

DÉCIMA EDICIÓN

WONG

ENFERMERÍA

PEDIÁTRICA

MARILYN J. HOCKENBERRY | DAVID WILSON | CHERYL C. RODGERS




ELSEVIER

Wong. Enfermería Pediátrica

DÉCIMA EDICIÓN



Marilyn J. Hockenberry, PhD, RN,
PPCNP-BC, FAAN

*Bessie Baker Professor of Nursing and Professor of Pediatrics
Associate Dean for Research Affairs
Chair, Duke Institutional Review Board
Duke University
Durham, North Carolina*

David Wilson, MS, RNC-NIC (fallecido)

*Staff
Children's Hospital at Saint Francis
Tulsa, Oklahoma*



Cheryl C. Rodgers, PhD, RN, CPNP, CPON

*Assistant Professor
Duke University School of Nursing
Durham, North Carolina*



Índice de capítulos

Cubierta

Portada

Página de créditos

Colaboradores

Revisores

Dedicatoria

Prólogo

Herramientas especiales

Agradecimientos

Unidad 1: Los niños, sus familias y el profesional de enfermería

1: Perspectivas de la enfermería pediátrica

2: Influencias familiares, sociales, culturales y religiosas en el fomento de la salud infantil

Conceptos generales

Estructura y función familiar

Roles y relaciones familiares

Roles parentales

Paternidad

Situaciones especiales de paternidad

Influencias socioculturales en el niño y la familia

Influencias del entorno

Influencias socioculturales más amplias en el niño y la familia

Comprender las culturas en el encuentro sanitario

Creencias y prácticas en materia de salud

3: Influencias genéticas y del desarrollo en el fomento de la salud infantil

Crecimiento y desarrollo

Desarrollo de la personalidad y función cognitiva

Función del juego en el desarrollo

Valoración del desarrollo

Factores genéticos que influyen en el desarrollo

Unidad 2: Valoración del niño y de la familia

4: Comunicación y valoración física del niño y de la familia

Directrices para la comunicación y la entrevista

Comunicación con la familia

Anamnesis

Valoración nutricional

Abordajes generales para la exploración del niño

Exploración física

5: Valoración y tratamiento del dolor en los niños

Valoración del dolor

Valoración del dolor en poblaciones específicas

Tratamiento del dolor

Estados dolorosos frecuentes en niños

6: Enfermedades infecciosas y transmisibles de la infancia

Control de infecciones

Enfermedades transmisibles

Enfermedades intestinales parasitarias

Infecciones de la piel

Trastornos sistémicos relacionados con lesiones cutáneas

Unidad 3: Atención del recién nacido centrada en la familia

7: Fomento de la salud del recién nacido y la familia

Adaptación a la vida extrauterina

8: Problemas de salud de los recién nacidos

Lesiones obstétricas

Deformidades craneales

Problemas frecuentes del recién nacido

Atención de enfermería del recién nacido de alto riesgo y su familia

Alto riesgo relacionado con inmadurez

Alto riesgo relacionado con factores fisiológicos

Alto riesgo relacionado con procesos infecciosos

Alto riesgo relacionado con afecciones maternas

Evaluación y asesoramiento genético

Unidad 4: Atención del lactante centrada en la familia

9: Fomento de la salud del lactante y su familia

Fomento del crecimiento y desarrollo óptimo

Fomento de una salud óptima durante la lactancia

10: Problemas de salud de los lactantes

Desequilibrios nutricionales

Problemas de salud vinculados con la nutrición

Trastornos cutáneos

Problemas especiales de salud

Unidad 5: Atención del niño pequeño centrada en la familia

11: Fomento de la salud del niño pequeño y su familia

Fomento de un crecimiento y un desarrollo óptimos

Fomento de una salud óptima en el niño pequeño

12: Fomento de la salud del niño en edad preescolar y su familia

Fomento de un crecimiento y un desarrollo óptimos

13: Problemas de salud de los niños pequeños y los niños en edad preescolar

Problemas de sueño

Trastornos cutáneos por contacto con sustancias físicas o químicas

Trastornos cutáneos por contacto con animales

Lesiones térmicas

Ingesta de sustancias lesivas

Maltrato infantil

Unidad 6: Atención centrada en la familia para el niño en edad escolar y el adolescente

14: Fomento de la salud del niño en edad escolar y su familia

Fomento de un crecimiento y un desarrollo óptimos

15: Fomento de la salud del adolescente y su familia

Fomento de un crecimiento y un desarrollo óptimos

Fomento de una salud óptima durante la adolescencia

16: Problemas de salud de escolares y adolescentes

Problemas de salud de los escolares

Problemas de salud de los adolescentes

Unidad 7: Atención centrada en la familia del niño con necesidades especiales

17: Calidad de vida de los niños que viven con enfermedades crónicas o complejas

Enfoques en la atención a niños y familias que viven con o fallecen por enfermedades crónicas o complejas

Familia del niño con una enfermedad crónica o compleja

Niño con una enfermedad crónica o compleja

Atención de enfermería a la familia y al niño con una enfermedad crónica o compleja

Perspectivas sobre la atención de niños al final de su vida

Atención de enfermería del niño y su familia al final de la vida

18: Impacto de la discapacidad cognitiva o sensorial en el niño y su familia

Discapacidad cognitiva

Discapacidad sensorial

Discapacidad comunicativa

Unidad 8: Niño hospitalizado

19: Cuidados centrados en la familia del niño enfermo y hospitalizado

Factores estresantes de la hospitalización y reacciones de los niños

Factores estresantes y reacciones de la familia del niño hospitalizado

Cuidados de enfermería del niño hospitalizado

Atención de enfermería a la familia

Cuidado del niño y su familia en situaciones especiales del hospital

20: Variaciones de las intervenciones de enfermería con pacientes pediátricos

Conceptos generales relacionados con procedimientos pediátricos

Cuidado de la piel e higiene general

Seguridad

Posicionamiento para procedimientos

Obtención de muestras

Administración de medicamentos

Mantenimiento del equilibrio hídrico

Técnicas de alimentación por vías alternativas

Procedimientos relacionados con la eliminación

Procedimientos para mantener la función respiratoria

Unidad 9: Niño con problemas relacionados con la transferencia de oxígeno y nutrientes

21: Niño con disfunción respiratoria

Infecciones respiratorias

Infecciones del aparato respiratorio superior

Síndromes de crup

Infecciones de las vías respiratorias inferiores

Otras infecciones del aparato respiratorio

Disfunción pulmonar causada por irritantes no infecciosos

Disfunción respiratoria crónica

Urgencias respiratorias

22: Niño con disfunción digestiva

Distribución de los líquidos corporales

Trastornos digestivos

Trastornos inflamatorios

Trastornos hepáticos

Defectos estructurales

Trastornos obstructivos

Síndromes de malabsorción

Unidad 10: Niño con problemas relacionados con la producción y circulación de la sangre

23: Niño con disfunción cardiovascular

Disfunción cardiovascular

Cardiopatía congénita

Consecuencias clínicas de las cardiopatías congénitas

Atención de enfermería del niño con cardiopatía congénita y su familia

Trastornos cardiovasculares adquiridos

Trasplante cardíaco

Disfunción vascular

24: Niño con disfunción hematológica o inmunológica

Disfunción hematológica e inmunológica

Trastornos de los glóbulos rojos

Alteraciones en la hemostasia

Trastornos de deficiencia inmunológica

Abordaje tecnológico de trastornos hematológicos e inmunológicos

25: Niño con cáncer

Cáncer en niños

Abordaje de la atención de enfermería

Cánceres de la sangre y del sistema linfático

Tumores del sistema nervioso

Tumores óseos

Otros tumores sólidos

Supervivientes de cánceres infantiles

Unidad 11: Niño con alteración de los mecanismos reguladores

26: Niño con disfunción genitourinaria

Disfunción genitourinaria

Defectos externos del tracto genitourinario

Enfermedad glomerular

Otros trastornos renales

Insuficiencia renal

Control tecnológico de la insuficiencia renal

27: Niño con disfunción cerebral

Disfunción cerebral

Evaluación del estado neurológico

Niño con afectación cerebral

Traumatismo craneoencefálico

Infecciones intracraneales

Trastornos convulsivos

Malformaciones cerebrales

28: Niño con disfunción endocrina

Sistema endocrino

Trastornos de la función hipofisaria

Trastornos de la función tiroidea

Trastornos de la función paratiroidea

Hipoparatiroidismo

Trastornos de la función suprarrenal

Trastornos de la secreción de hormonas pancreáticas

Unidad 12: Niño con problema que interfiere en la movilidad física

29: Niño con disfunción musculoesquelética o articular

Niño inmovilizado

Lesión traumática

Participación en deportes y lesión

Defectos congénitos y adquiridos

Defectos adquiridos

Infecciones de huesos y articulaciones

Artropatías

30: Niño con disfunción neuromuscular o muscular

Enfermedades neuromusculares o musculares congénitas

Enfermedades neuromusculares adquiridas

Respuestas para los estudios de caso con pensamiento crítico

Índice alfabético

Página de créditos



Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Hockenberry: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, tenth edition

Copyright © 2017 by Elsevier, Inc. All rights reserved.

Previous editions copyrighted 2013, 2009, 2005, 2001, 1997, 1993, 1989, 1985, 1982.

ISBN: 978-0-323-35316-8

This translation of *Hockenberry: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 10e*, by Marilyn J. Hockenberry, David Wilson, and Cheryl C. Rodgers, was undertaken by Elsevier España, S.L.U., and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta traducción de *Hockenberry: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 10.ª ed.*, de Marilyn J. Hockenberry, David Wilson y Cheryl C. Rodgers, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U., y se publica con el permiso de Elsevier Inc.

Wong. Enfermería pediátrica, 10.ª ed., de Marilyn J. Hockenberry, David Wilson y Cheryl C. Rodgers.

©2020 Elsevier España, S.L.U.

ISBN: 978-84-9113-512-8

eISBN: 978-84-9113-530-2

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún

fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U., bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidas en esta obra.

Revisores científicos:

Dra. Eva María Gabaldón Bravo

Profesora del área de Fundamentos de Enfermería
Coordinadora Académica del Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

David Monasor Ortolá

Profesor del área de Enfermería Pediátrica
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Dra. Ana Lucía Noreña Peña

Profesora del área de Enfermería Pediátrica
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Servicios editoriales: *GEA CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.*

Depósito legal: B 18916-2019

Impreso en España

UNIDAD 1

Los niños, sus familias y el profesional de enfermería

Capítulo 1: Perspectivas de la enfermería pediátrica

Capítulo 2: Influencias familiares, sociales, culturales y religiosas en el fomento de la salud infantil

Capítulo 3: Influencias genéticas y del desarrollo en el fomento de la salud infantil

Perspectivas de la enfermería pediátrica

Marilyn J. Hockenberry

Atención sanitaria para niños

El principal objetivo de la enfermería pediátrica es mejorar la calidad de la atención sanitaria de los niños y sus familias. En 2014, casi 75 millones de niños de 0 a 17 años vivían en EE. UU., lo que suponía el 24% de la población ([Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2015](#)). El estado de salud de los niños en EE. UU. ha mejorado en ciertas áreas. Por ejemplo, ha aumentado el índice de vacunación de todos los niños, ha disminuido el número de madres adolescentes y han mejorado los resultados de la salud infantil. El 2015, *America's Children in Brief—Indicators of Well-Being* revela que los nacimientos pretérmino disminuyeron por séptimo año consecutivo y que el número de madres adolescentes alcanzó su mínimo histórico. Mejoraron los resultados medios de los estudiantes de 3.º de primaria y 2.º de secundaria en matemáticas y se redujo el número de jóvenes víctimas de crímenes violentos. Aunque el número de niños que viven en condiciones de pobreza se redujo ligeramente en 2013, el índice general sigue alto, en torno al 22%. El porcentaje de niños con al menos un progenitor con un empleo a tiempo completo todo el año aumentó ligeramente (v. cuadro «Enfoque de investigación») ([Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2015](#)).



Enfoque de investigación

National Children's Study

El National Children's Study es el estudio prospectivo a largo plazo de mayor tamaño sobre salud y desarrollo infantil llevado a cabo en EE. UU. El estudio se diseñó para seguir a 100.000 niños y sus familias desde el nacimiento hasta los 21 años con el fin de comprender la relación entre el entorno de los niños y su desarrollo, y su salud física y emocional (Duncan, Kirkendall y Citro, 2014). Los investigadores esperan que un estudio de esta magnitud proporcione información que permita identificar intervenciones innovadoras para familias, niños y profesionales sanitarios que permitan erradicar dietas poco saludables, la caries dental y la obesidad infantil, así como lograr una reducción significativa de la violencia, las lesiones, el abuso

de sustancias y los trastornos mentales en los niños de la nación. Este estudio respalda los principales objetivos del Healthy People 2020 sobre la mejora de la calidad y los años de vida sana y la eliminación de las desigualdades en materia de salud relacionadas con la raza, la etnia y el estado socioeconómico (US Department of Health and Human Services, 2013a).

Millones de niños y sus familias no disponen de seguro médico, lo que lleva a la falta de acceso a los servicios de atención y de fomento de la salud. Además, las desigualdades en la atención pediátrica están relacionadas con la raza, la etnia y el estado socioeconómico, y los factores geográficos (Flores y Lesley, 2014). Los patrones de salud infantil están diseñados por los avances médicos y las tendencias sociales. Las prioridades más urgentes en la salud y la asistencia sanitaria de los niños de EE. UU. son el foco de atención de las nuevas prioridades en las políticas (cuadro 1-1).

Cuadro 1-1 Prioridades en salud y atención sanitaria en los niños americanos

Pobreza
Hambre
Falta de seguro médico
Negligencia y abuso infantil
Sobrepeso y obesidad
Lesiones y muertes por armas de fuego
Salud mental
Desigualdades raciales y étnicas
Inmigración

Adaptado de Flores G, Lesley B: Children and US federal policy on health and health care: seen but not heard, *JAMA Pediatr* 168(12):1155-1163, 2014.

Fomento de la salud

El fomento de la salud infantil proporciona oportunidades para reducir las diferencias en el actual estado de salud de los miembros de los diferentes grupos y garantizar la igualdad de oportunidades y recursos para permitir que todos los niños alcancen todo su potencial de salud. Los indicadores de salud principales de Healthy People 2020 (cuadro 1-2) proporcionan un marco para la identificación de los elementos esenciales de los programas de fomento de la salud infantil diseñados para prevenir futuros problemas de salud en los niños de nuestra nación. Bright Futures es una iniciativa nacional de fomento de la salud cuyo objetivo es mejorar la salud de los niños de la nación (Bright Futures, 2014). Los objetivos principales de la línea de trabajo de Bright Futures son fomentar el apoyo familiar, el desarrollo infantil, la

salud mental, una nutrición sana que lleve a un peso adecuado, la actividad física, la salud oral, una sexualidad y un desarrollo sexual sanos, la seguridad y la prevención de lesiones, y la importancia de los recursos y las relaciones comunitarias.* En este libro se discuten estrategias de fomento de la salud adecuadas al desarrollo. Entre los temas clave para el fomento de la salud infantil en todos los grupos de edad está favorecer el desarrollo, la nutrición y la salud oral. Las recomendaciones de Bright Futures para la prevención sanitaria en lactantes, niños y adolescentes se encuentran en los [capítulos 9, 11, 14 y 15](#).

Cuadro 1-2 Healthy People 2020

Objetivos

Mejorar la calidad y aumentar el tiempo de vida sana
Eliminar las desigualdades en materia de salud

Indicadores de salud principales

Actividad física
Sobrepeso y obesidad
Tabaquismo
Consumo de sustancias
Conductas sexuales responsables
Salud mental
Lesión y violencia
Calidad del entorno
Vacunación
Acceso a la asistencia sanitaria

Tomado de US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion: *Healthy People 2020*, 2013, <http://www.healthypeople.gov/>.

Desarrollo

El fomento de la salud integra la vigilancia de los cambios físicos, psicológicos y emocionales que ocurren en los seres humanos entre el nacimiento y el final de la adolescencia. Los procesos del desarrollo son únicos en cada fase del mismo, y la valoración y el cribado continuos son esenciales para una intervención precoz cuando aparecen problemas. El avance más drástico del desarrollo físico, motor, cognitivo, emocional y social tiene lugar durante el primer año de vida. Las interacciones entre el progenitor y el lactante son básicas para favorecer unos resultados óptimos

del desarrollo y son un componente clave en la valoración del lactante. Durante la fase inicial de la infancia, la pronta identificación del retraso en el desarrollo es crítica para iniciar intervenciones tempranas. Las estrategias de orientación previa garantizan que los padres sean conscientes de las necesidades específicas en cada etapa del desarrollo. La vigilancia continua durante la etapa media de la infancia proporciona oportunidades para reforzar capacidades cognitivas y emocionales, habilidades comunicativas, autoestima e independencia. El reconocimiento de que los adolescentes difieren en gran medida en cuanto a la madurez física, social y emocional es importante para su vigilancia en este período del desarrollo.

