



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y  
COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.  
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12  
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A LACTANTE CON RIESGO  
DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN EVIDENCIADO  
POR CONFLICTO PARENTAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**HAIDE JAQUELINE MARTINEZ CRUZ**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**LIC. ENF. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ SANTANA**

FECHA

**CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2021**



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.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y  
COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.  
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12  
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA/

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A LACTANTE CON RIESGO  
DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN EVIDENCIADO  
POR CONFLICTO PARENTAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**HAIDE JAQUELINE MARTINEZ CRUZ**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**LIC. ENF. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ SANTANA**

FECHA

**NOVIEMBRE 2021**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y  
COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADPS A LA U.N.A.M.  
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
ANEXO 13

**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: Proceso Atención de Enfermería  
Aplicado a Lactante con riesgo de deterioro de la vinculación evidenciado por  
Conflicto Parental

Elaborado por:

1.	<u>Martínez</u>	<u>Cruz</u>	<u>Haide Jaqueline</u>	No. Cuenta	<u>416513855</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 10 de noviembre del 2021



Maria Esther Jiménez Santana  
Lic. Enf. María Esther Jiménez Santana  
Nombre y firma del Asesora

Silvia Vega Hernández  
Mtra. Silvia Vega Hernández  
Nombre y Directora Técnica de la carrera

Sello de la institución



## ÍNDICE

I. Introducción.....	6
II. Justificación.....	9
III. Objetivos .....	11
3.1 General .....	11
2.2 Específicos.....	11
Sección IV Marco Teorico	
4.1 Anatomía y fisiología de la piel.....	13
4.2 Dermatitis .....	14
4.3 Dermatitis atópica (eccema) .....	14
4.4 Clasificación de la dermatitis atopica .....	15
4.5 Antecedentes de la dermatitis atopica .....	16
4.6 Etiología y fisiopatología .....	17
4.7 Factores de riesgo .....	18
4.8 Manifestaciones clínicas .....	21
4.9 Diagnóstico .....	24
4.10 Tratamiento .....	24
4.11 Pronostico .....	27
4.12 Teoría del desarrollo cognitivo de piaget .....	28
4.13 Teoria de erik erikson.....	34
4.14 Teoria del apego por john bowlby .....	35
Sección V. Marco disciplinar de profesión.....	43
5.1 Antecedentes en enfermería .....	43
5.2 Inicio de la enfermeria como profesión .....	44
5.3. Profesión.....	46
5.4. Enfermería como profesión .....	46
5.5. Enfermeria pediatrica e infantil.....	47
5.6. Teoria del cuidado.....	47
5.11 Teorias de enfermería que sustentan este trabajo.....	48
5.11.1. Teoría de la adopción del rol maternal al cuidado de enfermería: binomio madre-hijo de ramona mercer.....	48
5.13 Estadios de la adquisición del rol maternal .....	49



5.11.2. Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica de anne boykin y savina o. schoenhofer. ....	50
5.11.3. Teoría de la transición de afaf ibrahim meléis .....	52
5.11.4.1. Etapas del proceso de atención de enfermería.....	55
Sección VI. Aplicación del proceso atención de enfermería.....	59
6.1 Presentación de caso clínico .....	59
6.2 Historia clínica pediátrica de 0 a 5 años.....	62
6.3 Valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de virginia henderson .....	71
6.4 Jerarquización de necesidades.....	86
6.5 Plan de cuidado de enfermería .....	87
6.6 Plan de alta .....	106
VII Conclusión .....	111
VIII Referencias bibliográficas .....	113



## I. INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes. Todos ellos tienen derechos: estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismo y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. También es una época en la que deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación, motivo por el cual, la prestación de una atención de calidad supone un importante desafío para los profesionales de la salud que se dedican a su cuidado.

En cuanto a los profesionales de enfermería que se desempeñan en áreas pediátricas, estos deberán de poseer características específicas como respeto por la persona humana, empatía, amabilidad, paciencia, buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del menor, sensibilidad para observar, identificar y anticipa cualquier problema durante su atención, tanto en el ámbito hospitalario como en las instituciones que se dedican a su cuidado como las estancias infantiles o guarderías ya que al estar fuera de su ambiente familiar, pueden experimentar sentimientos ansiedad y desamparo en presencia de personas desconocidas.

Con base en lo anterior y en función de que los niños representan el futuro de una sociedad, y son el reflejo de las acciones en todos los ámbitos, ya sea familiar social cultural y espiritual, es un imperativo implementar estrategias que incrementen las acciones que prevengan eventos traumáticos que puedan afectar a salud física, emocional y espiritual a corto, mediano y largo plazo mediante cuidados adecuados y eficaces basados en la evidencia científica disponible para su cuidado.

La principal herramienta metodológica para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos científicos que posee la enfermera(o) es el Proceso



de Atención de Enfermería (PAE), definido como un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas, ejecutar las acciones y evaluar los resultados que le permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a la persona sana o enferma en cualquier etapa de la vida del individuo, la familia y la comunidad. En este caso aplicado a un lactante, definido como niño menor a dos años de edad.<sup>1</sup>, inscrito en el centro de atención, cuidado y desarrollo integral para los hijos de los trabajadores, denominado “Guardería Madres” perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Este trabajo está estructurado en siete secciones o apartados. La primera está conformada por la introductora, la justificación y los objetivos. La cuarta se refiere al marco teórico sustentado en las principales teorías que abordan las estructuras biológicas con la descripción de un cuadro de Dermatitis Atópica, la Cognitiva sustentada en la teoría de Jean Piaget, la psicosocial basada en los postulados de Erik Erikson, la Afectiva explicada mediante la Teoría del Apego John Bowlby, mismas que fundamentan el desarrollo del lactante.

En el quinto o apartado se presenta el Marco Disciplinar de Enfermería y las principales teorías y modelos elegidas exprofeso para sustentar científicamente el cuidado de enfermería a un menor de edad entre las que se encuentran la de Adopción del Rol Maternal al Cuidado de Enfermería Binomio Madre-Hijo de Ramona Mercer; la Teoría de la Enfermería como Cuidados: Un Modelo para Transformar la Práctica de Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer; la Teoría de la Transición de Afaf Ibrahim Meléis y el Modelo de las 14 necesidades del Virginia Henderson el cual se basa este trabajo, aplicando las taxonomías NANDA, NIC, NOC y por último se presenta el caso clínico.

Con base en lo anterior, este trabajo tiene como propósito aplicar un Proceso de Enfermería a un lactante menor de dos años quien está inscrito en la Guardería Hijos Madres IMSS 001 con alteración cutánea en ambos antebrazos, espalda alta



y glúteos producida por el contacto directo con canino y falta de atención del cuidador principal, relacionada con una formación deficiente del vínculo parental confiable y seguro para el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias para la vida.



## I. JUSTIFICACIÓN

En México, según el último censo que se llevó a cabo Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2020; existen 126,014,024 de personas; de las cuales el 48.8% son hombres y 51.2 de mujeres, en cuanto a la población de 0 a 4 años de edad, esta representa una taza del 4.0% de hombres y 4.0% mujeres. En cuanto a las tasas de mortalidad de este grupo de edad se tienen registrados 747,784 defunciones de estas, son 10,060 mujeres y 12,792 hombres.<sup>3</sup> De los 126,014 millones de habitantes, encuentran afiliados a un sector salud 66.3 millones de personas. La Secretaria de Salud en el año 2019, registró las 20 principales causas de mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos, siendo en primer lugar Infecciones respiratorias agudas, posteriormente enfermedades intestinales, conjuntivitis, neumonía y bronconeumonías e infección de vías urinarias.

Estos datos son relevantes cuando se habla de la salud de los menores de cinco años; sobre todo los que se encuentran inscritos en estancias infantiles o guarderías como es el caso que nos ocupa; definiendo como guardería según IMSS, a la unidad de servicio no médica que funge como centro de atención, cuidado y desarrollo integral para los hijos de los trabajadores, en términos de lo dispuesto en los artículos 201 al 207, 211 al 213, y 237 A; de la Ley del Seguro Social, donde se proporciona aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación, en apego al principio del interés superior de la niñez y en condiciones de igualdad, respeto y ejercicio pleno de sus derechos.

Los últimos datos que reporta este instituto hasta septiembre de 2018, contaba con 1,386 guarderías con capacidad de 243,130 lugares: 142 guarderías de prestación directa, con una capacidad instalada de 29,529 lugares, y 1,244 guarderías de prestación indirecta, con 213,601 lugares cuyo objetivo es el de Establecer disposiciones para la atención y el cuidado del niño durante su estancia en la guardería, a través de actividades de higiene, implementación de una alimentación saludable, seguimiento a su salud, actividades pedagógicas y de recreación de los



niños para favorecer su desarrollo integral, basado en un marco de respeto, protección y ejercicio pleno de sus derechos con calidad y calidez, e inclusión a la niñez con discapacidad.

No obstante, a que el servicio de guardería del IMSS promueve el desarrollo integral de los niños mediante, una alimentación sana y el seguimiento a la salud, la aplicación de acciones pedagógicas ligadas al desarrollo físico y psicoemocional de los niños, con personal calificado en instalaciones seguras y funcionales no siempre es así. En la Guardería Hijos Madres IMSS 001 se identificó a un menor de dos años con alteración cutánea en ambos antebrazos, espalda alta y glúteos producida por el contacto directo con canino y falta de atención del cuidador principal, relacionada con una formación deficiente de un vínculo parental confiable y seguro para el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias para la vida.

El mismo Instituto establece que la primera etapa de la vida es fundamental pues se crean las bases para que las personas desarrollen las capacidades, habilidades y competencias que los acompañarán el resto de la vida y refrenda su compromiso con los trabajadores y sus hijos es mantener una alta calidad del servicio. Por ello es fundamental que los profesionales de enfermería que se desempeñan en estas instituciones cuenten con un marco epistemológico, filosófico y disciplinar amplio a fin de identificar situaciones de riesgo potenciales que afecten el desarrollo cognitivo, psicosocial, afectivo y espiritual de los menores para una vida libre de violencia, con respeto de sus derechos humanos que coadyuve en el desarrollo de sus capacidades para una vida plena y feliz.



## II. OBJETIVOS

### 3.1 GENERAL

Aplicar un Proceso de Enfermería a un lactante de dos años con alteración cutánea en ambos antebrazos, espalda alta y glúteos y en situación de riesgo en la formación de un vínculo parental confiable y seguro para el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias para la vida, inscrito en la Guardería Hijos Madres IMSS 001.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración clínica a través del método directo (explotación física) e indirecto mediante la aplicación de un instrumento basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería aplicando un juicio clínico crítico para identificar las principales necesidades y/o problemas en las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual del menor, aplicando la taxonomía NANDA.
- Realizar el plan de cuidados de enfermería integral que dé respuesta a las necesidades y/o problemas identificados tanto del lactante como de la familia para su cuidado en el hogar y durante su estancia en la guardería basada en taxonomía NOC.
- Ejecutar los planes de cuidado e intervenciones de enfermería diseñadas para la lactante basada en la taxonomía NIC, verificando la eficacia de los cuidados integrales brindados.
- Evaluar los diagnósticos de enfermería, tratamiento y efectividad de las intervenciones en la resolución de las necesidades y/o problemas identificados, así como el logro de los objetivos del plan de cuidados.



- Crear conciencia en el cuidador primario sobre la importancia en la identificación de riesgos potenciales que puedan afectar su desarrollo cognitivo y psicoafectivo mediante recomendaciones sustentadas en la evidencia científica y humanística para una mejor la calidad de vida del lactante a corto, mediano y largo plazo.



## SECCION IV: MARCO TÉORICO

### 4.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA PIEL

La piel es el órgano más grande del cuerpo y realiza varias funciones esenciales. La piel protege los tejidos subyacentes de la invasión de microorganismos y de traumatismos. Los nervios de la piel permiten percibir dolor, presión, calor y frío. La piel también ayuda al cuerpo a regular su temperatura. La dilatación de los vasos sanguíneos y la secreción del sudor por las glándulas sudoríparas, cuya función está regulada por el sistema central, nervioso permiten al cuerpo eliminar el exceso de calor. Las glándulas sudoríparas secretan una solución de agua, electrolitos y urea, ayudan a eliminar toxinas corporales.

La piel está formada por tres capas diferentes: epidermis, dermis y tejido graso subcutáneo que separa la piel del tejido subyacente. La epidermis es delgada, de crecimiento rápido y la capa más externa de la piel. La piel se renueva constantemente a través del estrato córneo, la capa superficial de la epidermis.

El grosor de la piel varía según las localizaciones del cuerpo. La epidermis contiene melanocitos que sintetizan y secretan melanina cuando la piel se expone a luz ultravioleta. Las células de Langerhans dentro de la epidermis inician la respuesta inmunitaria de la piel cuando esta se expone a los antígenos ambientales.

La dermis, la capa intermedia de la piel, está fundamentalmente compuesta por tejido conectivo que permite a la piel estirarse y contraerse con el movimiento. Nervios, músculos, folículos capilares, glándulas sebáceas y sudoríparas, canales linfáticos y vasos sanguíneos están contenidos en la dermis. Los mastocitos, localizados en la dermis, desempeñan un papel en las reacciones de hipersensibilidad de la piel.

La tercera capa de la piel, la subcutánea, conecta la dermis con los músculos subyacentes. Esta capa de células grasas aísla al cuerpo de las



temperaturas frías. Las glándulas sebáceas se encuentran por toda la superficie del cuerpo, excepto en las palmas de las manos y la planta de los pies.<sup>5</sup>

La piel del recién nacidos es el órgano más grande del cuerpo, supone aproximadamente el 4% del peso corporal.

La piel del niño es fina aproximadamente de 1mm en el momento del nacimiento, con poca grasa subcutánea, el niño pierde calor con más rapidez, presenta más dificultades en la regulación térmica y se enfría con mayor facilidad que los niños mayores o los adultos. La piel más delgada también condiciona una mayor absorción de sustancias químicas nocivas y medicaciones tópicas. La piel de los niños contiene más agua que en los adultos y tiene células más lábilmente unidas.

A medida que el niño crece, la piel se hace más resistente, se torna menos hidratada y se hace más susceptible a las bacterias.

## **4.2 DERMATITIS**

La dermatitis es la enfermedad en la piel cambia como respuesta a estímulos externos.<sup>5</sup>

Los cuatro tipos de dermatitis más frecuentes en niños y adolescentes son dermatitis de contacto, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica y eccema (dermatitis atópica).

Es importante entender que estas enfermedades cutáneas condicionan problemas emocionales para la familia y los niños. Se debe ser compasivo y recordar que la familia y el niño pueden ver la alteración cutánea y se debe asegurar que no padece una enfermedad infecciosa.

## **4.3 DERMATITIS ATÓPICA (ECCEMA)**

La dermatitis atópica, también llamada eccema, es una enfermedad cutánea inflamatoria superficial caracterizada por su intenso prurito.<sup>5</sup>



Un segundo concepto (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes. <sup>6</sup>

Su alta prevalencia en la edad pediátrica hace que en ocasiones se subestime el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. Como se puede notar ambos conceptos tienen similitud.

La dermatitis atópica afecta a niños y adolescentes. Es frecuente y se cree que afecta hasta al 20% de los niños pequeños en edad escolar. Hasta el 65% de los niños que desarrollan la afección lo hacen en el primer año de vida, y el 90% a los 5 años de edad. Algunos niños presentan síntomas recurrentes que continúan en la edad adulta. <sup>6</sup>

#### **4.4 CLASIFICACIÓN DE LA DERMATITIS ATÓPICA**

Según la Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la dermatitis atópica se clasifica en:

- Fase del lactante. Inicia durante los dos primeros meses de edad, predominando en mejillas y respetando el triángulo central de la cara. Se caracteriza por eritema y pápulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hemáticas. Puede diseminarse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares y de flexión, nalgas y tronco; llegando a ser en ocasiones generalizada.
- Fase del escolar o infantil. Se presenta de los 2 años a los 12 años de edad. La dermatosis predomina en los pliegues antecubitales, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados y región peribucal. Se caracteriza por eccema y liquenificación.
- Fase del adulto: Se presenta después de los 13 años de edad. Se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales. Cursa con eccema y liquenificación. <sup>7</sup>



#### 4.5 ANTECEDENTES DE LA DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es una entidad descrita hace varios siglos, fue reportada en 1891 por Brocq y Jaquet denominándola neuro dermatitis diseminada y del sistema nervioso. Un año después Besnier le llama prurigo diatésico, eccematoide liquenoide, en 1923 Coca y Cooke sugieren el término de atopia que significa respuesta fuera de lugar y es hasta 1933 que Hill y Sulzberger establecen el término dermatitis atópica en reconocimiento a su cercana asociación con alergia respiratoria.

El desarrollo de dermatitis atópica a menudo anuncia el inicio de la llamada marcha atópica; un término utilizado para describir el riesgo incrementado que presentan estos pacientes para desarrollar una o más de las enfermedades atópicas tales como asma, alergia alimentaria y rinitis alérgica.

Se ha postulado que el 30% de los niños con dermatitis atópica desarrollan asma y el 35% rinitis. Así mismo existe un riesgo incrementado en presentar infecciones de repetición en piel, ya sea de origen bacteriano y/o viral. Estudios revelan que niños con dermatitis atópica están predispuestos al desarrollo de trastornos de salud mental, como el TDAH y ansiedad; asimismo existe afectación del estado de ánimo relacionado a mayor gravedad de la enfermedad, presentando depresión; sin embargo, la relación no establece causalidad y se necesitan de más estudios para precisar la naturaleza de la misma. <sup>8</sup>

Los trastornos del sueño son comunes y se derivan en gran parte del prurito significativo asociado; el sueño se encuentra interrumpido en un 60% de los niños con dermatitis atópica, aumentando hasta un 83% de los casos cuando existen exacerbaciones.

Se estima que pediatras y médicos de primer contacto tratan aproximadamente el 30% de los pacientes con dermatitis atópica; por tanto, es de suma importancia estar



bien informados acerca de esta enfermedad crónica y recurrente, así como de comorbilidades asociadas.

#### **4.6 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA**

La etiología de la dermatitis atópica desconocida, pero parece que podría deberse a una enfermedad inmunitaria de la piel junto con una predisposición genética y un factor desencadenante externo ambiental. Los niños presentan activación de las células T y excesiva producción de inmunoglobulina E (IgE). La enfermedad tiende a producirse en niños con tendencia alérgica hereditaria (atopia). Si un padre presenta alergias, el niño tiene el 60% de probabilidad de tener alergias. Esto aumenta al 80% si ambos padres tienen alergias. <sup>5</sup>

Los alérgenos son importantes causas de dermatitis atópica para los pequeños. Algunos factores exacerban la enfermedad factores desencadenantes (ácaros del hogar, descamaciones de animales caninos, pólenes, alergias alimentarias, irritantes, jabones detergentes, químicos, solventes, ropa abrasiva), cambios hormonales y estrés emocional. Las alteraciones inmunitarias predisponen al niño a infecciones cutáneas virales y por *staphylococcus aureus*. La dermatitis atópica difiere de la de contacto, en la primera una enfermedad crónica con factores desencadenantes genéticos, ambientales, metabólicos e infeccioso.

Los niños con eccema presentan xerosis, generalmente piel seca que es más fácil que se rompa o fisure. La función de barrera de la piel se encuentra, por lo tanto, alterada, condicionando el aumento de la pérdida acuosa de la epidermis y la disminución de la elasticidad. Cuando la piel está crómicamente seca, los irritantes tienen más posibilidades de penetrar en ella, por lo tanto, el niño es más susceptible a la infección.



## 4.7 FACTORES DE RIESGO

El riesgo es la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la que se emplea para estimar la atención a la salud.

El factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso morbido. Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas e indicadores, pero de su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de un hecho que predicen, son los que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Se pueden subdividir en factores biológicos, ambientales, relacionados con la atención de salud y socioculturales.<sup>9</sup>

Enfoque de riesgo en la atención de la salud es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos y ayuda a determinar prioridades de salud, es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Su propósito es intentar mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención aquellos que más lo requieran.

