente al ser humano para lograr el bienestar de la mente y el cuerpo de las personas que cuidan (enfermeras y/o enfermeros) o en este caso cuidadores primarios y a las que se les otorgan los cuidados (individuo, familia y comunidad). En virtud de lo anterior, la salud y la curación comprenden el contexto profesional y la misión de la enfermera(o) y su razón de ser para la sociedad.

Por lo tanto, es importante que los profesionales de la Enfermería comprendan la responsabilidad que tienen tanto en el ámbito hospitalario como en la comunidad, específicamente en los hogares donde se encuentran la población menor de cinco años a cargo de cuidadores que en la mayoría de las veces no cuenta con tanto del cuidador como del cuidado y la relación que estos tengan con el cuidado la salud, y a su vez, orienten a las familias y cuidadores primarios a tener conductas saludables.

³² S. Rodríguez Jiménez, M. Cárdenas Jiménez. Enfermería Universitaria, Una mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. agosto 2014: Pág. 145-153

CAPÍTULO IV. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOGAR.

La Profesión de Enfermería, a través de su arte, brinda cuidados de vida, en el ámbito de lo cotidiano, como un hecho inherente al ser humano para lograr el bienestar de la mente y el cuerpo de las personas a las que se les brindan cuidados (individuo, familia y comunidad) sano o enfermo, como un acto de interacción humana recíproca e integral que guía el conocimiento y la práctica de Enfermería hacia una práctica individual y de reciprocidad que se da a cualquier persona que requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales, temporal o definitivamente y se da a uno mismo cuando se adquiere autonomía.

La esencia de su cuidado es situar en el contexto del proceso de la vida y de la muerte al que se enfrenta el hombre y los grupos humanos en el desarrollo de su existencia. Esta premisa es fundamental cuando se habla del cuidado del menor, debido a que dentro de su ciclo vital éste se encuentra en una de las fases más cruciales de su existencia ya que es en esta etapa donde se sientan las bases para su vida adulta. Collière menciona que el propósito de la enfermera es comprender a los demás en su ciclo vital, desde que nacen hasta que mueren, en las actividades cotidianas de la vida, con un enfoque holístico y que su misión es cuidar la salud de las personas y curar sus enfermedades (Collière).⁶

Con base en estos conceptos una de las principales tareas que tiene enfermera como lo menciona Collière es brindar cuidados de vida y dentro de sus funciones: asistencial, administrativa docente y de investigación, la docente donde puede intervenir con programas de educación, fomento y promoción de la salud para la población menor de cinco años dentro de su núcleo familiar y proporcionarle las herramientas necesarias al cuidador principal para la atención de los menores para identificar riesgos, prevenir las enfermedades.

En este sentido, la educación para la salud, a través de la Promoción se pone en práctica los enfoques participativos de los individuos, las familias, las organizaciones, las comunidades y las instituciones; todos en colaboración conjunta para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar de todos, fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "**el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud**".³³

Así mismo, el enfoque de entornos saludables, implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un "sistema completo" en lugares o contextos sociales en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar salud y el bienestar y es en este contexto donde se inserta el cuidado de los menores de cinco años ya que en el hogar es donde el niño vive, convive y crece, siendo entonces el lugar ideal para intervenir promoviendo su salud, física, mental, social y espiritual. Dimensiones que engloban los cuidados holísticos de vida.³⁴

Sin embargo, hablar de holismo u holístico, el término es utilizado en muchas disciplinas, tanto artísticas como científicas; en occidente, es considerado como sinónimo de integralidad, entendida como los aspectos bio-psico-sociales del ser humano y el uso de terapias de salud alternativas. Sin embargo, el holismo en un concepto más amplio, concibe al ser humano desde sus dimensiones físicas, psíquicas, emocionales y espirituales en relación íntima con un entorno en un todo.

³³ Organización Mundial de la Salud; ¿Qué es la Promoción de la Salud? Internet. Disponible en : <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

³⁴ Organización Panamericana de la Salud; Promoción a la Salud; Inicio>Topics>Health promotion and wellbeing [Internet] (18-10-2018). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es

En enfermería, desde Florence Nightingale hasta nuestros días se ha ido reconocido que la persona es más que la suma de sus partes, (Rogers, 1980), lo que ha propiciado que en su práctica clínica utilice un cuerpo de conocimientos propios (modelos y teorías) y de otras disciplinas para brindar sus cuidados **“integrales”**. Patricia Iyer señaló que la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona en interacción con su entorno y no solo del proceso médico.

Así mismo, hoy en día existe evidencia que algunas enfermeras realizan sus intervenciones con terapias alternativas por medio de masajes, musicoterapia, aromaterapia, entre otras, a través de los cuidados personales y profesionales, bajo los conceptos de cuidados holísticos y desde la perspectiva del metaparadigma o núcleo: (persona, entorno, salud y enfermería). En los niños, estos cuidados se pueden aplicar en el hogar para estimular el desarrollo de la cognición y sensoriomotriz a través de cantos y juegos.

Así mismo, a través del cuidado holístico se desarrollan los patrones del conocimiento de Carper (1978, citada en Rivera, 2003), dado desde lo empírico a través de la evidencia y la investigación; en lo estético, a través de la creatividad terapéutica y la relación de ayuda que se establece; en lo ético, al respetar al ser humano en “su todo”; y en lo personal, al exigir al terapeuta cuidarse y conocerse, lo cual le permitirá realizar un cuidado de excelencia (Chinn, & Kramer, 1999).

4.1 FACTORES DE RIESGO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA

La identificación de factores de riesgo es fundamental para prevenir, proteger y fomentar la salud del menor y protegerlo de manera oportuna de los factores de predisponentes que pudieran poner en riesgo la integridad física, psicología social

y espiritual dentro del hogar y en su entorno inmediato a fin de anticipar acciones de prevención de riesgos reales y potenciales; entendiendo como factor de riesgo es aquel predictor estadístico de enfermedad, en sentido epidemiológico. Es por esta razón que es de vital importancia que los profesionales de enfermería implementen estrategias de intervención, tanto para el cuidador primario como para el resto de la familia dirigidas a prevenir y preservar la salud del niño.

