

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Apego, Resiliencia y Enfermería”

Autor: Vanesa Escudero Campillo

Director: D^a. Maite Rodríguez González- Moro

Murcia, a 5 de Junio de 2014



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:
Apellidos: ESCUDERO CAMPILLO		Nombre: VANESA
DNI:77706475-D	Titulación: GRADO DE ENFERMERÍA	
Título del trabajo: APEGO, RESILIENCIA Y ENFERMERÍA		

El Prof/a. D^a. Maite Rodríguez González-Moro como Directora(s)/Tutora(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En MURCIA a 5 de JUNIO de 2014

Fdo.: _____

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a mi tutora D^a. Maite Rodríguez González-Moro, por su ánimo, esfuerzo, dedicación y por su eterna sonrisa.

A mi marido, sin él esto no hubiera sido posible. Por tu paciencia, empatía, generosidad y comprensión inmensas. Gracias por cuidar tan bien de nuestro mayor tesoro: nuestras hijas.

A mis hijas, por no llorar cada vez que me iba a las prácticas o la Universidad, y por regalarme todos vuestros besos, sonrisas y abrazos cuando regresaba a casa.

A mi familia, por vuestro apoyo incondicional, os debo mucho.

A mi "Grupo I", en especial a mis compañeros: Jose, Javi, Ana, Rhut y Jorge, por dejarme formar parte de vuestras vidas y por compartir la mía.

Por último, a mi Madre y hermano Jose, gracias por la fuerza que me dais cada día y por cuidar de mi familia desde el cielo.

ÍNDICE

ÍNDICE IMÁGENES Y FIGURAS	XIII
ÍNDICE TABLAS	XV
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XIX
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo General	25
2.2. Objetivos Específicos	25
3. MARCO TEÓRICO	27
3.1. Apego	27
3.1.1. <i>Concepto</i>	27
3.1.2. <i>Teoría del Apego. Contextualización</i>	28
3.1.3. <i>Tipos de Apego</i>	31
3.1.4. <i>Factores influyentes en la formación de Apego</i>	33
3.2. Resiliencia	35
3.2.1. <i>Conceptualización de Resiliencia</i>	36
3.2.2. <i>Factores que influyen en el proceso de desarrollo de la Resiliencia</i>	38
3.3. Relación entre Apego y resiliencia en los niños	41
3.4. Apego, Resiliencia y Enfermería Pediátrica	42
3.4.1. <i>Actividades enfermeras que fomentan el apego y la Resiliencia en los niños.</i>	45

4. MATERIAL Y MÉTODO	47
4.1 Diseño	47
4.2 Sujeto de Estudio	47
4.3 Ámbito y Periodo del Estudio	47
4.4. Procedimientos de Recogida de Información	47
<i>4.4.1. Fuente de información</i>	47
<i>4.4.2. Procedimiento de Información</i>	48
<i>4.4.3. Análisis y Procesamiento de Datos</i>	49
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSIÓN	75
6.1. Limitaciones	79
7. CONCLUSIONES	81
8. BIBLIOGRAFÍA	83
9. ANEXOS	97
9.1. Abreviaturas	97

ÍNDICE IMÁGENES

Imagen 3.1.: Apego Múltiple	30
Imagen 3.2.: Crecer ante la adversidad	36

ÍNDICE FIGURAS

Figura 3.1.: Situación Extraña	31
Figura 3.2.: Ciclo del Apego Seguro	33
Figura 3.3.: Pilares Individuales de la Resiliencia	40
Figura 3.4.: Diagrama del Modelo Teórico del Sistema Conductual de Dorothy Johnson	44
Figura5.1.: Red Razonamiento Clínico según Modelo ÁREA. Diagnóstico Principal.	59
Figura 5.2.: Red Razonamiento Clínico según Modelo ÁREA. CP Principal	61

ÍNDICE TABLAS

Tabla 3.1.: Clasificación del Apego en la Situación Extraña	32
Tabla 5.1.: Puntuación Inicial de los indicadores NOC del DXE Principal	63
Tabla 5.2. Puntuación Inicial de los indicadores NOC de la CP Principal	65
Tabla 5.3. Puntuación Final de los indicadores NOC del DXE Principal	73
Tabla 5.2. Puntuación Final de los indicadores NOC de la CP Principal	74