Se cuentan con herramientas para medir los riesgos con cierta preposición aplicables a los aspectos preventivos de la atención de salud para lograr la efectividad en la atención de salud.

### **Factores inmunológicos**

Los atópicos presentan una respuesta inmunitaria humoral y celular alterada, que facilita la reacción con antígenos ambientales.

Las alteraciones evidenciadas más clásicamente son las siguientes: aumento de la IgE sérica, alteración de las subpoblaciones linfocitarias, alteración de las



inmunoglobulinas y aumento de la expresión en la membrana de las células de Langerhans. <sup>10</sup>

Ha existido un considerable debate sobre el patrón inmunológico y la expresión de citoquinas en la DA. En los pacientes atópicos existe una predisposición a mantener respuestas Th2, con desarrollo de respuestas frente a antígenos inadecuados, como alérgenos ambientales, superantígenos bacterianos y autoantígenos epidérmicos. Presentan un defecto específico cutáneo de las respuestas inmunes (respuestas defectuosas de inmunidad celular retardada, defectos en la respuesta de linfocitos T) no asociado a inmunosupresión sistémica. Las células de Langerhans también presentan un incremento en su número y actividad como células presentadoras de antígeno en las zonas de piel afecta, activando las células T y liberando IgE.

El comienzo de la DA está asociado con la producción de citoquinas Th2 implicadas en la fase aguda de la inflamación tisular. La expresión aumentada de quimosinas contribuye a la infiltración de macrófagos, eosinófilos y células T en las lesiones agudas y crónicas de DA. <sup>10</sup>

### **Factores exógenos o desencadenantes**

Como factores desencadenantes de la DA se han involucrado:

- Estrés, al inducir cambios inmunológicos.
- Alérgenos, tanto alimentarios (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete), como Aeroalérgenos (ácaros del polvo, malezas, epitelios de animales caninos, hongos).
- Irritantes tipo limpiadores cutáneos, ropa de lana o fibras sintéticas, agua caliente, jabones, detergentes.
- Clima con temperaturas extremas, humedad o sequedad excesiva.

### **Factores ambientales**

El incremento de la prevalencia de la DA en los últimos años no puede ser explicado solo por factores genéticos, lo que apoya una fuerte influencia del medio ambiente,



como lo demuestran los estudios de migración de poblaciones. Los factores medioambientales son marcadores indirectos de urbanización y de buen estado socioeconómico.

Dentro de los factores ambientales están: clima temperatura, luz UV, humedad y precipitaciones, vida urbana frente rural, dieta, lactancia materna, obesidad, ejercicio físico, contaminación atmosférica, hábito de fumar y ozono. Se aclara que el papel de cada uno de estos factores es difícil de evaluar por los cambios que sufren en el tiempo y por características genéticas y culturales de las diferentes poblaciones; tampoco que se establezcan asociaciones significativas entre estos factores y la DA no significa que la relación sea causal; por tanto, deberán continuarse las investigaciones en el futuro.<sup>11</sup>

### **Clima**

Es un factor potencial que podría explicar las diferencias en la prevalencia de DA entre diferentes poblaciones. La luz ultravioleta tiene efecto inmunosupresor, también la exposición solar incrementa las concentraciones de vitamina D y mejora los síntomas clínicos de DA. Las bajas temperaturas externas asociadas a irritantes cutáneos son responsables del agravamiento del eczema. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad se agrava durante el verano, por lo que los factores climáticos necesitan estudios posteriores.

### **Vida urbana frente a rural**

En poblaciones con el mismo origen étnico y genético el riesgo de DA es mayor en las ciudades. Los factores ambientales considerados relevantes son urbanización, higiene, infecciones microbiológicas, vacunación, empleo de antibióticos, contaminación ambiental, exposición a alérgenos y la dieta.

### **Dieta**

Se han confirmado estos resultados con la demostración del consumo de bastante pescado durante el embarazo reduce el riesgo de DA en los primeros 5 años de



vida en 25-43%. Una reducción similar también se informa en niños con alta ingesta de pescado durante la niñez tardía. El efecto protector del pescado se atribuye a su elevado contenido en ácidos grasos polinsaturados, con actividad antiinflamatoria.

Sin embargo, otros estudios no han demostrado que las dietas estrictas sean efectivas en el tratamiento de DA.

Los alérgenos alimentarios pueden intervenir en la patogenia de la DA en algunos pacientes y contribuir a la severidad de la enfermedad por el prurito. Además, se han clonado células T específicas de alérgenos alimentarios en la piel de pacientes con DA, lo que sugiere un vínculo entre las alergias alimenticias y la inflamación alérgica de la piel. <sup>11</sup>

### **La lactancia como factor de riesgo**

Es común la creencia de que la lactancia materna previene las alergias incluyendo la DA. La OMS recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y al menos durante 4 meses para prevenir las alergias. <sup>11</sup>

## **4.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La dermatitis atópica aguda se caracteriza por prurito y manchas eritematosas con vesículas exudado y costras. La dermatitis atópica subaguda se caracteriza por la aparición de descamación con eritema y escoriación. Algunas manchas pueden presentar exudado.

Con secuencia se observan cambios pigmentarios post inflamatorio. Los síntomas de la dermatitis atópica crónica son prurito, sequedad, descamación y liquenización. La inflamación suele producirse en la cara, parte superior de los brazos, espalda, parte superior de los muslos y dorso de manos y pies. Los pliegues cutáneos como los de las zonas ante cubital y poplíteas. El prurito interfiere con el descanso nocturno y produce irritabilidad. El niño se mueve mucho debido a la picazón y puede parecer que presenta hiperactividad. Las exacerbaciones de la dermatitis atópica se relacionan con factores como alergias, sequedad de piel, temperaturas ambientales altas



bajas, sudoración, rascado, ansiedad, estrés e irritantes cutáneo. Si aparece eritema y calor en la zona, puede ser que se deben a infección bacteriana secundaria.<sup>12</sup>

En el lactante de 2 meses a 2 años presenta las siguientes manifestaciones clínicas como lesiones exudativas, costrosas, papulovesiculares y eritematosas en mejillas, cuero cabelludo, frente, cuello, tronco y cara externa de las extremidades área del pañal libre porque la piel está húmeda y el pañal protege del rascado. Prurito intenso, el niño se mueve y frota las zonas fuera de su alcance. Liquenización después de que el niño pueda rascarse sobre los 2 meses de edad.

La patología alérgica incluye un amplio abanico de manifestaciones clínicas que están íntimamente relacionadas. Los alérgenos, antígenos proteicos, son cada día más conocidos y estudiados, actualmente se habla de alérgenos especie específicos:

- **Sensibilización:** proceso por el que un sujeto es capaz de reconocer y reaccionar en un futuro a un antígeno al que se ha expuesto, es la presencia de anticuerpos IgE en un sujeto sin que haya manifestaciones clínicas.
- **Alergia:** reacción de hipersensibilidad inmunitaria mediada por anticuerpos IgE, frente a sustancias que generalmente no supone ninguna amenaza, pero que en el sujeto en cuestión genera una respuesta perjudicial en lugar de protectora.
- **Atopia:** predisposición a padecer alergia.
- **Hipersensibilidad:** respuesta inmunitaria frente a un antígeno que tiene como resultado la lesión de los tejidos propios.

### **Importancia de la historia clínica**

La historia clínica es una herramienta fundamental, en todo niño/adolescente con sospecha de enfermedad alérgica se hará una completa anamnesis recogiendo datos en cuanto a:



- Antecedentes personales previos del paciente en relación a la conocida marcha alérgica: dermatitis atópica, alergia a proteínas de leche de vaca, huevo u otros alimentos, reacciones a fármacos y/o vacunas, rinoconjuntivitis y sibilantes inicialmente precoces atópicos finalizando en asma de etiología alérgica.<sup>13</sup>
- Antecedentes familiares: padres o hermanos alérgicos es un factor predictivo no solo de alergia sino incluso de predicción de asma, tras unos sibilantes precoces en edad lactante.
- Antecedentes ambientales. Entre los antecedentes es importante constatar en la historia la probabilidad de contacto del niño con fuentes alérgicas:
  - Habitar rural o urbano, tanto de la vivienda habitual como vacacional.
  - Contacto con animales: perro, gato, caballo, cucarachas y hámster.
  - Tipo de habitación: soleada o húmeda, peluches y edredones de plumas u objetos en la habitación retenedores de ácaros como alfombras y moquetas.
  - Árboles, gramíneas y malezas en el entorno familiar o escolar, hobbies con salidas al campo, etc.
  - Otros relacionados con actividad deportiva, equitación.

### **Aparición de los síntomas.**

En la historia clínica se habrá de reseñar no solo la exploración física con todos los rasgos definitorios o premonitorios de paciente alérgico como doble pliegue palpebral de Dennie Morgan, surco nasal, xerosis lesiones residuales de eccema atópico, etc. sino recoger los síntomas acontecidos, su secuencia, tiempo de aparición de los mismos, relación con desencadenantes, etc. pues son datos fundamentales para establecer diagnóstico:

- Síntomas en relación con la exposición primaria, secundaria o sucesivas veces a la inhalación, contacto o ingesta con el alérgeno.



- Tiempo acontecido desde la exposición a la aparición de los síntomas: reacción inmediata o tardía.
- Entorno: características de escuela, vivienda habitual y vacacional.
- Circunstancias geográficas y/o ambientales en las que mejora o empeora el niño.

#### **4.9 DIAGNÓSTICO**

La dermatitis atópica se distingue de otras formas de dermatitis por sus patrones de edad específicos, su naturaleza crónica y recidivante, prurito, xerosis y antecedentes familiares. No hay pruebas de laboratorio diagnósticas, sin embargo, el niño puede presentar un nivel elevado de inmunoglobulina E, así como resultados positivos a las pruebas con distintos alérgenos inhalados y alimentarios.<sup>10</sup>

#### **4.10 TRATAMIENTO**

Para el manejo óptimo de la DA no basta con conocer el tratamiento farmacológico de los brotes, sino que es necesario también evitar los desencadenantes de la enfermedad, mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel.

No existe ningún tratamiento curativo para la DA, y hasta el momento no es posible modificar el curso de la enfermedad. Así, el objetivo del tratamiento de la DA es la reducción de los síntomas, disminuir el número de recurrencias y controlar a largo plazo la enfermedad. Se trata de un tratamiento que debe individualizarse según la gravedad de la dermatitis.<sup>11</sup>

#### **El cuidado de la piel atópica**

La piel atópica se caracteriza por una alteración en la función barrera de la piel con una elevada tasa de pérdida de agua transepidérmica, disminución en la capacidad de retención de la misma en la epidermis y una menor cantidad de lípidos y ceramidas intraepidérmicas. Esto da lugar a una piel seca y pruriginosa que precisa una higiene cuidadosa, evitando la irritación, y la aplicación diaria de emolientes que



constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de la DA independientemente de su gravedad.

### **Aseo e higiene**

La necesidad de baño en niños atópicos es evidente pero el agua excesivamente caliente, la fricción y los detergentes pueden irritar la piel. En la actualidad se recomienda baño breve o ducha a diario, seguido de la aplicación inmediata de emolientes, para evitar la evaporación del agua de la piel. Conviene emplear jabones de pH ácido. Se recomienda evitar las fuentes de calor y recurrir a toallas suaves, sin frotar la piel. Es aconsejable mantener las uñas cortas y limpias.

### **Emolientes e hidratantes**

Denominamos sustancias hidratantes a aquellas que aumentan el contenido en agua de la capa córnea, y emolientes a aquellas que la hacen menos áspera y más flexible. Puesto que muchos emolientes basan su acción en el aumento del contenido de agua de la epidermis, a menudo se emplean ambos términos indistintamente.<sup>9</sup>

La aplicación de emolientes forma parte del tratamiento de mantenimiento de la DA.

No ha podido demostrarse que la aplicación regular de emolientes mejore de forma directa la DA, sin embargo, ayudan a mejorar el aspecto de la piel atópica, y proporcionan sensación de bienestar al reducir el prurito y facilitar la epitelización de la piel.

Poseen cierta actividad antiinflamatoria y disminuyen el riesgo de infección. La mayoría de los autores coinciden en que el uso continuado de estas sustancias reduce la necesidad de corticoides tópicos, por lo que forman parte de la mayoría de guías de tratamiento.

Debe evitarse su uso durante los brotes, puesto que son ineficaces una vez que se instaura la enfermedad. Además, su aplicación producirá aumento del prurito y sensación de escozor. Se recomienda su aplicación 3 minutos después del baño,



con la piel todavía húmeda, y aplicárselo tantas veces como sea necesario, recomendándose un mínimo de 2 veces al día. Entre los productos más utilizados se encuentran:

- Vaselina: es una mezcla de hidrocarburos que se obtiene mediante el refinado y eliminación de las ceras de aceites minerales pesados. Se comercializa en forma sólida y líquida siendo su principal inconveniente su tacto graso, que hace que muchos pacientes no toleren su uso.
- Lanolina: es una mezcla de alcoholes y ácidos grasos esterificados de alto peso molecular que provienen de la destilación de la lana. Como inconveniente destaca su capacidad sensibilizante.
- Glicerina: de gran capacidad higroscópica, actúa formando un reservorio a nivel del estrato córneo que dificulta la solidificación de las grasas manteniendo la estructura de la bicapa lipídica en estado fluido.

### **Tratamiento farmacológico de los brotes**

El tratamiento del paciente atópico persigue dos objetivos fundamentales. En primer lugar, aliviar los síntomas de la enfermedad y controlar los brotes y, en segundo lugar, disminuir la frecuencia de los mismos, modificando el curso de la enfermedad.

### **Corticoides tópicos**

Los corticoides tópicos han sido durante varias décadas el tratamiento fundamental de la DA. Aún hoy constituyen el tratamiento de primera línea para inducir la remisión y controlar los brotes moderados y graves. Actúan reduciendo la inflamación, disminuyendo el prurito, el rascado y la irritación cutánea.

Los corticoides pueden clasificarse según su potencia. La potencia del corticoide que debemos emplear varía según el estadio de la DA, así como el excipiente a utilizar.

Debe emplearse una o dos veces al día según la gravedad del eccema. Debe tenerse en cuenta igualmente la zona a tratar, de manera que en zonas de piel fina



como pliegues o cara se aplicará preferentemente un corticoide suave, mientras que en zonas de piel más gruesa como palmas y plantas usaremos un corticoide más potente.

Los brotes de la enfermedad pueden tratarse con un corticoide de potencia media o alta, aplicado 1 o 2 veces al día durante 5-7 días.

### **Hidrocortisona tópica**

Propiedades antiinflamatorias, antipruriginosas y vasoconstrictoras. Difunde a través de las membranas celulares y forma complejos con receptores citoplasmáticos específicos

### **Indicaciones terapéuticas**

Tratamiento local de manifestaciones inflamatorias y pruriginosas de las dermatosis que responden a los corticosteroides, tales como: dermatitis de contacto alérgica e irritativa, dermatitis atópica, neuro dermatitis, dermatitis seborreica, psoriasis. Picaduras de insectos, alergias por contacto con jabones, detergentes, metales y ortigas, tratamiento local temporal y sintomático.

### **Reacciones adversas**

Dermatitis de contacto/dermatitis; escozor, retraso en la cicatrización, ardor, hematomas, telangiectasia, erupciones acneiformes, aumento de la sudoración, rosácea, edema, hiperglucemia/glucosuria, osteoporosis.

## **4.11 PRONOSTICO**

La dermatitis atópica suele reducir su intensidad cuando los niños tienen 5 años. Sin embargo, los brotes son comunes en la adolescencia y en la edad adulta. Las niñas, así como las personas que desarrollaron dermatitis atópica a una edad temprana, quienes tienen una enfermedad grave, antecedentes familiares y rinitis o asma son más propensos a sufrir dermatitis atópica durante un periodo prolongado. Incluso en estas personas, sin embargo, la dermatitis atópica con



frecuencia desaparece o disminuye de forma significativa al alcanzar la edad adulta. Dado que los síntomas de la dermatitis atópica son visibles y a veces incapacitantes, los niños pueden desarrollar problemas emocionales a largo plazo, ya que se enfrentan al reto de vivir con la enfermedad durante sus años de desarrollo. <sup>13</sup>

#### **4.12 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET**

A fin de cumplir con lo anterior, es fundamental retomar las teorías más importantes del desarrollo infantil, iniciando con Jean Piaget y su teoría del desarrollo cognitivo. Para él, los principios de la lógica comienzan a desarrollarse antes que el lenguaje y se generan a través de las acciones sensoriales y motrices del bebé en interacción con el medio, por lo tanto, el desarrollo intelectual es el resultado de esta interacción, descartando la maduración biológica o la influencia ambiental como únicos condicionantes de dicho desarrollo. <sup>14</sup>

Su concepción concuerda con una teoría coherente del crecimiento neurobiológico y la influencia de la sociedad y la cultura en el desarrollo de la inteligencia del niño. Piaget estableció una serie de estadios sucesivos en el desarrollo de la inteligencia, para el caso que nos ocupa, solo abordaremos los dos primeros estadios:

Estadio de la inteligencia sensorio motriz o práctica de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad. Esta etapa constituye el período del lactante y dura hasta la edad de un año y medio o dos años, es anterior al desarrollo del lenguaje y del pensamiento propiamente dicho.

Estadio de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto. Esta etapa abarca de los dos a los siete años. En ella inicia el pensamiento preoperatorio, el niño puede representar los movimientos sin ejecutarlos; es la época del juego simbólico y del egocentrismo y, a partir de los cuatro años, del pensamiento intuitivo.



## **Etapas cognoscitivas**

Piaget fue un teórico de fases que dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro grandes etapas: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales, cada una de las cuales representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer. En cada etapa se supone que el pensamiento del niño es cualitativamente distinto al de las restantes.

Según Piaget, el desarrollo cognoscitivo no sólo consiste en cambios cualitativos de los hechos y de las habilidades, sino en transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento. Una vez que el niño entra en una nueva etapa, no retrocede a una forma anterior de razonamiento ni de funcionamiento. Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable. Es decir, todos los niños pasan por las cuatro etapas en el mismo orden.<sup>14</sup>

### **La Noción Piagetiana de Estadio.**

Piaget creía que el conocimiento evoluciona a lo largo de una serie de etapas. El pensamiento de los niños en cualquier etapa concreta es cualitativa y cuantitativamente diferente del pensamiento en la precedente o en la etapa siguiente. Hay cuatro características de los estadios piagetianos.

En primer lugar, la secuencia de aparición de las etapas es invariante, esto es, los estadios siguen un orden fijo determinado. No obstante, las personas avanzan a distinto ritmo, es decir, se producen fluctuaciones en cuanto a la edad de su aparición y no todos los individuos alcanzan las etapas finales.

En segundo lugar, existe una estructura de conjunto característica de cada estadio. Piaget consideraba que el pensamiento de los niños experimenta algún cambio abrupto en periodos breves. En estos momentos surgen las nuevas estructuras cognitivas. La emergencia de distintas estructuras explica el hecho de que todas las tareas que es capaz de resolver un niño tengan una complejidad similar.<sup>14</sup>



## **El estadio sensorio-motor (desde el nacimiento hasta los dos años)**

En el estadio sensoriomotor el bebé se relaciona con el mundo a través de los sentidos y de la acción, pero, al término de esta etapa será capaz de representar la realidad mentalmente. El periodo sensoriomotor da lugar a algunos mitos en el desarrollo intelectual. Los niños desarrollan la conducta intencional o dirigida hacia metas (golpear un sonajero para que suene). También, los niños llegarán a comprender que los objetos tienen una existencia permanente que es independiente de su percepción (permanencia de objeto). Además, existen unas actividades que en este periodo experimentarán un notable desarrollo: la imitación y el juego.