Nutrición

La nutrición es un componente esencial de un crecimiento y un desarrollo sanos. La leche materna es la forma de nutrición preferida por todos los lactantes. La lactancia proporciona al lactante micronutrientes, propiedades inmunitarias y varias enzimas que mejoran la digestión y la absorción de estos nutrientes. La lactancia ha resurgido recientemente gracias a la educación de los padres sobre sus beneficios y a un mayor apoyo social.

Los niños adquieren los hábitos de alimentación que tendrán toda la vida durante los primeros 3 años de vida, y el profesional de enfermería es decisivo para educar a los padres sobre la importancia de la nutrición. La mayoría de las preferencias y las actitudes relacionadas con la alimentación vienen determinadas por la cultura y las influencias familiares. Durante la adolescencia, la influencia parental disminuye y el adolescente toma sus decisiones sobre alimentación en función de la sociabilidad y la aceptación de sus compañeros. En ocasiones, estas elecciones son negativas para adolescentes con enfermedades crónicas, como diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión, factores de riesgo cardiovascular y enfermedad renal.

Las familias que tienen dificultades por ingresos bajos, indigencia o migración suelen carecer de recursos para proporcionar a los niños una ingesta alimentaria adecuada, alimentos nutritivos, como frutas y verduras frescas, y una ingesta proteica adecuada (Flores y Lesley, 2014). El resultado son carencias nutricionales y los consecuentes retrasos en el crecimiento y el desarrollo, depresión y problemas de conducta.

Salud oral

La salud oral es un componente esencial del fomento de la salud durante la lactancia, la infancia y la adolescencia. La prevención de la caries dental y el desarrollo de hábitos orales saludables deben instaurarse pronto en la infancia. La caries dental es la enfermedad crónica más habitual de la infancia. El National Surveys of Children's Health más reciente reveló que los niños de minorías sufren desigualdades en materia de salud oral y tienen más probabilidad de tener una enfermedad dental (Flores y Lin, 2013). La forma más habitual de enfermedad dental temprana es la caries en la primera

infancia, que puede aparecer antes del primer cumpleaños y evolucionar hacia el dolor y la infección en los primeros 2 años de vida (Kagihara, Niederhauser y Stark, 2009). Los niños en edad preescolar de las familias con escasos ingresos tienen el doble de probabilidad de presentar caries dental y tan solo la mitad de visitar al dentista que otros niños. Las caries de la primera infancia pueden prevenirse, y los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la educación de los niños y sus padres para practicar la higiene dental, desde la salida del primer diente, beber agua fluorada, incluida agua embotellada, y establecer un cuidado dental preventivo precoz. Las prácticas de salud oral establecidas durante los primeros años del desarrollo previenen la enfermedad periodontal destructiva y la caries dental.

Problemas de salud durante la infancia

Los cambios en la sociedad moderna, incluidos los avances médicos y tecnológicos, la proliferación de los sistemas informáticos, las dificultades por las desigualdades en los seguros médicos, los tiempos problemáticos a nivel económico y los diversos cambios e influencias negativas en la familia, llevan a problemas médicos significativos que afectan a la salud de los niños (Berdahl, Friedman, McCormick, et al., 2013; Leslie, Slaw, Edwards, et al., 2010). La nueva morbilidad, también conocida como *enfermedad social pediátrica*, hace referencia a los problemas educativos, sociales y conductuales a los que se enfrentan los niños. Entre los problemas que pueden influir negativamente en el desarrollo del niño están la pobreza, la violencia, la agresión, el incumplimiento del tratamiento, el fracaso escolar y la adaptación a una separación o un divorcio de los padres. Además, los problemas mentales suponen un reto en la infancia y la adolescencia. La atención se ha centrado recientemente en los grupos de niños de máximo riesgo, como niños prematuros o niños nacidos con bajo o muy bajo peso al nacer (BPN o MBPN), niños que acuden a centros infantiles, niños que viven en la pobreza o sin techo, niños de familias inmigrantes, y niños con discapacidades y enfermedades crónicas médicas y psiquiátricas. Además, estos niños y sus familias se enfrentan a múltiples barreras para obtener una buena atención sanitaria, dental y psiquiátrica. En los siguientes epígrafes se presentan varios problemas de salud a los que se enfrentan los niños y los principales desafíos que estos suponen para el personal de enfermería pediátrica.

Obesidad y diabetes de tipo 2

La obesidad infantil, el problema nutricional más habitual entre los niños americanos, está adquiriendo proporciones endémicas (Martin, Saunders, Shenkin, et al., 2014; Giannini y Caprio, 2012). La obesidad en los niños y adolescentes viene definida por un índice de masa corporal (IMC) situado en el percentil 95, o por encima de este, para los jóvenes de la misma edad y mismo sexo. El sobrepeso se define como un IMC por encima del percentil 85 y por debajo del 95 para niños y adolescentes de la misma edad y mismo

sexo. Más del 30% de los niños americanos tienen sobrepeso, y el 17% son obesos (Flores y Lesley, 2014).

Los avances en la tecnología y el entretenimiento, como la televisión, los ordenadores y los videojuegos, han contribuido al crecimiento del problema de la obesidad infantil en EE. UU. En el National Longitudinal Study of Adolescent Health se vio que las horas pasadas delante de la pantalla (televisión, vídeo u ordenador) interactúan con factores genéticos y condicionan cambios en el IMC (Graff, North, Monda, et al., 2011). La falta de actividad física debida a la limitación de los recursos, la inseguridad de los entornos y la inadecuación de las instalaciones para el ejercicio y el juego, combinada con el fácil acceso a la televisión y los videojuegos, provoca un aumento en la incidencia de obesidad entre los niños pertenecientes a minorías o con ingresos bajos. Los jóvenes con sobrepeso corren un mayor riesgo de sufrir en el futuro cambios cardiometabólicos (un conjunto de factores cardiovasculares que incluyen hipertensión, alteración del metabolismo de la glucosa, dislipidemia y obesidad abdominal) (Weiss, Bremer y Lustig, 2013) (fig. 1-1). El US Department of Health and Human Services (2013a) sugiere que los profesionales de enfermería se centren en las estrategias preventivas para reducir la incidencia de niños con sobrepeso del actual 20% en todos los grupos étnicos a menos del 6%. En la actualidad, se están enfatizando las estrategias preventivas que comienzan en el primer año de vida e incluso en el período prenatal. Las intervenciones sobre el estilo de vida constituyen una promesa para la prevención de la obesidad y la reducción de su prevalencia si se dirigen a niños de entre 6 y 12 años de edad (Martin, Saunders, Shenkin, et al., 2014; Waters, de Silva-Sanigorski, Hall, et al., 2011).



FIGURA 1-1 La elevada ingesta de calorías y grasas en la sociedad americana contribuye a la obesidad en los niños.

Lesiones en la infancia

Las lesiones son la causa más habitual de muerte y discapacidad en niños en EE. UU. ([Centers for Disease Control and Prevention, 2013](#)) (tabla 1-1). Los índices de mortalidad por suicidio, intoxicación y caídas aumentaron sustancialmente en la última década. El suicidio ha superado los accidentes de vehículos motorizados (AVM) como primera causa de mortalidad por lesiones ([Rockett, Regier, Kapusta, et al., 2012](#)). Otras lesiones involuntarias (traumatismos craneales, ahogamientos, quemaduras y accidentes por armas de fuego) se llevan cada día la vida de muchos niños. La puesta en práctica de programas de prevención de accidentes y fomento de la salud puede prevenir muchas lesiones y víctimas infantiles.

Tabla 1-1

Mortalidad derivada de los principales tipos de lesiones accidentales, EE. UU., 1997 (índice por 100.000 individuos de cada grupo de edad)

Tipo de accidente	EDAD (AÑOS)			
	< 1	1-4	5-14	15-24
Varones				
Todas las causas	716,4	31,2	15,9	108,8
Lesiones accidentales (todos los tipos)	33,3	10,5	5,8	48,1
Vehículo motorizado	2,8 (2)	3 (2)	3 (1)	29,5 (1)
Ahogamiento	1,1 (4)	3,4 (1)	0,9 (2)	2,3 (3)
Fuego y quemaduras	0,5 (5)	1,1 (3)	0,5 (3)	0,4 (5)
Armas de fuego	—	—	—	—
Atragantamiento	1,7 (3)	0,5 (5)	—	—
Caídas	—	—	—	0,9 (4)
Asfixia mecánica	25 (1)	0,6 (4)	0,2 (4)	—
Intoxicación	—	—	0,1 (5)	11,2 (2)
Resto de lesiones accidentales	4,6	1,9	1	3,8
Porcentaje de todas las muertes que suponen los accidentes	4,6%	33,7%	36,5%	44,2%
Mujeres				
Todas las causas	591,7	24,7	12	39,2
Lesiones accidentales (todos los tipos)	28	6,9	3,4	16,6
Vehículo motorizado	2 (2)	2,4 (1)	2 (1)	11,7 (1)
Ahogamiento	0,9 (4)	1,8 (2)	0,4 (2)	0,3 (3)
Fuego y quemaduras	0,4 (5)	0,9 (3)	0,4 (2)	0,3 (3)
Armas de fuego	—	—	—	—
Atragantamiento	1,1 (3)	0,3 (4)	—	—
Caídas	—	—	—	0,2 (5)
Asfixia mecánica	21,4 (1)	0,3 (4)	0,1 (4)	—
Intoxicación	—	—	0,1 (4)	3,4 (2)
Resto de lesiones accidentales	2,1	1,1	0,4	0,8
Porcentaje de todas las muertes que suponen los accidentes	4,7%	27,9%	28,3%	42,3%

Adaptado del National Safety Council: *Injury facts, 2012 Edition*, Itaska, IL, 2012 Author. Datos tomados del National Center for Health Statistics and US Census Bureau.

El tipo de lesión y las circunstancias acompañantes están íntimamente relacionados con el crecimiento y el desarrollo normal (cuadro 1-3). A medida que los niños crecen, su curiosidad innata les lleva a investigar el entorno y a emular el comportamiento de otros. Aunque sea esencial para adquirir competencias como adulto, también predispone a los niños a múltiples riesgos.

Cuadro 1-3 Lesiones infantiles: factores de riesgo

- Sexo: predominio en varones, como resultado principalmente de las características de su comportamiento, especialmente agresividad

- Temperamento: niños con temperamentos difíciles, especialmente persistencia, alto grado de actividad y reacciones negativas a nuevas situaciones
- Estrés: predispone a los niños a asumir riesgos mayores y conductas autodestructivas. Falta general de autoprotección
- Consumo de alcohol y drogas: asociado a una mayor incidencia de lesiones por vehículo motorizado, ahogamientos, homicidios y suicidios
- Antecedentes de lesiones previas: mayor probabilidad de sufrir otra lesión, especialmente si la lesión inicial precisa hospitalización
- Características del desarrollo
 - Discrepancia entre el nivel de desarrollo del niño y la habilidad necesaria para la actividad (p. ej., vehículos todo terreno)
 - Curiosidad natural para explorar el entorno
 - Deseo de autoafirmación y de desafiar las normas
 - En los niños de más edad, deseo de obtener la aprobación de sus compañeros y de ser aceptados por ellos
- Características cognitivas (específicas de la edad)
 - Lactante: sensorial y motor (explora el entorno mediante el gusto y el tacto)
 - Preescolar: permanencia del objeto (busca activamente el objeto atractivo), causa y efecto (falta de conciencia de los peligros consecuentes), razonamiento transductivo (puede no aprender de las experiencias [p. ej., percibe caerse de un escalón como un tipo de peligro diferente del peligro de trepar a un árbol]), pensamiento mágico y egocéntrico (incapaz de reconocer los riesgos para sí mismos ni para otros)
 - Escolar: procesos cognitivos en transición (incapaz de comprender por completo las relaciones causales), intenta realizar actos peligrosos sin planearlos detalladamente ni tener en cuenta las consecuencias
 - Adolescente: operaciones formales (se preocupa por el pensamiento abstracto y pierde de vista la realidad), lo que puede llevar a sentimientos de invulnerabilidad
- Características anatómicas (especialmente niños pequeños)
 - Cabeza grande: predisposición a traumatismo craneal
 - Hígado y bazo grandes con un arco costal ancho: predisposición a traumatismos directos sobre estos órganos
 - Cuerpo pequeño y delgado: puede lanzarse fácilmente, especialmente dentro de un vehículo en movimiento
- Otros factores: pobreza, estrés familiar (p. ej., enfermedad materna, cambio reciente en el entorno), cuidado externo del niño de mala calidad, madre joven, bajo nivel educativo de la madre, varios hermanos

La fase del desarrollo del niño determina parcialmente los tipos de lesiones

que son más probables a una edad determinada y nos proporciona pistas para establecer medidas preventivas. Por ejemplo, los lactantes están indefensos en cualquier entorno. Cuando comienzan a rodar o a impulsarse, pueden caer de superficies desprotegidas. El lactante que gatea, que tiene una tendencia natural a llevarse objetos a la boca, corre riesgo de broncoaspiración o intoxicación. El lactante que camina, con el instinto de explorar e investigar y su capacidad para correr y trepar, puede sufrir caídas, quemaduras y colisiones con objetos. A medida que los niños crecen, cuando están absorbidos por el juego son ajenos a los riesgos del entorno, como el tráfico o el agua. La necesidad de integrarse y ser aceptados impulsa a los niños de más edad y a los adolescentes a aceptar retos y desafíos. Aunque el índice de lesiones en niños de menos de 9 años es alto, la mayoría de las lesiones mortales tienen lugar en la última fase de la infancia y en la adolescencia.

El patrón de muertes causadas por lesiones accidentales, especialmente por AVM, ahogamientos y quemaduras es considerablemente similar en la mayoría de las sociedades occidentales. La [tabla 1-1](#) presenta las causas principales de muerte por lesiones en cada grupo de edad en función del sexo. La mayoría de las muertes por lesiones tienen lugar en varones. Es importante señalar que las muertes por accidente siguen triplicando las muertes por cualquier otra causa en adolescentes ([Annie E Casey Foundation, 2014](#)). Afortunadamente, las estrategias de prevención, como el empleo de sujeciones en el coche, cascos para la bicicleta y detectores de humo, han reducido significativamente las muertes infantiles. No obstante, la causa aplastante de muerte infantil son los AVM como pasajero, peatón, ciclista o motorista, que son responsables de más de la mitad de todas las muertes por lesiones ([Centers for Disease Control and Prevention, 2014](#)) ([fig. 1-2](#)).



FIGURA 1-2 Las lesiones por vehículos motorizados son la principal causa de muerte en niños de más de 1 año. La mayoría de las víctimas son pasajeros sin sujeción.

Los accidentes peatonales en niños suponen un número significativo de muertes relacionadas con vehículos motorizados. La mayoría de estos accidentes tienen lugar en intersecciones, cruces, caminos de acceso a la casa y aparcamientos. Las lesiones en los caminos de acceso a la casa suelen afectar a niños pequeños e implicar vehículos de gran tamaño dando marcha atrás.

Las lesiones de bicicleta también son responsables de algunas muertes infantiles. Los niños de entre 5 y 9 años son los que corren más riesgo de ser víctimas mortales en los accidentes de bicicleta. La mayoría de las muertes en estos accidentes son consecuencia de traumatismos craneales ([Centers for Disease Control, 2014](#)). Los cascos reducen en gran medida el riesgo de lesión cerebral, pero son pocos los niños que lo llevan. Las campañas comunitarias para el uso del casco de la bicicleta y las leyes de uso obligatorio han logrado un aumento significativo de su empleo. Aun así, factores como la estética, la comodidad y la aceptación social siguen siendo importantes para no usarlo. Los profesionales de enfermería pueden educar a los niños y a sus familias en materia de seguridad como peatones y ciclistas. En especial, los profesionales de la enfermería escolar pueden fomentar el uso del casco y animar a los líderes a servir como modelo.

Los ahogamientos y las quemaduras están entre las tres causas principales de muerte infantil, tanto en niños como en niñas ([fig. 1-3](#)). Además, el uso inadecuado de armas de fuego es una importante causa de muerte entre los varones ([fig. 1-4](#)). Durante el primer año de vida, mueren más niños por broncoaspiración o asfixia que niñas ([fig. 1-5](#)). Cada año, más de 500.000 niños de hasta 5 años sufren una posible intoxicación secundaria a medicamentos ([Bond, Woodward y Ho, 2011](#)). En la actualidad, se llevan más

niños al servicio de urgencias por sobredosis involuntarias de medicación. Alrededor del 95% de las visitas a urgencias relacionadas con medicación en niños menores de 5 años se deben a la ingestión de medicamentos cuando no estaban vigilados (Budnitz y Salis, 2011) (fig. 1-6). La intoxicación voluntaria, debida al consumo de alcohol o drogas o a intentos de suicidio, es la segunda causa de muerte en mujeres adolescentes y la tercera en adolescentes varones.