Dentro de la dimensión biológica, cada factor puede estar relacionado de manera causal con la enfermedad, de tal manera que una formación básica en cuestiones sanitarias permite saber que muchas agentes son muy peligrosas entre estos se encuentran los de tipo:

a) Biológicos: protegerlos de seres vivos como las bacterias, los virus, los hongos, los vermes y las amebas que pueden penetrar en el cuerpo a través del contacto (táctil), cuando se traga y cuando se respira o de mordeduras o arañazos de insectos y otros seres vivos y causar enfermedades. Las mordeduras y picaduras de animales como los alacranes, escorpiones y algunas serpientes, las abejas, las medusas y las arañas son peligrosas para la salud del niño. Comer o tocar ciertas plantas puede producir envenenamientos como la pingüica, o erupciones cutáneas al contacto de detergentes o suavizantes de tela.

b) Herencia: Ciertas enfermedades, como la anemia de células falciformes, la diabetes y algunas formas de retraso mental pueden heredarse. La característica de la enfermedad se transmite de la madre, el padre o de ambos progenitores al hijo. En función la vigilancia que se debe tener al niño en el control de crecimiento y desarrollo implica considerar estos factores causales o asociados que pueden alterar su salud de manera significativa.³⁵

³⁵ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 32- 33.

c) Factores físicos: Sustancias inertes; tocar, tragar o respirar sustancias como petróleo, insecticidas, gas, fertilizantes, plomo y ácido pueden envenenar o lesionar el organismo, ingerir sustancias como alcohol, los cigarrillos, las drogas usadas por razones no médicas, como la marihuana, e incluso los medicamentos (si no se administran correctamente) pueden provocar enfermedades mentales y físicas.

d) Factores de riesgo debidos a fenómenos naturales: En casos de inundaciones, los terremotos, los huracanes y fenómenos análogos pueden ser causa de lesiones y muerte por lo cual los niños se consideran población vulnerable ya que en estos eventos son los más afectados y propensos a sufrir accidentes y enfermedades.

Factores biológicos relacionados con los antecedentes fisiopatológicos del menor a los cuales la enfermera debe capacitar al cuidador ya que requiere especial atención y seguimiento ya que tienen gran repercusión en su crecimiento y desarrollo están: Bajo peso al nacer, prematuridad, cardiopatías congénitas, problemas metabólicos, síndromes genéticos (síndrome de Down) , alteraciones del sistema nervioso central y factores neuroendocrinos etc.³⁶

³⁶ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 33.

4.2 ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA EL CUIDADO

El cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros cinco años de su vida es fundamental, especialmente los tres primeros años, existen tres elementos que son fundamentales para su cuidado ya que son la base de su salud en el futuro, **crecimiento, el desarrollo y la nutrición**. Durante sus primeros cinco años, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época, de tal manera que el primer elemento; e

- a) Crecimiento** (aumento celular, en número y tamaño) constituye el componente cuantitativo, se mide de dos formas: a) La talla, refleja el crecimiento de esqueleto y huesos y b) El peso, es el aumento de masa corporal.

- b) Desarrollo**; es un proceso por el cual se suceden cambios y se adquieren habilidades para realizar diferentes funciones y constituye el aspecto cualitativo o formal de adaptación progresiva del individuo al ambiente. Se divide en cuatro grupos principales: movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y persona social.

- c) Nutrición** es importante valoración de la conducta nutricional de la familia a través de la Información sobre sus hábitos alimenticios, creencias culturales y datos antropométricos en relación con su peso, talla, edad, sexo, estructura corporal. En cuanto a la valoración del estado de nutrición, esta comprende la evaluación de la historia dietética, social y económica, la historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición a través de los índices antropométricos del estado nutricional: **Peso para la edad; talla para la edad y peso para la talla** a fin de prevenir la desnutrición aguda y crónica. (Anexo 1)

De ahí la importancia de la valoración y cuidado en el crecimiento y desarrollo del niño en sus primeros años de vida, ya que cuando ocurre un retardo en estatura entre el primero y segundo año de vida, el niño no se recupera posteriormente. La vigilancia y control de la nutrición, el crecimiento y desarrollo proporcionan elementos para evaluar la salud del niño, en forma periódica. En el primer año de vida se requiere de seis controles y de dos controles por año en la edad de uno a cuatro años.

Así mismo, la vigilancia de la nutrición (aporte y aprovechamiento de los nutrientes que se manifiestan por crecimiento y desarrollo) permite conocer a tiempo problemas de mal nutrición, por lo que periódicamente se deben realizar los procedimientos de medición del peso y la estatura, realizar interrogatorios a la madre para conocer el tipo de alimentación, de tal manera que es importante llevar a cabo una orientación alimentaria básica tomando en cuenta las características de los alimentos y la alimentación a fin de favorecer una alimentación correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta sus condiciones físicas, económicas y sociales; la adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo, así como la disponibilidad y acceso de los alimentos. (Anexo 2)

En función de lo anterior, es fundamental orientar a la familia y en especial al cuidador principal sobre el tema, ya que este conocimiento es pilar fundamental que contribuye al logro de conductas favorables en el fomento de la salud del niño por lo que es de suma importancia que vigile de manera consciente y supervisada el crecimiento del niño y acuda a los centros de salud para su control antropométrico a fin de valorar su crecimiento y desarrollo y evaluar el estado de salud o enfermedad (Anexo 3).³⁷

³⁷ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 26

4.3 PROMOCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

Otro indicador a resaltar sobre el cuidado de los niños y las niñas en la primera infancia es la Vacunación; considerada como una prioridad que requiere de atención inmediata, de esto parte la importancia que tiene la adquisición de la cartilla de vacunación ya que ayuda a la madre o cuidador a conocer el esquema de vacunación de los niños, así como su crecimiento, identificar las dosis correctas de vacunas aplicadas y las que faltan por aplicar y es responsabilidad del profesional de enfermería proporcionar todo tipo de información al respecto así como vigilar que se cumpla con su esquema en tiempo y forma. (Anexo 4)

4.4 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Parte del cuidado del niño es la prevención de accidentes. La Ley General de Salud los define como un ***hecho súbito que ocasiona daños a la salud y se producen por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles, en donde el factor humano interviene en un del 90% de los casos***. La mayoría ocurren con en el hogar donde se pasan muchas horas a lo largo de la vida; las personas que más se accidentan son los menores de cinco años y los mayores de 75 años y las principales fuentes de peligro son los aparatos eléctricos, los automóviles, la poca vigilancia y los niños que pasan el mayor tiempo solos.

En este sentido, es importante reiterar que los accidentes no son producto de la casualidad, de la desgracia, del contratiempo, de la catástrofe, del infortunio, la desventura o cualquier otra situación relacionada al azar, a lo inevitable y que poco se puede hacer para prevenirlos o evitarlos; por el contrario son altamente prevenibles y es responsabilidad del profesional de enfermería, orientar a la familia, principalmente a la persona que se encarga del cuidados de los menores sobre

cómo debe prevenirlos ya que estos, como se menciona en el párrafo anterior, los niños son los más vulnerables a sufrir accidentes, así mismo, también es importante enseñarle que hacer en una situación de urgencia y cómo hacerlo en forma correcta, ya que las acciones que realice en el sitios donde se produjo el accidente ayudará a que el niño salve su vida, no se agrave ni llegue a enfrentar lesiones permanentes.

Las acciones que se deberá enseñar al cuidador, en primer lugar, será crear un ambiente seguro eliminando en lo posible los riesgos de su entorno; educar y conocer las capacidades del niño; Identificar situaciones que puede afrontar; desarrollar habilidades que les permita enfrentarse con la máxima seguridad a los riesgos.