Piaget denominó reacción circular al mecanismo de aprendizaje más temprano. Consiste en una nueva experiencia que es el resultado de la propia acción del sujeto. La reacción es circular porque, debido a los efectos interesantes, el niño intenta repetir este evento una y otra vez. Hay tres tipos de reacciones circulares que van apareciendo de forma progresiva: las primarias que están centradas alrededor del cuerpo del niño (sacar repetidamente la lengua); las secundarias dirigidas hacia la manipulación de objetos (golpear un objeto); y las terciarias, que tienen que ver con la exploración de efectos novedosos en el mundo que le rodea (golpear un objeto de formas distintas).

### **Primer sub-estadio: ejercitación de reflejos (0 a 1 mes).**

Cuando Piaget habla de las estructuras de acción, utiliza el término esquema para referirse a cualquier forma de acción habitual, tal como mirar, agarrar o golpear. Los primeros esquemas que posee el niño son los reflejos innatos. Los reflejos implican cierta pasividad del organismo: éste se encuentra inactivo, hasta que algo lo estimula. Sin embargo, los reflejos pronto llegan a ser formas de actividad que el niño inicia por sí mismo.

Por ejemplo, podemos observar en lactantes de pocos días de edad, movimientos de la boca que corresponden al reflejo de succión, aun cuando no tengan nada en la boca. Pareciera ser que realiza estos movimientos por el simple placer hacerlos.



Según Piaget, cuando se forma un esquema de acción, sentimos la necesidad de ponerlo en uso. Aun cuando la asimilación es la actividad más notoria en esta etapa, también se puede notar los comienzos de la acomodación. Por ejemplo, los lactantes tienen que aprender a ajustar los movimientos de su cabeza y labios, para encontrar el pezón y alimentarse. <sup>14</sup>

### **Segundo sub-estadio: Reacciones circulares primarias (1 a 4 meses).**

Una reacción circular se produce cuando el lactante intenta repetir una experiencia que se ha producido por casualidad. Un ejemplo evidente es la conducta de chuparse el dedo. Durante la actividad espontánea que realiza el lactante, es posible que en uno de sus movimientos casualmente ponga en contacto su mano con la boca, desencadenando el reflejo de succión y comienza a chuparse el dedo. Puesto que estos movimientos no son todavía controlados por el bebé, al continuar con su actividad aleja nuevamente la mano de su cara y boca, pero intentará repetir la experiencia. Aun cuando inicialmente fracasa, lo que en lenguaje piagetiano se explica porque el bebé es incapaz de hacer las acomodaciones necesarias para asimilar la mano al esquema de acción de succionar, en algún momento se repite la combinación necesaria de movimientos y el mover la mano y chupar comienzan a organizarse en un nuevo esquema de acción que permite al niño dominar el arte de chuparse el dedo.

Tal como ocurre con el chuparse el dedo, la mayoría de las reacciones circulares primarias involucran la organización de dos esquemas previos de movimientos corporales. Estas reacciones circulares son una buena demostración de lo que Piaget quiere decir cuando se refiere al desarrollo intelectual como un proceso de construcción de conocimientos. El lactante en forma activa junta diferentes movimientos y esquemas para crear un nuevo esquema de acción, más complejo.

### **Tercer sub-estadio: reacciones circulares secundarias (4 a 10 meses).**

Los desarrollos característicos del segundo sub-estadio son llamados reacciones circulares primarias porque consisten en la coordinación de movimientos de partes



del cuerpo del propio cuerpo del lactante. Las reacciones circulares secundarias se producen cuando el bebé descubre y reproduce un efecto interesante que se produce fuera de él, en su entorno. Por ejemplo, en algún momento de su actividad puede percibir que al sacudirse o realizar un movimiento más brusco, se mueven y suenan los juguetes que cuelgan de su cuna. Probablemente se detenga un instante, mientras observa el efecto. Luego intentará repetir la experiencia y tal vez incluso se ría cuando lo logre. Pareciera que el bebé disfrutara su propio poder, su habilidad para hacer que algo ocurra una y otra vez.

#### **Cuarto sub-estadio: Coordinación de esquemas secundarios (10 a 12 meses).**

En el tercer subestadio el infante realiza una acción simple un movimiento para obtener un resultado, como sacudirse para hacer mover los juguetes. En el cuarto subestadio, las acciones se hacen más diferenciadas, aprende a combinar dos esquemas de acción para obtener un resultado. Este logro es más evidente cuando se trata de superar obstáculos. Por ejemplo, si ponemos un juguete que le interesa al niño, detrás de una caja, de modo que no lo puede tomar, combina el esquema de acción de retirar la caja con el esquema de acción de coger el juguete.

En este caso, uno de los esquemas se transforma en un medio para un fin. Este sin embargo otras implicaciones importantes: en primer lugar, pone en evidencia la intencionalidad del niño a través de una conducta orientada a un objetivo (algo que ya se insinuaba en el sub-estadio anterior); en segundo lugar, evidencia los comienzos de las nociones de tiempo y espacio, puesto que el bebé debe retirar la caja antes, para coger el juguete después, y debe entender que un objeto se puede encontrar delante de otro que está detrás.<sup>15</sup>

#### **Quinto sub-estadio: reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses).**

En el sub-estadio 3 los niños realizan una acción simple, para obtener un resultado. En el sub-estadio 4 realizan dos acciones separadas para obtener un resultado. Ahora, en el sub-estadio 5, de las reacciones circulares terciarias, experimentan con diferentes acciones para observar diferentes resultados. Por ejemplo, puede darse



cuenta al golpear su mesa de juegos, que los objetos sobre ella vibran, o se caen. Luego puede repetir el golpe varias veces, con distinta intensidad o fuerza y observar las diferencias en los efectos. En otra ocasión puede ser que observe cómo el agua sale de la llave, y poner su mano en el chorro, haciendo que el agua salpique. Entonces puede comenzar a experimentar poniendo su mano repetidas veces en el chorro de agua a diferentes distancias de la llave y observar cómo el agua salpica con mayor o menor fuerza.

Es importante destacar que con este tipo de acciones el niño está estudiando en forma activa y aprendiendo a conocer las diferentes consecuencias o resultados de sus acciones sobre el medio. En este sentido vale la pena destacar que el niño está aprendiendo en forma absolutamente autónoma, desarrollando sus esquemas y conocimientos del mundo exclusivamente a partir de su curiosidad.

#### **Sexto sub-estadio: Comienzo del pensamiento (18 a 24 meses).**

En el sub-estadio 5 los niños son pequeños científicos, que realizan diferentes acciones para observar sus resultados. Sin embargo, sus descubrimientos ocurren sólo gracias a sus acciones directas sobre las cosas. En el sub-estadio 6, los niños parece que piensan las cosas más, antes de actuar. Por ejemplo, enfrentado a sacar una bolita del interior de una caja parcialmente abierta, de modo que la bolita no pasa por la abertura, puede intentar diferentes cosas: introducir un dedo en la abertura tratando de coger la bolita; o dar vuelta la caja intentada hacer caer la bolita. Si ninguna de las dos cosas le resulta, probablemente se detenga un momento observando la abertura de la caja. <sup>15</sup>

Es probable que realice algunos movimientos, como de abrir y cerrar la mano, o abrir y cerrar la boca varias veces, para luego decididamente abrir la caja y sacar la bolita. Los intentos de lograr el objetivo con actividades de ensayo y error es probable que en algún momento hubieran dado el resultado deseado, pero al detenerse y reflexionar acerca de la situación encontró la solución de un modo más rápido y eficiente. Podemos suponer que, en la medida que el niño a esa edad aún



no tiene desarrollado un lenguaje que le permita simbolizar o representar las acciones que necesita realizar, realiza movimientos motrices (es este ejemplo, abrir y cerrar las manos o la boca) para representarse los actos que luego ejecuta.

#### 4.13 TEORIA DE ERIK ERIKSON

Otra teoría que es importante conocer y reconocer es la de Erik Erikson que está orientada a la redefinición y expansión de los estadios de Freud; estableció que el desarrollo funciona a partir del principio Epigenético. Sin embargo, Erikson la dirigió hacia la sociedad y la cultura desde el enfoque antropológico. En cuanto al Principio Epigenético, Erikson postuló la existencia de ocho fases de desarrollo que se extienden a lo largo de todo el ciclo vital. Cada fase comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza a las que les llamó crisis. <sup>16</sup>

Cada fase tiene un tiempo óptimo para cada función, por lo que no se debe presionar al niño para que vaya más rápido. Si pasa bien un estadio, adquiere ciertas virtudes o fuerzas psicosociales que le ayudarán al resto de los estadios. Por el contrario, si hay problemas puede haber una inadaptación que Erikson llama malignidades que puede poner en riesgo el desarrollo faltante. Otro principio que Freud postuló fue el que los padres influían de una manera drástica el desarrollo de los niños. Sin embargo, Erikson amplió el concepto, partiendo de la idea de que los niños también influían al desarrollo de los padres. De estos postulados basó su teoría y la dividió como ya se mencionó en ocho estadios. Para fines de este trabajo solo se mencionarán los primeros cuatro:

**Primera etapa o estadio:** Conocido como el de la primera infancia o etapa sensorio-oral, comprende el primer año o año y medio de vida, consiste en desarrollar la confianza sin eliminar la capacidad para desconfiar. Es cuando los padres deben de proveer al niño un grado de familiaridad, consistencia y continuidad para que desarrolle confianza en las personas y en sí mismo, en su cuerpo y en las necesidades biológicas que van con él, si los padres son desconfiados o sobreprotectores desarrollará desconfianza.



Esta etapa dominada por acciones reflejas (oral, respiratorias, sensorial y cinestésicas). La crisis se presenta al momento del nacimiento y es considerada como la experiencia más crucial ya que exige del recién nacido una respuesta total de su organismo para adaptarse al ambiente extrauterino y a partir de ese momento sentirá frío, calor, sed, hambre y será la madre quien le permitirá restablecer su equilibrio al corregir su displacer, de este principio surge lo que se denomina relación madre-hijo o binomio madre-hijo.

En este periodo es cuando los niños generan sentimientos de confianza o de desconfianza, según la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades a través de la figura materna quien le proporciona la seguridad (desarrollo de la virtud o fuerza básica de la esperanza) o inseguridad (frustración, retraimiento, aislamiento) de este principio surge el imperativo de que la enfermera(o) identifique signos o síntomas de alarma cuando un bebé está alejado de su cuidador principal (madre) ya sea de manera temporal o definitiva en caso de fallecimiento. Uno de los signos que indican si el niño va bien en este estadio, es la tolerancia como respuesta a la satisfacción de alguna necesidad. <sup>16</sup>

#### **4.14 TEORIA DEL APEGO POR JOHN BOWLBY**

Otra teoría que cabe mencionar para la comprensión del desarrollo psicosocial y afectivo del niño es la Teoría del Apego postulada por John Bowlby debido a que sus conceptos complementan a las anteriores en cuanto al conocimiento de su desarrollo y sustentan el cuidado integral que la enfermera(o) deben brindar al niño y su familia en situación de crisis por enfermedad o duelo. Bowlby basó su teoría en los principios de la etología (estudio del comportamiento humano y animal)

Estableció cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego; el sistema de exploración; el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. <sup>17</sup>



En cuanto a los sistemas de conductas de apego, estos están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego manifestadas por sonrisas, llanto, contactos táctiles, etc. que se activan para restablecer la proximidad cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas. El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior, ya que cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. En cuanto al de miedo a los extraños, aparece cuando disminuye las conductas exploratorias y aumentan las de apego. Por último, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los niños para mantener proximidad e interactuar con otras personas con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

Para la atención de enfermería, es importante conocer estos sistemas debido a que conllevan emociones intensas que se establecen durante la formación del vínculo, entendido como la relación afectiva que une a una persona con otra claramente diferenciada, preferida y percibida como fuerte y protectora. En caso del bebe la figura es su madre. Según este vínculo es instintivo y es un valor para la supervivencia y es un elemento esencial para comprender el desarrollo socio-emocional del niño, esto ayuda a la enfermera(o) comprender porque algunos niños crecen felices y seguros y otros ansiosos, deprimidos, distantes, agresivos y antisociales.

Con base a lo anterior, las separaciones tempranas ya sea temporal o definitiva que sufre el menor, repercuten en el desarrollo de su personalidad, lo cual se observa en los cambios inmediatos de su conducta. <sup>17</sup>

Establecieron tres fases de la conducta de los niños entre año y medio y dos años y medio criados por su madre principalmente, estas etapas son:

**Fase de protesta:** inicia a las pocas horas de ausencia de la madre y se caracteriza por ansiedad, nerviosismo, excitación, llanto intenso y fuerte, golpea la cuna, busca



y pregunta por su madre y se niega a recibir consuelo. A mayor apego con su madre, mayor es la ansiedad.

**Fase de desesperación:** durante esta fase su excitación empieza a disminuir, su llanto es menos intenso, esta distante e inactivo muestra desesperanza y empieza a dudar que su madre regrese, no tiene interés por nada. Esta etapa se considera como la peligrosa ya que la enfermera(o) puede intuir que el niño se ha tranquilizado y no es así, él bebe se encuentra profundamente deprimido.

**Fase de desapego:** Desaparece la excitación psicomotriz, deja de llorar, se interesa por el medio que lo rodea, empieza a interactuar con las personas que lo cuidan, acepta los alimentos y juguetes que le ofrecen y cuando aparece su madre, se mantiene indiferente, apático y distante, de repente presenta periodos de agresividad y enojo cuando le quieren retirar sus juguetes. Cabe mencionar que cuando la ausencia de la madre se prolonga por más tiempo del esperado, el niño suele a manifestar más interés por los objetos que por las personas.

Estas reacciones demuestran la importancia del vínculo afectivo con su cuidador primario y los mecanismos defensivos que se movilizan para sobreponerse a la pérdida, dependen de la relación que tengan con ellos durante su periodo de separación siendo más traumático para el niño no contar con una figura estable que lo cuide. Es fundamental mencionar que existe la idea de que los niños de estas edades no deben llorar ni resistirse a la ausencia de la madre y que esta lo sobreproteja, sin embargo, es importante recalcar que es normal que el niño dentro de los tres años de vida llore y proteste y se resista, cuando se adapta inmediatamente se debe pensar en alguna psicopatología.

De estos principios surge la función que tiene la enfermera cuando el niño se encuentra en su cuidado, ya que ella representa la figura de materna, y el conocimiento de estos principios y el cuidado que le brinde puede evitar o disminuir en lo posible el daño en su desarrollo psicoafectivo. También es importante que conozcan los tipos de separaciones parento-filiales. Las físicas causadas por



enfermedad, viaje y muerte, con duración de 24 horas a varios días y las emocionales, y las separaciones psico-emocionales cuando existe una separación física y además se observa una desconexión psicológica madre-hijo, lo cual repercutirá en la personalidad del niño por la falta de contacto emocional y afectivo profundo. Las psicopatologías y trastornos psicosomáticos están relacionadas con el abandono espiritual y socioemocional.

### **Antecedentes históricos**

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional, definida como una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida. Ha generado dos grandes espacios de desarrollo en el campo de la Investigación en disciplinas como el Psicoanálisis, la Psicología Evolutiva y las Neurociencias. Diferentes estudios han explorado el efecto que la formación, la ruptura, la renovación, los acontecimientos y los trastornos de las relaciones o vínculos tienen para el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad a lo largo del ciclo vital de una persona, particularmente en la infancia.

Esta Teoría fue creada por el psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990) a finales de la II Guerra Mundial, debido a que la OMS realizó un estudio sobre las necesidades del niño sin familia y encargó a Bowlby los aspectos de salud mental. Su hipótesis fue sobre el efecto que tiene la privación materna en el niño. La conclusión a la que llegó fue que el niño tiene la tendencia a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna y que este vínculo forma parte de una herencia arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie, y que esta es independiente a las necesidades básicas. En su escrito publicado en 1951 denominado "Cuidados maternos y salud mental" expuso los efectos desfavorables de la privación de la figura materna y los medios para prevenir dicha privación.



Describió siete fases para la construcción del apego; para fines de este trabajo solo se describirán las tres primeras debido a que se trata de un lactante:

- De 0 – 6 meses: se produce la construcción y reconocimiento de la figura de apego.
- De 6 meses – 3 años: comienza la experimentación y regulación del apego: mediante la búsqueda ante amenaza.

Es posible el alejamiento y la exploración en momentos o fases “tranquilas”.

Al final del 1º año se produce la internalización de la relación de apego; se produce la estabilidad no sólo en el niño sino también dentro de la familia.

- De 3 años en adelante se presenta la activación del apego: la figura de apego es percibida como “separada”, lo cual genera comportamientos complejos activadores del apego para evitar la separación. Es un mecanismo más sutil y cualitativamente distinto del enfado o la rabia.

Este modelo, se basa en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego. Refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas.<sup>17</sup>

El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior, ya que muestra una cierta incompatibilidad con él: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños muestra también su relación a los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, por mantener



proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

**Niños de apego seguro.** Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria.

**Niños de apego inseguro-avoidante.** Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la situación del extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento.

**Niños de apego inseguro-ambivalente.** Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la situación del extraño. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto.

**Distintas figuras de apego: apego múltiple.** Aunque Bowlby admitió que el niño puede llegar establecer vínculos afectivos con distintas personas, pensaba que los niños estaban predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal, y que el apego con esta figura sería diferente cualitativamente del establecido con otras figuras secundarias.<sup>17</sup>

Aunque cuando un niño se encuentra triste o enfermo suele buscar consuelo en la madre, en muchas otras situaciones puede preferir la compañía del padre o de otras



figuras de apego. Los padres varones son figuras muy importantes en la vida del bebé, y desde el principio empiezan a construir una relación estrecha con sus hijos. Algunas observaciones realizadas en el mismo momento del nacimiento han detectado que los padres responden de la misma forma que las madres a las llamadas del bebé, mostrándose igual de sensibles y responsivos. No obstante, cuando el niño tiene algunos meses se aprecian diferencias entre ambos padres, con una mayor responsabilidad en las madres. Esta mayor sensibilidad parece ser fruto del mayor tiempo que en la mayoría de las culturas las madres pasan con sus hijos.

A manera de conclusión se presentan las cinco tareas terapéuticas propuestas por Bowlby centrada en el trabajo sobre el apego con adultos:

- Suministrar al paciente una base segura que le permita explorar los aspectos dolorosos e infelices de su vida.
- Acompañarle y ayudarle en sus exploraciones animándole a examinar cómo instaura relaciones con personas significativas en la vida actual, qué tendencias inconscientes posee en esa instauración, qué expectativas tiene ante sentimientos y/o comportamientos propios o de los otros.
- Animar a explorar la relación con el propio terapeuta; en esta relación introducirá percepciones, construcciones y expectativas de cómo puede comportarse con él una figura de apego, en base a sus modelos operantes previos.
- Animar a explorar sus percepciones y expectativas presentes y los sentimientos y acciones que estas originan se conectan con la relación con sus padres en la infancia y la adolescencia o con lo que éstos le han dicho de manera repetitiva.
- Hacerle capaz de reconocer sus imágenes (modelos) de sí y de los otros, derivadas de experiencias dolorosas o de mensajes equívocos del pasado, para buscar alternativas más ajustadas a su vida presente.

Lo anterior, para que el niño en un futuro tenga las herramientas necesarias para afrontar las consecuencias de la ruptura del vínculo filial a temprana edad y pueda



generar la suficiente resiliencia en su adolescencia y vida adulta para una vida plena y feliz.



## SECCIÓN V. MARCO DISCIPLINAR DE PROFESIÓN

### 5.1 ANTECEDENTES EN ENFERMERÍA

Diversos acontecimientos posteriores a la conquista de México y anteriores al siglo XX han dejado testimonio del cuidado de los enfermos, considerado éste como la máxima aspiración de un grupo de personas dedicadas primordialmente a la asistencia hospitalaria, en todos aquellos establecimientos creados con este propósito a partir del siglo XVI, lo que permitió la profesionalización de la actividad del cuidado de enfermería.