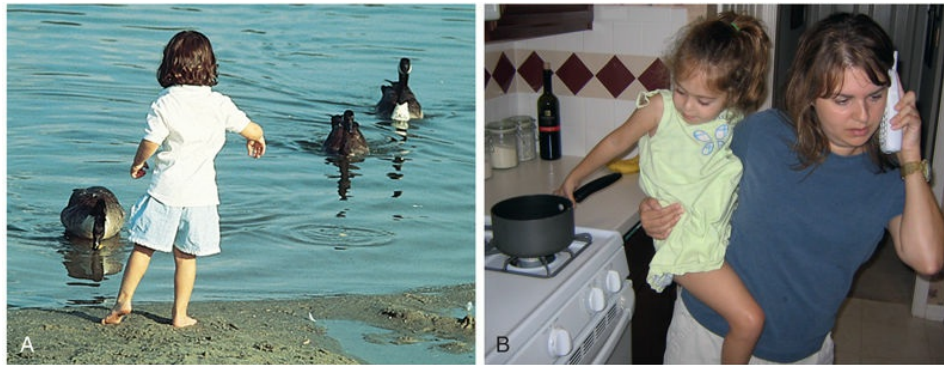


FIGURA 1-3 A. El ahogamiento es una de las principales causas de muerte. Dejar a los niños sin vigilancia, incluso en aguas superficiales, no es seguro. B. Las quemaduras están entre las tres causas principales de muerte por lesiones en niños de 1 a 14 años.



FIGURA 1-4 El uso inadecuado de armas de fuego es la cuarta causa de muerte

por lesiones en niños de 5 a 14 años. (©2012 Photos.com, a division of Getty Images. Todos los derechos reservados.)



FIGURA 1-5 La asfixia mecánica es la principal causa de muerte por lesiones en lactantes.



FIGURA 1-6 La intoxicación provoca un número de lesiones considerable en niños de menos de 4 años. Nunca deben dejarse medicaciones al alcance de niños pequeños.

Violencia

La violencia juvenil es una preocupación prioritaria y muy visible en todos los sectores de la sociedad americana ([US Department of Health and Human Services, 2013b](#)). Los índices de homicidio son sorprendentemente más altos entre las poblaciones minoritarias, especialmente entre los niños afroamericanos. No se conocen bien las causas de la violencia contra los niños ni de la violencia autoinfligida. Parece que la violencia se introduce en los hogares americanos a través de programas de televisión, anuncios, videojuegos y películas, que contribuyen a desensibilizar a los niños frente a la violencia. La violencia también se introduce en las escuelas gracias a la disponibilidad de pistolas y drogas ilícitas, y a la presencia de bandas. El problema de los homicidios infantiles es extremadamente complejo e implica numerosas influencias sociales y económicas, entre otras. La prevención pasa por comprender mejor los factores sociales y psicológicos que llevan a las altas tasas de homicidios y suicidios. Los profesionales de enfermería deben prestar especial atención a los jóvenes que hacen daño a animales o inician fuegos, están deprimidos, tienen problemas repetidos con la justicia criminal o están relacionados con grupos violentos. La prevención exige la identificación precoz y la intervención terapéutica rápida de profesionales cualificados.

Los profesionales de enfermería pediátricos pueden valorar los factores de riesgo de violencia en niños y adolescentes. Debe educarse a las familias que poseen armas de fuego sobre su uso y su almacenamiento seguro. La presencia de una pistola en el hogar quintuplica el riesgo de suicidio y triplica el de homicidio. Los cambios tecnológicos, como los dispositivos a prueba de niños y los indicadores de carga, pueden mejorar la seguridad de las armas de fuego (v. cuadro «Enfoque comunitario»).



Enfoque comunitario

Violencia en los niños

La violencia en la comunidad ha alcanzado proporciones endémicas en EE. UU. Este problema, grave, afecta a muchos niños y se extiende a la familia, las escuelas y el lugar de trabajo. Los profesionales de enfermería que trabajan con niños y adolescentes y sus familias desempeñan un papel crítico en la reducción de la violencia al realizar la identificación precoz y el reconocimiento de los síntomas de estrés mental y emocional que pueden resultar de estas experiencias.

Los crímenes violentos siguen siendo un problema de salud significativo en los niños, y el homicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años (Annie E Casey Foundation, 2014). Entre los diversos orígenes de la violencia se encuentran factores relacionados con el desarrollo, la pertenencia a bandas, el acceso a armas de fuego, las drogas, los medios de comunicación, la pobreza y los conflictos familiares. A menudo, las víctimas

silenciosas que pasan desapercibidas son niños que presencian actos de violencia en la comunidad. Los estudios sugieren que la exposición crónica a la violencia tiene un efecto negativo en el desarrollo cognitivo, social, psicológico y moral del niño. Del mismo modo, múltiples exposiciones a episodios de violencia no inmunizan a los niños frente a sus efectos negativos. Al contrario, la exposición continuada puede llevar a síntomas prolongados de estrés.

La preocupación nacional por la creciente prevalencia de crímenes violentos ha impulsado a los profesionales de enfermería a participar activamente para garantizar que los niños crezcan en entornos seguros. La enfermería pediátrica tiene una posición que le permite valorar la presencia de signos de exposición a la violencia y sus factores de riesgo en niños y adolescentes. Los profesionales de enfermería también pueden proporcionar estrategias no violentas de resolución de problemas, orientación y derivación a otros profesionales. Estas actividades influyen en la práctica comunitaria y amplían el papel del profesional de enfermería en el entorno sanitario futuro. Son recursos profesionales los siguientes:

National Domestic Violence Hotline

PO Box 161810
Austin, TX 78716
800-799-SAFE
www.ndvh.org

Child Trends

Child Trends Databank: *Teen homicide, suicide, and firearm deaths*, 2015, <http://www.childtrends.org/?indicators=teen-homicide-suicide-and-firearm-deaths>.

Problemas de salud mental

Uno de cada cinco niños sufre problemas mentales, y uno de cada 10 sufre un problema emocional grave que afecta a su funcionalidad diaria (Flores y Lesley, 2014). En la actualidad, las cinco enfermedades crónicas más importantes están relacionadas con problemas de salud mental (Slomski, 2012). Es habitual que en los ámbitos de atención primaria se observen problemas psicosociales en los niños de las áreas rurales (Polaha, Dalton y Allen, 2011). Muchos adolescentes con trastornos de ansiedad y trastornos de control de los impulsos (como trastornos del comportamiento o trastornos de déficit de atención [TDA] o hiperactividad) los desarrollan durante la adolescencia. Los profesionales de enfermería deben estar alerta a los síntomas de enfermedad mental y posibles ideas suicidas, y conocer los posibles servicios de salud mental integrada de alta calidad.

Mortalidad en los lactantes

La tasa de mortalidad en lactantes es el número de muertes durante el primer

año de vida por 1.000 nacidos vivos. Puede dividirse en mortalidad neonatal (< 28 días de vida) y mortalidad posneonatal (de 28 días a 11 meses). En EE. UU., la mortalidad en los lactantes ha sufrido una reducción drástica y se ha colocado en una tasa de aproximadamente 200 muertes de lactantes por 1.000 nacidos vivos ([Center for Disease Control and Prevention, 2014](#)).

Sin embargo, desde una perspectiva mundial, EE. UU. está rezagado con respecto a otros países en materia de reducción de la mortalidad en lactantes. En 2013, EE. UU. ocupó el último puesto de 29 países que registraron 40.000 nacimientos o más. Japón, Finlandia y Noruega cuentan con las tasas más bajas, con EE. UU. en último lugar detrás de Hungría y Eslovaquia (Osterman, Kochanek, MacDorman, et al., 2015).

El peso al nacer se considera el principal determinante de muerte neonatal en los países tecnológicamente desarrollados. La incidencia relativamente alta de BPN (< 2.500 g) en EE. UU. se considera un factor clave para esa tasa de mortalidad neonatal más alta en comparación con otros países. El acceso a cuidados prenatales de calidad y su uso son estrategias preventivas prometedoras para reducir el parto precoz y la mortalidad en los lactantes.

Como muestra la [tabla 1-2](#), muchas de las principales causas de muerte durante el primer año de vida siguen dándose durante el período perinatal. Las primeras cuatro causas (anomalías congénitas, trastornos debidos a un embarazo corto y un BPN inespecífico, muerte súbita del lactante y complicaciones maternas durante el embarazo) son responsables de alrededor de la mitad (52%) de todas las muertes de lactantes de menos de 1 año (Osterman, Kochanek, MacDorman, et al., 2015). Muchas de las anomalías congénitas se asocian a BPN, por lo que una reducción en la incidencia de BPN ayudará a prevenirlas. La mortalidad en lactantes como consecuencia de una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se redujo significativamente durante la década de los noventa.

Tabla 1-2

Índice de mortalidad infantil y porcentaje total de muertes derivadas de las 10 causas principales de muerte infantil en 2013 (índice por 1.000 nacidos vivos)

Puesto	Causa de la muerte (basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a revisión)	Porcentaje	Índice
	Todas las razas, todas las causas	100%	596,1
1	Anomalías congénitas	20,3	121
2	Trastornos relacionados con un embarazo corto y bajo peso al nacer inespecífico	17,9	106,9
3	Recién nacidos afectados por complicaciones maternas del embarazo	6,7	39,7
4	Muerte súbita del lactante	6,1	40,6
5	Accidentes (lesiones accidentales)	4,9	29,4
6	Recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, el cordón y la bolsa	4,1	24,2
7	Sepsis bacteriana del recién nacido	2,5	14,7
8	Dificultad respiratoria del recién nacido	2,2	13,3
9	Enfermedades del sistema circulatorio	2	11,6
10	Hemorragia neonatal	2,1	9,9

Modificado de Osterman MJK, Kochanek KD, MacDorman MF, et al: Annual summary of vital statistics: 2012-2013, *Pediatrics* 135(6): 1115-1125.

Cuando se clasifican las muertes en lactantes en función de la raza, se observa una diferencia preocupante. La mortalidad en los lactantes de raza blanca es considerablemente menor que la de todas las demás razas de EE. UU., y la tasa en los afroamericanos duplica la de los lactantes de raza blanca. La tasa de BPN también es mucho mayor en los lactantes afroamericanos que en cualquier otro grupo. Un detalle alentador es que la diferencia entre las tasas de mortalidad de los lactantes de raza blanca y los demás (no afroamericanos) se ha reducido en los últimos años. Las tasas de mortalidad en los lactantes hispanos, asiáticos e isleños del Pacífico se han reducido drásticamente durante las dos últimas décadas.

Mortalidad infantil

Las tasas de mortalidad en niños de más de 1 año de edad siempre han sido más bajas que las de los lactantes. Los niños de entre 5 y 14 años cuentan con la tasa de mortalidad más baja. Sin embargo, se produce un aumento acentuado durante la última etapa de la adolescencia, principalmente a causa de lesiones, homicidios y suicidios ([tabla 1-3](#)). En 2013, las lesiones accidentales supusieron el 34,4% de las muertes. La segunda causa de muerte fue el homicidio, responsable del 10,7% de las muertes (Osterman, Kochanek, MacDorman, et al., 2015). La tendencia en las diferencias raciales observada en la mortalidad de los lactantes se hace también patente en las muertes infantiles en todas las edades y en ambos sexos. Hay menos muertes en niños blancos de todas las edades, y las muertes de los varones superan a las de las mujeres.

Tabla 1-3

Las cinco causas principales de muerte en niños en EE. UU.: intervalos de edad seleccionados, 2013 (índice por 100.000 individuos)

Puesto	DE 1 A 4 AÑOS		DE 5 A 9 AÑOS		DE 10 A 14 AÑOS		DE 15 A 19 AÑOS	
	Causa	Índice	Causa	Índice	Causa	Índice	Causa	Índice
	Todas las causas	25,5	Todas las causas	11,8	Todas las causas	14,1	Todas las causas	44,8
1	Accidentes	8,3	Accidentes	3,6	Accidentes	3,8	Accidentes	17,3
2	Anomalías congénitas	3	Cáncer	2,2	Cáncer	2,2	Suicidio	8,3
3	Homicidio	2,1	Anomalías congénitas	0,9	Suicidio	1,9	Homicidio	6,6
4	Cáncer	2,1	Homicidio	0,6	Anomalías congénitas	0,8	Cáncer	3
5	Cardiopatía	1,1	Enfermedad respiratoria	0,4	Homicidio	0,7	Cardiopatía	1,4

Modificado de Osterman MJK, Kochanek KD, MacDorman MF, et al: Annual summary of vital statistics: 2012-2013, *Pediatrics* 135(6): 1115-1125.

Después del año de edad, la causa de muerte cambia drásticamente, y las lesiones accidentales (accidentes) son la principal causa desde los primeros años hasta la adolescencia. Las muertes violentas han mostrado un aumento constante en los jóvenes de 10 a 25 años, especialmente en los afroamericanos y los varones. El homicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años (v. [tabla 1-3](#)). Los niños de 12 o más años suelen morir a manos de no familiares (conocidos y bandas, habitualmente de la misma raza) y generalmente por arma de fuego. El suicidio, una forma de violencia contra uno mismo, sigue siendo una causa importante de muerte en los niños y adolescentes de entre 10 y 19 años.

Morbilidad infantil

La enfermedad aguda se define como una enfermedad con síntomas lo suficientemente graves como para limitar la actividad o precisar atención médica. La enfermedad respiratoria constituye alrededor del 50% de todos los trastornos agudos, el 11% están provocados por infecciones y parásitos, y el 15% se deben a lesiones. La principal enfermedad durante la infancia es el catarro común.

El tipo de enfermedades que los niños contraen durante la infancia varía en función de la edad. Por ejemplo, la frecuencia de infecciones de las vías respiratorias superiores y diarrea se reduce con la edad, mientras que la de otros trastornos, como el acné y las cefaleas, aumenta. Los niños que han sufrido un tipo de problema tienen más probabilidad de presentarlo otra vez. La morbilidad no tiene una distribución aleatoria en los niños. La preocupación más reciente se centra en los grupos de niños con mayor

morbilidad: niños indigentes, que viven en la pobreza, con BPN, con enfermedades crónicas, adoptados en el extranjero y niños en centros de día. Son varios los factores que colocan a estos grupos en una situación de riesgo de mala salud. Una causa importante son las barreras para acceder a la atención sanitaria, especialmente para los indigentes, en situación de pobreza y los que tienen problemas de salud crónicos. Otro factor es la mayor supervivencia de niños con problemas de salud crónicos, especialmente lactantes con MBPN.

El arte de la enfermería pediátrica

Filosofía del cuidado

La atención de enfermería a los lactantes, niños y adolescentes está de acuerdo con la definición de la [American Nurses Association \(2010\)](#) de la enfermería como la protección, el fomento y la optimización de la salud y las capacidades, la prevención de la enfermedad y la lesión, el alivio del sufrimiento mediante el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana, y la defensa en el cuidado de los individuos, sus familias y las poblaciones.

Cuidado centrado en la familia

La filosofía del cuidado centrado en la familia reconoce a la familia como la constante en la vida del niño. El cuidado centrado en la familia es un enfoque para la planificación, la administración y la evaluación de la atención sanitaria basado en una relación de beneficio mutuo entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familias ([Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2014](#)). Los profesionales de enfermería apoyan a las familias en sus papeles de cuidadores naturales y en la toma de decisiones reforzando sus puntos fuertes, únicos, y reconociendo su experiencia en el cuidado del niño tanto dentro como fuera del entorno hospitalario. El profesional de enfermería tiene en cuenta las necesidades de todos los miembros de la familia en el cuidado del niño ([cuadro 1-4](#)). Esta filosofía reconoce la diversidad en las estructuras y trasfondos familiares, en sus objetivos, sueños, estrategias y actuaciones, y en las necesidades de información, servicio y apoyo de la familia.

Cuadro 1-4 Elementos clave de la atención centrada en la familia

- Incorporar en las políticas y en la práctica profesional el reconocimiento de que la familia es la constante en la vida del niño, mientras que los sistemas asistenciales y el personal de apoyo de estos sistemas cambian
- Facilitar la colaboración entre la familia y los profesionales a todos los niveles: hospitalario, domiciliario y comunitario:

- Atención del niño
- Desarrollo, ejecución y evaluación del programa
- Elaboración de políticas
- Intercambiar información completa y objetiva con los familiares desde el apoyo en todo momento
- Incorporar a las políticas y la práctica profesional reconocer y honrar la diversidad cultural, los puntos fuertes y la individualidad dentro de la familia y en las distintas familias, lo que incluye la diversidad étnica, racial, espiritual, social, económica, educativa y geográfica
- Reconocer y respetar distintos métodos de afrontamiento y ejecución de políticas y programas que proporcionen apoyo educativo, emocional, ambiental y financiero, así como al desarrollo del niño, para cubrir las distintas necesidades de las familias
- Animar y facilitar el apoyo y la conexión entre familias
- Garantizar que los servicios asistenciales domiciliarios, hospitalarios y comunitarios y los sistemas de apoyo para niños con necesidades de cuidados asistenciales especializados y sus familias sean flexibles, accesibles y completos para responder a las distintas necesidades identificadas por la familia
- Tratar a las familias como familias y a los niños como niños, reconociendo que poseen un amplio abanico de puntos fuertes, problemas, emociones y aspiraciones más allá de sus necesidades de salud especializadas y de asistencia y apoyo al desarrollo

Tomado de Shelton TL, Stepanek JS: *Family-centered care for children needing specialized health and developmental services*. Bethesda, MD, 1994, Association for the Care of Children's Health.