RESUMEN

Introducción y Objetivos: el concepto de resiliencia está en auge en la actualidad debido a la repercusión que el desarrollo de ésta capacidad tiene para la prevención de trastornos psico-emocionales en los niños. El vínculo o apego paterno-filial es un factor principal en la promoción de la resiliencia. Este trabajo tiene como objetivo conocer la importancia del apego y la repercusión de éste sobre la resiliencia en los niños para la práctica diaria de la enfermería pediátrica. Metodología: realizamos una investigación cualitativa tipo estudio de caso de un Neonato de 5 días de edad, ingresado en el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor durante un periodo de 6 días. La información se obtuvo observando directamente al paciente, mediante entrevista con su madre y revisando su historial clínico. Resultados: Los resultados del estudio permitieron identificar como Diagnóstico Enfermero Principal: “Discomfort” y la Complicación Potencial Principal “Choque Séptico”. Discusión y limitaciones: La mayoría de autores relacionan el apego seguro paterno-filial con el óptimo desarrollo de la resiliencia en los niños y cómo la enfermería puede fomentar dicha relación. La mayor limitación en este estudio ha sido la falta de tiempo para realizar el seguimiento del neonato y la escasa bibliografía encontrada por parte de enfermería pediátrica. Conclusiones: El estrecho contacto que enfermería tiene con los neonatos o niños ingresados y sus familias obliga a aumentar los conocimientos acerca de la formación de apego seguro paterno-filial y su influencia en el desarrollo de la resiliencia de los niños.

Descriptor: Resiliencia, apego, enfermería, neonato, trastorno de la conducta.

ABSTRACT

Introduction & Objectives: the concept of resilience is peaking at the moment due to the repercussion that developing this ability has in preventing psycho-emotional disorders in children. The parent-child link or attachment is one of the main factors in promoting resilience. This project is aimed at learning about the importance of this link and its repercussion in the resilience of children for the daily practice of pediatric nursing. Methodology: we carry out a qualitative investigation type case study on a five day old newborn, admitted in Hospital Universitario Los Arcos, during a period of six days. The information was obtained by directly observing the patient, an interview with the mother and by revising its clinical records. Results: The study allowed us to identify as the main nurse diagnostic: “discomfort” and the main potential complication “Septic shock”. Discussion & limitations: Most authors relate the sure parent-child attachment to the optimal development of resilience in children and how nursing can encourage that relation. The biggest limitation in this study has been the lack of time to perform the monitoring of the newborn and the scarce bibliography found in pediatric nursing. Conclusions: the close contact that nursing has with newborns or admitted children and their families obliges us to increase our knowledge about the formation of sure parent-child attachment and its influence in the development of resilience in children.

Descriptors: Resilience, Attachment, Nursing, Newborn, Behaviour Disorder.

1. INTRODUCCIÓN

“Para ser un adulto independiente y seguro, debió haber sido un bebé dependiente, apegado, sostenido, en pocas palabras....AMADO”.

Sue Gerhardt (2004).

El cuidado y atención de los niños y neonatos en los centros hospitalarios ha cambiado notablemente en las últimas décadas y enfermería ha sido una de las disciplinas que más ha influido a la vez que evolucionado con dichos cambios. Hemos pasado de instituciones hospitalarias con estrictos horarios de visita, a centros hospitalarios de “puertas abiertas” donde los enfermos pueden estar acompañados durante prácticamente todo el día; se ha pasado de un modelo de atención de enfermería unidireccional donde enfermería realizaba las técnicas al paciente y éste era un simple observador pasivo de su proceso de enfermedad y recuperación, al modelo actual donde el paciente forma parte primordial de todo su proceso de enfermedad y tratamiento.

En cuanto a los cuidados en Neonatología ha habido un antes y un después tras la aparición de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) hace tres décadas: estos cuidados se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica al período neonatal. Con este sistema de cuidados, el niño y sus necesidades se convierten en el centro de la intervención y las actividades técnicas pasan a un segundo plano y se adaptan a las características del niño y de sus familias y no al contrario. “Los CCD suponen, no tanto un cambio en los procesos terapéuticos, como un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes”¹⁻³.