Implementar intervenciones informativas con el cuidador principal para que este tenga presente que los accidentes más frecuentes que se dan en los niños menores de cuatro años de edad son las caídas, los golpes, las cortaduras, las quemaduras y los ahogamientos. En los de cinco años son los que se presentan en la calle, los deportes y los juegos ya que cada edad tiene sus riesgos; es fundamental tener más cuidado con los niños más pequeños, adaptar la atención y cuidados a sus capacidades y habilidades y adecuar a sus necesidades los sitios donde el niño pasa la mayor parte del tiempo; conforme crecen, la protección y el control irán disminuyendo hasta que él mismo vaya responsabilizándose de su propia seguridad.

También es importante darle a conocer que, durante el período de su desarrollo, la seguridad del pequeño depende principalmente de los padres o cuidadores por lo que se deben eliminar en la medida de lo posible los riesgos y peligros, dosificar la atención en función de su desarrollo y habilidades, no sobreprotegerlo, ofrecer algo que le distraiga, implementar acciones como las de adaptar la casa a sus

necesidades. En niños pequeños menores de tres años, es fundamental identificar las circunstancias que podrían afectar su seguridad (habitación, baño, cuna).

Deberá conocer que juguetes son los adecuados para su edad, verificar que sean resistentes, no estar compuestos por productos nocivos, no contener piezas pequeñas (canicas, botones etc.) identificar riesgos en el hogar como escaleras, contactos eléctricos, braseros, enchufes, muebles cerca de las ventanas, objetos de cristal, objetos pequeños y atractivos. Aprender que se puede enseñar jugando, los niños necesitan moverse, investigar y explorar, ayudarlo cuando lo necesite y en situaciones nuevas a resolver dificultades cuando sea incapaz de hacerlo por sí solo.

En lo que respecta a los niños en edad pre-escolar deberá orientarlo para conozca que a esta edad las necesidades y capacidades de movimiento del niño aumentan, se mueven con más soltura, no saben anticipar las consecuencias de sus acciones y movimientos, su curiosidad es infinita y el juego su mejor fuente de conocimiento, se encuentran muy estimulados a descubrir cosas nuevas por si solos, no obstante, se debe de ayudar a que se controle, sobre todo en situaciones que pudieran ser peligrosas; a esta edad el niño no se conformará con cualquier explicación que se le dé, preguntará el ¿cómo? y el ¿por qué? de todo lo que le rodea, incluidas las normas de seguridad que debe seguir, querrá hacer siempre lo que desee sin ser consciente de los riesgos.

De allí que resulte vital que la madre o el cuidador esté preparado para que le explique el ¿cómo? y el ¿por qué? de las normas tantas veces como sea necesario y que sepa que cada vez el niño será capaz de entenderlas mejor y saber a partir de esta edad el control del comportamiento del niño irá disminuyendo poco a poco e irá aumentando el papel del cuidador, por lo que se le debe procurar lugares donde se desenvuelvan mejor, adaptados a sus necesidades y seguros en

la medida de lo posible, también tendrá que mantenerse más atento, ya que el niño pasará más tiempo fuera, debido a que se vuelven más independientes y curiosos y requieren de más libertad por lo que se les debe permitir que jueguen, que exploren pero estar atentos y dispuestos a prestar ayuda cuando la necesite.

Explicarles tantas veces como sea necesario para que entiendan por qué deben seguir las normas y los riesgos que implican ciertas conductas y qué deben de hacer ante circunstancias de peligro. El cuidador deberá guardar la calma repetir las reglas tantas veces como sea necesario apoyándose en cuentos, juegos láminas y dibujos jugar con ellos ya que a través del juego va conociendo el mundo aprendiendo o representando distintos roles como el de papá, médico, policía de vial, bombero etc., aprovechando en estos momentos para destacar lo más importante para su seguridad sin desperdiciar la capacidad de imaginar del niño.

Los accidentes no nacen se hacen, la capacitación que la enfermera proporcione a la madre o el cuidador principal es de vital importancia para la prevención de accidentes en el hogar por lo que es importante darle a conocer algunas medidas sencillas que puede implementar en el hogar donde haya niños de 2 a 6 años son las siguientes:

- a)** No poner sillas, macetas, taburetes cerca de ventanas, balcones o terrazas; colocar protección en los barrotes de la terraza si están muy separados ya que su curiosidad puede llevarle a arriesgarse;
- b)** Resguardar los productos peligrosos para su salud como medicamentos, detergentes y productos de limpieza, estos deben estar fuera de su alcance;
- c)** Tener cuidado con los instrumentos cortantes o punzantes, y en general con las herramientas;
- d)** Vigilar al niño cuando se bañe en albercas ríos, lagos, mar no dejarlo solo con flotadores.

Para el cuidado de los niños de 3 a 6 años; lo primero que debe de conocer el cuidador principal es que al final de este periodo los niños ya se organizan, entienden las reglas, aprenden a perder y a competir y a querer ganar en sus juegos por lo que las medidas de prevención se dan con más frecuencia en la calle o en el colegio:

- a)** Ofrecer juguetes adecuados a su edad y que sean de buena calidad.
- b)** Aprovechar cualquier situación y momento para que comprenda la necesidad de tener cuidado al atravesar la calle.
- c)** Enseñarle que debe pasar cuando el semáforo esté rojo, si no hay semáforo indicarle que debe mirar a un lado y otro antes de cruzar,
- d)** Mostrarle el paso de peatones e indicarle que camine con tranquilidad y por la acera y no por la calzada.
- e)** Explicarle la importancia de respetar las reglas de circulación cuando se va en bicicleta o en patines.

Es importante destacar que el cuidador debe tener claro que los menores no deben circular por las calles abiertas al tráfico. En lo que concierne la prevención de accidentes en los menores de 2 años en el coche, se deben de tener presente las siguientes reglas:

- a)** Siempre deberán viajar en los asientos posteriores colocados en sillas portabebés sujetas a los asientos y con cinturones especiales para su edad.
- b)** A partir de los 5 años viajaran sentados sobre un cojín con el cinturón de seguridad puesto sin saltar, tirarse cosas.
- c)** El vehículo deberá tener seguros para niños en las puertas traseras y siempre bajaran por las puertas más cercanas a la banqueta.

También es importante que el cuidador tenga presente que los niños aprenden observando las conductas de los mayores. con base a este principio es fundamental

predicar con el ejemplo respetando las mismas reglas y enseñarlas de acuerdo a la edad del niño, educarlo a que respete a los animales, no hacerles daño, no molestarlos cuando comen, corren o duermen; ser precavidos con los animales de extraños y enseñarlos a respetar el medio ambiente.

4.5 FOMENTO DE HÁBITOS: HIGIENE PERSONAL

Parte del cuidado de los menores, es enseñarles actitudes y hábitos adecuados en relación a la higiene personal y del entorno dentro de las intervenciones de educación, fomento y promoción para la salud, sobre todo con los más pequeños, ya que la adquisición de estos hábitos juega un papel fundamental en la familia. El niño tiende a hacer aquello que ve, aunque en el colegio se hable sobre higiene y se tenga establecida una serie de hábitos, difícilmente llegarán a formar parte de su estilo de vida si sus padres con su actitud y comportamiento no contribuyen a ello.