Dos conceptos básicos en el cuidado centrado en la familia son la capacitación y el empoderamiento. Los profesionales capacitan a las familias creando oportunidades y medios para que todos los miembros de la familia muestren las habilidades y las competencias de las que disponen y adquieran otras nuevas para cubrir las necesidades del niño y su familia. El *empoderamiento* describe la interacción de los profesionales y las familias de forma que estas mantengan o adquieran una sensación de control sobre sus vidas y reconozcan cambios positivos como resultado de conductas de ayuda que favorezcan sus propios puntos fuertes, capacidades y actuaciones.

Aunque a lo largo de todo el texto se enfatiza el cuidado de la familia, se resalta en algunos sitios, como en los cuadros de consideraciones culturales y el cuidado centrado en la familia.

Cuidado atraumático

El cuidado atraumático hace referencia a los cuidados terapéuticos

administrados por el personal sanitario en los distintos ámbitos, recurriendo a intervenciones que eliminan o minimizan el esfuerzo físico y el estrés psicológico experimentado por los niños y sus familias en el sistema sanitario. El cuidado terapéutico incluye la prevención, el diagnóstico, el tratamiento o el alivio de trastornos agudos o crónicos. El ámbito hace referencia al lugar en el que se administran los cuidados (domicilio, hospital o cualquier otro ámbito sanitario). El personal incluye a cualquiera que participe directamente en la administración del cuidado terapéutico. Las intervenciones comprenden desde los enfoques psicológicos, como preparar a los niños para una técnica, hasta las intervenciones físicas, como proporcionar espacio a un progenitor en la habitación del niño. El estrés psicológico puede suponer ansiedad, miedo, ira, decepción, tristeza, vergüenza o culpa. El esfuerzo físico va desde la privación del sueño y la inmovilización hasta alteraciones debidas a estímulos sensoriales, como dolor, temperaturas extremas, exceso de ruido, luces brillantes u oscuridad. Así, el cuidado atraumático tiene que ver con el dónde, quién, por qué y cómo se lleva a cabo cualquier técnica en un niño con el propósito de prevenir o minimizar el esfuerzo físico o el estrés psicológico (Wong, 1989).

El objetivo primordial en la administración de cuidado atraumático es, en primer lugar, evitar el daño. El marco para lograr este objetivo viene dado por tres principios: 1) prevenir o minimizar la separación del niño de su familia; 2) favorecer la sensación de control, y 3) prevenir o minimizar la lesión y el dolor corporal. Son ejemplos de cuidado atraumático favorecer la relación del niño y su progenitor durante la hospitalización, preparar al niño antes de cualquier tratamiento o técnica desconocidos, controlar el dolor, proporcionar privacidad al niño, proporcionar actividades de juego para la expresión del miedo y la agresividad, proporcionar elecciones a los niños y respetar las diferencias culturales.

Papel del profesional de enfermería pediátrico

El profesional de enfermería pediátrico es responsable de fomentar la salud y el bienestar del niño y su familia. Las funciones del personal de enfermería varían en función de la estructuración regional del trabajo, la educación y la experiencia individuales, y los objetivos profesionales del individuo. Del mismo modo que los pacientes (los niños y sus familias) tienen historias únicas, cada profesional de enfermería trae un conjunto individual de variables que influyen en su relación con el paciente. No importa dónde ejerza el profesional de enfermería pediátrico, su principal preocupación es el bienestar del niño y su familia.

Relación terapéutica

El establecimiento de una relación terapéutica constituye la base esencial para administrar unos cuidados de enfermería de calidad. Los profesionales de enfermería pediátricos deben mantener relaciones significativas con los niños y sus familias, al tiempo que mantienen una distancia prudencial para

distinguir sus propios sentimientos y sus propias necesidades. En una relación terapéutica, unos límites cuidados y bien definidos separan al profesional de enfermería del niño y su familia. Estos límites son positivos y profesionales, y fomentan el control familiar sobre la atención sanitaria del niño. Tanto el profesional de enfermería como la familia tienen poder sobre la situación y mantienen una comunicación abierta. En una relación no terapéutica, estos límites se desdibujan, y muchas de las actuaciones del profesional de enfermería pueden responder a necesidades personales, como la necesidad de sentirse necesario e involucrado, en lugar de a las necesidades de la familia.

Explorar si las relaciones con los pacientes son terapéuticas o no terapéuticas ayuda a los profesionales de enfermería a una pronta identificación de áreas problemáticas en sus interacciones con los niños y sus familias (v. cuadro «Directrices de atención de enfermería»). Aunque las preguntas sobre la participación del profesional de enfermería pueden calificar ciertas actuaciones como positivas o negativas, una única actuación no convierte la relación en terapéutica o no terapéutica. Por ejemplo, un profesional de enfermería puede dedicar más tiempo a la familia y aun así reconocer sus propias necesidades y mantener una distancia profesional. Una pista importante de que estamos ante una relación no terapéutica es la preocupación del personal por las actuaciones de sus compañeros con la familia.



Directrices de atención de enfermería

Exploración de su relación con los niños y sus familias

Para fomentar una relación terapéutica con los niños y sus familias, debe conocer en primer lugar su estilo de cuidado, incluso cómo cuidar de sí mismo de forma eficaz. Las siguientes preguntas le ayudarán a conocer la calidad terapéutica de sus relaciones profesionales.

Actuaciones negativas

- ¿Se implica demasiado con los niños y sus familias?
- ¿Excede su jornada laboral para cuidar de la familia?
- ¿Dedica tiempo libre a las familias de los niños, ya sea dentro o fuera del hospital?
- ¿Llama con frecuencia para preguntar por la familia (ya sea al hospital o al domicilio)?
- ¿Muestra favoritismo con ciertos pacientes?
- ¿Compra ropa, juguetes, comida u otros artículos para el niño y su familia?
- ¿Compite con otros miembros del personal por el cariño de ciertos

pacientes y sus familias?

- ¿Le hacen comentarios otros miembros del personal sobre su cercanía con la familia?
- ¿Intenta influir en las decisiones de las familias más que facilitar una toma de decisiones informada?
- ¿Se implica poco en el cuidado de los niños y sus familias?
- ¿Restringe las visitas de los padres o acompañantes de los niños, poniendo excusas como que hay demasiado trabajo en la planta?
- ¿Se centra en los aspectos técnicos del cuidado y pierde de vista la persona que es el paciente?
- ¿Se implica demasiado con los niños y muy poco con sus padres?
- ¿Se enfada cuando los padres no visitan a los niños?
- ¿Compite con los padres por el cariño de los niños?

Actuaciones positivas

- ¿Trata de empoderar a las familias?
- ¿Explora los puntos fuertes y las necesidades de las familias en un esfuerzo por fomentar su participación?
- ¿Ha desarrollado habilidades educativas para enseñar a las familias en lugar de hacer todo por ellos?
- ¿Trabaja con las familias para encontrar formas de reducir su dependencia de los profesionales sanitarios?
- ¿Puede distinguir sus propias necesidades de las de las familias?
- ¿Se esfuerza por empoderarse?
- ¿Conoce sus respuestas emocionales a distintos individuos y situaciones?
- ¿Intenta entender cómo influyen sus propias experiencias familiares en sus reacciones ante los pacientes y sus familias, especialmente cómo influyen en su tendencia hacia implicarse demasiado o no implicarse lo suficiente?
- ¿Transmite calma su presencia en lugar de aumentar la emocionalidad?
- ¿Ha desarrollado habilidades interpersonales además de habilidades técnicas?
- ¿Se ha informado sobre los patrones religiosos y étnicos de la familia?
- ¿Se comunica directamente con las personas con las que se disgusta o no está de acuerdo?
- ¿Es capaz de «dar un paso atrás» y retirarse emocionalmente, no físicamente, ante una sobrecarga emocional y aun así seguir implicado?
- ¿Se atiende a sí mismo y a sus necesidades?
- ¿Entrevista periódicamente a los familiares para identificar sus

problemas actuales (p. ej., sentimientos, actitudes, respuestas, deseos), comunica estos hallazgos a sus colegas y actualiza los registros?

- ¿Evita basarse en los datos de la entrevista inicial, asunciones o cotilleos sobre las familias?
- ¿Hace preguntas si las familias no participan en los cuidados?
- ¿Valora los sentimientos de ansiedad, miedo, intimidación, preocupación por cometer un error, percepción de falta de competencia en el cuidado del niño o miedo de que los profesionales sanitarios traspasen los límites del territorio familiar o viceversa que pueden tener las familias?
- ¿Explora estos problemas con los familiares y les anima y apoya con objeto de capacitarles para ayudarse a sí mismos?
- ¿Mantiene abiertos los canales de comunicación entre usted, la familia, los médicos y otros profesionales sanitarios?
- ¿Resuelve los conflictos y los malos entendidos directamente con los implicados?
- ¿Aclara la información a las familias o busca a la persona adecuada para hacerlo?
- ¿Reconoce que de cuando en cuando una relación terapéutica puede cambiar a una relación social o amistad íntima?
- ¿Es capaz de reconocer este hecho cuando ocurre y comprender por qué ha pasado?
- ¿Puede asegurarse de que haya alguien más objetivo que pueda ocupar su lugar en la relación terapéutica?

Cuidado y defensa de la familia

Aunque los profesionales de enfermería son responsables ante sí mismos, la profesión y la institución que les emplea, su principal responsabilidad es con los usuarios de los servicios de enfermería: el niño y su familia. El profesional de enfermería debe trabajar con los familiares, identificar sus objetivos y necesidades, y planificar las intervenciones que aborden mejor los problemas identificados. Como defensor, el profesional de enfermería ayuda al niño y a su familia en la toma de decisiones informadas y en la actuación en interés del niño. Esto supone asegurarse de que las familias conocen todos los servicios sanitarios disponibles, están adecuadamente informadas de los tratamientos y las técnicas, están involucradas en el cuidado del niño, y se les anima a cambiar o reforzar prácticas de salud existentes.

Dado que los profesionales de enfermería atienden a los niños y sus familias, deben mostrar cuidado, compasión y empatía por otros. El cuidado encarna el concepto de cuidado traumático y el establecimiento de una relación terapéutica con los pacientes. Los padres perciben el cuidado como un signo de calidad en la atención de enfermería, que a menudo no se centra en las necesidades técnicas del niño y su familia. Los padres describen el

cuidado «agradable» como acciones realizadas por el profesional de enfermería, que incluyen reconocer la presencia del progenitor, la escucha, hacer que este se sienta cómodo en el entorno hospitalario, involucrar al niño y su progenitor en la atención de enfermería, mostrar interés y preocupación por su bienestar, mostrar cariño y sensibilidad hacia el niño y su progenitor, comunicarse con ellos e individualizar la atención de enfermería. Los padres consideran esencial una atención de enfermería agradable para construir una relación positiva.

Prevención de la enfermedad y fomento de la salud

Todos los profesionales de enfermería que participan en el cuidado de los niños deben entender la importancia de la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud. Un plan de cuidados de enfermería debe incluir una valoración exhaustiva de todos los aspectos del crecimiento y el desarrollo del niño, como la nutrición, las vacunas, la seguridad, la atención dental, la socialización, la disciplina y la educación. Si se identifican problemas, el profesional de enfermería interviene directamente o deriva a la familia a otros profesionales o instituciones sanitarias.

El mejor enfoque para la prevención es la educación y la orientación previa. En este texto, cada capítulo sobre el fomento de la salud incluye epígrafes sobre la orientación previa. La valoración de los riesgos o conflictos propios de cada período del desarrollo capacita al profesional de enfermería para orientar a los padres sobre las prácticas de crianza apropiadas para prevenir problemas potenciales. Un ejemplo significativo es la seguridad. Dado que cada grupo de edad corre el riesgo de sufrir tipos particulares de lesiones, la educación preventiva puede reducir significativamente las lesiones, lo que reduce los índices de mortalidad y discapacidad permanente.

La prevención también implica aspectos menos obvios del cuidado de los niños. El profesional de enfermería es responsable de administrar cuidados que fomenten el bienestar mental (p. ej., recurrir a la ayuda de un especialista en la vida del niño durante una técnica dolorosa, como una vacunación).

Educación para la salud

La educación para la salud es inseparable de la prevención y la defensa de la familia. La educación para la salud puede ser el objetivo directo del profesional de enfermería, como ocurre en las clases parentales, o el indirecto, como cuando ayuda a los padres y los niños a comprender un diagnóstico o tratamiento médico, animando a los niños a hacer preguntas sobre su cuerpo, remitiendo a las familias a grupos relacionados con la salud, ya sean estos profesionales o expertos, proporcionando a los pacientes la bibliografía adecuada y dando orientación previa.

La educación para la salud es un área en la que los profesionales de enfermería suelen necesitar preparación y práctica con profesionales competentes, ya que supone transmitir información adaptada al nivel de comprensión y deseo de información del niño y su familia. Como educador

eficaz, el profesional de enfermería se centra en proporcionar una educación para la salud adecuada, con mucha retroalimentación y evaluación para fomentar el aprendizaje.

Prevención de lesiones

Cada año, las lesiones matan o incapacitan a más niños de más de 1 año que todas las enfermedades infantiles combinadas. El profesional de enfermería desempeña un papel importante en la prevención de lesiones utilizando un enfoque centrado en el desarrollo para orientar a los padres de niños de todas las edades en materia de seguridad. Al saber que los problemas de seguridad de un lactante son completamente diferentes de los riesgos de lesión que corren los adolescentes, el profesional de enfermería puede dar consejos a los niños y sus padres para la adecuada prevención de las lesiones como parte de la atención rutinaria.

Apoyo y orientación

La atención a las necesidades emocionales exige apoyo y, en ocasiones, orientación. El papel de defensor o educador de salud del niño es un papel de apoyo con un enfoque individualizado. El profesional de enfermería puede ofrecer apoyo mediante la escucha, el contacto y la presencia física. El contacto y la presencia física son más útiles con los niños, ya que facilitan la comunicación no verbal. La orientación supone un intercambio mutuo de ideas y opiniones que proporciona la base para la resolución de problemas. Incluye apoyo, educación y técnicas para animar a la expresión de sentimientos o pensamientos, así como enfoques para ayudar a la familia a manejar el estrés. Idealmente, la orientación no solo ayuda a resolver una crisis o un problema, sino que también permite a la familia lograr una mejor funcionalidad, mayor autoestima y relaciones más cercanas. Aunque la orientación es a menudo un papel de los profesionales de enfermería de áreas especializadas, las técnicas de orientación se discuten en distintos epígrafes de este texto para ayudar a los estudiantes y a los profesionales de enfermería a afrontar crisis repentinas y remitir a las familias a otros profesionales.

Coordinación y colaboración

El profesional de enfermería, como miembro del equipo asistencial, colabora y coordina la atención de enfermería con las actividades asistenciales de otros profesionales. El profesional de enfermería que trabaja en solitario pocas veces logra el beneficio del niño. El concepto de cuidado holístico puede lograrse mediante un enfoque interdisciplinario unificado, siendo consciente de las contribuciones y las limitaciones individuales y colaborando con otros especialistas para proporcionar servicios asistenciales de calidad. El fracaso en el reconocimiento de las limitaciones puede ser no terapéutico, en el mejor de los casos, y destructivo, en el peor. Por ejemplo, el profesional de enfermería que se siente competente en la orientación, pero que es en

realidad inadecuado para esta tarea, no solo puede impedir que el niño se enfrente a una crisis, sino que también puede impedir su éxito futuro con un profesional cualificado. La enfermería debe considerarse un contribuyente principal para garantizar que el equipo asistencial se centra en un cuidado seguro y de calidad.

Toma de decisiones ética

Los dilemas éticos aparecen cuando hay consideraciones morales contrapuestas detrás de varias alternativas. Los padres, profesionales de enfermería, médicos y otros miembros del equipo asistencial pueden tomar decisiones diferentes, pero moralmente justificadas, al asignar distinto peso a esos valores morales contrapuestos. Son ejemplos de esos valores morales contrapuestos la autonomía (el derecho de autodeterminación del paciente), el no dañar (la obligación de minimizar o prevenir el daño), la benevolencia (la obligación de fomentar el bienestar del paciente) y la justicia (el concepto de lo que es justo). Los profesionales de enfermería deben identificar la actuación más beneficiosa o menos dañina dentro del marco establecido por las convenciones sociales, los estándares del ejercicio profesional, la ley, las reglas institucionales, el sistema de valores y las tradiciones religiosas de la familia, y los valores personales del profesional de enfermería.