La tendencia predominante en la enfermería tuvo su base en el desarrollo de actividades acordes al momento histórico de la ciencia y la tecnología con grandes dotes de humanismo de quienes la ejercieron. Desde la alta edad media, con el acceso del cristianismo al poder del estado, las profesiones se eligieron en torno a la fe cristiana, como es el caso de Enfermería. Con manuales de incipiente calidad y de escasa inclinación técnica, dieron una conformación a lo que más tarde sería considerado como un perfil de enfermería.

La primera de estas etapas, denominada etapa doméstica del cuidado por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

La etapa vocacional del cuidado, segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.<sup>18</sup>

La tercera etapa, etapa técnica del cuidado, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el



saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

Finalmente, la etapa profesional del cuidado, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.

## **5.2 INICIO DE LA ENFERMERIA COMO PROFESIÓN**

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos.

La visión de la enfermería que tenía Nightingale se ha estado poniendo en práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado rápidamente durante las seis últimas décadas, lo que llevó finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica, con un cuerpo especializado de conocimientos, Nightingale reconoció el objetivo singular de la enfermería y declaró que el conocimiento enfermero era diferente del conocimiento médico.

Hasta la aparición de la enfermería como una ciencia en los años cincuenta, la práctica de la enfermería se basaba en principios y tradiciones heredados del modelo de formación sustentada en el aprendizaje práctico y en los manuales individuales de procedimientos hospitalarios.

La transición de la vocación a la profesión atravesó por sucesivas épocas históricas, en las que las enfermeras empezaron a desarrollar un cuerpo de conocimientos especializados en el que basar su práctica cotidiana. La enfermería había nacido con un fuerte componente práctico, y las enfermeras se esforzaron durante todo el



siglo para lograr el desarrollo de esta práctica como una profesión. El avance hacia la consecución del desarrollo de una base especializada para la práctica de la enfermería se ha contemplado desde la perspectiva del devenir histórico, reconociendo el empuje hacia el desarrollo profesional dentro de cada período.

La época del plan de estudios abordó la cuestión de los contenidos que debían estudiar las enfermeras para aprender las bases de su profesión. Durante este período, se puso el acento en los cursos que deberían seguir los estudiantes de enfermería, con el objetivo de perfilar un plan de estudios normalizado.

### **5.3 PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA (TEORIAS Y MODELOS)**

La historia demuestra la importancia del desarrollo de las teorías como una rama de la educación (la disciplina) y un campo especializado de la práctica (la profesión). El conocimiento del proceso de desarrollo de estas es básico para adquirir el conocimiento personal de los trabajos teóricos de la disciplina. Con el análisis de las teorías, inicia el proceso de identificación de un marco de toma de decisiones para la investigación o la práctica de la enfermería.

En este sentido la búsqueda del conocimiento especializado en enfermería llevó a intelectuales de esta profesión a identificar la necesidad de crear teorías para guiar la investigación, la educación, la administración y la práctica profesional de la enfermería. También, la práctica profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente, y los trabajos teóricos proporcionan solo las perspectivas del paciente, por tal motivo Los trabajos teóricos realizados por estas profesionales de la enfermería en el campo de la filosofía, los modelos conceptuales, las diferentes teorías de nivel intermedio, guían el pensamiento y la acción de la enfermera para procesar datos, evaluar los indicios y decidir la acción que hay que tomar en la práctica.

Por tal motivo, el desarrollo es un componente esencial para la enfermera a fin de fomentar el conocimiento de la disciplina. La legitimidad de cualquier profesión se



construye sobre su capacidad para generar y aplicar teorías. Las teorías en enfermería que claramente ahondan en la comprensión de los fenómenos que guían el desarrollo experto de la ciencia de la enfermería a través de la investigación.<sup>19</sup>

Otro componente básico son los modelos, entendidos como un bosquejo que representa un conjunto real con cierto grado de precisión y en la forma más completa posible, pero sin pretender aportar una réplica de lo que existe en la realidad. Los modelos son muy útiles para describir, explicar o comprender mejor la realidad, cuando es imposible trabajar directamente en la realidad en sí.<sup>20</sup>

### **1.3. PROFESIÓN**

El concepto de profesión asociado al desarrollo de la sociedad, ha determinado la identificación de varios campos laborales que al cumplir con ciertas características son reconocidos entonces como profesión. El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores.<sup>21</sup>

### **1.4. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN**

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.

El profesional de la salud debe poseer ética; este término proviene del vocablo griego ethos y significa carácter o modo de ser en los problemas fundamentales de la salud; la conducta humana es la base que relaciona a cada persona sobre la cual, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas; la ética estudia también sus efectos y el valor de dichas acciones; por lo tanto, es una ciencia normativa que se ocupa de un ideal, al poseer virtudes, situación que caracteriza a la enfermería por el compromiso de servicio, y no



solamente por la obligación de llevarlo a cabo. La dedicación y el amor hacia nuestra profesión los ejerce cada uno; ésta es la visión que debe tener cada profesionista en su práctica diaria y cumplirla con la más alta calidad. <sup>21</sup>

## **1.5. ENFERMERIA PEDIATRICA E INFANTIL**

Dedicarse al cuidado de la salud de las niñas y los niños tanto sanos como enfermos es una necesidad para el mantenimiento de la vida y preservación de la especie. Son por tanto las enfermeras y enfermeros dedicados a la salud infantil protagonistas de una de las tareas más nobles de la humanidad.

La Enfermería infantil o enfermería pediátrica se define como una profesión que ayuda a la infancia y a la colectividad en general, en estado de salud y de enfermedad, en la rehabilitación y ante una circunstancia difícil, como la muerte. Presta atención tanto física como psíquica, protege la salud y ayuda a conseguirla. Se trata, por tanto, de una disciplina asistencial, humanística y científica. <sup>22</sup>

En la actualidad la enfermería pediátrica se ocupa de la atención integral y seguimiento continuo de lactantes, niños y adolescentes, y como parte de esta evalúa su desarrollo psicomotor, factores sociales y ambientales que influyen en la salud y bienestar de los infantes en su familia.

## **1.6. TEORIA DEL CUIDADO**

Los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. <sup>23</sup>



El cuidado de enfermería constituye una de las actividades prioritarias en cualquier institución de salud, es la base fundamental para que el tratamiento médico se cumpla, pero esencialmente permite cubrir las necesidades y expectativas de la persona en relación a su estado de salud. Para que estas condiciones se cumplan es necesario establecer el proceso de atención de enfermería como un marco metodológico dentro del cual se proporcione un cuidado científico, planeado y evaluado, que genere evidencia para la ciencia de enfermería.

## **5.11. TEORIAS DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTAN ESTE TRABAJO**

### **5.11.1. TEORÍA DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL AL CUIDADO DE ENFERMERÍA: BINOMIO MADRE-HIJO DE RAMONA MERCER.**

Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. <sup>26</sup>

El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el



cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre-niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

### **5.13 ESTADIOS DE LA ADQUISICIÓN DEL ROL MATERNAL**

- Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.



- Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal. <sup>26</sup>

### **5.11.2. TEORÍA DE LA ENFERMERÍA COMO CUIDADO: UN MODELO PARA TRANSFORMAR LA PRÁCTICA DE ANNE BOYKIN Y SAVINA O. SCHOENHOFER.**

El origen de esta teoría intermedia, que presenta un marco filosófico amplio e interesante, está en un estudio sobre la historia de los cuidados y la necesidad de profundizar en el concepto y el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión; el punto de partida es pues la aceptación de los cuidados como objetivo y no sólo como medio y la enfermería como intención del cuidar y no sólo como instrumento, lo que nos ofrece implicaciones prácticas para la transformación profesional, entendiendo que las situaciones de salud son únicas e irrepetibles y que los cuidados se deben crear en cada momento teniendo en cuenta las personas a las que se dirigen ya las situaciones que se viven como únicas. <sup>27</sup>

Conceptualizan el objetivo de la enfermería como aquella acción intencionada de nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. Profundizando en la temática acepta la enfermería como la experiencia viva compartida en la que los cuidados compartidos potencian a las personas, tanto la que cuida como la receptora, se describe la persona como vivencia basada en los cuidados.

Objetivo y rol de la enfermería: desde el punto de vista del cuidar como la esencia de la enfermería, el objetivo se basa en nutrir a las personas que viven el cuidado y



crecen con ella. El rol surge de este acto de cuidado y presupone que hay un conocimiento, una presencia activa y un reconocimiento de las personas cuidadas, por parte de la enfermera.

Perspectiva de las personas como cuidados: las personas son cuidados y los cuidados se interpretan como proceso y como la esencia de la vida de las personas, aunque no siempre es necesario que se reconozcan como tal.

Situación enfermera: se entiende como la experiencia de cuidados vivida y compartida entre la persona cuidada y la que cuida y que potencian a la persona. La práctica profesional enfermera se concreta en los cuidados y en el contexto de relación y suponen la expresión de valores, intenciones y acciones de dos o más personas que eligen vivir una relación de cuidados.

Personalidad: implica ser lo que somos como personas cuidadas y a la vez estar abiertas a las posibilidades de cuidados. <sup>27</sup>

Invitación directa: acercamiento de enfermería para un cuidado individual y significativo, preguntas directas y respetuosas, que invitan a compartir, pueden ayudar a conseguirlo.

Llamada de cuidados: representan formas de expresión y comunicación, por parte de la persona cuidada, de la necesidad de ser conocido y reconocido como persona sujeta de cuidados en un momento dado y la necesidad de acompañamiento en el respeto.

Cuidados compartidos: la presencia y la intencionalidad permiten a la enfermera entrar en el mundo individual de la persona cuidada, haciendo posible su conocimiento y el fenómeno de los cuidados compartidos, en el seno de los cuales, la persona cuidada se nutre y se produce un reconocimiento mutuo.



### 5.11.3. TEORIA DE LA TRASCISION DE AFAF IBRAHIM MELÉIS

La teoría las transiciones empezó a desarrollarse en la década de 1960, cuando Meléis trabajaba en su tesis y puede seguirse en sus años de investigación con estudiantes y compañeros.

Meléis investigó fenómenos de planificación de embarazos y procesos implicados para llegar a ser padres y dominar los roles de la crianza. Se centró en la comunicación e interacción de los cónyuges en la planificación efectiva o no del número de hijos en las familias Meléis y más tarde entendió que sus primeras ideas eran incompletas a no considerar las transiciones.

Posteriormente, sus intereses de investigación se centraron en personas que no hacen transiciones saludables y el descubrimiento de intervenciones que las facilitarían. En estas cuestiones de investigación el interaccionismo simbólico tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas. Este cambio de pensamiento teórico la llevó a las teorías mencionadas en sus publicaciones de las décadas de 1970 y 1980.

Los principales trabajos de Meléis sobre transiciones definían transiciones no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Definió la insuficiencia del rol como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta del rol percibida por uno mismo o por el conyugue.

Esta conceptualización la llevo a definir el objeto de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. Meléis creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica enfermera y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. Por tanto, empezó a desarrollar la



suplementación del rol como terapéutica de enfermería tal y como se ve en su investigación previa.

Los tipos de las transiciones incluyen desarrollo, salud y enfermedad, y situacional y organizativo. Transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y los trabajadores. Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad.

Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen: conciencia; compromiso; cambio y diferencia; tiempo; y puntos críticos y fenómenos. Afirmaron que esas propiedades no son necesariamente aisladas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo.

Conciencia: se define como percepción, conocimiento y reconocimiento la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se reflejan a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares.

Se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición. Se considera que nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que este no sucede sin conciencia. Propusieron que el nivel de compromiso de una persona que es consciente de cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno sería diferente del de una persona no consciente esos cambios.

Cambios inferencias: son una propiedad transiciones. Se supone que los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y también externos.



La más importante razón de ser de la enfermería es el cuidado de los pacientes. Esto se basa en los conocimientos relacionados con las estrategias de atención, es decir, los productos terapéuticos de enfermería que permitan a las enfermeras para seleccionar la acción y los puntos de intervención óptima para lograr el mantenimiento de la salud deseada o metas de promoción de la salud.

Desarrollar los conocimientos relacionados con la terapéutica de enfermería, las dimensiones del tiempo, el patrón, tipo de transición, y el momento de la intervención debe ser considerado.

#### **5.11.4. VALORACION DE ENFERMERIA BASADA EN VIRGINIA HENDERSON**

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Estableció que la valoración es la base para el cuidado del paciente; a partir de los datos observados se desencadena una toma de decisiones para que las actividades a realizar sean inmediatas y mediatas, constituye entonces un proceso sistemático y dinámico por medio del cual la enfermera a través de la interacción con el paciente, los familiares y otros profesionales de la salud, reúne y analiza datos del enfermo.

Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia.<sup>24</sup>

Basándose en un marco conceptual, recolección de datos para la valoración infiere un orden específico clasificado en 14 necesidades que a continuación se mencionan:

1. Necesidad de respirar
2. Necesidad de beber y comer
3. Necesidad de eliminar



4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de dormir y descansar
6. Necesidad de vestirse y desvestirse
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos
9. Necesidad de evitar los peligros
10. Necesidad de comunicar
11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores
12. Necesidad de ocuparse para realizarse
13. Necesidad de recrearse
14. Necesidad de aprender

#### **5.11.4. 1. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso se organiza para su operación en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico de enfermería
- 3) Planeación
- 4) Ejecución-intervención
- 5) Evaluación.

#### **000PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN**



Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo. <sup>25</sup>

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

- Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y labora torio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
- Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería.



En la tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles.

Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.<sup>25</sup>

- Planeación de las intervenciones de enfermería.

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- Documentar el plan de atención: para comunicar lo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para



el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evolución consta de tres partes:

- La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
- Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.



## SECCIÓN VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 6.1 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Lactante masculino de seis meses de edad, nacido por parto eutócico el día 10 de enero del 2021. Hijo de madre con profesión de trabajo social en el IMSS casada, primigesta; padre trabajador como asistente computacional. El cual se encuentra hospedado durante la jornada laboral de la madre en la estancia infantil para madres IMSS 0001.

Sus datos antropométricos al momento de la valoración son: Peso, 7.750 kg, talla 46 cm, PC: 43 cm PT: 42 cm PA: 36 cm todos dentro de los parámetros normales. Signos vitales FC 110 por minuto, FR 29 por minuto, Temperatura axilar 37.1 y SPO2 97% normales conforme a su edad.

A la exploración física se encuentra consciente, activo espontáneamente, reactivo a estímulos externos. Cabeza simétrica con proporción con el resto del cuerpo, huesos craneales rígidos, suturas sin osificación, fontanela bregmática firme, palpable y plana, fontanela lambdoidea osificada, circunferencia frontooccipital normal a su edad, cuero cabelludo liso y fino, pelo en cantidad e implantación normal de carácter liso y grueso.

Cara: ojos simétricos, párpados sin inflamación, pestañas curvas, conjuntiva rosada, esclerótica blanca, pupilas redondas claras e isocóricas, con apertura de glándula lagrimal en ambos párpados, reflejo del parpadeo rápido, considerado como normal.

Orejas formadas, simétricas con conducto auditivo abierto con audición evaluada presente. Nariz en tamaño y forma normal sobre línea media facial con permeabilidad de fosas nasales.



Boca con labios rosados suaves y sin resequedad, con presencia de dos dientes deciduales centrales inferiores. Lengua rosada y húmeda con paladar rosado sin hendidura.

Cuello normal, corto con pliegues cutáneos. Tórax anterior y posterior, sin irregularidad con movimientos torácicos simétricos bilaterales, campos ventilados sin esfuerzo respiratorio, ni sonidos respiratorios anormales, pezones simétricos a la línea medio clavicular entre cuarta y sexta costilla, areola redonda y pigmentación oscura.

Se detecta en espalda alta y en ambos antebrazos eccema atópico leve, con enrojecimiento en piel.

Abdomen blando y despreciable a la palpación superficial y profunda, sin tensión abdominal, valoración en zona inguinal sin protuberancias, zona genital y perineal, pene recto con meato uretral redondo, glande liso y limpio, escroto con presencia de testículos descendidos, ano permeable.

Extremidades inferiores, longitudinales con pliegues cutáneos iguales con alineación de ambas piernas. Palpación de músculos firmes al tacto, huesos y articulaciones con flexibilidad y movimientos activos.

Por medio de la exploración física se determina una falta de apego y comunicación con los padres siendo sus cuidadores primarios, se nota desinterés en cuanto a su cuidado en el hogar y en los hallazgos de su salud física, no refieren atención en cuanto a la explicación sobre el eccema atópico determinado, así mismo dan a conocer su falta de conocimiento en cuanto al posible origen de la sintomatología presentada en el lactante. En razón de lo anterior se procede a interactuar de forma verbal con la abuela materna, al cual; a través de ello se conoce la convencia con animal canino siendo este uno de los factores de riesgo ante la sintomatología presentada al menor; en congruencia se conoce que la abuela materna es la cuidadora principal y responsable del menor en ausencia continua de los padres.



La valoración clínica de enfermería instrumentada mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson arrojó la afectación de las necesidades de nutrición e hidratación, higiene y protección de la piel, comunicación con el entorno, y necesidad de participar en actividades recreativas, se encuentran afectadas debido a la alteración de las relaciones intrafamiliares y diversos factores de riesgo identificados durante la interacción del lactante con sus familiares y cuidadores primarios en su núcleo familiar misma que a continuación se presenta:



## 6.2 HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE 0 A 5 AÑOS

### I. Datos demográficos:

Nombre: I. R. M.

Sexo: Hombre

Edad: 7 meses de edad

Fecha y lugar de nacimiento: 10 de enero 2021, Ciudad de México

Religión: La religión de los padres es católica.

Nombre de la madre: O. M. R. Edad: 32 años

Escolaridad: Técnico administrativo Ocupación: Jefa de recursos humanos

Nombre del padre: R. R. C. Edad: 37 años

Escolaridad: Técnico en computación Ocupación: Asistente computacional

Domicilio: Calle Francisco Márquez N° 13 San Pablo Xalpa, Delegación  
Azcapotzalco

Teléfono: 55 25 53 31 76

La información es proporcionada por: Por la madre

Diagnóstico médico: Dermatitis Atópica

Cirugía proyectada: No

Servicio: Guardería IMSS 001

Cama: 6 Lactantes

### II. Características de la vivienda

Zona en que vive:

Urbana: X Rural  Casa propia: X Rentada:  Otros:



Tipo de construcción:

Concreto:   X   Lamina: \_\_\_\_\_ Lamina y concreto: \_\_\_\_\_

Servicio con los que cuenta:

Agua:   X   Luz:   X   Drenaje:   X   Pavimento:   X  

Total de cuartos: 4 cuartos

Convivencia con animales: Si, un perro

Medios de transporte en la localidad: Metro, Camiones, Combis y taxis

Ingreso Económico: \$ 10,000 mensuales

Porcentaje destinado para:

Renta: \_\_\_\_\_ Alimentación: \$4,000 Vestido: \$ 1000

Educación: \_\_\_\_\_ Diversión: \$1000 Otros: \$ 2000

Nivel socioeconómico: Alto: \_\_\_\_\_ Medio:   X   Bajo: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** Por medio de las respuestas sobre los datos correspondientes a su vivienda, podemos interpretar que son una familia económicamente estable, contando con servicios públicos básicos necesarios para la vida cotidiana, se determina que la familia cuenta con un hogar adecuado para la vivencia del lactante.

### **III. Información sobre la Atención Médica**

¿Cuenta con algún tipo de seguridad social? SI, IMSS

¿A qué distancia de su domicilio se encuentran los servicios de salud?

20 minutos a 25, IMSS Unidad Medicina Familiar 33

¿Existen vías de comunicación y transporte para llegar a ellos? SI



La atención que en ellos se proporciona es: Buena: X Regular: \_\_\_\_ Mala: \_\_\_\_

¿Por qué? Tiene atención médica continua y por 24 horas, el trato es digno y amable

¿Visita con regularidad al médico? No

¿Se limita a seguir el tratamiento que establece el médico? No

¿Termina el tratamiento que establece el médico? Si, cuando acudo al medico

**OBSERVACIONES:** El servicio médico de la familia está cercano a su domicilio contando con la atención primaria para ser atendidos, sobre todo por procurar la salud del lactante.