Por otro lado, coincidiendo con estos cambios en la manera de tratar a los pacientes y la implicación de los mismos en sus estados de salud, la influencia de las nuevas tecnologías y diferentes medios de información, han hecho que los enfermos y sus familiares tengan mayor acceso a conceptos relacionados con la salud. Con un simple “click” de ordenador un padre puede acceder a todo tipo de información sobre la enfermedad de su hijo: causas,

síntomas, tratamientos, etc. Es habitual que los padres durante todo el periodo de embarazo busquen información en libros, revistas o Internet y que pregunten al personal de enfermería acerca de diferentes métodos de cuidados (cómo por ejemplo: el método canguro, lactancia materna, etc) o de corrientes psicoeducativas (como la crianza con apego) y sobre la fiabilidad o idoneidad para sus hijos.

Los profesionales sanitarios sabemos que no toda la información sobre salud que se puede encontrar en esos medios tiene una óptima fiabilidad, lo cual nos obliga a estar en continuo reciclaje, formación e investigación acerca de los nuevos tratamientos, terapias alternativas, etc, de manera que nos aseguremos que la información dada a los pacientes al resolver sus dudas esté avalada por una correcta evidencia científica.

Un ejemplo de todo lo anteriormente expuesto es el caso de nuestro paciente del cual hemos desarrollado un Plan de Cuidados Enfermero (PCE). Se trata de un neonato diagnosticado de Sepsis Neonatal que tras haber estado ingresado durante 5 días en la Unidad de Neonatología es trasladado a la unidad de pediatría para terminar con su tratamiento antibiótico. En el momento de realizar la valoración del neonato observamos que se encuentra en elevado grado de irritabilidad y Discomfort por lo que solicitamos a la madre que lo coja en brazos para tranquilizarle y poder así realizar mejor la valoración, la madre nos comenta entonces que no quiere tomar a su hijo en brazos excepto para alimentarle mediante lactancia materna ya que había leído en Internet que los niños que pasan por situaciones adversas tienen la capacidad por sí solos de recuperarse y superar dichas situaciones sin necesidad de apoyo ni de apego y que a esa capacidad se le llama resiliencia.

Desde que apareció en la literatura científica a mediados del siglo XX hasta la actualidad, el concepto de Resiliencia ha ido cobrando mayor importancia para diferentes disciplinas en salud como son la psicología o la enfermería ya que estudios recientes han demostrado la influencia de dicha capacidad en la mejor adaptación y prevención de distintas enfermedades y la manera de enfrentarse a ellas ⁴.

Paralelamente al desarrollo del concepto de resiliencia se tiende a remarcar la importancia que tiene el tipo de apego o vínculo afectivo materno-filial sobre el desarrollo de dicha característica en los niños. Las interacciones tempranas del bebe con su cuidador (principalmente la madre) determinan el desarrollo, afectando directamente el entramado del cerebro, estableciendo condiciones para el proceso cognitivo y socio-emocional del neonato. Un niño que vivió un vínculo de buena calidad posee un mejor pronóstico de desarrollo y una mejor resiliencia en caso de sufrir una desgracia, porque ya habrá adquirido una manera positiva de ponerse en contacto con los adultos y de ver en ellos una base de seguridad ⁵.

Desde el punto de vista de la práctica diaria de la enfermería pediátrica, consideramos que es importante que se conozca la influencia que el apego tiene sobre la resiliencia de los niños, ya que si promovemos y desarrollamos dicha característica en los niños, consideramos que se pueden prevenir y mejorar la adaptación de los niños a futuros procesos de enfermedades tal y cómo evidencia la literatura científica.

Ninguno de los enfermeros de la unidad de pediatría conocía el concepto de Resiliencia, y desconocían también la influencia que el apego madre-hijo podría tener sobre la resiliencia del mismo. Este hecho nos hizo querer profundizar acerca de dichos conceptos y si realmente la resiliencia y el apego tenían, en la actualidad, la connotación que la madre de nuestro paciente nos había dicho. De aquí se deriva la justificación de este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Conocer la importancia del concepto de apego y la repercusión de éste sobre la resiliencia en los niños para la práctica diaria de los profesionales de la enfermería pediátrica.

2.2. Objetivos Específicos:

- ✓ Describir las distintas conceptualizaciones de apego y resiliencia.
- ✓ Enumerar los distintos tipos de Apego.
- ✓ Conocer los factores que influyen en la formación de apego y resiliencia.
- ✓ Profundizar en la relación entre apego y resiliencia en niños.
- ✓ Identificar las actividades enfermeras que pueden influir en la formación del apego materno-filial y fomentar así el desarrollo de la resiliencia en los niños.
- ✓ Desarrollar un plan de cuidados de un paciente ingresado en unidad neonatología utilizando taxonomía Nanda-Nic-Noc.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Apego.