Los profesionales de enfermería deben prepararse sistemáticamente para una toma de decisiones ética y colaborativa, lo que pueden lograr gracias a la educación formal, la formación continuada, la bibliografía actual y el trabajo para lograr un entorno propicio para el discurso ético.

El profesional de enfermería también recurre al código ético profesional como una guía y un recurso para regular su propia práctica profesional. Los profesionales de enfermería pueden enfrentarse a problemas éticos durante la atención al paciente, como el empleo de medidas de soporte vital para los recién nacidos con MBPN o el derecho del niño terminal a rechazar el tratamiento. Pueden tener dificultades con preguntas sobre la honestidad, sopesando sus derechos y responsabilidades en el cuidado de niños con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), los rumores o la asignación de recursos. Se presentan discusiones sobre conflictos éticos para ayudar a los profesionales de enfermería a aclarar sus juicios de valor cuando se enfrentan a problemas delicados.

Investigación y práctica basada en la evidencia

Los profesionales de enfermería deben contribuir a la investigación, ya que son los que observan las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. El énfasis que se hace en la actualidad sobre los resultados medibles para establecer la eficacia de las intervenciones (a menudo en relación con el gasto) exige que los profesionales de enfermería sepan si las intervenciones clínicas tienen resultados positivos para sus pacientes. Esta exigencia ha influido en la tendencia actual de recurrir a la práctica basada en la evidencia (PBE), lo que supone cuestionar por qué algo es eficaz y si hay un enfoque mejor. El

concepto de PBE también incluye analizar la investigación clínica publicada y aplicarla a la práctica enfermera diaria. Cuando los profesionales de enfermería basan su ejercicio profesional en la ciencia y la investigación y documentan los resultados clínicos, pueden validar sus contribuciones a la salud, el bienestar y la curación, no solo ante sus pacientes, terceras partes e instituciones, sino también ante la enfermería como profesión. La evaluación es esencial en el proceso de enfermería, y la investigación es una de las mejores formas de realizarla.

La PBE es la recogida, interpretación e integración de información válida, importante y aplicable aportada por el paciente, observada por el profesional de enfermería y derivada de la investigación. Usando la pregunta PICOT (problema del paciente o la población, intervención, comparación, resultado [*outcome*] y tiempo) para definir con claridad el problema de interés, los profesionales de enfermería pueden obtener la mejor evidencia para mejorar la atención. La práctica enfermera basada en la evidencia combina el conocimiento con la experiencia y el ojo clínico. Proporciona un enfoque racional para una toma de decisiones que facilite la mejor práctica profesional (Melnyk y Fineholt-Overholt, 2014). La PBE es una herramienta importante que completa el proceso de enfermería aportando habilidades de pensamiento crítico para tomar decisiones basadas en el conocimiento existente. La atención de enfermería basada en el proceso de enfermería tradicional puede emplearse para conceptualizar los componentes esenciales de la enfermería basada en la evidencia. Durante las fases de valoración y diagnóstico del proceso de enfermería, el profesional de enfermería formula importantes preguntas clínicas y completa una revisión crítica del conocimiento existente. La PBE también comienza con la identificación del problema. El profesional de enfermería formula preguntas clínicas de una forma concisa y organizada que posibilita respuestas claras. Una vez identificadas las preguntas específicas, comienza una amplia búsqueda de la mejor información disponible para responderlas. El profesional de enfermería evalúa la investigación clínicamente relevante, analiza los hallazgos obtenidos en la anamnesis y la exploración física, y repasa la fisiopatología específica del problema identificado. El tercer paso del proceso de enfermería es desarrollar un plan de cuidados. En la práctica enfermera basada en la evidencia, el plan de cuidados se elabora tras completar una evaluación crítica de lo que se conoce y se desconoce sobre el problema identificado. En el proceso de enfermería tradicional, el profesional de enfermería ejecuta el plan de cuidados. Al combinar la evidencia con la experiencia clínica, el profesional de enfermería centra la atención en las necesidades únicas del paciente. El paso final de la PBE coincide con la fase final del proceso de enfermería, es decir, evaluar la eficacia del plan de cuidados.

La búsqueda de evidencia en la era tecnológica moderna puede ser abrumadora. Para que los profesionales de enfermería pongan en práctica la PBE, deben tener acceso a recursos recientes adecuados, como revistas y motores de búsqueda *online*. En muchas instituciones se dispone de

ordenadores en las unidades de atención al paciente, con fácil acceso a Internet y a revistas electrónicas. Otro recurso importante para la ejecución de la PBE es el tiempo. La escasez de personal y los continuos cambios en muchas instituciones han provocado el problema de asignación de tiempo de enfermería al cuidado del paciente, la educación y la formación. Algunas instituciones conceden tiempo a los profesionales de enfermería lejos de la atención al paciente para participar en actividades de fomento de la PBE, cobrando por ello. Esto exige un entorno organizativo que valore la PBE y su posible impacto en la atención al paciente. Dado que el conocimiento se genera observando el impacto significativo de la PBE en los resultados de la atención, se espera que la cultura organizativa cambie para apoyar la participación del personal de enfermería en la PBE. A medida que aumenta la evidencia disponible, también lo hace la necesidad de hacer una evaluación crítica de la misma.

A lo largo de este libro, los cuadros de práctica basada en la evidencia resumen la evidencia existente que favorece la excelencia en la atención clínica. Los criterios GRADE se emplean para evaluar la calidad de los artículos de investigación empleados en el desarrollo de directrices para la práctica clínica (Guyatt, Oxman, Vist, et al., 2008). La [tabla 1-4](#) define cómo calificar la calidad de la evidencia usando los criterios GRADE y emitir una recomendación fuerte o débil. Cada cuadro de práctica basada en la evidencia califica la calidad de la evidencia existente y la fuerza de la recomendación de un cambio en la práctica.

Tabla 1-4

Criterios GRADE para evaluar la calidad de la evidencia

Calidad	Tipo de evidencia
Alta	Evidencia sólida derivada de ECA bien realizados o evidencia excepcionalmente fuerte derivada de estudios observacionales no sesgados
Moderada	Evidencia de ECA con limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallos en la metodología, evidencia indirecta o resultados imprecisos) o evidencia inusualmente fuerte derivada de estudios observacionales no sesgados
Baja	Evidencia para al menos uno de los resultados críticos derivada de estudios observacionales, de ECA con fallos graves o de evidencia indirecta
Muy baja	Evidencia para al menos uno de los resultados críticos derivada de observaciones clínicas no sistemáticas o de evidencia muy indirecta
Calidad	Recomendación
Fuerte	Los efectos deseables superan claramente los indeseables o viceversa
Débil	Los efectos deseables se aproximan mucho a los indeseables

ECA, estudios clínicos aleatorizados.

Adaptado de Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations, *BMJ* 336:924-926, 2008.

Razonamiento clínico y proceso de atención de enfermería en los niños y sus familias

Razonamiento clínico

El proceso de pensamiento sistemático es esencial para cualquier profesión. Ayuda al profesional a cubrir las necesidades del paciente. El razonamiento clínico es un proceso cognitivo que recurre al pensamiento formal e informal para reunir y analizar los datos del paciente, evaluar la importancia de la información y plantearse actuaciones alternativas (Simmons, 2010). Se basa en el método de investigación científica, que también constituye la base del proceso de enfermería. El razonamiento clínico y el proceso de enfermería se consideran cruciales para la enfermería profesional en cuanto constituyen un enfoque holístico a la resolución de problemas.

El razonamiento clínico es un proceso de desarrollo complejo basado en el pensamiento racional y deliberado. El razonamiento clínico tiene un denominador común con el conocimiento que ejemplifica el pensamiento disciplinado y autodirigido. El conocimiento se adquiere, valora y organiza reflexionando sobre la situación clínica y estableciendo un resultado centrado en la atención óptima del paciente. El razonamiento clínico transforma la manera en la que los individuos se ven a sí mismos, comprenden el mundo y toman decisiones. Como reconocimiento a la importancia de esta habilidad, los ejercicios de pensamiento crítico incluidos en este texto recalcan la importancia del razonamiento clínico. Estos ejercicios presentan una situación de la práctica enfermera que reta al estudiante a emplear las habilidades de razonamiento clínico para llegar a la mejor conclusión. Una serie de preguntas llevan al estudiante a explorar la evidencia, las asunciones relativas al problema, las prioridades para la enfermería y el apoyo a las intervenciones enfermeras que permiten al profesional de enfermería responder de forma racional y deliberada. Estos ejercicios están diseñados para mejorar el rendimiento del profesional de enfermería en el razonamiento clínico.

Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un método de identificación y resolución de problemas que describe lo que el profesional de enfermería hace en realidad. El proceso de enfermería incluye la valoración, el diagnóstico, la identificación de resultados, la planificación, la ejecución y la evaluación (American Nurses Association, 2010).

Valoración

La valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo en todas las fases de la resolución del problema y constituye la base de la toma de decisiones. La valoración requiere múltiples habilidades de enfermería y consiste en la recogida dirigida, la clasificación y el análisis de los datos obtenidos de

diversas fuentes. Para lograr una valoración completa y precisa, el profesional de enfermería debe tener en cuenta la información sobre las características biofísicas, psicológicas, socioculturales y espirituales del paciente.

Diagnóstico

La siguiente fase del proceso de enfermería es la identificación de problemas y el diagnóstico de enfermería. En este punto, el profesional de enfermería debe interpretar y tomar decisiones sobre los datos recogidos. No todos los niños tienen problemas de salud reales. Algunos tienen problemas de salud potenciales, lo que supone una situación de riesgo que exige una intervención de enfermería para prevenir el desarrollo del problema real. Los problemas de salud potenciales pueden estar definidos por signos o factores de riesgo que predisponen a un niño y a su familia a un patrón de salud disfuncional y están limitados a individuos con mayor riesgo que la población general. Las intervenciones de enfermería se dirigen a reducir los factores de riesgo. Para distinguir problemas de salud reales y potenciales, se incluye la palabra *riesgo* en la formulación del diagnóstico de enfermería (p. ej., Riesgo de infección).

Los signos y síntomas hacen referencia a un grupo de rasgos y características definitorias que se obtienen en la valoración del paciente e indican problemas de salud reales. Cuando una característica definitoria es esencial para emitir el diagnóstico, se considera crítica. Estas características definitorias críticas ayudan a distinguir las categorías diagnósticas. Por ejemplo, al decidir entre las categorías diagnósticas de funcionalidad o afrontamiento familiar, el profesional de enfermería recurrirá a las características definitorias para elegir el diagnóstico de enfermería más adecuado (v. cuadro «Atención centrada en la familia»).

Identificación de resultados

El objetivo de la identificación de resultados es establecer prioridades y seleccionar los objetivos o resultados esperados del paciente. El profesional de enfermería organiza la información durante la valoración y el diagnóstico, y agrupa estos datos en categorías para identificar áreas significativas y tomar una de las siguientes decisiones:

- No hay problemas evidentes de disfunción de la salud. Se incide en el fomento de la salud.
- Hay riesgo de disfunción de la salud. Se precisan intervenciones para el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Hay problemas reales de disfunción de la salud. Se precisan intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de otras enfermedades y el fomento de la salud.
- Se formulan resultados específicos para abordar objetivos realistas centrados en el paciente y la familia.

Planificación

Tras la identificación de los objetivos específicos centrados en el paciente y la familia, el profesional de enfermería elabora un plan de cuidados específico para alcanzar los resultados establecidos. El resultado es el cambio esperado o proyectado en el estado de salud del paciente, su estado clínico o su comportamiento, que tendría lugar tras ejecutar las intervenciones de enfermería. El plan de cuidados debe establecerse antes de que se elaboren y ejecuten las intervenciones específicas de enfermería.

Ejecución

La fase de ejecución comienza cuando el profesional de enfermería pone en marcha la intervención seleccionada y reúne datos sobre sus efectos (o la respuesta del paciente a la intervención). La retroalimentación se obtiene mediante la observación y la comunicación, y proporciona datos sobre los que evaluar el resultado de la intervención de enfermería. Es imperativo que la valoración continua del estado del paciente tenga lugar en todas las fases del proceso de enfermería, lo que convierte el proceso en un método de resolución de problemas dinámico en lugar de estático. Durante la fase de ejecución, las principales preocupaciones son la seguridad física y la comodidad psicológica del paciente en términos de cuidado atraumático.



Atención centrada en la familia

Uso de las características definitorias para escoger el diagnóstico de enfermería adecuado

Un niño de 18 meses, hijo único, ingresa con dificultad respiratoria y presunto diagnóstico de epiglotitis. Las actuaciones de enfermería iniciales se centran en el estado fisiológico del niño. A medida que la situación se estabiliza, el profesional de enfermería reúne los datos de la valoración familiar. Las vacunaciones del niño están actualizadas, está limpio y bien nutrido, y su desarrollo se corresponde con su edad. Ambos padres están presentes al ingreso. La madre está consternada por la súbita aparición de la dificultad respiratoria. Afirma que hace poco su hijo solo tenía «moquillo» y pensó que era un simple catarro. Cuando el niño empezó de repente a tener dificultad para respirar, se sintió impotente e incapaz de aliviar el sufrimiento de su hijo. Afirma: «Nada de lo que hacía conseguía que mejorase. Si hubiera sabido que esto podía pasar, le hubiera traído antes al hospital. Soy una mala madre». En el hospital, tras las explicaciones de los profesionales de enfermería, la madre comprende que la epiglotitis es una enfermedad de inicio repentino que suele seguir a los síntomas de un resfriado. Se muestra colaboradora y pregunta lo que puede hacer para que su hijo esté más cómodo. Pone en práctica todas las sugerencias del equipo asistencial. El padre apoya tanto al niño como a la madre, aunque asume un

papel «de escucha» más pasivo.

Tres diagnósticos de enfermería relacionados con la situación de los padres y la familia pueden ser relevantes. El primer paso es repasar los diagnósticos y las características definitorias y decidir cuál es más adecuado:

1. Deterioro del rol parental: incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o restablecer un entorno que fomente el crecimiento y el desarrollo del niño

Características definitorias seleccionadas:

- Vínculo inseguro (o falta de) con el lactante
- Habilidades de cuidado malas o inadecuadas

2. Conflicto del rol parental: el progenitor experimenta confusión y conflicto sobre su papel en respuesta a una crisis

Características definitorias seleccionadas:

- El progenitor expresa preocupación sobre los cambios en el rol parental
- Alteración demostrada en las rutinas de cuidado
- El progenitor expresa preocupación o sentimientos de inadecuación para cubrir las necesidades físicas y emocionales del niño durante la hospitalización o en el domicilio
- El progenitor verbaliza o muestra sentimientos de culpa, ira, miedo, ansiedad o frustración por los efectos de la enfermedad del niño en el proceso familiar

3. Interrupción de los procesos familiares: cambio en las relaciones o el funcionamiento familiar

Características definitorias seleccionadas:

- Expresiones de conflicto en la familia
- Cambios en los patrones de comunicación entre los miembros de la familia

De estos tres diagnósticos, el más relevante es el conflicto del rol parental. Los padres muestran un vínculo con su hijo y están atentos a sus necesidades. Parece que tienen unas habilidades parentales adecuadas y son capaces de comunicarse de forma eficaz entre ellos. Ninguno de ellos ha expresado ningún conflicto en la familia. La aparición repentina de la enfermedad de este niño ha interrumpido el papel habitual de la madre y ha provocado que se sienta inadecuada, ansiosa y culpable. Sin embargo, la madre es capaz de adaptarse a esta crisis. Muestra capacidad de afrontamiento al aprender y ejecutar nuevas técnicas para mejorar la comodidad de su hijo. Las características definitorias de los otros dos diagnósticos exigen la presencia de rasgos de mala adaptación que estos padres claramente no muestran.

Evaluación

La evaluación es el último paso del proceso de atención de enfermería. El profesional de enfermería reúne, clasifica y analiza los datos para determinar si: 1) se ha logrado el resultado planteado; 2) las intervenciones de enfermería eran adecuadas; 3) el plan exige modificaciones, o 4) deben considerarse otras alternativas. La fase de evaluación completa el proceso de enfermería (se alcanza el resultado) o sirve como base para seleccionar intervenciones alternativas para resolver el problema específico.