#### IV. Antecedentes Heredofamiliares

##### Antecedentes de los padres.

MADRE

¿Vive? \_\_\_\_ X \_\_\_\_ Edad: 32 años

¿Padece alguna enfermedad? No, ninguna

PADRE

¿Vive? \_\_\_\_ X \_\_\_\_ Edad: 36 años

¿Padece alguna enfermedad? No, ninguna

##### Antecedentes de los abuelos paternos

ABUELA

¿Vive? \_\_\_\_ X \_\_\_\_ Edad: 55 años

¿Padece alguna enfermedad? No, ninguna

¿Causa de fallecimiento? Accidente automovilístico

ABUELO

¿Vive? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Edad: 62 años



¿Padece alguna enfermedad? No, Ninguna conocida

¿Causa de fallecimiento? Accidente automovilístico

### Antecedentes de los abuelos maternos

#### ABUELA

¿Vive? SI Edad: 53 años

¿Padece alguna enfermedad? Insomnio

#### ABUELO

¿Vive? SI Edad: 61 años

¿Padece alguna enfermedad? Desequilibrio alimenticio por indigestión no especificada

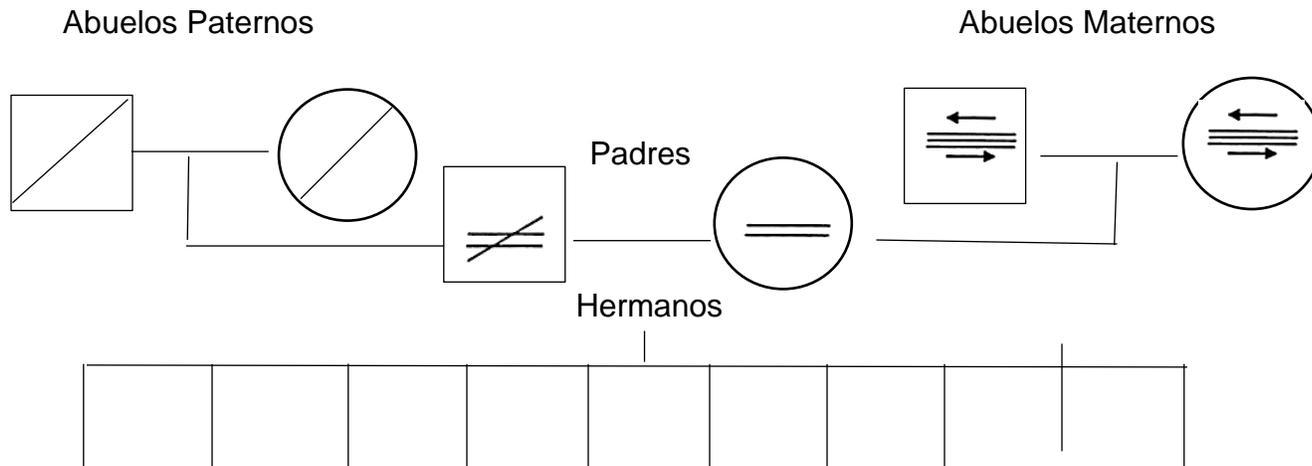
Descripción de los integrantes de la familia incluyendo: Sexo, edad, escolaridad y antecedentes de salud.

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	ENFERMEDAD
O. M. R.	Mujer	32 años	Carrera Técnica	Ninguna
R. R. C.	Hombre	37 años	Carrera Técnica	Ninguna
I. R. M.	Hombre	7 meses	-----	-Dermatitis Atópica - Riesgo del rompimiento del vínculo afectivo parental

**OBSERVACIONES:** En los antecedentes heredofamiliares se da a conocer la ausencia de los abuelos paternos, se muestran aspectos importantes por parte de los abuelos maternos, entre ellos que la abuela de 53 años de edad, sufre de insomnio desde hace aproximadamente por el fallecimiento de su segundo hijo de 25 años, asiste a terapia para relajación una vez por semana a lo único que controla es con medicina tradicional para conciliar el sueño, por la misma pérdida familiar el abuelo ya de 61 años padece de desequilibrio alimenticio por indigestión no especificada, a lo cual lleva una dieta controlada y estricta en su día a día.



## FAMILIOGRAMA



### SIMBOLOGIA:



**OBSERVACIONES:** a través del familiograma determinamos por medio de la simbología marcada en cada uno de los integrantes de la familia es que el lactante sostiene relaciones fuertes con los abuelos maternos, ya que conviven con él en ausencia de sus padres en su horario laboral de lunes a viernes en un aproximado de 20 horas por semana quienes se consideran sus cuidadores primarios; con la madre la relación se refleja con estrés y con el padre una relación débil, por el hecho de sus jornadas laborales, que absorben la mayoría de su tiempo entre semana y su cuidado y cercanía con el lactante se ve afectada, ya que su convivencia con en la guardería incluye 45 horas a la semana, lo que fomenta la desvinculación paterno y materno filial con el menor, mediante la valoración y la entrevista directa a los padres se muestran indiferentes ante su cuidado, calidad de atención y el vínculo emocional se ve afectado en toda la esfera biopsicosocial del lactante.



**Antecedentes Patológicos:**

Enfermedades comunes de la Infancia

Enfermedades exantemáticas (Edad de aparición): Dermatitis atópica, aparición 4 meses

Amigdalitis de repetición (frecuencia en seis meses): NO

Otitis (primaria o como consecuencia): NO

Enfermedades gastrointestinales (frecuencia en seis meses): NO

Enfermedades hemorrágicas: NO

Enfermedades infecciosas: NO

Enfermedades endocrinas: NO

Alérgicos: NO

Quirúrgicos: NO

Traumáticos: NO

Transfusionales (porque causa) NO

Alguna Enfermedad causo internamiento, ¿Por Cuánto Tiempo?: NO

¿Periódicamente solicita atención médica?: SI, por la dermatitis atópica

Edad de aparición de los siguientes cambios:

Sostén cefálico	4 meses	Fijo la Mirada	1 mes
Sedestación	6 meses	Muecas	1 mes
Bipedestación		Sonrisas	1 mes
Camino solo		Balbucesos	1 mes
Subió Escaleras		Palabras completas	1 mes
Dentición temporal		Dentición definitiva	1 mes



Hasta que edad tomo Seno Materno, ¿Por qué?

3 meses, porque su jornada laboral le impidió mantener la lactancia materna

¿Consume leche industrializada? Si, Enfamil

¿Ablactación? Si, A partir de los 6 meses y medio

¿Integración a la dieta familiar? Si, solo con alimentos acorde a su edad

**OBSERVACIONES:** por medio de los antecedentes patológicos, notamos que no se logró una lactancia materna eficaz, por falta de tiempo por su jornada laboral sabemos que, según la Organización Mundial de la Salud, se debe tener una lactancia materna eficaz por mínimo 6 meses de edad para otorgar beneficios emocionales, nutricionales y sanitarios. Información que, a través de la respuesta de la madre, se argumenta que la leche de soya que ingería el lactante nunca fue prescrita por algún médico pediatra o general, fue una decisión determinada por la madre por consejos de terceras personas, por esta cuestión se determina que nuevamente la falta de interés y de conocimiento con el lactante por la madre al decidir interrumpir la lactancia materna sin ninguna razón medica valorable.

**Antecedentes no patológicos:**

La Madre llevó control prenatal: Si, en su clínica familiar

¿Padecimientos maternos durante el embarazo? Hiperémesis por los primeros 3 meses de embarazo

¿Tomo medicamentos? No ninguno, solo modificación de alimentación

¿Uso vitaminas? Ácido Fólico y Hierro

¿Lugar donde nació el niño? Ciudad de México, IMSS 72

¿Vía por la que nació el niño? Vía vaginal

Peso al Nacer: 2.750 Kg Peso actual: 7.750 kg Talla: 46 cm Apgar: 9/9

Somatometría PC: 43 cm PT: 42cm PA: 36 cm SI: 23 cm PIE: 10 cm



Respiró y Lloró al Nacer: Si ambas Requirió Maniobras de Reanimación: No

Posterior al Nacimiento el niño presenta algún problema: No

Tiempo de Hospitalización y manejo: Ninguna

**OBSERVACIONES:** Un lactante de 6 meses de edad su peso en kilogramos es normal de 7 kilogramos, por lo que podemos determinar que el peso del lactante se encuentra dentro de los parámetros establecidos en base a la fundamentación científica y cuenta con antecedentes prenatales normales sin alteración o algún factor de riesgo aparente o que pudiera afectar la salud futura del lactante.

### INMUNIZACIONES

Cuadro 1. Vacunas del Programa de Vacunación Universal		
GRUPO DE EDAD	VACUNA	NÚMERO DE DOSIS
RECIÉN NACIDO	BCG	14/01/2021
	ANTI HEPATITIS B	14/01/2021
MENORES DE UN AÑO	HEXAVALENTE ACELULAR	17/03/2021
	ANTI NEUMOCÓCICA CONJUGADA	17/03/2021
	ANTI-ROTAVIRUS**	12/07/2021
	ANTI INFLUENZA	10/08/2021
UN AÑO	ANTI NEUMOCÓCICA CONJUGADA	PENDIENTE A EDAD
	TRIPLE VIRAL (SRP)	PENDIENTE A EDAD
	HEXAVALENTE ACELULAR	PENDIENTE A EDAD
CUATRO AÑOS	TRIPLE BACTERIANA (DPT)	PENDIENTE A EDAD
SEIS AÑOS	TRIPLE VIRAL (SRP)	PENDIENTE A EDAD

**OBSERVACIONES:** De acuerdo con la información proporcionada por la madre el lactante se encuentra con las inmunizaciones correctas de acuerdo a sus 6 meses de edad con atención continua para sus próximas vacunas, con el fin de no perder la secuencia de las mismas.



## Padecimiento Actual

Fecha de ingreso: Ingresa a guardería el día 1 de abril del 2021 de 7:00 am a 15:00 pm

Servicio al que ingresa: Guardería área de lactantes

Movimientos: Ninguno

Fecha de Egreso a su Domicilio: Indefinido

¿Es la primera vez que presenta este problema? 4 meses de edad

¿El padecimiento actual limita las actividades cotidianas? No, de ninguna forma

**Descripción del padecimiento:** Inicia con eccema en área de la espalda y antebrazos, por 3 días a sus 4 meses de edad, se realiza valoración y exploración física y se diagnostica como dermatitis atópica, se da tratamiento tópico con Hidrocortisona durante 2 semanas, se mantiene en observación y valoración de la piel.



## 6.3 VALORACION DE ENFERMERIA BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

### 1. Necesidad de Oxigenación

Valoración de Oxigenación

	VALORACIONES
FECHA	30 de junio 2021
FRECUENCIA CARDIACA	110 por minuto
FRECUENCIA RESPIRATORIA	29 por minuto
TIPO DE REPIRACION	Normal
TEMPERATURA	37.1
TENSION ARTERIAL	65/50
OXIMETRIA	97%
GASOMETRIA	-----

**OBSERVACIONES:** En el momento de la valoración los signos vitales se encontraron dentro de los valores normales sin alteración determinada o con factor de riesgo.

Oxigenoterapia

PUNTAS NASALES	
CAMPANA CEFÁLICA	
OXIGENO CON CONO	

Aereosolterapia

NUBULIZACIONES SIMPLES	
NEBULIZACIONES TIBIAS	
NEBULIZACIONES CON ULTRASONIDO	



MICRONEBULIZACIONES	
MUCOLITICO	
MUCOCINETICO	
ANTINFLAMATORIOS	

### Higiene bronquial

DRENAJE POSTURAL	
PALMO PERCUSION	
VIBRACION TORACICA	
ASPIRACION DE SECRECIONES	

### Ventiloterapia

FRECUENCIA RESPIRATORIA	
FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	
MODALIDAD VENTILATORIA	
PEEP	
CPAP	
RELACIÓN I: E	

**OBSERVACIONES:** dentro de los demás parámetros dentro de la valoración no se encuentran alteradas.

## 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Permeabilidad Esofágica	SÍ ( X )	NO ( )
Perímetro Abdominal	SÍ (39 cm)	NO ( )
Presencia de movimientos Peristálticos	SÍ ( X )	NO ( )
Dibujo de asas intestinales	SÍ ( X )	NO ( )
Red venosa presente	SÍ ( X )	NO ( )
Piel seca	SÍ ( X )	NO ( )



Reflejo: de Succión  X  N Deglución  X  Sincronía  X  Ausente  \_\_\_\_\_

GUARDERIA	1ª VALORACIÓN	2ª VALORACIÓN	3ª VALORACIÓN	4ª VALORACIÓN	HOGAR
HORARIO DE ALIMENTACIÓN	8AM A 9 AM 12 A 13 PM	8AM A 9 AM 12 A 13 PM	8AM A 9 AM 12 A 13 PM	8AM A 9 AM 12 A 13 PM	14 PM A 10 PM APROX
SENO MATERNO	NO	NO	NO	NO	NO
LECHE ARTIFICIAL (TIPO)	LECHE SUSTITUTA	LECHE SUSTITUTA	LECHE SUSTITUTA	LECHE SUSTITUTA	LECHE DE SOYA
CANTIDAD	De 3 a 4 onzas en cada toma (2)	De 3 a 4 onzas en cada toma (2)	De 3 a 4 onzas en cada toma (2)	De 3 a 4 onzas en cada toma (2)	De 3 a 4 onzas en cada toma (2)
TECNICA DE ADMINISTRACION	Biberón, vaso y cuchara	Biberón, vaso y cuchara	Biberón, vaso y cuchara	Biberón, vaso y cuchara	Biberón, vaso y cuchara
ORAL	Si	Si	Si	Si	Si
ABLACTACIÓN	Inicio 2 vez al día por 3 o 4 días Purés de frutas frescas a excepción de fresas y de verduras cocidas, rallados con cuchara. Leguminosas (frijol, haba lenteja) Carne (pollo, pavo, ternera res) Derivados de trigo (pan y galletas) Cocidos con puré, colados, picados y trocitos.				A libre demanda Solo en cena, cereales o frutas ligeras.

**OBSERVACIONES:** La introducción de otro tipo de alimentos diferentes a la leche materna, se inicia a partir de los meses, para asegurar el suficiente aporte de micronutrientes en la dieta. Los lactantes de seis a 12 meses muestran avances en la comprensión cognitiva y la comunicación, en esta edad ha descubierto sus manos y pronto aprenderá inspeccionar, manipular objetos, llevándolos a la boca o bien los deja capacidad de masticación, que junto con la capacidad de mantenerse sentado promueve la deglución de alimentos espesos. Se recomienda incorporar lenta y





Cantidad: de 20 a 30 mg por cada evacuación

Características:

Meconial: \_\_\_ Amarilla: x Verde: \_\_\_ Melenica: \_\_\_ Semipastosa: \_\_\_

Frecuencia: 2 evacuaciones en el turno en guardería

**OBSERVACIONES:** Regularmente durante la estancia de la guardería el lactante evacua de 1 a 2 horas posterior a su alimentación, no ha presentado estreñimiento ni problemas gastrointestinales que alteren su digestión y eliminación. Sin embargo, se presenta dermatitis de pañal al regreso a la guardería posteriormente al fin de semana, por lo que se considera que el cambio de pañal no es constante, lo que en su momento causa lesión en la piel, se sugiere a la madre un análisis de heces (Coprocultivo); la materia fecal del lactante ayuda a diagnosticar bacterias que pueden causar infecciones, entre los factores a descartar son PH y características microscópicas donde se evaluarán el color, la consistencia, la cantidad, la forma y el olor de las heces y la presencia de mucosidad. Las heces se pueden examinar para determinar si hay sangre oculta, grasa, fibras de carne, bilis, glóbulos blancos y azúcares, a lo que la madre se negó autorizar la prueba con la justificación de que sólo mantendría cuidado y mejorar la higiene a cada cambio de pañal, durante el fin semana para evitar dermatitis de pañal, siendo de su suficiencia solo colocar oxido de zinc en caso de ser necesario o presentar lesiones, como tratamiento.

#### 4. **Necesidad de Moverse y Mantenerse en buena postura**

¿Existe buena conformación Integral Músculo esquelético?

Si ( x )                      No (     )

Posición anatómica: Espontánea X                      Forzada por sujeción \_\_\_\_\_

Presencia de Movimientos Anormales: NO

Tono muscular: Activo



Movimientos espontáneos: SI

Responde a estímulos externos: SI

Hipotonía muscular: No

¿Se dan cambios posturales al paciente? Si ( x ) No ( )

Con qué frecuencia: sólo con su horario de descanso y sueño se realiza cambio de postura

¿Se realiza alguna estimulación músculo-esquelética como el ejercicio?

Si ( x ) No ( ) Activos ( )

¿Presenta algunas alteraciones Musculo-esqueléticas ocasionadas por trauma obstétrico? NO

Inflamación de articulaciones: NO

Utilización de aparatos: NO

Defectos óseos: NO

Fuerza Músculo-esquelética SI Especificar: Estimulación temprana

Colchón de agua para prevención de úlceras por presión: Si ( ) No ( x )

**OBSERVACIONES:** El lactante se observa a través de la exploración física, músculos firmes, bien desarrollados, articulaciones libres y con simetría libres de dolor. El movimiento en los lactantes debe ser voluntario remplazando los reflejos primitivos para determinar un buen desarrollo locomotor.

**5. Necesidad de sueño y descanso**

¿Cuántas horas se encuentra despierto el niño durante el día?

Menos de 30 minutos \_\_\_\_\_

30 minutos a una hora \_\_\_\_\_



Más de una hora: Si, por dos siestas en la estancia de una hora

Tipo de sueño o características

Sueño fisiológico: SI

Sueño inducido: NO

a) Relajación \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ b) Sedación \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** Un lactante de 6 meses debe tener de 9 a 10 horas de sueño nocturno y en total 14 horas por día, en la guardería a través de técnicas de sueño, por medio de canto, masajes y técnica de juego, en casa la madre hace referencia que el lactante duerme alrededor de 8 horas continuas por la noche posterior al baño diario nocturno, por lo que se considera normal su necesidad de sueño y descanso.

**6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

¿La cuna térmica cuenta con compresas o sábanas estériles?

Si ( ) No ( )

¿En la sala de toco quirúrgica se cuenta con compresas estériles para recibir al recién nacido?

Si ( ) No ( )

¿Conoce usted la forma de vestir a su bebe de acuerdo al clima?

Si ( x ) No ( )

**Prendas de vestir utilizadas**

Pañal: Desechable \_X\_ Franela \_X\_ Gorro \_X\_ Camiseta \_X\_ Pantaloncitos \_X\_

Calcetines \_X\_ Chambrita \_X\_

**OBSERVACIONES:** Se determina que, en esta necesidad, que el niño por medio de la observación se distingue ropa de algodón higiénica, holgada, su calzado es



adecuado de bota con agujeta, se refiere cambió de ropa diaria, información expresada por la abuela materna; a lo que se recomienda solo usar mamelucos por las noches que ayude a mantener su temperatura y evitar exceso de cobijas ya que puede provocar accidentes como sofocación.

**7. Necesidad de termorregulación**

Temperatura Ambiental Adecuada

¿Se proporciona calor a través de secado?

Calor seco: Si ( ) No ( X )

Cuna de calor radiante: Si ( ) No ( X )

Incubadora: Si ( ) No ( X )

Colchón térmico: Si ( ) No ( X )

Colchón de agua caliente: Si ( ) No ( X )

**OBSERVACIONES:** La temperatura del lactante debe estar entre el valor normal de 37.5, por lo que se considera normal y sin alteración en casa en guardería.