Para que este aprendizaje se lleve a cabo en el niño es importante que disponga de todos los útiles necesarios para su aseo: jabón, papel higiénico, cepillo de dientes, peine, toalla etc., y se sienta responsable de ellos. Sí ya va al pre-escolar o se encuentra en una estancia infantil, es necesario que disponga de una bolsita de aseo o al menos cepillo y pasta dental en el entendido de que la escuela cuente siempre papel higiénico, jabón y toalla.

En función de lo anterior, las prácticas higiénicas son medidas que se llevan a cabo para conservar piel, dientes, cavidades orales, nasales, áreas perianales y genitales limpios; en primer lugar está el baño, este es una práctica personal influida por diversos factores y cumple con la función de eliminar microorganismos, secreciones y excreciones corporales; fomenta el descanso, refresca, y relaja la tensión y el cansancio muscular; mejorar la autoimagen, favorece el aspecto físico, elimina malos olores, acondiciona la piel y ayuda a la circulación sanguínea. ¿por todas estas razones y más, es responsabilidad de la enfermería fomentar hábitos de

higiene en la población en general y en particular promover en la familia estilos de vida saludables.³⁸

Respecto a este tema, los padres o cuidadores se encuentran con frecuencia con el problema de que los niños no quieren bañarse, sin embargo, es necesario insistir en la higiene del entorno y el aseo personal como fuente de bienestar y vivencias agradables. Asearse es algo que puede hacer que el niño o la niña puedan sentirse a gusto; de tal manera que se debe dejar que el niño experimente por sí mismo las diversas sensaciones, ensuciarse puede ser agradable y asearse también. La limpieza no debe ser una obsesión para los padres, más que decirle al niño que no se ensucie ni ensucie, debe enseñarle a limpiarse, a mantener el entorno limpio y proporcionarle los medios y el tiempo necesario para ello.

La higiene es un concepto que va mucho más allá de la limpieza o el desagrado, comprende otros aspectos como el ejercicio físico, la alimentación, el sueño La higiene personal y del entorno, cumple con funciones básicas para mejorar la salud. La limpieza aumenta la sensación de bienestar personal y facilita el acercamiento de los demás y, en consecuencia, las relaciones interpersonales.

En cuanto al ambiente en que se desenvuelve el individuo, este debe reunir las condiciones higiénicas adecuadas (aireación suficiente, ausencia de humedad y polvo, sistema de eliminación de aguas) para mantener un óptimo estado de salud, de tal manera que es importante que los niños aprendan a valorar a la higiene como una medida para el lograr un mayor bienestar personal con los demás y tanto los padres como los educadores tienen un papel fundamental en la adquisición de estos hábitos.

³⁸ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 163- 165.

En cuanto a la limpieza de la piel, esta constituye una de las primeras barreras del organismo para defenderse de las agresiones del medio, es además un órgano de relación porque en ella está el sentido del tacto. Para su aseo aconsejable bañar al niño diariamente o al menos tres veces en semana, preferentemente por la noche para que se relaje y descanse mejor. Se deben utilizar jabones de acidez similar a la de la piel (PH 6) y que no irriten, se deben de utilizar las manos para hacer un masaje, si se emplean estropajos o esponjas, deben ser de uso individual. A pesar de que el baño suele ser benéfico, aún existen prejuicios sobre todo cuando hay determinadas enfermedades con fiebre (gripe, resfriados o alguna infección) mismas que no afectan al niño, al contrario, lo hace sentir mejor al eliminar la sudoración, una mejor transpiración de la piel y ayuda a que el niño se relaje.

Con respecto al cabello; este se ensucia con mucha facilidad porque retiene el polvo, las secreciones del cuero cabelludo y su descamación (la caspa). Es aconsejable lavarlo 2 o 3 veces a la semana en función del tipo de cabello (graso o seco) teniendo en cuenta frotar con las yemas de los dedos, nunca con las uñas, y realizar al final un buen enjuagado para no dejar restos de jabón. La elección del champú debe hacerse en función del tipo de cabello. Estas medidas generales deben de modificarse cuando el niño se haya contagiado de piojos ya estos se contagian con mucha la facilidad, aunque el niño sea limpio, pueda ser contagiado, por eso es necesaria la revisión periódica del pelo.

Las manos, por su relación directa y constante con el medio, son uno de los más importantes vehículos de transmisión de infecciones, motivo por el cual hay que lavárselas con agua y jabón antes y después de defecar; después de tocar animales, cada vez que estén sucias; antes de manipular alimentos; cuando se ha estado en contacto con posibles fuentes de contaminación y/o intoxicación (basura, estiércol, tierra, productos tóxicos etc.). En cuanto a las uñas, debido a su estructura

hace que se acumule fácilmente la suciedad, por lo que, para su aseo, es necesario la utilización de cepillo para limpiarlas y es aconsejable cortárselas frecuentemente.

En cuanto a la higiene de los genitales, por ser tema tabú debido a los prejuicios que existen al respecto; sobre todo en familias con mínima instrucción académica requiere abordar el tema con especial atención y tacto, haciendo hincapié en la importancia que tiene en la prevención de infecciones de vías urinarias por lo que se debe orientar a la madre o cuidador de manera abierta llamando a estos órganos por su nombre y capacitarlo para que realice adecuadamente las técnicas de aseo en los niños y las niñas ya que al estar los genitales tan próximos a los orificios de salida de la orina y las heces requieren especial atención. Tanto el aseo de la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que hay que separar para lavarlos correctamente debido a que acumulan secreciones y restos de orina. Las niñas deben asearse de delante hacia atrás; para no arrastrar restos de heces a la vagina y utilizar prendas de algodón preferentemente, los niños deben bajar la piel del prepucio y limpiar el glande.

La limpieza de los pies es de gran importancia, ya que al estar poco ventilados es fácil que se acumule el sudor que favorece la aparición de infecciones y mal olor. Hay que lavarlos diariamente y realizar un buen secado, sobre todo entre los dedos, para evitar el desarrollo de enfermedades como la micosis. Así mismo, las uñas de los pies al igual que las de las manos, se cortarán frecuentemente y en línea recta para evitar encarnaduras. En lo que respecta al calzado, este debe ser cómodo, preferentemente de materiales naturales para facilitar la transpiración y adecuados al tamaño del pie del niño.

En lo que respecta a los oídos, solo se lavarán el oído externo con agua y jabón, evitando la entrada de agua en el oído medio, esto consigue inclinando la cabeza hacia el lado que se está limpiando. Los hisopos se deben utilizar sólo para secar

los pliegues, pero nunca para la limpieza del oído, ya que empujarían la cera dentro en lugar de eliminarla, lo que contribuye a la formación de tapones; en el caso de que el niño presente secreciones, picor persistente, disminución de la audición es aconsejable consultar al médico.