Con el enfoque de la atención sanitaria actual en los resultados del paciente, el cuidado del paciente se evalúa no solo en el alta, sino también *a posteriori*, con el fin de garantizar que se alcanzan los resultados y que hay un cuidado adecuado para resolver problemas de salud reales o potenciales. Una agencia federal que ha desarrollado directrices clínicas es la Agency for Healthcare Research and Quality.*

Documentación

Aunque la documentación no es uno de los pasos del proceso de enfermería, es esencial para su evaluación. El profesional de enfermería puede valorar, diagnosticar e identificar problemas, planificar y ejecutar sin documentar. Sin embargo, la evaluación se lleva a cabo mejor con una evidencia escrita de la evolución hacia los resultados. La historia clínica del paciente debería incluir evidencia de los elementos enumerados en el cuadro «Directrices de atención de enfermería».



Directrices de atención de enfermería

Documentación de la atención de enfermería

- Valoración inicial y posteriores
- Diagnósticos de enfermería y/o necesidades de atención de enfermería del paciente
- Intervenciones identificadas para cubrir las necesidades de atención de enfermería del paciente
- Atención de enfermería administrada
- Respuesta del paciente a los cuidados administrados y los resultados de los mismos
- Capacidades del paciente y/u otro(s), según proceda, para gestionar las necesidades de cuidado continuado tras el alta

Estándares de calidad

La *calidad de la atención* hace referencia al grado en el que los servicios sanitarios disponibles para los individuos y las poblaciones aumentan la

probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y están de acuerdo con el conocimiento profesional actual ([Institute of Medicine, 2000](#)).

Para dar una idea sobre la importancia de la calidad de la atención sanitaria, en marzo de 2011, el US Department of Health and Human Services publicó el informe inaugural del congreso sobre la [National Strategy for Quality Improvement in Health Care \(National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2012\)](#). La National Quality Strategy[†] se centra en seis dominios que establecen las prioridades para la mejora de la calidad asistencial. Estos dominios son:

- Compromiso del paciente y la familia.
- Seguridad del paciente.
- Coordinación de la atención.
- Población y salud pública.
- Uso eficaz de los recursos asistenciales.
- Proceso clínico/eficacia.

El *2013 Hastings Center Report* insiste en la importancia de considerar las instituciones sanitarias como sistemas sanitarios en proceso de aprendizaje comprometidos con llevar a cabo actividades asistenciales de calidad. A medida que los sistemas sanitarios evolucionan, se hace evidente que la práctica clínica no puede ser de la mejor calidad si se desconecta del aprendizaje sistemático y continuo ([Kass, Faden y Goodman, 2013](#)). Los sistemas sanitarios en proceso de aprendizaje, descritos en el Hastings Center Report, ven la práctica clínica como una fuente continua de datos que se deben emplear en la continua modificación y mejora de la atención al paciente. Dado que los profesionales de enfermería son los cuidadores principales en las instituciones sanitarias, los estándares de calidad específicos de la atención de enfermería se emplean como indicadores de la capacidad de administrar una atención excelente al paciente.

El Quality and Safety Education for Nurses Institute ha definido las competencias enfermeras en materia de calidad y seguridad. El cuerpo docente de la Case Western Reserve University lidera el Quality and Safety Education for Nurses Institute y proporciona una visión completa para el desarrollo del conocimiento, las habilidades y las actitudes relacionadas con la calidad y la seguridad de la atención sanitaria.* En este libro, todos los cuadros «De la evidencia a la práctica» contemplan las competencias del Quality and Safety Education for Nurses Institute relacionadas con el conocimiento, las habilidades y las actitudes para una práctica enfermera basada en la evidencia.

En los capítulos que se centran en problemas de salud graves, hemos desarrollado ejemplos de estándares de calidad para enfermedades específicas que reflejan los resultados centrados en el paciente. Los estándares de calidad favorecen el trabajo interdisciplinario, y los cuadros del libro muestran ejemplos de estándares de colaboración eficaz para mejorar la

atención. Los cuadros de estándares de calidad para el paciente que aparecen en este libro se han elaborado para ayudar a los profesionales de enfermería en la identificación de las medidas adecuadas que evalúen la calidad de la atención al paciente.

Preguntas de repaso para el NCLEX

1. Dado que las lesiones son la causa más habitual de muerte y discapacidad en los niños en EE. UU., ¿qué estado del desarrollo se relaciona correctamente con el tipo de lesión que puede darse? Seleccione todas las respuestas correctas.
 - a. Un recién nacido puede rodar y caerse de una superficie elevada.
 - b. La necesidad de integrarse y ser aceptado por sus compañeros puede hacer que un niño acepte un desafío.
 - c. Los niños pequeños que pueden correr y trepar pueden sufrir quemaduras, caídas y choques con objetos.
 - d. Un niño en edad preescolar puede conducir su bicicleta de dos ruedas de forma imprudente.
 - e. Un lactante que gatea puede broncoaspirar debido a su tendencia a llevarse objetos a la boca.
2. El National Children's Study es el estudio prospectivo a largo plazo de mayor tamaño sobre la salud y el desarrollo infantil en EE. UU. ¿Cuál de estas opciones muestra los objetivos de este estudio? Seleccione todas las respuestas correctas.
 - a. Asegurarse de que todos los niños están vacunados a la edad adecuada.
 - b. Proporcionar información a las familias para eliminar dietas insanas, caries dental y obesidad infantil.
 - c. Recurrir a la ayuda de programas de comedor escolar para lograr el objetivo de que las frutas y verduras constituyan el 30% de cada comida.
 - d. Reducir significativamente la violencia, el abuso de sustancias y los trastornos mentales entre los niños del país.
 - e. Reducir la impuntualidad y el absentismo escolar, y mejorar los índices de graduación en los institutos de todos los estados en los próximos 5 años.
3. La enfermera más nueva de la unidad pediátrica está preocupada por la distancia profesional que mantiene en su relación con un paciente y la familia del mismo. ¿Qué comentario indica que necesita más orientación en su relación con el paciente?
 - a. «Creo que atender al niño implica que puedo visitarle en mis días libres si me lo pide».
 - b. «Si la madre pregunta si me encargará de su hija todos los días, le explicaré que los pacientes asignados pueden variar

- dependiendo de las necesidades de la unidad».
- c. «Si la madre me hace preguntas sobre mi familia, contesto de forma cortés, pero solo doy la información que me parece pertinente».
 - d. «Participo en las reuniones multidisciplinarias y escucho las preocupaciones de la familia».
4. ¿Cuál es el objetivo principal del cuidado atraumático?
- a. Prevenir o minimizar la separación del niño de su familia.
 - b. No dañar.
 - c. Fomentar una sensación de control.
 - d. Prevenir o minimizar el dolor y la lesión física.
5. Una familia de la que se está encargando en la unidad pediátrica le pregunta sobre la nutrición de su bebé. ¿Qué hechos debería incluir en la información nutricional? Seleccione todas las respuestas correctas.
- a. La leche materna le proporciona micronutrientes y tiene propiedades inmunitarias.
 - b. Las preferencias y las actitudes en la alimentación vienen dadas por la cultura y las influencias familiares.
 - c. La mayoría de los niños adquieren los hábitos alimentarios que mantendrán de por vida a los 18 meses de edad.
 - d. Durante la adolescencia, la influencia parental disminuye y los adolescentes toman sus decisiones alimentarias en función de la aceptación de sus compañeros y la sociabilidad.
 - e. Debido al estrés que supone la vuelta al trabajo, la mayoría de las madres aprovechan este momento para interrumpir la lactancia.

Respuestas correctas

1. b, c, e; 2. b, d; 3. a; 4. b; 5. a, b, d

Bibliografía

- American Nurses Association *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.
- Annie E Casey Foundation *2014 Kids count data book: state profiles of child well-being*. Baltimore, MD: The Foundation; 2014.
- Berdahl TA, Friedman BS, McCormick MC, et al. Annual report on health care for children and youth in the United States: trends in racial/ethnic, income, and insurance disparities over time, 2002-2009. *Acad Pediatr*. 2013;13(3):191–293.
- Bond GR, Woodward RW, Ho M. The growing impact of pediatric pharmaceutical poisoning. *J Pediatr*. 2011;160(2):265–270.
- Bright Futures: *Prevention and health promotion for infants, children, adolescents, and their families*, 2014, <http://brightfutures.aap.org/index.html>.
- Budnitz DS, Salis S. Preventing medication overdoses in young children: an opportunity for harm elimination. *Pediatr*. 2011;127(6):e1597–e1599.
- Centers for Disease Control and Prevention: *Put your medicines up and away and out of sight*, 2013, <http://www.cdc.gov/features/medicationstorage/>.
- Centers for Disease Control and Prevention: *Injury and violence prevention and control*, 2014, <http://www.cdc.gov/injury>.
- Duncan GJ, Kirkendall NJ, Citro CJ, eds. *Panel on the design of the national children's study and implications for the generalizability of results*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2014.
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics *America's Children: Key National Indicators of Well-Being*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2015: <http://www.childstats.gov/americaschildren/index.asp..>
- Flores G, Lesley B. Children and US federal policy on health and health care. *JAMA Pediatr*. 2014;168(12):1155–1163.
- Flores G, Lin H. Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care and use of services in US children: has anything changed over the years? *Int J Equity Health*. 2013;12:10: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/10..>
- Giannini C, Caprio S. Islet function in obese adolescents. *Diabetes Obes Metab*. 2012;14(Suppl 3):40–45.
- Graff M, North KE, Monda KL, et al. The combined influence of genetic factors and sedentary activity on body mass changes from adolescence to young adulthood: the National Longitudinal Adolescent Health Study. *Diabetes Metab Res Rev*. 2011;27(1):63–69.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*.

- 2008;336(7650):924–926.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care: *What is patient- and family-centered health care?* 2014, <http://www.ipfcc.org/faq.html>.
- Institute of Medicine *Crossing the quality chasm*. Washington, DC: The Institute; 2000.
- Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009;21(1):1–10.
- Kass NE, Faden RR, Goodman SN, et al. The research-treatment distinction: a problematic approach for determining which activities should have ethical oversight. *Hastings Cent Rep*. 2013;Jan-Feb:S4–S15.
- Leslie LK, Slaw KM, Edwards A, et al. Peering into the future: pediatrics in a changing world. *Pediatr*. 2010;126(5):982–988.
- Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, et al. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD009728.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- National Safety Council *Injury facts*. Itasca, IL: The Council; 2000.
- National Strategy for Quality Improvement in Health Care *Annual progress report to congress*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2012.
- Osterman MJK, Kochanek KD, MacDorman MF, et al. Annual summary of vital statistics: 2012-2013, *Pediatrics* 135(6):1115-1125.
- Polaha J, Dalton 3rd WT, Allen S. The prevalence of emotional and behavior problems in pediatric primary care serving rural children. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(6):652–660.
- Rockett IR, Regier MD, Kapusta ND, et al. Leading causes of unintentional and intentional injury mortality: United States, 2000-2009. *Am J Public Health*. 2012;102(11):e84–e92.
- Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010;66(5):1151–1158.
- Slomski A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. *JAMA*. 2012;308(3):223–225.
- US Department of Health and Human Services: *Healthy people 2020*, 2013a, <http://www.healthypeople.gov/>.
- US Department of Health and Human Services: *Youth violence: a report of the surgeon general*, 2013b, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44294/>.
- Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, et al. Intervention for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD001871.

Weiss R, Bremer AA, Lustig RH. What is metabolic syndrome, and why are children getting it? *Ann N Y Acad Sci.* 2013;1281:123–140.

Wong D. Principles of atraumatic care. In: Feeg V, ed. *Pediatric nursing: forum on the future: looking toward the 21st century.* Pitman, NJ: Anthony J Jannetti; 1989.

* Bright Futures está respaldado por la American Academy of Pediatrics y puede encontrarse en: <http://brightfutures.aap.org/about.html>.

* 540 Gaither Road, Suite 2000, Rockville, MD 20850; 301-427-1364; correo: info@ahrq.gov; www.ahrq.gov.

† Puede encontrar información sobre la National Quality Strategy en: <http://www.ahrq.gov/workingforquality/about.htm#priorities>.

* Quality and Safety Education for Nurses Institute, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, correo: qsen.institute@gmail.com.

Influencias familiares, sociales, culturales y religiosas en el fomento de la salud infantil

Quinn Franklin

Kim Mooney-Doyle

Conceptos generales

Definición de familia

El término *familia* se ha definido de muchas formas diferentes en función del marco de referencia, valores o disciplina del individuo. No hay una definición universal de familia, sino que la familia es lo que el individuo considera como tal. La biología describe la familia como la forma de cumplir la función biológica de perpetuación de la especie. La psicología enfatiza los aspectos interpersonales de la familia y su responsabilidad en el desarrollo de la personalidad. La economía considera a la familia una unidad productiva que cubre las necesidades materiales. La sociología dibuja la familia como una unidad social que interactúa con una sociedad mayor, lo que considera el contexto en el que se forman la identidad y los valores culturales. Otros definen la familia en función de las relaciones entre las personas que forman la unidad familiar. Los tipos más habituales de relaciones son las consanguíneas (lazos de sangre), las afines (por relaciones maritales) y de familia de origen (la unidad familiar en la que nace la persona).

Las primeras definiciones de familia recalcan que sus miembros estaban vinculados por lazos legales o genéticos, convivían en el mismo hogar y desempeñaban papeles específicos. Las definiciones posteriores se han ampliado para reflejar tanto los cambios estructurales como los funcionales. Una familia puede definirse como una institución en la que los individuos, relacionados por biología o compromisos duraderos, y perteneciendo a generaciones y géneros similares o diferentes, desempeñan papeles que incluyen la socialización mutua, la crianza y el compromiso emocional (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009).

Los nuevos conceptos de familia, como las familias comunales, monoparentales o de homosexuales han sido objeto de controversia. Para incluir estos y otros estilos de familia, se emplea con frecuencia el término descriptivo *hogar*.



Alerta de enfermería

El conocimiento del profesional de enfermería y la sensibilidad con la que valore un hogar determinarán los tipos de intervenciones adecuadas para apoyar a los miembros de la familia.

La atención de enfermería a lactantes y niños está íntimamente relacionada con la atención del niño y de su familia. La estructura y la dinámica familiares pueden tener una influencia duradera en un niño y afectar a su salud y su bienestar (American Academy of Pediatrics, 2003). En consecuencia, los profesionales de enfermería deben conocer las funciones de la familia, los distintos tipos de estructuras familiares y las teorías que proporcionan una

base para comprender los cambios que se producen en una familia y para llevar a cabo intervenciones orientadas a la familia.

Teorías familiares

Una teoría familiar puede usarse para describir una familia y cómo la unidad familiar responde a los acontecimientos que suceden tanto dentro como fuera de ella. Todas las teorías familiares formulan hipótesis sobre la familia y tienen limitaciones y puntos fuertes (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009). La mayoría de los profesionales de enfermería combinan diferentes teorías a la hora de trabajar con los niños y sus familias. Las teorías utilizadas comúnmente son: la teoría de los sistemas familiares, la teoría del estrés familiar y la teoría del desarrollo (tabla 2-1).