**8. Necesidad de Higiene y protección a la piel**

Color de piel:

a) Rosada \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

b) Pálida \_\_\_\_\_

c) Marmolea \_\_\_\_\_

d) Acrocianosis \_\_\_\_\_

e) Traslúcida \_\_\_\_\_

Características de la piel:

a) Seca \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_



b) Lisa \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

c) Descamación \_\_\_\_\_

d) Lanugo \_\_\_\_\_

e) Vértex \_\_\_\_\_

Presencia de la piel de:

1. Manchas mongólicas \_\_\_\_\_

2. Rash: SI

3. Herida por trauma quirúrgico (cesárea) \_\_\_\_\_

4. Hemangioma \_\_\_\_\_

5. Escoriaciones \_\_\_\_\_

6. Cebo \_\_\_\_\_

7. Hematomas \_\_\_\_\_

8. Petequias \_\_\_\_\_

9. Red venosa \_\_\_\_\_

10. Edema \_\_\_\_\_

11. Nodos \_\_\_\_\_

Tipos de baño \_\_\_\_\_

a) Coloide: Si

b) Arteza: Si

c) Otros \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** En cuanto la valoración de la piel se realizó una inspección general donde se considera la higiene, el estado nutricional, tamaño del cuerpo,



temperatura, textura, turgencia y edema en caso de, se detectó eccema atópico en ambos antebrazos y espalda alta, que causa incomodidad e irritabilidad en el lactante, al rose con la ropa o a la palpación, la zona de la piel se nota seca y enrojecida, por medio de la entrevista directa con la abuela materna, se detecta continuo contacto con animal canino, el cual no tiene los cuidados básicos (Vacunas, baño continuo, cepillado de pelo, desparasitación) por lo que se considera un alérgeno, ya que cada vez que frecuenta con el canino desarrolla el eccema, por lo que se sugiere generar una distancia con el lactante y evitar contacto.

## 9. Evitar los Peligros

¿Se encuentra con un área específica para el recién nacido y la madre en la sala del hospital? Sí \_\_\_\_\_ No  X

¿La cama dónde se encuentra la madre que recientemente ha tenido a su bebé, es segura? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo de cuna: Para guardería

¿La cuna del recién nacido cuenta con adecuados dispositivos de seguridad?

Sí  X  No \_\_\_\_\_

a) Dispositivo de Electricidad Si (  x  ) No ( )

b) Ventanas cerradas Sí (  x  ) No ( )

c) Adecuada iluminación y ventilación Sí (  x  ) No ( )

¿Cómo ha reaccionado la familia ante su nacimiento?

a) Lo aceptan y apoyan Sí (  x  ) No ( )

b) Rechazado Sí ( ) No ( )

c) Abandono o indiferencia Sí ( ) No ( )



**OBSERVACIONES:** De acuerdo con las respuestas en esta necesidad se encuentra sin alteración y se considera un ambiente sin peligros para el desarrollo del lactante.

## 10. Necesidad de comunicación con el entorno

Identificación del tipo de llanto:

Llanto agudo	Sí ( X )	No ( )
Llanto interrumpido	Sí ( )	No ( )
Llanto con búsqueda	Si ( X )	No ( )
Llanto con presencia de cianosis	Si ( )	No ( )

## **BINOMIO MADRE – HIJO**

¿Acepta la madre a su hijo?	SÍ ( )	No ( X )
¿Muestra la madre indiferencia?	SÍ ( X )	No ( )
¿Muestra rechazo la madre hacia el niño?	SÍ ( X )	No ( )

**OBSERVACIONES:** A pesar de distinguir en esta necesidad, la comunicación aparenta ser afectada, sin embargo, por los antecedentes de la vida diaria del lactante se nota que existe mejor comunicación verbal y auditiva con los abuelos maternos que prácticamente son los cuidadores primarios, por lo que la comunicación con la madre y el padre se ve reflejada con falta de apego y teniendo más impacto con la abuela materna, se proponen diferentes actividades de interacción con el lactante para el hogar, con la finalidad de fomentar el apego con los padres a lo que se observó falta de compromiso y una reacción defensiva ante las intervenciones de enfermería aplicadas en guardería junto al equipo multidisciplinario.



**11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

¿Qué religión le gustaría que profesara su hijo? Católico

¿Últimamente ha asistido con más frecuencia a la iglesia?

Si ( ) No ( X )

¿Le ha afectado a usted que su hijo (a) no esté bautizado?

Si ( ) No ( X )

¿le da seguridad el tener imágenes religiosas cerca de su hijo (a)?

Si ( X ) No ( )

¿Dejaría usted en caso de ser necesario, que le pasara sangre a su hijo (a)?

Si ( X ) No ( )

¿Dejaría que su hijo escogiera su propia religión?

Si ( ) No ( X )

**OBSERVACIONES:** La familia da preferencia a determinar la religión futura de su menor, mencionando que prefieren continuar con las tradiciones y costumbres ya conocidas por la familia.

**12. Necesidad de Trabajo y Realizarse**

¿Qué le gustaría que fuera o hiciera su hijo cuando sea grande?

Médico o personal de salud

¿Qué estudié? Sí ( X ) No ( )

¿Qué trabaje? Sí ( X ) No ( )

¿Tiene planeado los recursos económicos para ofrecerle una carrera o profesión a su hijo (a)? Sí ( X ) No ( )



**OBSERVACIONES:** La mamá y su esposo solo planean tener un hijo con el fin de mantener una solvencia económica suficiente para los planes futuros de su único hijo; por el desinterés y rechazo mostrado con el lactante se muestran gesticulaciones negativas ante la expresión de las palabras anteriores mencionando la incomodidad con el hijo actual.

El hecho de que su hijo (a) sea prematuro ¿cree usted que tenga repercusiones en un futuro?      Sí (     )      No (     )

**OBSERVACIONES:** Los padres consideran por el momento solo tener un hijo, mencionado que su tipo de vida no les permitiría el tiempo necesario para otro hijo, por lo que su planificación familiar se considera estable y responsable ante los factores presentes, mencionando la dificultad que tiene para ellos el cuidado del lactante causante de su estrés y desespero.

**13.      Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Estimulación táctil:      Masajes      ( x )      Caricias ( x )

Estimulación auditiva:      Caja musical ( x )      Canto      ( x )      Caricias ( x )

¿La madre tiene algunas actividades recreativas en su tiempo libre?

Sí (     )      No ( X )

¿Práctica algún deporte?      Sí (     )      No ( X )

¿Visita alamedas, parques, etc.?      Sí ( X )      No (     )

¿Con qué frecuencia va al cine, teatro, etc.?

Con la pandemia y el nacimiento del lactante, hubo limitación para distracciones y su frecuencia cada fin de semana o al menos al mes.

¿Cuenta con algún centro deportivo cercano a su casa?      Sí ( x )      No (     )

¿Le interesaría participar en alguna asociación deportiva?      Sí (     )      No ( x )



**OBSERVACIONES:** El juego en el lactante tiene impacto en el manejo de la ansiedad y estrés, en el caso particular de la dermatitis atópica, son las sensaciones más frecuentes para el menor, por lo que se utiliza como vínculo de distracción para afrontar el tratamiento de la alteración cutánea, en el lactante tiene un impacto emocional al encuentro con la enfermera que permite la expresión e interacción para la disminución de sus síntomas, así mismo se determina con los padres y se les solicita que se involucren en las actividades de juego en la guardería con la finalidad de fomentar el apego por medio del juego, al que su respuesta fue negación y falta de tiempo para reforzar la vinculación en la vida del lactante.

**14. Necesidad de Aprendizaje**

¿La enfermera responsable del recién nacido y la madre brinda orientación a esta en cuanto al cuidado de su bebé? Sí ( ) No ( X )

¿Sabe usted cómo debe alimentar a su bebé? Si ( ) No ( X )

¿Para usted cuál sería el tipo de alimentación ideal para s bebé?

Seno materno \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_ Biberón \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_

¿Cuántos tipos de leche conoce usted? **Especifique:** Leche materna y leche comercial.

¿Sabe usted cómo debe de alimentar a su bebé (con seno materno o biberón)

Sí ( x ) No ( )

¿Le gustaría aprender cómo dar de comer a su bebé? Sí ( ) No ( X )

¿Sabe usted cómo debe bañar a su bebé? Sí ( x ) No ( )

¿Sabe usted cómo curar el ombligo de su bebé? Sí ( x ) No ( )

**Especifique:** Según su abuelita materna con fajero y algodón para que se forme el ombligo.





## 6.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

**NOMBRE DEL PACIENTE** IRM **EDAD:** 7 MESES **SEXO:** HOMBRE **NACIONALIDAD:** MEXICANO **SERVICIO:** GUARDERIA MADRES IMSS 0001  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 10 DE ENERO DEL 2021 **FECHA DE INGRESO:** INGRESA A GUARDERÍA EL DÍA 1 DE ABRIL DEL 2021

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
<p><b>10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 00058 riesgo del deterioro de la vinculación</li> </ul> <p><b>14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 00056 deterioro parental</li> </ul> <p><b>8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 00217 Riesgo de reacción alérgica</li> <li>➤ 00214 Disconfort</li> </ul> <p><b>2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 00105 interrupción de la lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de apego</li> <li>➤ Indiferencia a los padres</li> <li>➤ Rechazo al cuidado de los padres</li>   <li>➤ Desinterés parental</li> <li>➤ Desconocimiento sobre el cuidado del lactante</li>   <li>➤ Eccema atópico en ambos antebrazos y espalda alta</li> <li>➤ Piel seca</li> <li>➤ Enrojecimiento</li>   <li>➤ Interrupción de leche materna a los 3 meses de edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Llanto continuo</li> <li>➤ Infelicidad</li> <li>➤ Apatía</li>   <li>➤ Negación de los padres</li> <li>➤ Desinterés de los padres</li> <li>➤ Falta de empatía con el menor</li>   <li>➤ Prurito</li> <li>➤ Llanto irritable al movimiento</li> <li>➤ Incomodidad en la piel</li> <li>➤ Desapego materno</li> </ul>



### 6.5 PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

<p><b>DOMINIO: 7 Rol / Relaciones</b> <b>CLASE: 2 Concepto/ vinculación</b></p>	<p><b>DOMINIO: III SALUD PSICOSOCIAL    CLASE: P Interacción social</b></p>																																						
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ETIQUETA: <b>00058 Riesgo del deterioro de la vinculación</b></p> <p>EVIDENCIADO POR <b>Conflicto parental</b></p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b></p> <p><b>1500 Lazos afectivos padres – hijos</b></p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p><u>1. Gravemente comprometido</u> <u>2. Sustancialmente comprometido</u> <u>3. Moderadamente comprometido</u> <u>4. Levemente comprometido</u> <u>5. No comprometido</u></p>																																						
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b></p> <p>En esta etapa del lactante es fundamental el vínculo con los padres, se observa por medio de la valoración el desapego ante su cuidado, donde se observa al menor ser más solidario y atento ante la abuela materna, por lo que se realiza un trabajo interdisciplinar con personal de enfermería y pedagogía en la guardería para fomentar el apego y vínculo emocional con los padres.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>150004 verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150005 mantienen al lactante cerca de ellos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150009 visitan la guardería</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150015 responden a las señales del lactante</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150019 el lactante mira a los padres</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150020 el lactante responde a las señales de los padres</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>150021 el lactante busca la proximidad de los padres</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	150004 verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante	1	2		150005 mantienen al lactante cerca de ellos	1	2		150009 visitan la guardería	2	3		150015 responden a las señales del lactante	2	3		150019 el lactante mira a los padres	2	3		150020 el lactante responde a las señales de los padres	1	2		150021 el lactante busca la proximidad de los padres	1	2				
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																																						
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																																				
150004 verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante	1	2																																					
150005 mantienen al lactante cerca de ellos	1	2																																					
150009 visitan la guardería	2	3																																					
150015 responden a las señales del lactante	2	3																																					
150019 el lactante mira a los padres	2	3																																					
150020 el lactante responde a las señales de los padres	1	2																																					
150021 el lactante busca la proximidad de los padres	1	2																																					



**CAMPO:** 5 Familia **CLASE:** Z Cuidado de crianza de un nuevo bebe  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Fomentar el desarrollo: lactantes

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Fomentar y facilitar el vínculo y el apego de la familia con el lactante.</p> <p>Proporcionar información a los progenitores sobre el desarrollo y la crianza del niño.</p> <p>Instruir a los progenitores sobre el temperamento del niño y su asociación con el tipo de interacción del lactante con los demás.</p> <p>Identificar y tratar la presencia de conflictos, falta de apoyo y enfermedades en la familia.</p> <p>Apoyar y alabar las habilidades y esfuerzos parentales.</p>	<p>La teoría del apego desarrollada por John Bowlby describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño, el apego en un enfoque actual nos permite asegurar que un apego seguro con un cuidador estable y continuo, puede asegurar un adecuado desarrollo cognitivo y mental del niño que llegará a ser adulto, aun tomando en cuenta riesgos genéticos, los vínculos primarios pasan a ser de primera importancia en la vejez y también en condiciones de impedimento o incapacidad física o mental a cualquier edad.<sup>25</sup></p> <p>En la misma secuencia Erik Erikson en la primera etapa da a conocer que en sus primeros meses de vida el niño identifica a la madre como la persona con la que se establece una relación significativa y con la que pondrá en juego sus capacidades innatas.<sup>26</sup></p> <p>Es la madre quien deberá proporcionar al niño los cuidados con los que se le transmitirá aceptación.</p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>29</sup> R. La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Rev. Mex. Pediatría Mediographic [internet] 2017 [citado el 27 de agosto 2021] 75 (1); 29 – 34 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g>

<sup>30</sup> María E. Apego y pérdida: John Bowlby. Rev. Chile. Pediatría. Facultad de medicina Scielo [internet] 2017 [citado el 2 de julio 2021] 85 (3); 265 – 268 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01>



**CAMPO: 3 Conductual CLASE: S. Educación de los pacientes**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses)**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Describir el desarrollo normal del lactante.</p> <p>Ayudar a los progenitores a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del lactante.</p> <p>Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación del lactante.</p> <p>Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.</p> <p>Enseñar a los progenitores a animar al lactante a utilizar juguetes para la dentición.</p>	<p>La estimulación temprana como el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo psicomotor, a curar y rehabilitar las alteraciones motoras, los déficits sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos del lenguaje y, sobre todo, a lograr la inserción de estos niños en su medio, sustituyendo la carga de una vida inútil por la alegría de una existencia útil y transformando los sentimientos de agresividad, indiferencia o rechazo en solidaridad, colaboración y esperanza.</p> <p>Tal como el alimento nutre el cuerpo y permite la vida, la estimulación desarrolla la inteligencia y genera amor. Su gran objetivo es mejorar la calidad de la vida y lo logra al aprovechar al máximo el vasto potencial existente en el sistema nervioso central del niño, despertando capacidades dormidas, recuperando restos anatómicos y desarrollando nuevas posibilidades.<sup>27</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>31</sup> Marco. Gm, Ruth Gzl. La estimulación temprana: un punto de partida. Rev. cubana pediátrica [internet]. 1996 ago. [citado 2021 sep. 23]; 68(2): 138-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es).



**CAMPO: 5 Familia CLASE: X Cuidados durante la vida**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Potenciación de los roles**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clasificar los papeles de los progenitores, si es el caso.</p> <p>Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas.</p> <p>Enseñar las nuevas conductas que necesita el paciente/progenitor para cumplir con un rol.</p> <p>Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte aprendizaje de los nuevos roles.</p> <p>Ayudar al progenitor a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.</p>	<p>Es necesario considerar las áreas o disciplinas como crecimiento y desarrollo, neurodesarrollo y psicomotricidad, nutrición, lingüística, vigilia-sueño, conducta y aprendizaje en el niño por lo que el progenitor debe realizar junto a un equipo interdisciplinario o, mejor, multidisciplinario para mejorar la forma de abordar a niños lactantes.<sup>27</sup></p> <p>Es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la Estimulación Temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. Además, cabe mencionar que la estimulación es muy sencilla de aplicar y que le va a proporcionar al niño las herramientas que necesita para el desarrollo de sus habilidades y un mejor desempeño en su etapa de lactante.<sup>28</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>31</sup> Marco. Gm, Ruth Gzl. La estimulación temprana: un punto de partida. Rev. cubana pediátrica [internet]. 1996 ago. [citado 2021 sep. 23]; 68(2): 138-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es).

<sup>32</sup> González Zúñiga Godoy, Claudia Inés. (2007). Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. Librería, 13(13), 19-27. Recuperado en 23 de septiembre de 2021, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100003&lng=es&tlng=es).



**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO: 7 Rol / Relaciones</b> <b>CLASE: 1 Rol de cuidador</b></p>	<p><b>DOMINIO: VI Salud Familiar    CLASE: DD Ser padre</b></p>					
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> ETIQUETA: <b>00056Deterioro parental</b></p> <p>FACTOR RELACIONADO <b>Separación de los padres y el niño</b></p> <p>EVIDENCIADO POR <b>Conducta de vinculación insuficiente.</b> <b>Disminución de las demostraciones afectivas.</b> <b>Inadecuación del rol percibida.</b> <b>Disposición inapropiada para el cuidado del niño.</b></p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b> <b>2904 Desempeño del rol de padres: lactantes</b></p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p><u>1. Gravemente comprometido</u> <u>2. Sustancialmente comprometido</u> <u>3. Moderadamente comprometido</u> <u>4. Levemente comprometido</u> <u>5. No comprometido</u></p>					
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Todo padre, madre o quien se encuentre en su lugar, sin duda, pretenden ser correctos con sus hijos, cumplir adecuadamente con su rol y ejecutar acertadamente sus funciones parentales. Es claro que ser padre o madre lleva por momentos a vivir altos niveles de satisfacción, no obstante, esto también existen en otras situaciones importantes niveles de tensión y sufrimiento, experiencias que generan frustración, renunciadas e insatisfacciones.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1339 824 1520 883">MANTENER EN</th> <th data-bbox="1520 824 1709 883">AUMENTAR A</th> <th data-bbox="1709 824 1999 883">LOGRADO</th> </tr> </thead> </table>		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO				
	<p>290403 interactúa con el lactante para promover la confianza.</p>	<p>1</p>	<p>2</p>			
	<p>290405 interactúa con el lactante para promover el desarrollo social.</p>	<p>1</p>	<p>2</p>			
	<p>290409 proporciona supervisión adecuada.</p>	<p>1</p>	<p>2</p>			
	<p>290410 utiliza un sistema de apoyo social para ayudar con el lactante.</p>	<p>4</p>	<p>5</p>			
	<p>290423 mantiene las revisiones del niño sano recomendadas.</p>	<p>1</p>	<p>2</p>			



**CAMPO: 5 Familia CLASE: Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 8300 Fomentar el rol parental**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.</p> <p>Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parental.</p> <p>Proporcionar la orientación anticipatoria necesaria en los diferentes niveles de desarrollo.</p> <p>Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño.</p> <p>Modelar y fomentar la interacción parental con el niño.</p>	<p>La orientación educativa para la vida familiar está cobrando cada vez más importancia en nuestra sociedad por la necesidad que sienten muchas familias de recibir asesoramiento para cumplir adecuadamente su rol educativo y parental con respecto a sus hijos.</p> <p>El rol socializador de la familia está universalmente aceptado en todas las sociedades por las funciones asistenciales, educativas y adaptativas que realiza con los menores, contribuyendo a su desarrollo personal y también al desarrollo de la sociedad. Por ello, se entiende que la familia constituye un núcleo fundamental de la sociedad. Esta función socializadora se hace especialmente relevante con los menores, a quienes se entiende que hay que proteger para garantizar los derechos propios de la Infancia.<sup>29</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>33</sup> Martín-Quintana Juan Carlos, Márquez Chaves M. Luisa, Rodrigo López M. José, Lyme Sonia, Rodríguez Ruiz Beatriz, Rodríguez Suárez Guacimara. Programas de Educación Parental. Psicosocial Intervención [Internet]. 2009 jul [citado 2021 sep. 23]; 18(2): 121-133. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es)



**CAMPO: 5 Familia CLASE: Z Cuidado de la crianza de un nuevo bebe**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5568 Educación parental: Lactante S**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar los conocimientos de los progenitores, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante. Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.</p> <p>Informar acerca del desarrollo de la dentición e higiene bucal durante el primer año.</p> <p>Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios en los patrones de evacuación durante el primer año.</p> <p>Enseñar a los progenitores cómo tratar y evitar la dermatitis del pañal.</p> <p>Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios en los patrones del sueño durante el primer año.</p>	<p>Los padres ya no son los únicos agentes que educan, sino que el escenario educativo se ha llenado de otras voces, procedentes de otros contextos, que reclaman su calidad educativa y de cuidado de influencia sobre los hijos. Es por eso que muchos padres sienten en la actualidad que tienen poco poder de influencia educativa sobre sus hijos.<sup>30</sup></p> <p>Los progenitores deben conocer el peso de su hijo. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa. Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos:</p> <p>Aseo. Baño diario con agua tibia, jabón neutro a ácido. Lubricar piel con crema para bebé.</p> <p>Evacuaciones. Dependiendo del tipo de alimentación serán las evacuaciones. Es normal el pujo para evacuar. Con cambio de pañal constante y vigilancia después de cada alimentación.</p> <p>Hábitos de dormir. La recomendación actual es dormir boca arriba, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartiendo la cama con los padres.<sup>31</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>34</sup> Martín-Quintana Juan Carlos, Márquez Chaves M. Luisa, Rodrigo López M. José, Lyme Sonia, Rodríguez Ruiz Beatriz, Rodríguez Suárez Guacimara. Programas de Educación Parental. Psicosocial Intervención [Internet]. 2009 jul [citado 2021 sep. 23]; 18(2): 121-133. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es)

<sup>35</sup> López-Candiani, Carlos. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. Acta pediátrica de México, 35(6), 513-517. Recuperado en 22 de septiembre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es).