Los ojos tienen un mecanismo propio de limpieza, construido por el sistema lacrimal, no obstante, se deben lavar diariamente con agua durante el baño para eliminar las legañas producidas durante el sueño. Como medida de protección de los ojos hay proveerles buena luz; si es artificial es aconsejable que sea de 60 watts y color azul y vigilar que el niño mantenga una distancia adecuada cuando ve la TV; 1.5 metros es lo recomendable. Los padres o maestros pueden detectar deficiencias en la visión en los niños, observando su actitud en relación a la lectura, escritura y el pizarrón. Es aconsejable que la visión sea valorada por el médico periódicamente y usar gafas en caso de estar indicadas.

La nariz, además de tener una función fundamental en el sentido del olfato, interviene en la respiración acondicionando el aire para que llegue a los pulmones con la temperatura y humedad adecuada y libre de partículas extrañas. La producción de moco como lubricante y filtro para el aire es importante pero el exceso obstruye las fosas nasales y dificulta la respiración, la limpieza de la nariz consiste en la eliminación del moco y las partículas retenidas con el paso del aire. Esta eliminación de moco del niño se debe de utilizando un pañuelo de tela limpio, tapando alternativamente una ventana nasal y luego la otra y sin expulsar el aire con mucha fuerza.

En caso de obstrucción persistente se pueden hacer lavados con suero fisiológico, echando unas gotas en cada una de las fosas nasales, esto es recomendable hacerlo unas horas antes de las comidas, otra medida es tomar vapores de agua, sin añadir ninguna otra sustancia, a menos que lo indique el médico y evitar tocarse la nariz con las manos sucias, pues pueden producirse infecciones.

En cuanto a la higiene de la ropa y el calzado, por estar en contacto con el cuerpo deben ser objeto de especial atención, por lo cual es indispensable cambiarse de ropa diariamente, usar ropas cómodas, no muy ajustadas, de fácil lavado y adecuadas para cada momento y situación del día; para dormir poner pijamas amplios tomando en cuenta la temperatura del ambiente y adaptarlas a este. La higiene de los zapatos, conviene limpiar, cepillar y airearlos con regularidad.

Parte fundamental para el cuidado del niño son las actividades recreación y juego definidas como un conjunto de actividades lúdicas y deportivas que contribuyen al desarrollo físico y mental. Es una forma de expresión de emociones, sentimientos, ideas, imaginación, creatividad, optimismo, solidaridad y trabajo en equipo, aunado a que a través de estas el niño puede aprender normas, reglas de conducta, desarrollar la cognición y el área psicomotriz.³⁹

Se debe tomar en cuenta que el juego es para los niños lo que el trabajo para el adulto; es un derecho del cual no se le debe privar; se considera que el juego es el laboratorio en el que los niños aprenden por lo que es fundamental considerar que los juguetes que sean los adecuados a la edad del niño, que sean duraderos, hipoalergénicos, seguros, higiénicos, versátiles, y que le impulsen a la sana creatividad. Cabe resaltar que a través de juego se contribuye a la formación del infante, ya que el juego es socializador, espontáneo, reglado, creativo; es importante no negar a los pequeños la posibilidad de crecer y ser mejores; el juego les permite descubrir, a través de la exploración, lo que tienen alrededor y le ayuda a la resolución de problemas.

³⁹ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 225.

- a)** El juego empieza de forma simple con las escenas cotidianas vividas que le son conocidas, en este tipo de juego el niño va comprendiendo la vida de los adultos.
- b)** Al principio juega solo, sin tomar en cuenta a los demás; después realiza el juego paralelo donde parece que lo lleva a cabo junto con otros niños, pero no hay relación entre ellos, ya que se observan y lo modifican imitando el que realiza el otro.
- c)** Juego integrador donde se organizan entre ellos, dando apertura al niño que no sabe el juego, siga las instrucciones del que si sabe.
- d)** La recreación debe ser un acto de disposición, interés y aprendizaje.⁴⁰

Dimensión social

Como se mencionó anteriormente cuando se abordó la teoría del desarrollo de la personalidad o "Teoría psicosocial" de Erick Erikson, quien postuló que la personalidad está influenciada por la sociedad y está basada en la confianza básica en los adultos. De esta premisa parte la importancia de que la familia como núcleo de la sociedad provee de herramientas al niño para que pueda interrelacionarse de manera positiva fomentando la confianza en sí mismo y en los demás sin descuidar su seguridad. Parte fundamental es la escuela ya que esta es el lugar ideal para que el niño aprenda a socializar y respetar las reglas de civilidad que imperan en esta.

En cuanto a su dimensión espiritual. Los padres o el cuidador no deben confundir la espiritualidad con la religiosidad, como se mencionó en este apartado, la espiritualidad va más allá, engloba el respeto a la libertad del niño para elegir, cultivar sus creencias, respetar sus derechos humanos y enseñarle a respetar los

⁴⁰ Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 225-226.

de los demás. Es importante hacer mención del concepto de salud de la OMS en la que establece que la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de la enfermedad. Cuando se analiza detenidamente este concepto surge la pregunta de ¿dónde queda la dimensión espiritual? Para la profesión de enfermería esta dimensión es básica para brindar cuidados integrales u holísticos, de tal manera que, al proporcionar cuidados en la esfera física, psicológica social y espiritual, se está incluyen una quinta que es la integralidad y es cuando toma sentido el cuidado holístico, la suma de las partes en un todo.

CONCLUSIÓN

La presente tesina presento elementos que se deben tomar en cuenta para el cuidado integral de los menores de cinco años, ya que, la gran cantidad de niños no salen de casa y que son cuidados principalmente por su mamá, abuelos u otros familiares, o cuidadores primarios.

Al hablar del cuidado de la primera infancia por lo regular se busca un lugar que cubra las necesidades de los niños y que tenga una atención integrada, esta es una de las causas del rechazo a guarderías o estancias infantiles, y la segunda causa es que, a pesar de la incorporación de la mujer al campo laboral, cuentan con empleos no formales que no les proporcionan el acceso a estas.

Debido a que lo niños representan el futuro de nuestra sociedad, y son el reflejo de nuestras acciones en todos los ámbitos ya sea familiar social cultural y espiritual, se tiene la necesidad de implementar una estrategia que aumente, las acciones para la promoción y prevención de enfermedades o eventos que puedan afectar a su salud con el único fin de proporcionar cuidados adecuados y eficaces en cada etapa de su vida. Todo lo que se haga por fortalecer el desarrollo de la dimensión espiritual de los niños, redundará en una notoria mejoría de la calidad de vida no sólo de los niños sino también de las personas que tienen la inmensa fortuna de convivir con ellos.