3.1.1. *Concepto*

Cuando un niño es ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es separado de sus padres, lo cual provoca una ruptura o incapacidad de desarrollar su rol de cuidadores, a veces incluso desarrollan sentimientos de culpa e inutilidad que unidos a dicha separación y al proceso de enfermedad que está desarrollando su hijo, hacen muy difícil la creación del vínculo paterno-filial o de apego ^{1,6}.

Diversos estudios exponen la importancia que el desarrollo de un apego o vínculo materno-filial seguro tiene en el desarrollo bio-psico-social del neonato: desde la maduración de todo el entramado sináptico del sistema nervioso central del bebé, pasando por los sistemas de control hormonal hasta el desarrollo de las conductas psicoemocionales del niño dependen en gran medida, de la formación del vínculo de apego entre el neonato y sus cuidadores ⁷⁻⁹.

La Real Academia de la Lengua Española define apego como: la afición o inclinación hacia alguien o algo, es decir, un vínculo emocional hacia alguien o hacia algo, sea éste un objeto o sujeto ¹⁰.

Bowlby definió el apego como “la orientación o disposición de un individuo a buscar la proximidad y contacto con una determinada figura y en circunstancias específicas” ¹¹; se trata de un concepto estático no influenciado por factores externos y de un vínculo perdurable en el tiempo a esa figura determinada o a unos pocos individuos. Quiso diferenciar este concepto al de conducta de apego, la cual define como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” ¹¹; con esta conducta el individuo intenta conseguir de una manera dinámica y dependiendo de las circunstancias, el acercamiento a la figura de apego. El bebé desarrolla varios tipos de conductas de apego: las conductas señales (llanto, balbuceo, sonrisas) y las conductas de acercamiento (aferramiento, acercamiento y succión sin un fin alimenticio).

Para Mary Ainsworth, psicóloga de referencia en el tema del apego y colaboradora de Bowlby, el vínculo de apego debe contener las siguientes condiciones ¹²:

- Debe ser una relación afectiva: donde aparecen las emociones y sentimientos de alegría, tristeza, seguridad, temor, etc) durante todas las etapas de la relación.
- Es persistente en el tiempo: a pesar de una separación geográfica, muerte o enojo, si el apego está bien formado debe ser perdurable y aunque se rompa, ha sido una relación sólida y fuerte.
- Suele ser muy exclusiva en cuanto al pequeño número de personas con las que se forma esa relación de apego.
- Produce necesidad de mantenimiento de la proximidad y contacto hacia las personas que se tiene ese vínculo pero también genera sentimientos de ansiedad y preocupación ante un posible abandono o separación no prevista.
- Los vínculos se forman por el contacto continuo y prolongado: no se nace vinculado a ninguna persona. La calidad depende de la calidad de esa interacción.
- Pero el requisito más importante del vínculo de apego es que con éste se “busca la protección, cuidado, seguridad y bienestar dentro de la relación” ⁸.

3.1.2. Teoría del Apego. Contextualización

John Bowlby trabajaba como psiquiatra de niños antes de la Segunda Guerra Mundial en su país de origen: Inglaterra. Allí observó que existía un nexo de unión entre los antecedentes de los niños delincuentes: la gran mayoría de estos niños habían sufrido una ruptura en la relación materno-filial. Este descubrimiento le hizo seguir investigando acerca de la posible relación entre la interrupción de la relación madre-hijo y los trastornos de conducta en los niños ^{13, 14}.

Tras el fin de la guerra la Comisión Social de la recién creada ONU, se mostró preocupada por la cantidad de niños sin vivienda ni familias que vagaban por las calles de las ciudades de los países combativos, por lo que en 1951 la OMS solicitó a Bowlby que estudiara el problema. Dicha investigación terminó en una publicación cuyo título era: Cuidados Maternos y Salud Mental editada por la OMS donde el autor señala que la privación de la relación madre-hijo en los niños es un factor primordial que influye en la salud mental de los mismos: una relación satisfactoria con la madre o la persona que la sustituye contribuye a sentirse valioso y desarrollar su autoestima y autoconfianza. Esta idea fue muy criticada por muchos de sus colegas lo que le sirvió de motivación para construir las bases teóricas de la teoría del apego ¹⁴⁻¹⁶.