CAMPO: 5 Familia CLASE: Z Crianza para un nuevo bebe	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomentar el desarrollo de los niños	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Desarrollar una relación de confianza con el niño.</p> <p>Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.</p> <p>Establecer una interacción individual con el niño.</p> <p>Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.</p> <p>Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.</p>	<p>El desempeño positivo del rol parental es definido como “el conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los niños y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas e incluye el establecimiento de límites para promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario.</p> <p>Para ello se requiere la actuación conjunta de ambos padres, de modo que se espera que se impliquen por igual y de manera activa en la educación de sus hijos. Esto con el objetivo de Promover el desarrollo de apegos seguros, animar a los padres a reconocer y reaccionar positivamente ante los progresos evolutivos de los hijos, enseñar habilidades básicas de cuidado y seguridad infantil, enfatizar la riqueza cognitiva y afectiva del juego y la resolución de tareas conjuntas padres e hijos y fomentar el disfrute de la parentalidad y de la relación con el niño.<sup>29</sup></p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<p><sup>33</sup> Martínez González Raquel-Amaya, Becedóniz Vázquez Carlos Manuel. Orientación Educativa para la Vida Familiar como Medida de Apoyo para el Desempeño de la Parentalidad Positiva. <i>Psicosocial Intervención</i> [Internet]. 2009 jul [citado 2021 sep. 23]; 18(2): 97-112. Disponible en: <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-05592009000200002&amp;lng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-05592009000200002&amp;lng=es</a>.</p>



**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO: 11 Seguridad / protección</b> <b>CLASE: 5 Concepto reacción alérgica</b></p>	<p><b>DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud    CLASE: T Control del riesgo</b></p>			
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ETIQUETA: <b>00217 Riesgo de reacción alérgica</b></p> <p>FACTOR DE RIESGO <b>Exposición a alérgenos ambientales</b></p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b></p> <p><b>1940 Control del riesgo: Alergias infantiles</b></p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p><u>1. Gravemente comprometido</u> <u>2. Sustancialmente comprometido</u> <u>3. Moderadamente comprometido</u> <u>4. Levemente comprometido</u> <u>5. No comprometido</u></p>			
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b> Las intervenciones de enfermería deben complementarse con el uso adecuado de materiales para reducir localmente la presión por la dermatitis del menor y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser cojines, almohadas, protectores locales, colchones y mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>194001 comparte los antecedentes familiares de alergias con los profesionales sanitarios</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	
	<p>194002 explica la relación entre el eccema</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	
	<p>194003 evitar la ruptura de la barrera cutánea</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	
<p>194004 aplicar una crema hidratante diariamente</p>	<p>3</p>	<p>4</p>		
<p>194005 identificar los alérgenos comunes</p>	<p>2</p>	<p>3</p>		



**CAMPO:** 2 Fisiológico: **COMPLEJO** **CLASE:** L. Control de la piel herida  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:** 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera. Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.</p> <p>Vestir al paciente con ropas no restrictivas.</p> <p>Mojar en baño coloidal, según corresponda.</p> <p>Aplicar un agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.</p> <p>Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel.</p>	<p>La prevalencia de deterioro en la piel se ha convertido en un sistema estándar por medio del cual los son evaluados siendo un indicador de la calidad de los cuidados de las enfermeras.</p> <p>En relación a los cuidados que se requieren para mantener la integridad cutánea del niño críticamente enfermo, a continuación, se enlistan las intervenciones de enfermería:</p> <p>Examinar el estado de la piel al menos una vez al día, manejo de la presión a través de la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.<sup>36</sup></p>

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>36</sup> Aparicio Santiago Guadalupe Leticia, Ponce Gómez Gandhi, Carmona Mejía Beatriz. Cuidados a la piel del niño y factores de riesgo. Enfermería [revista en la Internet]. 2010 sep. [citado 2021 sep. 23]; 7(3): 07-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es).



**CAMPO: 2 Fisiológico complejo CLASE: H Control de fármacos**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 2316 Administración de medicación tópica.**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.</p> <p>Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.</p> <p>Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.</p> <p>Retirar los restos de medicación y limpiar la piel</p> <p>Medir la cantidad correcta de medicación con un sistema de aplicación tópica, utilizando mecanismos estandarizados de medida.</p>	<p>La administración de medicamentos es una actividad cotidiana y de responsabilidad legal del equipo de enfermería, en todas las instituciones de salud, por lo tanto, esa actividad es de gran importancia tanto para esa categoría profesional cuanto para los lactantes.</p> <p>Medicamentos administrados erróneamente pueden causar perjuicios/daños al cliente debido a factores como incompatibilidad farmacológica, reacciones indeseadas, interacciones farmacológicas, entre otros.</p> <p>Es necesario que el profesional que administra medicamentos esté consciente y seguro de su acción y posea conocimientos o acceso a las informaciones necesarias. Dudas y dificultades no esclarecidas correctamente, llevan a la incerteza y a la inseguridad y esa situación es un factor de riesgo para la ocurrencia de errores en el proceso de administración de medicamentos.</p> <p>Tales aspectos ponen en evidencia la necesidad de supervisión de las actividades de enfermería, por los enfermeros, durante la preparación y administración de medicamentos, ya que este es el único profesional, del equipo de enfermería, que debería contar, en su formación, con conocimientos suficientes para conducir tal práctica de modo seguro.</p> <p>33</p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>37</sup> Silva, Daniela Odnicki da et al. Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. Revista Latino-Americana de Enfermería [online]. 2007, v. 15, n. 5 [Accedido 4 octubre 2021], pp. 1010-1017. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>>. publicado 17 Dic 2007. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>.



**CAMPO: 2 Fisiológico complejo CLASE: L Control de la piel/heridas.**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3590 Vigilancia de la piel.**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Observar si hay enrojecimiento, calor extremo en la piel.</p> <p>Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>Observar si hay zonas de presión y fricción.</p> <p>Observar si la ropa queda ajustada</p>	<p>La piel es un órgano muy extenso y de gran importancia por la cantidad de funciones que desempeña. Recubre a los órganos y tejidos del cuerpo humano y está expuesta a las agresiones que vienen tanto del interior del mismo como del exterior. Está constituida por células, vasos sanguíneos, nervios y además, glándulas sebáceas y sudoríparas.</p> <p>Fricción: Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento. Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento; combinación de los efectos de la presión y la fricción.</p> <p>Humedad: por incontinencia, sudoración, mal secado de la piel y exudado de las heridas produciendo maceración, deterioro de la piel y edema, disminuyendo la resistencia, lo que conlleva erosión y úlcera, incrementando el riesgo de infección.</p> <p>La temperatura ambiente, el uso de ropa excesiva, el uso de calefacción, la sequedad del ambiente o el uso de dispositivos para incrementar o disminuir la temperatura corporal del lactante.<sup>32</sup></p>

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>36</sup> Aparicio Santiago Guadalupe Leticia, Ponce Gómez Gandhi, Carmona Mejía Beatriz. Cuidados a la piel del niño y factores de riesgo. Enfermería [revista en la Internet]. 2010 sep. [citado 2021 sep. 23]; 7(3):07-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es).



**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO: 12 Confort</b> <b>CLASE: 1 Confort físico</b></p>	<p><b>DOMINIO: IV Conocimientos y conducta de salud</b>      <b>CLASE: S Conocimientos sobre promoción de la salud</b></p>					
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ETIQUETA: <b>00214 Disconfort</b></p> <p>FACTOR DE RIESGO <b>Control ambiental insuficiente</b></p> <p>EVIDENCIADO POR <b>Prurito</b></p> <p><b>Sensación de incomodidad</b></p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b></p> <p><b>1819 Conocimiento: Cuidados del lactante</b></p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p>1. <u>Gravemente comprometido</u> 2. <u>Sustancialmente comprometido</u> 3. <u>Moderadamente comprometido</u> 4. <u>Levemente comprometido</u> 5. <u>No comprometido</u></p>					
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b></p> <p>El confort es un objetivo de cuidado, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad moral para con las personas más vulnerables y debe dirigir sus intervenciones científicamente fundadas a resolver sus necesidades insatisfechas del lactante. Con el propósito de establecer un confort que permita comprender mejor las necesidades del lactante ante su dermatitis atópica.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p> <table border="1"> <tr> <th data-bbox="1339 857 1520 912">MANTENER EN</th> <th data-bbox="1520 857 1709 912">AUMENTAR A</th> <th data-bbox="1709 857 1978 912">LOGRADO</th> </tr> </table>		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO				
181913 baño del lactante	3	4				
181916 vestido adecuado para el entorno	2	3				
181923 necesidades especiales de cuidados	3	4				
181926 precauciones cuando existen mascotas	2	3				
181929 grupos de apoyo disponibles	3	4				



**CAMPO: 2 Fisiológico básico CLASE: E. Fomento de la comodidad física**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3550 Manejo del prurito**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar la causa del prurito (dermatitis de contacto, trastorno sistémico o medicaciones).</p> <p>Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones).</p> <p>Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente.</p> <p>Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.</p> <p>Enseñar al paciente a mantener las uñas cortas.</p>	<p>El prurito no debe considerarse como una enfermedad sino como síntoma que además de causar molestias, pone en peligro la eficacia de la piel como barrera de protección; como tal debe realizarse su diagnóstico etiológico para un enfoque terapéutico adecuado y detección precoz de procesos con elevada morbi-mortalidad.</p> <p>El tratamiento del prurito debe hacerse, siempre que sea posible, en función de su etiología. Todo el tratamiento que contribuye a las actividades en el cuidado de la piel incluye cuidados desde el baño hasta su pronta recuperación y mejoría en su piel.<sup>34</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>38</sup> Vera Navarro Liliana. PRURITO COMO MANIFESTACIÓN DE MÚLTIPLES PROCESOS, SU ENFOQUE Y TERAPÉUTICA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [citado 2021 Oct 04]; 18(2): 59-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200011&lng=es).



**CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: E Fomento de la comodidad física**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6482 Manejo ambiental: Confort**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar los objetivos del paciente y de la familia manipulación del entorno y una comodidad óptima.</p> <p>Crear un ambiente tranquilo y de apoyo y proporcionar un ambiente limpio y seguro.</p> <p>Determinar las fuentes de incomodidad, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</p> <p>Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.</p> <p>Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas).</p> <p>Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.</p>	<p>El marco de la teoría del Confort, es "la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en los contextos físico, social, ambiental y psicoespiritual". Y visto desde la óptica del cuidado neonatal, es la satisfacción de necesidades básicas que incluyen la interacción familiar, el contacto piel con piel, la nutrición, la hidratación, la eliminación del dolor, evitar procedimientos invasivos y la relación estrecha con la familia. Se propone como una nueva realidad de cuidado, individualizada y de calidad, que responda a las necesidades de contención, consuelo y disminución del dolor.</p> <p>Se define como la sensación de bienestar o comodidad física, mental o social o como una necesidad humana en cualquier etapa de la vida y un estado subjetivo que experimenta la persona, en relación a la insatisfacción de necesidades de higiene, postura corporal y otras que causan sufrimiento o malestar.</p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>39</sup> Contreras-de-la-Fuente Hilda Saray, Castillo-Arcos Libia del Carmen, Álvarez-Aguirre Alicia. Confort neonatal del recién nacido pretérmino. *Índex Enfermería* [Internet]. 2017 dic [citado 2021 Oct 20]; 26(4): 280-284. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300009&lng=es)



**CAMPO: 5 Familia CLASE: Z Cuidado de crianza de un nuevo bebe**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6820 Cuidado de lactante**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Fomentar la asignación de los mismos cuidadores profesionales.</p> <p>Tener en cuenta las preferencias de los progenitores para el baño, cuando sea posible.</p> <p>Cambiar los pañales.</p> <p>Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.</p> <p>Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños.</p> <p>Animar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios del lactante (p.ej., baño, alimentación, administración de medicación).</p>	<p>Cuidar es servir, asistir, estar responsabilizado por lo que le suceda a esa persona, es propio de la naturaleza humana.</p> <p>Cuidado: intervención terapéutica que debe estar centrada en las necesidades del usuario. El cuidador primario tiene la responsabilidad de que permita la escucha, la formación del vínculo y la confianza para que la madre pueda expresar las dudas relacionadas con el cuidado de la salud de ella y de su hijo. La madre asume el rol de cuidadora desde la etapa de recién nacido, considerada como sujeto/objeto del cuidado de enfermería por el personal de salud, ya que los niños son totalmente dependientes de las madres.</p> <p>Para desarrollar los cuidados de la salud no debemos olvidar que, la construcción del conocimiento en el área de la salud de la familia, enfatiza la concepción de que la familia representa una unidad básica de salud y que el hogar o domicilio familiar es considerado como productor de salud, pues sus recursos internos, tiempo, condiciones materiales y financieras, y, los recursos externos, servicios formales de salud, tienen por objetivo cuidar, mantener y/o recuperar la salud familiar.<sup>36</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>40</sup> Cerda Muñoz Lucila. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Oct 19]; 27(4): 327-336. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es).



**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO: 2 Nutrición</b> <b>CLASE: 1 Concepto: Lactancia materna</b></p>	<p><b>DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: K Digestión y nutrición</b></p>			
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ETIQUETA: <b>00105 Interrupción de la lactancia materna</b></p> <p>FACTOR DE RIESGO <b>Separación materno infantil</b></p> <p>EVIDENCIADO POR <b>Lactancia materna interrumpida</b></p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b></p> <p><b>1020 Estado nutricional del lactante</b></p> <p>ESCALA LIKERT</p> <p>1. <u>Gravemente comprometido</u> 2. <u>Sustancialmente comprometido</u> 3. <u>Moderadamente comprometido</u> 4. <u>Levemente comprometido</u> 5. <u>No comprometido</u></p>			
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b> El amamantamiento es instintivo y aprendido por la madre y el niño. Los cuidados de enfermería del niño y el autocuidado que debe aprender y manejar la madre durante los primeros días del posparto, pueden ayudar a solucionar las dificultades y problemas de la madre y el bebé en relación con la lactancia. La aplicación de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería por el profesional a cargo del binomio madre-hijo, facilitará la instalación de la lactancia materna.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>102001 ingestión de nutrientes</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	
	<p>102002 ingestión oral de alimentos</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	
	<p>102003 ingestión oral de líquidos</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	
<p>102004 tolerancia alimentaria</p>	<p>3</p>	<p>4</p>		
<p>102007 crecimiento</p>	<p>3</p>	<p>4</p>		



**CAMPO: 5 Familia CLASE: Z Cuidado de crianza de un nuevo bebe**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5642 Enseñanza nutrición del lactante (7 a 9 meses)**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir alimentos con los dedos cuando el bebé pueda sentarse.</p> <p>Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir la taza cuando el bebé pueda sentarse.</p> <p>Enseñar a los progenitores/cuidador a tener al bebé junto a la familia durante las comidas.</p> <p>Enseñar a los progenitores/cuidador a dejar que el bebé empiece a comer solo y vigilar para evitar que se atragante.</p> <p>Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecerle líquidos después de los alimentos sólidos.</p>	<p>La preparación de los padres y las madres como cuidadores de sus hijos, puede incidir en la atención que podría brindar la familia y en facilitar la adaptación del niño y la niña a la vida hogareña, especialmente si presentan dificultades en el proceso de amamantamiento, problemas de succión-deglución, cantidad de flujo lácteo, prematuros, acogida materna, decisión personal de la madre para amamantar, etc.</p> <p>El aumento sostenido de la lactancia materna se puede obtener con la promoción mediante diversas acciones educativas, recreativas, informativas, etc., con la participación de estudiantes, profesionales, organizaciones voluntarias pro amamantamiento y la comunidad. Para una adecuada gestión de cuidados y promoción de la lactancia materna y la nutrición en el lactante es indispensable la participación/intervención de la madre y del padre desde el momento del nacimiento, las redes de apoyo y el entorno familiar, junto al equipo de salud.<sup>36</sup></p>

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>40</sup> Cerda Muñoz Lucila. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Oct 20] ; 27( 4 ): 327-336. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es)



**CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1100 Manejo de la nutrición**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente</p> <p>Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario.</p> <p>Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.</p> <p>Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</p>	<p>La introducción de nuevos alimentos, alimentación complementaria, en niños, siempre ha sido motivo de controversia; muy seguramente este debate continuará, debido a las diferencias que existen en cada grupo étnico y culturas en la población mundial, lo que hace necesaria la reunión frecuente de los diferentes grupos internacionales dedicados al estudio y manejo de la nutrición en pediatría</p> <p>La lactancia materna debe acompañar la alimentación complementaria hasta los dos años de edad y debe ser administrada a demanda, debido a que durante este periodo sólo una parte de los requerimientos calóricos totales del niño son cubiertos por la alimentación complementaria. La lactancia materna puede aportar más de la mitad de los requerimientos energéticos totales en un niño entre 6 y 12 meses de edad, y continúa aportando nutrientes adecuados, junto con los alimentos complementarios; por lo tanto, el objetivo fundamental de la alimentación complementaria en esta etapa es poner en contacto y entrenar al niño con los alimentos que posteriormente lo van a acompañar a lo largo de su vida. <sup>37</sup></p>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>42</sup> Mendoza, CA, Vichido-Luna, MA, Montijo-Barrios, E, Zárate-Mondragón, F, Cadena-León, JF, Cervantes-Bustamante, R, Toro-Monjárez, E, & Ramírez-Mayans, JA. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica de México, 38(3), 182-201. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>



## 6.6 PLAN DE ALTA

### IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL USUARIO (A): I. R. M.

SEXO: MASCULINO EDAD: 8 MESES SERVICIO: GUARDERIA MADRES IMSS 001

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: DERMATITIS ATÓPICA POR CONTACTO

FECHA DE INGRESO: 01-04 2021 FECHA DE EGRESO: A LA EDAD DE 5 AÑOS 11 MESES.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** ECCEMA ÁTÓPICO POR EXPOSICIÓN A ALERGENOS

**RESUMEN:** A la inspección general de la piel, donde se considera la higiene, temperatura, textura y turgencia, se detectó eccema atópico en ambos antebrazos y espalda alta, que causa incomodidad e irritabilidad en el lactante, al rose con la ropa o a la palpación, la zona de la piel se nota seca y enrojecida, por medio de la entrevista directa con la abuela materna, se detecta continuo contacto con animal canino, el cual no tiene los cuidados básicos (Vacunas, baño continuo, cepillado de pelo, desparasitación) por lo que se considera un alérgeno, ya que cada vez que frecuenta con el canino desarrolla el eccema, por lo que se sugiere generar una distancia con el lactante y evitar contacto.