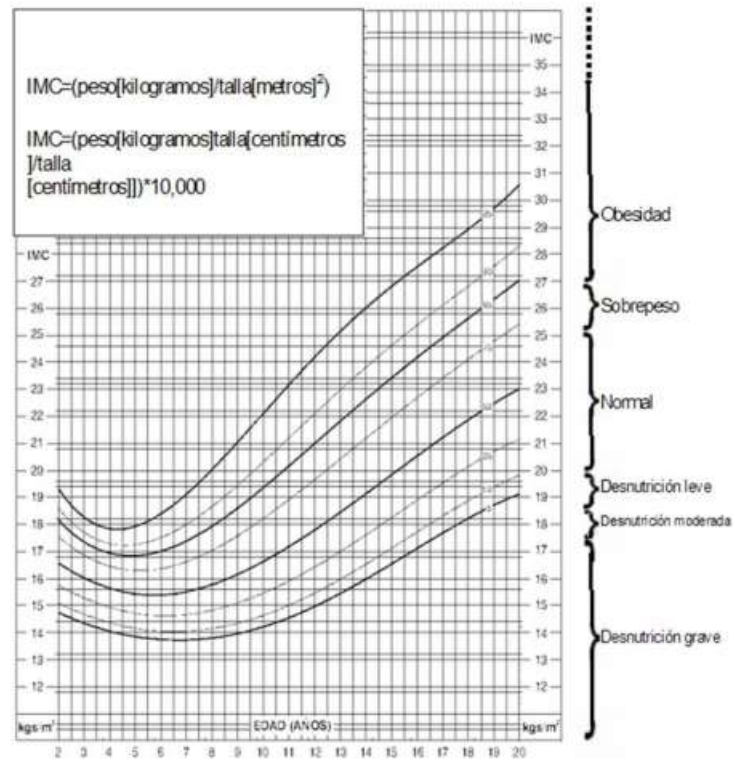
La mayoría de los accidentes se presenta en el hogar, pues bien, no se tiene acondicionado para cuidar a los niños, es por ello que mediante la promoción de la prevención de accidentes se proporcionan estrategias enfocadas a los cuidadores dirigidas para cada accidente que ocurre en los menores.

Al finalizar esta tesina me quedo con una gran satisfacción, ya que el profesional de enfermería, ocupa un lugar muy importante en la población, pues bien, orientar sobre el cuidado de los menores mediante aquellos cuidadores primarios en los que se puedan englobar aspectos físicos, sociales, espirituales, etc., para que desde su

formación se fortalezcan vínculos que puedan tener un gran resultado en la formación de los menores, si todos, al igual si se enfocaran a la promoción de la salud tendría una trascendencia en el proceso de su crecimiento y desarrollo.

ANEXOS

ANEXO 1: GRÁFICA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)



Fuente: Adaptada Centro Nacional de Estadísticas en Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (2000).

ANEXO 2: ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA EL CRECIMIENTO

EDAD	PESO	TALLA	ALIMENTACIÓN	
			TIPO	FRECUENCIA Y CANTIDAD
0 a 4 meses	A partir del peso de nacimiento, el incremento aproximado es de 750g por mes	Aumenta 3cm en el primer mes y 2.5 en el cuarto mes	Lactancia materna exclusiva	A libre demanda
4 a 8 meses	Incrementa 500g en los cuatro meses	En promedio incrementa 2cm por mes	Continuar con la lactancia materna. Iniciar la ablactación con probaditas de frutas de temporada: manzana, pera, plátano, guayaba y papaya. Verduras: zanahoria, calabaza, chícharo, espinacas, jitomates, chayote, acelgas y betabel	A libre demanda Al inicio una vez al día durante 3 a 4 días, posteriormente dos a tres veces al día, entre una tetada y otra (no sustituir por la leche materna) Una o dos veces al día. Las papillas se dan entre comidas después de la leche.
4 meses				
5 meses			Leche materna Se incluyen las papillas con arroz, maíz o avena	A libre demanda De cuatro a cinco cucharadas cafeteras y aumentar según a tolerancia, una o dos veces al día
6 meses			Leche materna Se agregan las papillas de verduras mezcladas con carnes o hígado de pollo o pavo, bien cocidos.	A libre demanda Una o dos veces al día, al inicio dar pequeñas probaditas y según aceptación se va aumentando
7 meses			Se aumentan las papillas de res, ternera y pescado mezclado con verdura. Continuar con leche materna. Pan y tortilla, de trigo.	Una o dos veces al día. A partir del 7° mes se le da primero la papilla y después la leche.
8 meses			Se incluye puré de frijol, lenteja, garbanzo, haba, soya, chícharo.	Una o dos veces al día a libre demanda
9 a 12 meses	De los 9 meses al año incrementa 250g	Incrementa de 2 a 2.5cm por mes	Se incorpora a la dieta familiar	
9- 10 meses			Huevo cocido o frito de gallina, guajolote o pato, codorniz	Ofrecer una yema o un huevo a tolerancia y demanda, dos o tres veces por semana.
11 meses			Se incrementan los alimentos en pequeñas cantidades a tolerancia del niño.	
12 meses	Triplica su peso en relación con el nacimiento	Aumenta el 50% en relación a la talla del nacimiento	Ofrecer cítricos como naranja, mandarina, toronja, lima, etc., en jugos diluidos con agua (50%) o gajos sin semillas	Se inicia en cantidades pequeñas y se incrementa a libre demanda dos o tres veces al día
1 a 3 años	Cuadruplica su peso de nacimiento	Incrementa de 7.6 a 12.7cm por año	Se recomienda cinco comidas al día distribuidas en desayuno, comida y cena; además de dos colaciones, una entre el desayuno y la comida y otra entre la comida y la cena.	
3 a 5 años	Aumenta 2.26kg por año	Incrementa de 5 a 7.6cm por año		

Fuente: Revista Enfermería IMSS 2003; 11(2): 93-98 Gómez, A. et al. La Salud en el niño menor de cinco años.