En 1958 Bowlby comenzó a desarrollar dicha teoría donde detalla y remarca los efectos de las relaciones de apego temprano en el desarrollo psicológico del neonato y del niño, describe la tendencia propia de los humanos a crear vínculos entre sí y la consecuencia de no crearlos ^{11,17}.

Hasta ese momento estudios realizados por otros psicoanalistas como René Spitz representan al niño como sujeto pasivo de su desarrollo donde la madre es la que representa el mundo exterior y paso a paso se lo va mostrando a su hijo para que éste vaya tomando conciencia del mismo pero sin participar directamente sobre él. A partir de la aparición de la teoría del apego, Bowlby lanza una hipótesis totalmente distinta a la anterior: el apego o vínculo de unión entre el bebé y su madre se debe a una serie de sistemas de conducta, que tienen cómo meta predecible la aproximación a la madre con la finalidad de cubrir sus necesidades fisiológicas y emocionales ¹⁸.

Con esta idea el neonato se convierte en parte activa de su desarrollo gracias a la reciprocidad o feed-back positivo que existe entre la interacción del bebé hacia su madre o figura de apego y el medio que le rodea y la que estos últimos desarrollan hacia el neonato, de manera que, por ejemplo si una madre se siente atraída por su bebé, tendrá la necesidad de cogerle, mecerle, besarle....y el niño la responderá sonriéndole, acurrucándose o agarrándose a

ella; estas conductas son las responsables de que aparezca ese enlace emocional o apego ¹⁷.

Bowlby se centraba en la relación de apego materno-filial única y exclusivamente pero la bibliografía destaca la capacidad de los niños de formar un apego múltiple como ventaja complementaria para el desarrollo personal de los mismos. La existencia de varias figuras de apego, por ejemplo: apego entre hermanos (ver Imagen 3.1), puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando la elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación, la estimulación rica y variada. Incluso es una garantía para los casos de accidente, enfermedad o muerte de alguna de las figuras de apego ^{19,11}.



Imagen 3.1: Apego múltiple. Foto: elaboración propia

Para finalizar, observamos que en esta teoría el sistema de conductas es clave, ya que es el encargado de que exista un equilibrio (sin exceso ni defecto) entre la cercanía y la distancia entre el bebé su figura de apego. De esta manera se consigue que el vínculo de apego formado sea una relación sana y gratificante para ambas partes. Para Bowlby la salud del individuo

estará muy influenciada por la capacidad que tenga éste para elegir figuras de apego adecuadas a sus necesidades y su implicación en conseguir que esa relación de apego sea gratificante para los dos ^{18,11}.

3.1.3. Tipos de Apego

Ainsworth diseñó una situación de laboratorio experimental, la “Situación del Extraño” ²⁰, con el fin de observar las conductas de apego ²¹ y exploración en situaciones de estrés en los niños. Consta de varios episodios donde en un primer momento el niño y la madre entran en una sala y empiezan a jugar, posteriormente entra un extraño a la sala y se queda jugando con el niño los dos solos, la madre vuelve a incorporarse y al poco salen el extraño y la madre dejando al niño solo, finalmente regresan la madre y el extraño.