Como dato importante se distingue también falta de apego con los padres como cuidadores primarios, a la interacción con los padres y el lactante su comportamiento encamina a deterioro en el cuidado del lactante, falta de interés, compromiso de su vida cotidiana y su cuidado en guardería, los padres se muestran indiferentes ante su comunicación y afecto emocional con el menor, se da a conocer que su cuidador primario es su abuela materna quien es responsable del cuidado y atención dentro y fuera de la guardería y en ausencia continua con los padres.

### ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

Su ingesta oral es por 3 o 5 días, obteniendo de 70 a 90 kcal/kg/día contemplando una hidratación adecuada. Purés de frutas frescas a excepción de fresas y de verduras cocidas, rallados con cuchara. Leguminosas (frijol, haba lenteja) Carne (pollo, pavo, ternera res) Derivados de trigo (pan y galletas) Cocidos con puré, colados, picaditos y trocitos. Leche sustituta De 3 a 4 onzas en cada toma (2) Proteínas: 2 g/kg/día en los primeros 6 meses, que deben disminuir a 1,6 g/kg/día a partir de entonces.<sup>42</sup>



**DIETA:** Inicio 2 vez al día por 3 o 4 días

**EJERCICIO:** ejercicios rehabilitadores: masajes, aplicación de calor, ejercicios fortalecedores de los 4 miembros, cuello y tronco, así como musicoterapia. Mantener al niño en posiciones fijas sin oportunidad de mover tronco o cabeza en diferentes posturas, sujetar brazos y piernas en posición rígida. Colocar al niño en la misma posición por largo tiempo y sin variaciones respecto a los estímulos ambientales.

**TRATAMIENTO:** Control de peso y talla cada mes hasta cumplir 2 años, no ofrecer sal, ni azúcar añadido. No introducir vegetales de hoja verde: espinaca, acelga, antes de los 9-12 meses por el alto contenido en nitratos que poseen. Ofrecer agua.

#### **ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:**

- Se establece comunicación con los padres en cuanto a acciones que fomenten el apego, aplicar técnicas de juego y participación en la etapa de ablactación con el menor.
- Brindar amor, comprensión, atención y compromiso en la vida diaria del lactante.
- Participar en actividades pedagógicas y psicológicas dentro de la guardería con la finalidad de mejorar el apego con su menor y así mismo la comunicación.
- Mejorar el vínculo familiar principal (madre, padre e hijo) con actividades en el hogar como participación en el baño diario, alimentación continua, técnicas de sueño y actividades de juego.
- Asistir a juntas recreativas mensuales en la guardería para seguimiento continuo del comportamiento del menor y habilidades alcanzadas.
- Tener comunicación efectiva entre los padres sobre la salud del lactante, ya que es importante crear relaciones fuertes para brindar al lactante un ambiente familiar y cálido de aprecio y emociones positivas.
- A los 6 meses la energía requerida debe ser proporcionada en un 50% por la ablactación y en un 50% por un aporte lácteo.
- La introducción de alimentos se debe hacer de forma progresiva, una recomendación sería hacerlo una vez al día, en pequeña cantidad, aumentando poco a poco, cada 3-7 días aproximadamente



(teniendo en cuenta que las reacciones adversas a alimentos pueden darse en ocasiones de forma diferida).

- La manera de ofrecer los alimentos, triturado vs. sólido, en los últimos años se propone el ofrecimiento de los alimentos sin triturar (con texturas y consistencia siempre adecuadas para el bebé y, por supuesto, siempre bajo vigilancia de algún adulto).
- Aseo. Baño diario con agua tibia, jabón neutro. Lubricar piel con crema para bebé
- Evacuaciones. Dependiendo del tipo de alimentación serán las evacuaciones. Es normal el pujo para evacuar.
- La recomendación actual es dormir boca arriba, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartiendo la cama con los padres.
- Cambio de ropa diaria, usar ropa holgada de algodón.
- Vigilancia de la piel de forma continua, antes y posterior al contacto con el canino.

#### **MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:**

- Tener conocimiento de los principales cambios y evolución de crecimiento del menor en cuanto a su edad, para poder identificar habilidades, destrezas y etapas de desarrollo.
- Constancia en el establecimiento de rutinas, reglas y límites. Evitar que el llanto se convierta en la forma mediante la cual el niño obtiene lo que desea. Presentar dentro de las actividades cotidianas retos acordes con su edad y promover su resolución de acuerdo con sus habilidades.
- Nombrar los elementos del medio, partes de su cuerpo y de los demás: cuidador, hermanos, muñecos, así como las acciones cotidianas al realizarlas. Dar indicaciones verbales sobre lo que se hace o espera de él y no sólo dirigir o restringir conductas físicamente. Atender sus conversaciones y favorecer su expresividad.
- Favorecer la imitación con juegos y cantos, proveer juegos de apilar, meter, sacar, ensartar, peinar a los muñecos; mostrar tolerancia a diversas manifestaciones de juego durante otras actividades como la alimentación, el baño o al despertarlo



- El lactante posee un aparato digestivo aún inmaduro, adaptado a la lactancia y según van madurando los distintos sistemas, habilidades motoras y los procesos fisiológicos, permite la introducción de alimentos más complejos.
- La alimentación en el primer año de vida condiciona el desarrollo de enfermedades futuras (alergia, asma, enfermedades cardiovasculares).
- La lactancia materna exclusiva es el alimento de elección los primeros 4-6 meses de vida. A partir de entonces se recomienda el inicio de la ablactación, junto con el mantenimiento de la lactancia.
- La ablactación no tiene un esquema estricto de realización de la misma.
- Permitir el libre movimiento de extremidades, colocarlo ocasionalmente en posición prona en el día, contener reacciones de sobresalto cuando sea pertinente ajustando de forma suave brazos flexionados cerca de la boca. Incitar los movimientos de las extremidades superiores con agarre voluntario, de lateral hacia la línea media
- Mantener hábitos alimenticios de edades previas sin variación, dejar de lado rutinas horarias de sueño, juego, higiene, actividades etcétera.

#### **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:**

- Cuidados con el canino en casa, mejorar su estado de salud (Vacunas, baño continuo, cepillado de pelo, alimentación) antes de la cercanía con el lactante.
- Mantener el ambiente de contacto con el lactante, higiénico y seguro.
- Dar continuidad en guardería asistencia en pedagogía, psicología y enfermería.

#### **SIGNOS DE ALARMA:**

- Presencia de eccema atópico en piel, sin importar la zona del cuerpo.
- Movimientos asimétricos, hipoactividad en general o de alguno de sus miembros, temblores exagerados o movimientos no firmes al alcanzar un objeto, limitaciones y retraso en la adquisición de los movimientos iniciales dirigidos de forma voluntaria



- Ausencia de fijación a cara u objetos que se presentan, ausencia o asimetría en el seguimiento, evasión del contacto visual.
- No reacciona ante sonidos fuertes; no busca y localiza la fuente de sonido, no sonrío ni muestra interés cuando le platican o cantan. Emite escasos sonidos.
- No responde a interacciones verbales o de objetos. No se interesa por juegos o juguetes.

**RECUERDE:** Acudir a su cita a la consulta externa en IMSS Unidad Medicina Familiar 33 o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: O. M. R. NOMBRE DE LA ENFERMERA: M. C. H. J.



## VII. CONCLUSIÓN

Con lo anterior, se concluye que el trabajo de la profesional de enfermería en la estancia infantil, es muy escaso y limitado por parte de los directivos de la misma, ya que el involucrarse con los menores en su cuidado en toda su esfera psicosocial se nota de una forma imposible, justificada por protocolos de atención ante el cuidado de los menores aparentemente sanos, ya que se identificó que existen problemas con los niños involucran producto de falta de actividades de aplicadas a cuidados para la salud biopsicosocial.

La enfermera que trabaja en estancias infantiles debe estar capacitada y habilitada para poder identificar factores de riesgo y problemas en la salud en todo su entorno biopsicosocial, que pudieran llevar al menor a problemas más grandes y graves para el desarrollo de los niños, ya que la etapa de la infancia es el cimiento para ser adulto.

El plan de cuidados y las intervenciones de enfermería con la finalidad de fomentar el apego con sus padres y crear un ambiente social y familiar para bienestar psicosocial del lactante por medio de cuidados cognitivos - conductuales no fueron aplicadas con éxito ni es su totalidad por la negación, falta de interés y compromiso por parte de los padres.

Debido a la pronunciada ausencia de los padres, así como el desinterés por su cuidado del menor, se establecieron actividades de enfermería para fomentar el apego y mejorar la vinculación familiar, sin embargo esta no suele ser desarrollada con eficacia por la actitud y su respuesta negativa ante las intervenciones de enfermería asignadas para esta finalidad, involucrando también y haciendo de su conocimiento a la abuela materna como cuidador principal, a conocer que la responsabilidad es de los padres biológicos, y brindando técnicas de apoyo emocional y para el lactante para establecer mejor comunicación con los padres, esto con la intención independiente de la mejoría del círculo familiar, por lo que la participación de los padres fue negada.



Por lo que se invita a la estancia infantil guardería madres IMSS a tener una continuidad en el proceso ya realizado con lactante con el fin de no perder el seguimiento y las actividades que junto con el equipo multidisciplinario se lograron concluir, todo esto con tener una continuidad en establecer un vínculo emocional y sentimental con el menor, para evitar consecuencias futuras en su estabilidad emocional.

Este trabajo deja como experiencia un aprendizaje en el profesional de enfermería, sobre el cuidado integral al niño sano y sus limitaciones en actividades e intervenciones propuestas y como el ámbito laboral afecta o limita realizar un cuidado individualizado con el fin de establecer una salud holística en el desarrollo de los menores, ya que la importancia del cuidado del lactante en todas su esferas biopsicosociales es de suma importancia para el desarrollo de su crecimiento personal en una edad más avanzada.

Se queda el registro el antecedente de la situación por el lactante y la identificación del comportamiento negativo de los padres, para dar seguimiento y poder identificar signos de alarma en su cuidado y integridad familiar, por parte de los diferentes departamentos involucrados, como psicología, pedagogía, técnicas puericultura y dirección de guardería por el personal de enfermería con el fin de mantener o en su momento lograr una mejora en la relación padres e hijo.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. Secretaría de salud Norma Oficial Mexicana 031SSA21999, Para la atención a la salud del niño. Estados Unidos Mexicanos. 1999. Disponible en [http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/infancia/Norma\\_Oficial\\_Mexicana\\_NOM.pdf](http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/infancia/Norma_Oficial_Mexicana_NOM.pdf) Acceso 09/11/2021
2. Moreira GC. Alimento materno exclusivo. Universidad de terapia intensiva católica; 2020. [Acceso 2 jul 21]. Disponible en: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2925>.
3. Ordóñez Alonso MÁ, Domínguez Aurrecoechea B, Pérez Candás JI, López Vilar P, Fernández Francés M, Coto Fuente Met al. Influencia de la asistencia a guarderías en la frecuentación en Urgencias y Atención Primaria. Rev. Pediátrica Aten Primaria [Internet]. 2016 sep. [citado 2021 Nov 04]; 18(71): 243-252. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322016000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300005&lng=es).
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en Internet [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx) 2020
5. Herrera-Sánchez, Diana Andrea, Hernández-Ojeda, Mariana, Vivas-Rosales Irving Jesús. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2019 jun [citado 2021 Jul 23] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-)
6. Jane W. Ball, Ruth C. Rinde ENFERMERIA PEDIATRICA Asistencia infantil 2011 impresión en España editorial PEARSON.
7. Sendagorta Cudós E., de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev. Pediátrica Aten Primaria [Internet]. 2009 Jun [citado 2021 Jun29];11(Suppl15):49-67. Disponible en:



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es)

8. GUIA DE PRACTICA CLINICA Tratamiento de la dermatitis atópica CIE-10L20 Catalogó maestro de GPC IMSS-706-14
9. F. GARY CUNNINGHAM, JOHN C. HAUTH, NORMAN F. GANT. Williams Obstetricia, Editorial médica panamericana, España 2020
10. Científico Médico (CCM) 2020; 24 Artículo Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicaciones clínicas
11. Guerra Pérez M. T. Diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué? Rev. Pediatra Aten Primaria [Internet]. 2015 jun [citado 2021 Oct 20];65-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000200011&lng=es).
12. Sendagorta E., de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev. Pediatra Aten Primaria [Internet]. 2009 jun [citado 2021 Oct 20]; 11(Suppl 15): 49-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es).
13. Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. Rev. Pediatra Aten Primaria [Internet]. 2009 dic [citado 2021 Oct 20]; 11(Suppl 17): 317-329. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000700003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700003&lng=es).
14. Gonzales ME. Manual medicinal. [Online].; 2018. Acceso 4 de Septiembre de 2021. Disponible en: <http://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/transtornos-de-la-piel/prurito-y-ydermatitis/at%C3%B3pica-eccema>.
15. Raynaudo, Gabriela, & Peralta, Olga. (2017). Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberabit*, 23(1), 110-122. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.10>
16. Congo Maldonado, Rubén, Bastidas Amador, Gabriela, & Santiesteban Santos, Isabel. (2018). ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA RELACIÓN PENSAMIENTO - LENGUAJE. *Conrado*, 14(61), 155-160. Recuperado en 19 de octubre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442018000100024&lng=pt&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100024&lng=pt&tlng=es).
17. Moneta ME. Apego y perdida: redescubriendo a John Boebly. *Rev Chil PEdiatria*. 2016; 85(3).



18. Castañeda Godínez María Cristina, Pérez Loredo Díaz Luz, Pérez Cabrera Iñiga, Müggenburg Rodríguez Vigil María Cristina. Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del Siglo XX en la UNAM. Enfermería Univ. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2021 Oct 20]; 7(5): 25-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000500005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000500005&lng=es)
19. Álvarez Ramírez, Leonardo Yovanny. (2013). Validación de la "Erik Erikson Scale-Version de siete factores" en español en una muestra de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). (1), 41-52. Retrieved October 19, 2021, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-20842013000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842013000100006&lng=en&tlng=es)
20. Miriam Rodríguez Monforte Profesora Asociada de Enfermería Básica Aplicada, de Enfermería Comunitaria y de Seminario Profesionalizador, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona 2011 Elsevier España, S.L. Travessera de Gràcia.
21. Adúriz-Bravo Agustín. Algunas características clave de los modelos científicos relevantes [revista en la Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 06] 248-256. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-893X2012000600002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-893X2012000600002&lng=es).
22. Nava MG. Profesionalismo, vocacion y etica de enfermeria. Mediographic. 2018; 11(2:62).
23. Urbina Laza Omayda. La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. 2012 jun [citado 2021 Oct 19]; 28(2):84-84. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200001&lng=es).
24. Kuerten Rocha Patricia, Lenice do Prado Marta. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo? Índex Enfermería [Internet]. 2008 Jun [citado 2021 Oct 20]; 17(2):128-132. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es)
25. Montesinos EG. Validacion de un instrumento de valoracion de enfermeria con el enfoque de Virginia Henderson. Sociedad Mexicana de Cardiologia. 2020; 19(1).
26. Jesus LMd. Operacionalizacion del proceso de atencion de enfermeria. Sociedad Mexicana de Cardiologia. 2020; 10(pp 62-66).



27. Mercer RT. Adopción del rol materno: convertirse en madre. 524th ed. Meighan M, editor. Mexicano ; 2014.
28. Boykin A. La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. 348th ed. Purnell MJ, editor. Mexico ; 2012.
29. O. E. Afaf Ibrahim Teoría de las transiciones. 368th ed. Melesis AI, editor. Mexico ; 2013.
30. R. La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Rev. Mex. Pediatría Mediographic [internet] 2017 [citado el 27 de agosto 2021] 75 (1); 29 – 34 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g>
31. María E. Apego y pérdida: John Bowlby. Rev. Chile. Pediatría. Facultad de medicina Scielo [internet] 2017 [citado el 2 de julio 2021] 85 (3); 265 – 268 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01>
32. Marco. Gm, Ruth Gzl. La estimulación temprana: un punto de partida. Rev. cubana pediatria [internet]. 1996 ago. [citado 2021 sep. 23]; 68(2): 138-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75311996000200011&lng=es).
33. González Zúñiga Godoy, Claudia Inés. (2007). Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. Liberabit, 13(13), 19-27. Recuperado en 23 de septiembre de 2021, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100003&lng=es&tlng=es).
34. Martínez González Raquel-Amaya, Becedóniz Vázquez Carlos Manuel. Orientación Educativa para la Vida Familiar como Medida de Apoyo para el Desempeño de la Parentalidad Positiva. Psicosocial Intervención [Internet]. 2009 jul [citado 2021 sep. 23]; 18(2): 97-112. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200002&lng=es).
35. Martín-Quintana Juan Carlos, Márquez Chaves M.<sup>a</sup> Luisa, Rodrigo López M.<sup>a</sup> José, Lyme Sonia, Rodríguez Ruiz Beatriz, Rodríguez Suárez Guacimara. Programas de Educación Parental. Psicosocial Intervención [Internet]. 2009 jul [citado 2021 sep. 23]; 18(2): 121-133. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200004&lng=es)
36. López-Candiani, Carlos. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 513-517. Recuperado en 22 de septiembre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es)



37. Aparicio Santiago Guadalupe Leticia, Ponce Gómez Gandhi, Carmona Mejía Beatriz. Cuidados a la piel del niño y factores de riesgo. *Enfermería. Univ.* [revista en la 33.- Internet]. 2010 sep. [citado 2021 sep. 23]; 7(3): 07-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000300002&lng=es).
38. Silva, Daniela Odnicki da et al. Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermería* [online]. 2007, v. 15, n. 5 [Accedido 4 octubre 2021], pp. 1010-1017. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>>. Pub. 17 Dic 2007. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>.
39. Vera Navarro Liliana. PRURITO COMO MANIFESTACIÓN DE MÚLTIPLES PROCESOS, SU ENFOQUE Y TERAPÉUTICA. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2012 [citado 2021 Oct 04];18(2): 59-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200011&lng=es).
40. Contreras-de-la-Fuente Hilda Saray, Castillo-Arcos Libia del Carmen, Álvarez-Aguirre Alicia. Confort neonatal del recién nacido pretérmino. *Índex Enfermería* [Internet]. 2017 dic [citado 2021 Oct 20]; 26(4): 280-284. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300009&lng=es)
41. Cerda Muñoz Lucila. Lactancia materna y gestión del cuidado. *Rev. Cubana Enfermería* [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Oct 19] ; 27( 4 ): 327-336. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es).
42. Cuadros-Mendoza, CA, Vichido-Luna, MA, Montijo-Barrios, E, Zárate-Mondragón, F, Cadena-León, JF, Cervantes-Bustamante, R, Toro-Monjárez, E, & Ramírez-Mayans, JA. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México*, 38(3), 182-201. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>
43. Puente Perpiñán Magali, Suastegui Pando Ariza, Andión Rente Meibol Leydi, Estrada Ladoy, de los Reyes Losada Alina. Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de lactantes. *MEDISAN* [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Oct 19] ; 24( 6 ): 1128-1142. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000601128&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000601128&lng=es). Pub. 30-Nov-2020.



44. López-Candiani, Carlos. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 513-517. Recuperado en 20 de octubre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es).
45. Jiménez Ortega Ana Isabel, Martínez García Rosa María, Velasco Rodríguez-Belvis Marta, Ruiz Herrero Jana. De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 20]; 34(Suppl4): 3-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112017001000002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000002&lng=es). <https://dx.doi.org/10.20960/nh>.