ANEXO 3: VALORACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

EDAD	DESARROLLO PSICOMOTOR	ESTIMULACION TEMPRANA	MOTIVO PARA CONSULTA MEDICA
0 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Acostado boca abajo levanta la cabeza y la sostiene • Sonríe, sigue objetos con la mirada, descubre sus manos. <ul style="list-style-type: none"> • Emite sonidos guturales. • Escucha sonidos cuando se le habla. • Si se le presenta un objeto lo alcanza y lo sujeta. <ul style="list-style-type: none"> • Patea y logra quitarse la ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercitarlo boca arriba, extender los brazos del niño paralelos a la cabeza y regresarlos paralelos a la cadera. • Hablarle cariñosamente, aplaudir en diferente ubicación. • Acercarle objetos como sonajas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo aguado, como hilacho. • No puede mamar, ni busca el seno materno. • No responde a sonidos. <ul style="list-style-type: none"> • No llora. • Manos siempre empuñadas y cerradas. • No fija la mirada en alguien o algún objeto.
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienta con ayuda y puede jugar con una sonaja, se sienta solo (6meses). • Intenta la presión de objetos a mano plena. <ul style="list-style-type: none"> • Atiende con interés el sonido. <ul style="list-style-type: none"> • Balbucea. • Reconoce a la madre o a la persona que lo atiende. <ul style="list-style-type: none"> • Responde con una sonrisa y ríe a carcajadas. • Duerme menos y se distrae mirando alrededor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acostar al niño boca arriba y sentarlo por pocos minutos. • Proporcionarle pelotas pequeñas, tapas de frasco u otros juguetes para que estimule el movimiento de sus brazos. • Hablarle continuamente con voz moderada. • Sonreírle continuamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sostiene al intentar sentarlo y la cabeza cae hacia adelante, se mantiene en una sola posición. • No sostiene objetos en su mano. • No sonríe, no emite sonidos.
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienta totalmente solo. • Cuando esta boca abajo puede voltearse boca arriba. • Trata de gatear, con ayuda se pone de pie y salta. <ul style="list-style-type: none"> • Presiona entre el pulgar y el dedo índice. • Juega con sus manos y pies, se chupa el dedo. • Sostiene un objeto en cada mano y suelta uno para tomar otro. <ul style="list-style-type: none"> • Emite sonidos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienta al niño en superficie plana. • Al bañarlo dejarlo que chapotee en el agua con manos y pies. <ul style="list-style-type: none"> • Jugar con él, proporcionándole objetos o juguetes llamativos. • Juega con él al escondite. • Hablarle con palabras bien vocalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sostiene al intentar sentarlo y la cabeza cae hacia adelante, se mantiene en una sola posición. • No ha iniciado el gateo. • No responde a sonidos cuando se hace ruido o cuando se le habla.
10 a 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se arrastra, gatea, puede hincarse, se sostiene con apoyo, da los primeros pasos con ayuda, le gusta estar en el suelo. • Voltea si le llaman por su nombre, entiende la orden "no". • Maneja sus manos en forma más adecuada, puede aplaudir, toma objetos, mueve la mano para decir adiós, sostiene objetos. • Utiliza la cuerda de un objeto para jalarlo. • Sonríe ante su propia imagen ante el espejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al niño a hincarse, pararse y caminar, tomándolo de la mano dando paso hacia adelante, hacia atrás y de lado. • Hablarle por su nombre con cariño con palabras bien vocalizadas. • Jugar con él para ejercitar brazos, manos y piernas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No ha iniciado gateo, no se mantiene de pie. • No participa con el medio que lo rodea (cosas y personas). • No sostiene objetos con las manos.
13 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Camina solo, al inicio con inseguridad, mejorando hasta que corre. • Le gusta tocar objetos, tirarlos, jugar con ellos, patear una pelota si le enseñan cómo hacerlo. • Maneja la cuchara y taza, usa ambas manos. • Inicia el conocimiento de las partes del cuerpo. • Es tímido con los desconocidos, da muestras de enojo, depende mucho de su madre, le muestra afecto, así como las personas que conoce, puede obedecer mandatos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguridad al niño en el caminar y el correr. • No reñirlo cuando tire cosas, poner a su alcance juguetes que él puede manejar. • Enseñarle como se llaman las partes de su cuerpo, mostrarle fotografías de hermanos mayores o de revistas. • Dar órdenes sencillas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No camina solo. • No sube escaleras con ayuda. • No emite ninguna palabra clara. • No sostiene la taza, cuchara o vaso.

<p>19 a 24 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Camina y corre con mayor perfección, sube escaleras con ayuda. • Salta con ayuda en un solo lugar, se agacha. • Pasa las páginas de un libro o revista, identifica figuras. • Utiliza más palabras, señala alguna parte del cuerpo. • Se pone alguna ropa, ayuda en tareas simples, se alimenta con cuchara derramando algo. • Construye torres de 4 cubos. • Inicia control de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarlo a subir escaleras solo colocándose atrás de él, para darle seguridad. • Dibujar a las escaleras las huellas de los pies del niño hará que aprenda a pisar en estas y aprenda a subir y bajar. • Enseñarle a saltar en un solo lugar, enseñarle a saltar pequeños obstáculos. • Ampliar su vocabulario enseñándole mediante la asociación de palabras con objetos y/o figuras de libros o revistas. • Proporcionar cubos, papel y lápiz. • Ensayar sentarlo en la bacinica o bacín al principio o después a la hora que acostumbra o lo solicita el menor. 	<ul style="list-style-type: none"> • No sube ni baja escaleras. • No intenta formar torres. • No comprende ordenes sencillas.
<p>2 a 4 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construye frases completas, cumple ordenes complejas, sabe su nombre, repite números de tres dígitos. • Cuenta historias mezclando fantasías, tiende a decir mentiras, tiene miedo a la oscuridad, sostiene conversaciones largas. • Construye torres de más de cinco cubos, copia el círculo, la cruz, dibujos, utiliza diversos colores, rompe papel, sigue pautas en línea recta o curva, engoma y pega figuras. • Salta en un pie, sube escaleras sin apoyo, rueda su cuerpo en el piso, anda de puntitas. <ul style="list-style-type: none"> • Come solo, pela frutas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar y contestar sus preguntas introduciendo palabras nuevas y ampliar el significado de las conocidas, enseñarle cantos nuevos y cortos. • No regañarlo, es un comportamiento normal de esta etapa. • Darle revista para que colore y corte, proporcionarle palitos y lápices de colores. • Permitirle jugar con arena y tierra, animarlo a realizar movimientos, como echar maromas. • Darle frutas y caramelos para que el los pele o desenvuelva. 	<ul style="list-style-type: none"> • No une palabras para formar frases. <ul style="list-style-type: none"> • No imita trazos. • No corre. • No pateo la pelota.
<p>4 a 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construye oraciones complejas, le gusta que el cuenten cuentos, hace preguntas con más sentidos. <ul style="list-style-type: none"> • Compite jugando. • Coordinación motora completa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contestar todas las preguntas con paciencia, contarle cuentos, estimularlo para que el niño elabore sus propios cuentos. • Llevarlo a que realice actividades infantiles en parques o con otros niños. • Permitir que el niño participe en actividades domésticas, estimularlo para que desarrolle mayores habilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • No une palabras para formar frases. <ul style="list-style-type: none"> • No corre. • No pateo la pelota.

Fuente: Secretaría de Salud Niños y niñas bien desarrollados. Manual de Atención. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7083.pdf>