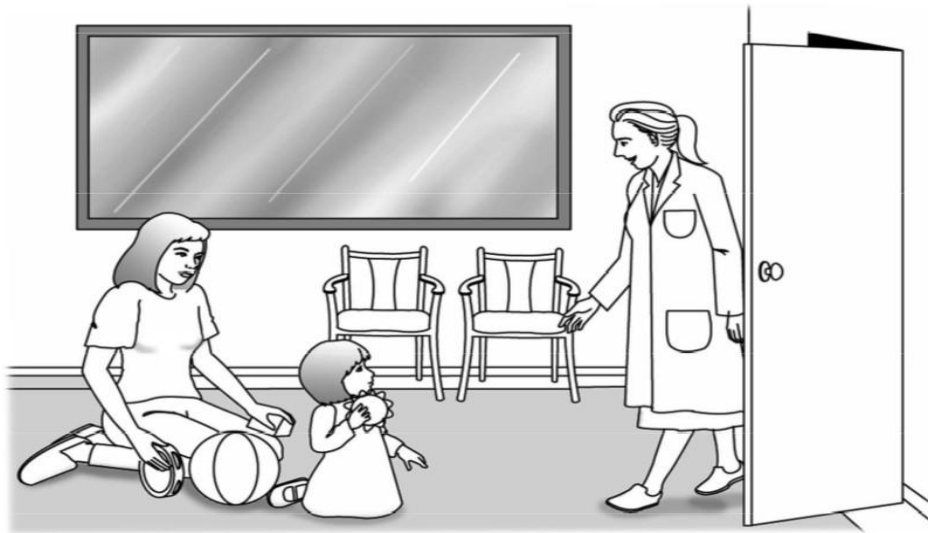


Figura3.1: Situación Extraña. Fuente: Vilanueva ²²

Como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más cuando estaban junto a su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba el desconocido y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y ante cualquier amenaza el niño activaba sus conductas de apego y anulaba las de exploración. Se encontró con diferencias de comportamiento dependiendo del tipo de vínculo que los niños tenían con su madre, por lo que describió las tres clases de apego en función de los patrones

conductuales de los niños cuando se les aplicaba el experimento de “la situación extraña”^{12,20}.

En un principio se clasificaron tres tipos de apego: apego seguro, ambivalente/resistente y evitativo pero posteriormente se añadió un cuarto tipo de apego, el desorganizado/desorientado, tal y cómo aparece en la siguiente tabla ²².

Tabla 3.1: Clasificación del Apego en la situación extraña

Apego seguro (65%)	Apego ambivalente/resistente (10-12%)	Apego evitativo (20%)	Apego desorganizado/desorientado (3-5%)
<ul style="list-style-type: none"> - Exploran de forma activa mientras están solos con la madre. - Pueden intranquilizarse en la separación. - Contacto físico afectuoso a su regreso que les tranquiliza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploran muy poco y se mantienen cerca de la madre. - Se inquietan mucho en la separación. - Ambivalencia a su regreso (se mantienen cerca pero se resisten al contacto físico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco malestar en la separación. - Ignoran a la madre a su regreso. - Pueden ser muy sociables con extraños. - Muestran una conducta exploratoria activa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Combinación de patrón resistente y evitativo; el niño, después de haber sido separado de la figura de apego, presenta conductas contradictorias a su regreso.

Fuente: Vilanueva ²²

Los investigadores coinciden en que el apego de tipo seguro es el ideal para evitar que el niño pueda desarrollar problemas en su desarrollo psicosocial y emocional. Los niños con una relación de apego seguro, serán capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados, debido a que tienen confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad (ver Figura 3.2)²². Los niños con apego seguro suelen ser más cálidos, estables, tienden a ser más positivos, integradores y con óptimas perspectivas de sí mismo ^{12,15,17,18}.

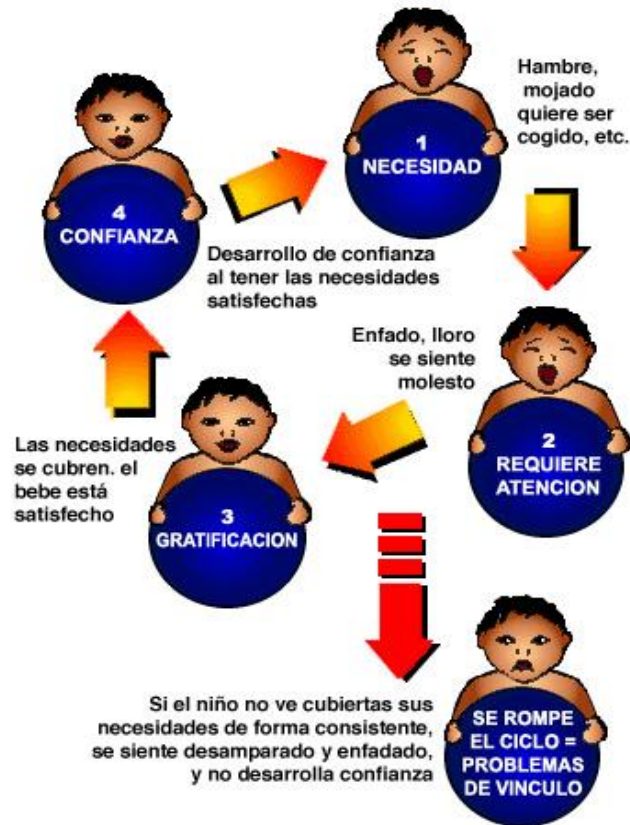


Figura 3.2: Ciclo del apego Seguro. Fuente: Delgado²²

3.1.4. Factores influyentes en la formación de Apego

Diversos autores coinciden en que el apego no depende únicamente de la relación entre el bebé y su madre. A continuación enumeramos los factores que, según los investigadores influyen en la formación y tipo de apego^{11, 12, 18,22}.