Tabla 2-1

Resumen de las teorías familiares y su aplicación

Acepciones	Puntos fuertes	Limitaciones	Aplicaciones
Teoría de los sistemas familiares			
<p>Un cambio en una parte del sistema familiar afecta a todas las demás partes del mismo (causalidad circular)</p> <p>Los sistemas familiares se caracterizan por períodos de crecimiento y cambio rápidos y períodos de estabilidad relativa</p> <p>Tanto pocos como demasiados cambios provocan disfunción en el sistema familiar. Por tanto, es necesario un equilibrio entre la morfogenia (cambio) y la morfostasis (ausencia de cambio)</p> <p>Los sistemas familiares pueden iniciar el cambio, así como reaccionar ante él</p>	<p>Aplicable a la vida diaria normal de la familia, así como en caso de disfunción y patología familiar</p> <p>Útil para distintas estructuras de familia y varias etapas del ciclo vital familiar</p>	<p>De más difícil aplicación para identificar relaciones de causa y efecto debido a la causalidad circular</p>	<p>Selección de compañero, procesos de noviazgo, comunicación familiar, mantenimiento de los límites, el poder y el control en la familia, relaciones progenitor-hijo, embarazo y maternidad en adolescentes</p>
Teoría del estrés familiar			
<p>El estrés es una parte inevitable de la vida familiar y cualquier acontecimiento,</p>	<p>Potencial para explicar y predecir el comportamiento familiar en respuesta a</p>	<p>Las relaciones entre todas las variables todavía no están adecuadamente descritas en el</p>	<p>Transición a la condición de padres y otras transiciones normativas, familias</p>

<p>incluso aunque sea positivo, puede ser estresante para la familia</p> <p>La familia se encuentra tanto con factores estresantes normativos esperados, como con factores estresantes situacionales inesperados durante su ciclo vital</p> <p>El estrés tiene un efecto acumulativo en la familia</p> <p>Las familias afrontan y responden a los factores estresantes con un amplio abanico de respuestas y eficacia</p>	<p>factores estresantes y para desarrollar intervenciones eficaces que fomenten la adaptación familiar</p> <p>Se centra en la aportación positiva de los recursos, el afrontamiento y el apoyo social a la adaptación</p> <p>Puede emplearse en muchas disciplinas del campo sanitario</p>	<p>marco de trabajo</p> <p>Aún no se sabe si ciertas combinaciones de recursos y estrategias de afrontamiento son aplicables a todos los acontecimientos estresantes</p>	<p>monoparentales, familias que sufren factores estresantes laborales (familias donde ambos progenitores trabajan, desempleo), enfermedad o incapacidad infantil aguda o crónica, esterilidad, muerte de un niño, divorcio, embarazo y maternidad en la adolescencia</p>
---	--	--	--

Teoría del desarrollo

<p>Las familias se desarrollan y cambian con el tiempo de formas similares y consistentes</p> <p>La familia y sus miembros deben realizar ciertas tareas, específicas del momento dado, establecidas por ellos mismos y por otras personas de la sociedad</p>	<p>Proporciona un punto de vista dinámico de la familia, en lugar de estático</p> <p>Contempla los cambios dentro de la familia y también los cambios de la familia como sistema social a lo largo de su historia vital</p> <p>Anticipa factores estresantes potenciales que normalmente acompañan a las</p>	<p>Es el modelo tradicional de más fácil aplicación a las familias biparentales con niños</p> <p>Usar la edad del hijo mayor o la duración que ha tenido el matrimonio como marcador de transición a otra etapa puede llegar a ser problemático (p. ej., en familias por</p>	<p>Orientación previa, estrategias educativas y desarrollo o refuerzo de los recursos familiares para la gestión de la transición a la condición de padres, ajuste familiar al comienzo de la escolaridad de los niños, a su adolescencia y a que abandonen el hogar, gestión de los años del síndrome del</p>
---	--	--	--

<p>Cómo se desempeña el papel de familia en una etapa de su ciclo vital influye en las conductas de la familia en la siguiente etapa</p> <p>La familia tiende a estar en estado de desequilibrio cuando entra en una nueva etapa de su ciclo vital y trata de recuperar la homeostasis en cada etapa</p>	<p>transiciones de las distintas etapas y también cuando pueden darse mayores problemas debido a la falta de recursos</p>	<p>nuevo matrimonio o familias monoparentales)</p>	<p>«nido vacío» y la jubilación</p>
--	---	--	-------------------------------------

Teoría de los sistemas familiares

La teoría de los sistemas familiares procede de la teoría general de sistemas, una ciencia donde el «todo» se caracteriza por la interacción entre los componentes del sistema y entre el sistema y el entorno (Bomar, 2004; Papero, 1990). La teoría general de sistemas amplió el pensamiento científico, llevándolo desde el punto de vista simplista de la correlación directa causa-efecto (A causa B) a una teoría de interrelación más compleja (A influye en B, pero B también afecta a A). En la teoría de los sistemas familiares, la familia se considera un sistema que interactúa continuamente con sus miembros y con el entorno. El énfasis se pone en la interacción entre sus miembros, un cambio en uno de sus miembros genera un cambio en otros miembros, lo que a su vez causa un nuevo cambio en el miembro original. En consecuencia, un problema o disfunción ya no recae en un único miembro, sino más bien en el tipo de interacciones empleadas por la familia. Dado que son las interacciones y no los miembros individuales los que se consideran la fuente del problema, la familia se convierte en el paciente y en el foco de atención del cuidado. Entre los ejemplos de la aplicación de la teoría de los sistemas familiares a problemas clínicos encontramos, por ejemplo, el fallo no orgánico en el crecimiento y el abuso infantil. Según la teoría de los sistemas familiares, el problema no recae únicamente en el progenitor ni en el niño, sino en el tipo de interacciones entre ellos y en los factores que afectan a su relación.

La familia se considera un todo diferente a la suma de los individuos que la componen. Por ejemplo, un hogar compuesto por los padres y un niño no consiste únicamente en tres individuos, sino también en cuatro unidades interactivas. Estas unidades son tres díadas (la relación conyugal, la relación madre-hijo y la relación padre-hijo) y un triángulo (la relación madre-padre-hijo). En este modelo ecológico, el sistema familiar funciona dentro de un

sistema más grande, con las díadas familiares en el centro de un círculo rodeado por el resto de la familia, la subcultura y la cultura, con la sociedad en la periferia.

La teoría de los sistemas familiares de Bowen enfatiza que la clave para un funcionamiento sano de la familia es la capacidad de sus miembros para distinguirse de los demás, tanto emocional como intelectualmente (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009; Papero, 1990). La unidad familiar tiene un alto nivel de adaptabilidad. Cuando hay problemas en la familia, se llega a alterar la interacción o los mensajes y la retroalimentación de los mismos, lo que perpetúa el comportamiento perturbador. La *retroalimentación* hace referencia a los procesos familiares que ayudan a identificar los puntos fuertes, las necesidades y a determinar en qué medida se han cumplido los objetivos. La retroalimentación positiva impulsa el cambio, mientras que la negativa se resiste a él (Goldenberg y Goldenberg, 2008). Cuando el sistema familiar se ve perturbado, el cambio puede producirse en cualquier punto del sistema.

Un factor fundamental que influye en la adaptabilidad de la familia es su límite, una línea imaginaria que existe entre la familia y su entorno (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009). Las familias poseen diversos grados de apertura y cierre de sus límites. Por ejemplo, unas familias tienen la capacidad de pedir ayuda, mientras que otras consideran la ayuda una amenaza. El conocimiento de los límites es crítico para la educación o la orientación de las familias. Las familias con límites abiertos pueden mostrar mayor receptividad a las intervenciones, mientras que las familias con límites cerrados a menudo requieren una mayor sensibilidad y habilidad por parte del profesional de enfermería para ganarse su confianza y su aceptación. El profesional de enfermería que emplea la teoría de los sistemas familiares debe valorar la capacidad de la familia para aceptar nuevas ideas, información, recursos y oportunidades, así como para planificar estrategias.

Teoría del estrés familiar

La teoría del estrés familiar explica cómo reaccionan las familias a acontecimientos estresantes y sugieren factores que fomentan la adaptación al estrés (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009). Las familias se enfrentan a factores estresantes (acontecimientos que provocan estrés y tienen el potencial de provocar un cambio en el sistema social de la familia), tanto predecibles (p. ej., ser padres) como impredecibles (p. ej., enfermedad, desempleo). Estos factores estresantes son acumulativos, incluyen demandas simultáneas laborales, familiares y comunitarias. Demasiados acontecimientos estresantes durante un período de tiempo relativamente corto (generalmente 1 año) pueden superar la capacidad de afrontamiento de la familia y ponerla en riesgo de ruptura o de que sus miembros sufran problemas de salud física o emocional. Cuando la familia experimenta demasiados factores estresantes para afrontarlos adecuadamente, aparece el estado de crisis. Para que ocurra la adaptación, será necesario un cambio en la estructura o la interacción familiar.

El modelo de resiliencia de estrés, ajuste y adaptación familiar enfatiza que la situación estresante no es necesariamente patológica ni perjudicial para la familia, pero demuestra que esta necesita hacer cambios estructurales o sistémicos fundamentales para adaptarse a la situación (McCubbin y McCubbin, 1994).

Teoría del desarrollo

La teoría del desarrollo se deriva de diversas teorías del desarrollo. Duvall (1977) describió ocho tareas que cumplía la familia en su desarrollo a lo largo de la vida (cuadro 2-1). La familia se describe como un grupo pequeño, un sistema semicerrado de personalidades que interactúan con el sistema social y cultural, más grande. Como un sistema interrelacionado, la familia no puede sufrir cambios en una parte sin sufrir una serie de cambios en otras.

Cuadro 2-1 Etapas del desarrollo de la familia de Duvall

Etapa I. Matrimonio y vivienda independiente: la unión de familias

Restablecen la identidad de pareja.
Reestructuran las relaciones con los parientes.
Toman decisiones sobre tener hijos.

Etapa II. Familias con lactantes

Incorporan lactantes a la unidad familiar.
Se adaptan a nuevos roles como padres y abuelos.
Mantienen el lazo conyugal.

Etapa III. Familias con niños en edad preescolar

Los niños socializan.
Los padres y los niños se adaptan a la separación.

Etapa IV. Familias con niños en edad escolar

Los niños establecen relaciones con sus iguales.
Los padres se adaptan a las influencias de la escuela y de los iguales sobre sus hijos.

Etapa V. Familias con adolescentes

Los adolescentes desarrollan cada vez más autonomía.
Los padres se centran en los asuntos profesionales y conyugales de la mediana edad.
Los padres comienzan a preocuparse por las generaciones de mayor edad.

Etapa VI. Familias como núcleos de proyección

Los padres y los jóvenes establecen identidades independientes.
Los padres renegocian la relación conyugal.

Etapa VII. Familias de mediana edad

Reinvierten en la identidad de la pareja con el desarrollo simultáneo de intereses independientes.
Reestructuran las relaciones para incluir a la familia política y los nietos.
Afrontan las discapacidades y la muerte de la generación de más edad.

Etapa VIII. Familias que envejecen

Paso del trabajo al ocio y prejubilación o jubilación.
Mantienen la funcionalidad individual y conyugal al tiempo que se adaptan al proceso de envejecimiento.
Se preparan para su propia muerte y para afrontar la pérdida del cónyuge y/o hermanos y otros iguales.

Modificado de Wright LM, Leahey M: *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*, Philadelphia, 1984, Davis.

La teoría del desarrollo aborda los cambios que ocurren en la familia con el tiempo, usando las etapas del ciclo de vida familiar de Duvall, basadas en los cambios predecibles en la estructura, la función y los papeles de la familia, donde la edad del niño mayor es el marcador de la transición de etapa. La llegada del primer niño marca la transición de la etapa I a la II. A medida que el primer hijo crece y se desarrolla, la familia entra en las etapas posteriores. En cada etapa, la familia se enfrenta a ciertas tareas en su desarrollo. Al mismo tiempo, cada miembro de la familia debe realizar tareas para su desarrollo individual en cada etapa del ciclo de vida familiar.

La teoría del desarrollo puede aplicarse a la práctica enfermera. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede valorar en qué medida los nuevos padres están realizando las tareas para su desarrollo individual y familiar propias de la transición a su nueva condición. Aparecerán nuevos abordajes a medida que se sepa más sobre las etapas del desarrollo de las

familias no nucleares y no tradicionales.

Intervenciones de enfermería en la familia

Durante el trabajo con los niños, el profesional de enfermería debe incluir a los miembros de la familia en el plan de cuidados. La investigación confirma el deseo y la expectativa de los padres de participar en el cuidado de su hijo (Power y Franck, 2008). Para identificar la dinámica, los puntos fuertes y las debilidades de una familia, es necesaria una valoración familiar exhaustiva (v. capítulo 4). La elección del profesional de enfermería sobre las intervenciones dependerá del modelo teórico familiar que emplee (cuadro 2-2). Por ejemplo, en la teoría de los sistemas familiares, el foco se centra en la interacción de los miembros de la familia dentro del entorno familiar extendido (Goldenberg y Goldenberg, 2008). En este caso, es esencial usar la dinámica de grupo para implicar a todos los miembros en el proceso de intervención y ser un buen comunicador. La teoría de sistemas también aporta excelentes oportunidades para ofrecer orientación anticipada. Dado que todos los miembros de la familia reaccionan a cada estrés sufrido por el sistema, los profesionales de enfermería pueden intervenir ayudando a la familia a prepararse para los cambios y a afrontarlos. En la teoría del estrés familiar, el profesional de enfermería emplea estrategias de intervención en una crisis para ayudar a los miembros de la familia a afrontar cualquier situación. En la teoría del desarrollo, el profesional de enfermería proporciona orientación previa con el fin de preparar a los miembros para los cambios, las transiciones en este caso, a una nueva situación o etapa familiar. Es más probable que los profesionales de enfermería que impliquen a la familia tengan un rol clave en la atención del niño, y además procuren la participación de las familias en los cuidados que el niño requiere a diario (Fisher, Lindhorst, Matthews, et al., 2008).

Cuadro 2-2 Intervención de enfermería en la familia

- Modificación de la conducta
- Gestión y coordinación del caso
- Estrategias colaborativas
- Acuerdos
- Orientación, que incluye el apoyo, la valoración cognitiva y la reformulación
- Empoderamiento de las familias gracias a la participación activa
- Modificación del entorno
- Defensa de la familia
- Intervención en la crisis familiar
- Contactos, incluidos el uso de grupos de autoayuda y el apoyo social

- Proporción de información y experiencia técnica
- Modelos de rol
- Sustitución del rol
- Estrategias educativas, incluidas la gestión del estrés, modificaciones del estilo de vida y orientación previa

Tomado de Friedman MM, Bowden VR, Jones EG: *Family nursing: research theory and practice*, ed 5, Upper Saddle River, NJ, 2003, Prentice Hall.

Estructura y función familiar

Estructura familiar

La estructura familiar, o composición familiar, consiste en sus individuos, cada uno de ellos con un estatus y una posición social reconocida, que a su vez interactúan entre sí de forma regular y recurren a maneras socialmente aprobadas de relacionarse (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009). Cuando se ganan o pierden miembros mediante acontecimientos como el matrimonio, el divorcio, el nacimiento, la muerte, el abandono o la encarcelación, la composición familiar se ve alterada y los papeles deben redefinirse o redistribuirse.

Tradicionalmente, la estructura familiar era una familia nuclear o una ampliada. En los últimos años, la composición familiar ha recogido nuevas configuraciones, y han adquirido prominencia las familias monoparentales y reconstituidas o ensambladas. El patrón estructural predominante de cualquier sociedad depende de la migración de las familias en la búsqueda de objetivos económicos y el cambio en sus relaciones. No es infrecuente que los niños lleguen a pertenecer a varios grupos familiares diferentes durante su vida.

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de cubrir las necesidades de los niños pertenecientes a diversas estructuras familiares y situaciones de su hogar. Una estructura familiar influye en la orientación de la atención de enfermería. El U. S. Census Bureau emplea cuatro definiciones para familia: 1) la familia nuclear tradicional; 2) la familia nuclear; 3) la familia u hogar reconstituido o ensamblado, y 4) la familia u hogar ampliado. Además, se han definido muchos otros tipos de familia, como las familias monoparentales, binucleares, polígamas, comunales y lesbianas/gais/bisexuales/transexuales (LGBT).

Familia nuclear tradicional

Una familia nuclear tradicional consiste en una pareja casada y sus hijos biológicos. En este tipo de familia, los niños viven con los padres biológicos y, si hay hermanos, estos son hermanos de sangre (es decir, hermanos con los que comparten los mismos padres biológicos). No hay más personas en el hogar (es decir, no hay familia previa, niños acogidos ni adoptados, medio hermanos, otros parientes ni allegados).

Familia nuclear

La familia nuclear se compone de los padres y sus hijos. Cada progenitor puede ser progenitor biológico, padrastro o madrastra, y el niño, adoptado o acogido. Los hermanos pueden ser hermanos biológicos, hermanastros, medio hermanos o adoptados. Los padres no tienen por qué estar casados.

No hay otros parientes ni allegados en el hogar.

Familia ensamblada

Una familia u hogar ensamblado, también denominada *familia reconstituida*, incluye al menos un padrastro o madrastra, un hermanastro o un medio hermano. Un padrastro o madrastra es el cónyuge de un progenitor biológico del niño, pero no el progenitor biológico. Los hermanastros no comparten ningún progenitor biológico, sino que el progenitor biológico de un niño es el padrastro o madrastra del otro. Los medio hermanos solo comparten un progenitor biológico.

Familia ampliada

Una familia o un hogar extenso incluye al menos un progenitor, uno o más niños y uno o más miembros (parientes o allegados), que no son progenitores ni hermanos. La relación entre un progenitor y el niño y entre los hermanos puede ser biológica o por matrimonio, adopción o acogida.

En muchos países, y en muchos grupos étnicos y culturales, son habituales los hogares con familias ampliadas. En la familia ampliada, a menudo los abuelos se encuentran criando a los nietos (fig. 2-1). Los padres jóvenes suelen considerarse demasiado jóvenes o demasiado inexpertos para tomar decisiones de forma independiente. A menudo, el familiar de más edad tiene la autoridad y toma las decisiones consultando a los padres jóvenes. Compartir residencia con parientes también ayuda a la gestión de la escasez de recursos materiales y permite el cuidado del niño en las familias trabajadoras. Un recurso para las familias ampliadas es el Grandparent Information Center.*



FIGURA 2-1 Los niños se benefician de su interacción con los abuelos, que en ocasiones asumen el papel de padres.