ANEXO 4: CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS							
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	ESQUEMA	EDAD	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	GAUJE (G) PARA APLICACIÓN Y LONGITUD DE LA AGUJA PARA SU APLICACIÓN	ZONA ANATÓMICA DE APLICACIÓN
BCG	Tuberculosis	Única	Al nacer	Intradérmica	0.1 mL	27G X 13 mm	Región superior del músculo deltoides derecho
Antihepatitis B	Hepatitis B	Primera	Al nacer	Intramuscular	0.5 mL	25G X 16 mm	En los menores de un año de edad aplicar en la cara anterolateral externa del muslo izquierdo
		Segunda	2 meses				
		Tercera	6 meses				
Pentavalente acelular (DPaT+VIP+Hib)	Difteria, tos ferina, tétanos, poliomieltis e infecciones por haemophilus influenzae tipo b	Primera	2 meses	Intramuscular	0.5 mL	25G X 16 mm	En los menores 18 meses de edad, aplicar en la cara anterolateral externa del muslo derecho. Si es mayor de 18 meses de edad y dependiendo de la masa muscular aplicar en la región deltoidea derecha.
		Segunda	4 meses				
		Tercera	8 meses				
		Cuarta	18 meses				
DPT	Difteria, tos ferina y tétanos Refuerzo	Refuerzo	4 años	Intramuscular	0.5 mL	22G X 32 mm	Región deltoidea del brazo izquierdo
Rotavirus	Gastroenteritis causada	Primera	2 meses	Oral	1 mL	N/A	Colocar la jeringa en la parte interna de la mejilla
		Segunda	4 meses				
		Tercera	6 meses				
Neumocócica conjugada	Infecciones por neumococo	Primera	2 meses	Intramuscular	0.5 mL	23G X 25 mm	Aplicar en la cara anterolateral externa del muslo derecho
		Segunda	4 meses				
		Refuerzo	12 meses				
Influenza Estacional	Influenza	Primera	6 meses	Intramuscular	0.25 mL	23G X 25 mm	En los menores 18 meses de edad, aplicar en la cara anterolateral externa del muslo izquierdo. Si es mayor de 18 meses de edad y dependiendo de la masa muscular, aplicar en la región deltoidea izquierdo.
		Segunda	7 meses		0.5 mL		
		Revacunación anual	Hasta los 59 meses				
Triple viral SRP	Sarampión, rubéola y parotiditis	Primera	1 año	Subcutánea	0.5 mL	27G X 13 mm	Área superior externa del tríceps del brazo izquierdo
		Refuerzo	6 años				
Sabin	Poliomieltis	Adicionales	Población menor de 5 años. Población menor de un año, sólo se aplicará a aquellos que hayan recibido 2 dosis de vacuna inactivada de poliovirus a través de la vacuna pentavale	Oral	2 gotas	N/A	Oral

Fuente: Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013. Pág. 266.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; Perfil de la Enfermera Escolar Elaborado por la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 11 de Febrero de 2010, <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
2. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3190/4.pdf>
3. Colliere, M.F Promover La Vida, Paris, Ed: Intereditions, 1982, Página 24.
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Informe de Evaluación Política de Desarrollo Social en México; noviembre 2012. [Internet]. México; 2012. Disponible en: http://coneval.org.x/Informes/Evaluacion/IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_lowres6.pdf
5. Consejo Nacional de Vacunación. Manual De Vacunación 2008- 2009. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia CENSIA1ª Edición. México; 2008.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de febrero de 1917; Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
7. Cruz Roja Mexicana; Medidas de Prevención y Atención de Obstrucción de la Vía Aérea. México; 2017.
8. Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles
9. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, "Promoción de la salud escolar". Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013
10. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SAA2-1999, "Para la Atención a la Salud Del Niño". Disponible en; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

11. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4318/salud/salud.htm>
12. Diario Oficial de la Federación. Programa Nacional de Prestación de Servicios par l Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil 2014-2018; 30 abril 2014, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343090&fecha=30/04/2014
13. Díaz, M., y et al. LAS GUARDERÍAS O CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL; Investigadoras del Departamento de Enfermería para la Atención y Desarrollo Comunitario, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud; La Gaceta; publicado 22 de Junio de 2009. http://www.gaceta.udg.mx/Hemeroteca/paginas/575/G575_COT%206.pdf
14. Esp. Card. Lic. Carolina Ortega Vargas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 10, Núm. 3 septiembre-diciembre 2002 pág. 88-89.
15. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO; Perfil Profesiográfica del Programa de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; 2010.
16. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Informe Anual 2016 [Internet]. México. Disponible en: <https://www.donaunicef.org.mx/informe-anual/>
17. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) Convención sobre Sobre los Derechos del Niño “Unidos por la Infancia”. Junio 2006; Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
18. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). “Una mirada hacia la infancia y adolescencia.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Infancia> Definición de la infancia. La infancia amenazada estado mundial de la infancia 2005. [Internet]. México. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
20. Heller D. *Cómo hablarle a su hijo de Dios*. Bogotá, Norma, 1990.

21. Hernández, J. et al. PARADIGMAS Y CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA: TEORÍAS Y MODELOS Edit. Murcia, España; 2010. Págs.116-123.
22. Infancia en Situación de Riesgo Social. 01 de febrero de 2011. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/acer/Downloads/Dialnet-InfanciaEnSituacionDeRiesgoSocial-3629289.pdf>
23. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), publicación 27 de junio de 2016; Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/estancias-para-el-bienestar-y-desarrollo-infantil>
24. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf
25. Linnard, L, y et al. Notas de Pediatría. Bases. Editorial MC Graw Hill; México, 2012. Páginas 7-15.
26. Lineamientos del Programa Permanente de Vacunación y Semanas Nacionales de Salud 2014. CeNSIA. Secretaría de Salud [Internet]. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf
27. Medline Plus. Información de Salud. Página Principal>Enciclopedia médica>Intoxicación. [Internet] (01 octubre 2018). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000718.htm>
28. Naranjo JA. El niño y las ciencias naturales. Sobre la niñez de los científicos. *Revista Universidad de Antioquia* 243: 30-35, 1996.
29. Organización Panamericana de la Salud; Promoción a la Salud; Inicio>Topics>Health promotion and wellbeing [Internet] (18-10-2018). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es

30. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. Acceso>Centro de prensa>Notasdescriptivas>Detail. [Internet]. 06 de marzo de 2018 (18-10-18). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
31. Papalia, Dian, et. Al. Psicología del Desarrollo, de la infancia a la adolescencia. 11ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México; 2009. Página 29-30, 193-198.
32. Procuraduría Federal del Consumidor >Documentos [Internet]. México; 31 de Julio de 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/guarderias-privadas-la-eleccion-de-cuidar-lo-mas-preciado>
33. Raquel AM. El concepto del cuidado a lo largo de la historia. Cultura de los cuidados, Edición Digital [Internet]. 2015 [16-10-2018]; Volumen 19, Página 101. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/Cultura-Cuidados_41_12.pdf
34. Revista Médica Cubana. Maricela Torres, et al. Escuela Nacional de Salud Pública: Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Diciembre 2004; la Habana Cuba. Volumen 21. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi073-405.htm#llamadados
35. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4 (1). Disponible en: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
36. Riopelle, L. "Evolution Des Soins Infirmiers À Travers Des Âges", en Individualisation des soins Infirmiers, Québec: Ed. McGraw-Hill, 1982, Pág.2
37. Roberto Kail y John Cavanaugh. Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital 6ª edición. Publicado 22-oct-2014 por issuu. Disponible en: https://issuu.com/cengagelatam/docs/kail_issuu
38. Santana, D. Estado de Bienestar en México. 28 marzo 2016, Disponible en: <https://prezi.com/idmbtvroqvpd/estado-de-bienestar-en-mexico/>
39. Valverde, I. et al. "Enfermería Pediátrica". 1ª Edición. El Manual Moderno S.A de C.V. México; 2013.
40. Wilson, D. Manual de Enfermería Pediátrica de Wong. 7ª edición. Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de

Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, enero-marzo 2008 pág. 1-3. Editorial Mc Graw Hill. México; 2009. Pág. 229, 230.

41. Wojnar D. Teoría de los cuidados (Kristen Swanson). Raile M. Marriner A. (Editors). Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. 2007: 766-777.