Familia monoparental

En EE. UU., se calcula que 24,6 millones de niños viven en hogares monoparentales ([Annie E. Casey Foundation, 2015a](#)). La familia monoparental ha aparecido, en parte, como consecuencia del movimiento a favor de los derechos de la mujer, y también como resultado de un aumento del número de mujeres (y hombres) que establecen hogares separados debido a divorcio, muerte, deserción o ser progenitor soltero. Además, la actitud más liberal de los juzgados ha hecho posible que un individuo soltero, tanto hombre como mujer, pueda adoptar a un niño. Aunque las cabezas de las familias monoparentales suelen ser madres, es cada vez más habitual que se conceda la custodia a los padres de niños dependientes en los acuerdos de divorcio. Con la mayor independencia psicológica y financiera de la mujer y la mayor aceptación social de las madres solteras, más mujeres solteras escogen deliberadamente formar familias de madre e hijo. Con frecuencia, estas madres y sus niños se ven absorbidos por la familia ampliada. Los desafíos de las familias monoparentales se presentan más adelante en este mismo capítulo.

Familia binuclear

El término *familia binuclear* hace referencia a la continuación del papel de

progenitores cuando se termina la unidad marital. El grado de cooperación entre hogares y el tiempo que el niño pasa con cada uno puede variar. En la custodia compartida, el juzgado asigna a los padres divorciados los mismos derechos y responsabilidades sobre los niños menores de edad. Estas formas alternativas de familia son esfuerzos por ver el divorcio como un proceso de reorganización y redefinición de una familia en lugar de como una disolución de la misma. La custodia compartida y compartir la crianza de los hijos se presentan más adelante en este mismo capítulo.

Familia polígama

Aunque no está aprobada legalmente en EE. UU., en ocasiones, la unidad conyugal se amplía mediante la adición de cónyuges mediante uniones polígamas. La *poligamia* hace referencia a múltiples mujeres (poliginia) o, con menos frecuencia, maridos (poliandria). Muchas sociedades practican la poliginia, que se define además como sororal si las mujeres son hermanas, o no sororal, si las mujeres no son parientes. La poliginia sororal está extendida por todo el mundo. La mayoría de las veces, las madres y sus hijos comparten marido y padre, con cada madre y sus hijos viviendo en el mismo hogar o en uno separado.

Familia comunal

La familia comunal surge como consecuencia del desencanto con la mayoría de las elecciones vitales actuales. Aunque las familias comunales pueden presentar creencias, prácticas y organizaciones divergentes, el impulso básico para su formación suele ser la insatisfacción con la estructura familiar nuclear, los sistemas sociales y los objetivos de la comunidad. Los grupos comunales comparten una propiedad, lo que es relativamente infrecuente en estos días. En cooperativas, la propiedad es privada, pero se comparten y se intercambian ciertos productos y servicios sin que haya transacción monetaria. Se confía mucho en los miembros del grupo y en su interdependencia material. Ambos proporcionan una seguridad colectiva a los miembros no productivos, comparten las labores del hogar y la crianza de los niños y ayudan a superar el problema del aislamiento interpersonal o la soledad.

Familias lesbianas, gais, bisexuales y transexuales

Una familia del mismo sexo, homosexual o LGBT es una en la que existe un vínculo legal o de hecho entre dos personas del mismo sexo que tienen niños (Blackwell, 2007). Hay cada vez más familias con progenitores del mismo sexo en EE. UU., y se calcula que una quinta parte de ellas están criando niños (O'Connell y Feliz, 2011; US Census Bureau, 2011). Aunque algunos niños de hogares LGBT son hijos biológicos procedentes de un matrimonio previo, puede haber niños por otras circunstancias. Pueden ser padres de acogida o adoptivos, las madres lesbianas pueden concebir mediante

inseminación artificial o las parejas de homosexuales pueden convertirse en padres mediante un vientre de alquiler.

Cuando los niños se crían en familias LGBT, estas relaciones les parecen tan naturales como las relaciones heterosexuales se lo parecen a su descendencia. En otros casos, sin embargo, desvelar la homosexualidad parental a los niños, «salir del armario», puede suponer un problema para las familias. Deben contemplarse algunos factores antes de desvelar esta información a los niños. Los padres deben estar cómodos con su propia orientación sexual y deben hablar sobre ella con los niños cuando crezcan lo suficiente para comprender las relaciones. Estas conversaciones deberían planearse y tener lugar en un entorno tranquilo donde las interrupciones sean poco probables.

Los profesionales de enfermería no deben emitir juicios y deben aprender a aceptar las diferencias en lugar de mostrar prejuicios que pueden ser perjudiciales para la relación entre el profesional de enfermería, el niño y la familia (Blackwell, 2007). Es más, cuanto más sepan los profesionales de enfermería sobre la familia y el estilo de vida del niño, más podrán ayudar al niño y a sus padres.

Puntos fuertes y estilo de funcionamiento de la familia

El *funcionamiento de la familia* hace referencia a las interacciones de los miembros de la familia, especialmente a la calidad de esas relaciones e interacciones (Bomar, 2004). Los investigadores se interesan por las características de la familia que ayudan a estas a funcionar de forma eficaz. El conocimiento de estos factores guía al profesional de enfermería a través del proceso de enfermería y le ayuda a intuir formas en las que las familias puedan afrontar y responder a un acontecimiento estresante, proporcionar un apoyo individualizado que refuerce los puntos fuertes de la familia y su estilo único de funcionamiento, además de ayudar a los miembros de la familia a obtener los recursos.

Los puntos fuertes de la familia y sus estilos únicos de funcionamiento son recursos significativos que los profesionales de enfermería pueden emplear para cubrir las necesidades familiares (cuadro 2-3). Basarse en las cualidades que hacen que una familia funcione bien y reforzar sus recursos hace la unidad familiar más fuerte. Todas las familias tienen puntos fuertes y vulnerabilidades.

Cuadro 2-3 Cualidades de las familias fuertes

- Creen y se sienten comprometidos con el fomento del bienestar y el crecimiento de los miembros de la familia, así como de la unidad familiar
- Aprecian las cosas, tanto grandes como pequeñas, que los miembros de

la familia hacen bien y les animan para hacerlo aún mejor

- Concentran sus esfuerzos en pasar tiempo y hacer cosas juntos, sin importar que la actividad o el acontecimiento sea formal o informal
- Sienten que hay un propósito que impregna las razones y la base para «seguir adelante», tanto en los buenos como en los malos momentos
- Sienten que hay congruencia en el valor y la importancia que le otorgan los miembros de la familia a dedicar tiempo y energía a cubrir necesidades
- Son capaces de comunicarse entre ellos de una forma que hace hincapié en las interacciones positivas
- Tienen un conjunto claro de reglas, valores y creencias familiares que determinan las expectativas sobre lo que es un comportamiento aceptable y deseado
- Tienen un repertorio variado de estrategias de afrontamiento que favorecen un funcionamiento positivo al hacer frente a los acontecimientos vitales, tanto normativos como no normativos
- Son capaces de implicarse en actividades de resolución de problemas diseñadas para evaluar las opciones para cubrir sus necesidades y procurarse recursos
- Son capaces de ser positivos y ver lo positivo en casi todos los aspectos de sus vidas, incluida la capacidad de ver las crisis y los problemas como una oportunidad para aprender y crecer
- Muestran flexibilidad y adaptabilidad en sus roles con el fin de obtener los recursos que son necesarios para cubrir sus necesidades
- Hay un equilibrio en el empleo de recursos familiares internos y externos para afrontar, adaptarse a los acontecimientos vitales y planificar el futuro

Tomado de Dunst C, Trivette C, Deal A: *Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice*, Cambridge, MA, 1988, Brookline Books.

Roles y relaciones familiares

Cada individuo tiene una posición, o estatus en la estructura familiar y desempeña roles definidos por la cultura y la sociedad en las interacciones familiares. Cada familia también tiene sus tradiciones y valores y establece sus propios estándares para las interacciones dentro y fuera del grupo. Cada una determina las experiencias que deben vivir los niños, las que deben evitar y cómo cada una de estas experiencias cubre las necesidades de los miembros de la familia. Cuando los lazos familiares son fuertes, el control social es muy eficaz y la mayoría de los miembros desempeñan sus roles con disposición y compromiso. Los conflictos aparecen cuando los individuos no desempeñan sus roles de una forma que cumpla las expectativas de otros miembros de la familia, ya sea porque no las conocen o porque escogen no cumplirlas.

Roles parentales

En todos los grupos familiares, el estatus socialmente reconocido del padre o de la madre se acompaña de roles socialmente aprobados que prescriben un comportamiento sexual adecuado y las responsabilidades de la crianza. Las guías del comportamiento para estos roles sirven para controlar el conflicto sexual en la sociedad y proporcionar cuidados duraderos a los niños. El grado en el que los padres se comprometen y la forma en la que desempeñan sus roles se ven influidos por diversas variables y por la experiencia de socialización, única, de los padres.

Las definiciones del rol parental han cambiado como resultado de una economía cambiante y un aumento de las oportunidades para la mujer (Bomar, 2004). A medida que el papel de la mujer ha ido cambiando, también lo ha hecho el papel complementario del hombre. Muchos padres son más activos en la crianza y las tareas del hogar. Dado que la redefinición de los roles de ambos sexos en las familias americanas continúa, muchas familias pueden sufrir conflictos en los papeles debido a un apego cultural a las definiciones tradicionales de los roles.

Aprendizaje del rol

Los roles se aprenden mediante el proceso de socialización. Durante todas las etapas del desarrollo, los niños aprenden y practican un conjunto de roles sociales y las características de otros roles mediante sus juegos y su interacción con otros. Actúan en función de patrones, y de formas más o menos predecibles, porque aprenden papeles que definen las expectativas mutuas en las relaciones sociales típicas. Aunque las definiciones de estos roles están cambiando, los factores básicos que determinan una buena paternidad siguen siendo los mismos. Algunos determinantes de un buen progenitor de lactantes y niños pequeños son la personalidad parental y el bienestar mental, los sistemas de apoyo y las características del niño. Estos determinantes se han empleado como medidas consistentes para determinar el éxito de un individuo en el desempeño del papel de progenitor.

Los padres, los iguales, las figuras de autoridad y otros agentes socializadores que emplean refuerzos positivos y negativos para garantizar el cumplimiento de las normas transmiten los conceptos asociados al rol. Las conductas reforzadas positivamente por recompensas como amor, cariño, amistad y el honor adquieren más fuerza. Los refuerzos negativos se dan en forma de ridiculización, retirada del amor, expresiones de desaprobación o rechazo.

En algunas culturas, la conducta correspondiente esperada en los niños entra en conflicto con la conducta adulta deseable. Una de las responsabilidades de la familia es desarrollar un comportamiento adecuado a nivel cultural en los niños. Los niños aprenden a actuar de una forma

esperada compatible con su posición en su familia y su cultura. El comportamiento observado en cada niño es una manifestación única, una combinación de influencias sociales y procesos psicológicos individuales. De esta forma, la unificación del sistema intrapersonal del niño (su yo) con su sistema interpersonal (la familia) se entiende simultáneamente como la conducta del niño.

Inicialmente, la estructuración de los roles tiene lugar dentro de la unidad familiar, en la que los niños desempeñan un conjunto de roles y responden a los de sus padres y otros miembros de la familia (Kaakinen, Gedaly-Duff y Hanson, 2009). Los roles de los niños están moldeados fundamentalmente por sus padres, que ejercen presiones directas o indirectas para inducir o forzar a los niños a que se ajusten a unos patrones de comportamiento deseados o dirigen sus esfuerzos hacia la modificación de las respuestas del niño de forma que sean mutuamente aceptables. Los padres tienen sus propias técnicas y determinan el curso que sigue para el niño el proceso de socialización.

Los niños responden a las situaciones de la vida en función de los comportamientos que han aprendido en el intercambio recíproco con otros. A medida que adquieren habilidades importantes para el desempeño de su papel, sus relaciones con otros cambian. Por ejemplo, cuando una adolescente es además madre, pero convive con la abuela, la adolescente puede verse más como adolescente que como madre. Los niños se hacen competentes comprendiendo a otros cuando adquieren la capacidad de discriminar sus propias ideas de las de los demás. Los niños que se llevan bien con otros y alcanzan un estatus en el grupo de compañeros desarrollan habilidades para asumir sus roles

Paternidad

Estilos de padres

Los niños responden a su entorno de diversas maneras. El temperamento de un niño tiene una gran influencia en sus reacciones (v. [capítulo 11](#)), pero se ha demostrado que el estilo de los padres también afecta al niño y conduce a respuestas conductuales particulares. El estilo de los padres se clasifica a menudo como autoritario, permisivo o autoritativo ([Baumrind, 1971, 1996](#)). Los padres autoritarios intentan controlar el comportamiento y las actitudes de sus hijos mediante mandatos incuestionables. Establecen las reglas y los reglamentos o los estándares de conducta que esperan que se sigan a rajatabla y sin preguntar. El mensaje es: «Hazlo porque lo digo yo». No es necesario que el castigo sea corporal, puede ser la retirada severa de amor y aprobación. El entrenamiento cuidadoso suele llevar a un cumplimiento rígido de la norma en los niños, que tienden a ser sensibles, tímidos, cohibidos, retraídos y sumisos. Es más probable que sean corteses, leales, honestos y fiables, pero dóciles. Estos comportamientos se observan más habitualmente cuando la autoridad parental se acompaña de cariño y una atenta vigilancia. Si no, este estilo de padres puede relacionarse tanto con comportamientos desafiantes como antisociales.

Los padres permisivos ejercen poco o ningún control sobre las acciones de sus hijos. Evitan imponer sus propios estándares de conducta y permiten a sus hijos regular su propia actividad tanto como sea posible. Estos padres se consideran recursos para sus hijos, no modelos. Si hay reglas, los padres explican la razón subyacente, piden la opinión de los niños y les consultan en las tomas de decisiones. Utilizan una disciplina laxa, inconsistente, no establecen límites prácticos y no impiden que los niños modifiquen la rutina de la casa. Estos padres no suelen castigar a sus hijos.

Los padres autoritativos combinan prácticas de los dos estilos de padres que acabamos de describir. Dirigen el comportamiento y las actitudes de sus hijos enfatizando la razón para las reglas existentes y reforzando negativamente las alteraciones. Respetan la individualidad de cada hijo y les permiten expresar objeciones a los estándares o los reglamentos de la familia. El control parental es firme y consistente, pero templado con ánimo, comprensión y seguridad. El control se centra en el problema, no en la retirada de amor ni en el miedo al castigo. Estos padres estimulan la «dirección interior», una conciencia que regula el comportamiento en función de los sentimientos de culpa o vergüenza por hacer las cosas mal, no del miedo de que le cojan o le castiguen. Los estándares realistas y las expectativas razonables de los padres generan niños con una buena autoestima que son autosuficientes, asertivos, curiosos, satisfechos y muy interactivos con otros niños.

Hay distintas filosofías en lo que se refiere a la paternidad. La crianza de

los hijos es un fenómeno ligado a la cultura y los niños se socializan comportándose de una forma que tenga sentido para su familia. En el estilo autoritativo, se comparte la autoridad y se incluye a los niños en las discusiones, fomentando un estilo independiente y asertivo de participación en la vida familiar. Cuando trabajan con cada familia, los profesionales de enfermería deben respetar de la misma forma todos estos estilos.

Disciplina y establecimiento de los límites

En el sentido más amplio, disciplina significa «enseñar» o hace referencia a un conjunto de reglas que rigen la conducta. En un sentido más concreto, se refiere a la acción que se lleva a cabo para hacer cumplir las reglas que no se han cumplido. El establecimiento de los límites hace referencia a marcar las reglas o las directrices del comportamiento. Por ejemplo, los padres pueden poner límites en el tiempo que los niños dedican a ver la televisión o chatear en Internet. Cuanto más claros sean los límites establecidos y cuanto más coherente sea su cumplimiento, menor será la necesidad de una acción disciplinaria.

Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los padres a establecer «reglas» realistas y concretas. La disciplina y el establecimiento de los límites son componentes necesarios y positivos de la crianza de los hijos y tienen varias funciones útiles, ya que ayudan a los niños a:

- Poner a prueba los límites de su control.
- Obtener logros en áreas adecuadas a su nivel.
- Canalizar sentimientos indeseables hacia actividades constructivas.
- Protegerse del peligro.
- Aprender comportamientos aceptables socialmente.

Los niños quieren y necesitan límites. La libertad sin límites supone una amenaza para su seguridad. Al poner a prueba los límites que se les imponen, los niños aprenden hasta qué punto pueden manipular su entorno y adquieren confianza al ver que otros están ahí para protegerles de un posible daño.

Minimizar el mal comportamiento

El mal comportamiento puede ser una llamada de atención, una muestra de poder, un desafío o una muestra de inadecuación (p. ej., el niño pierde clases por miedo a ser incapaz de hacer el trabajo). Los niños también pueden portarse mal porque las reglas no estén claras o no se apliquen de forma coherente. Un comportamiento de «paso al acto», como las rabietas, puede ser un reflejo de dolor, depresión, ira o frustración incontrolados. El mejor enfoque es estructurar las interacciones con los niños para prevenir o minimizar los comportamientos inaceptables (v. cuadro «Atención centrada