- El carácter, temperamento o “personalidad” del bebé: la habilidad del infante para formar un vínculo seguro materno-filial dependerá en gran medida de su comportamiento y puede verse comprometida ante situaciones adversas de salud como la prematuridad, malformaciones, enfermedad, etc.
- Figura de apego o cuidador principal: Las conductas del cuidador pueden afectar a la formación y desarrollo del apego. Si los padres son constantes y coherentes en el cuidado de su hijo, se formará más

fácilmente una relación de apego seguro, pero si por el contrario muestran rechazo, o nerviosismo ante el bebé, costará más crear y desarrollar el apego saludable.

- El ambiente externo: si un niño tiene dolor, siente miedo o se encuentra en un entorno caótico, se le hará difícil participar en el desarrollo de un relación de apego saludable, a pesar de que reciba unos cuidados óptimos. Niños que viven en situaciones de guerra, violencia doméstica, etc, tienden a desarrollar problemas de apego.
- Acoplamiento: es necesario que exista una adaptación entre los comportamientos y las capacidades del niño y su cuidador para crear una sólida relación de apego. De hecho se sabe que hay veces que en una misma familia con dos hijos, la relación con uno de ellos es muy fácil y sin embargo con el otro es más costosa, esto se debe en gran parte a la falta de sincronización entre los caracteres por parte de los padres y de los hijos.

La bibliografía consultada ^{6-8, 18} refiere que en condiciones normales el apego o vínculo materno filial se desarrolla desde los primeros meses de vida hasta los tres años, en el caso de un neonato prematuro o con algún problema de salud que le haga permanecer ingresado en la UCIN esa formación del vínculo con su madre o cuidador principal tendrá serias dificultades de establecerse, por lo que consideramos que enfermería debe estar alerta y saber identificar situaciones que pongan en peligro el desarrollo de esta relación a la vez que potenciar y realizar las intervenciones necesarias para la formación de apego seguro entre la madre y su bebé, de manera que aún estando el bebé ingresado en UCIN o en cualquier unidad hospitalaria, no se le prive de las enormes ventajas y beneficios que el apego le proporciona para su desarrollo bio-psico-social.

3.2. Resiliencia

Inicialmente algunos científicos tendían a analizar los aspectos negativos del desarrollo de los niños que se enfrentaban a situaciones adversas, pero desde finales del siglo XX se ha cambiado esa dinámica y en lugar de estudiar el daño sufrido por esas situaciones y las consecuencias negativas que éste pudiera provocar en los niños, se tiende a investigar acerca del conocimiento del cómo y el por qué del desarrollo de ciertas características y aptitudes que algunos niños y niñas generan ante tales adversidades ^{23,24}.

Esta relación entre situaciones hostiles y el desarrollo de competencias personales positivas dentro de ellas, es lo que actualmente se conoce como resiliencia ²⁵.

El adjetivo resiliente, tomado del inglés *resilient* y del francés *résilience*, nació originalmente en la metalurgia y la ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original, después de ser sometidos a una presión deformadora ²⁶

El nacimiento del concepto resiliencia desde el punto de vista de las ciencias sociales y de la salud data de los años ochenta con los estudios longitudinales de Emmy Werner. En estas investigaciones, trescientos recién nacidos de la Isla de Kauai (Hawai) procedentes de familias que vivían en situaciones desfavorables de pobreza, desestructuración, enfermedades mentales o alcoholismo y que a priori se clasificaron como población de alto riesgo de sufrir todo tipo de enfermedades y trastornos, fueron observados hasta su edad adulta y se encontró que el 85 % de éstos no presentaron ningún tipo de conducta no adaptativa para su entorno social y cultural. A la luz de estos sorprendentes resultados, la Doctora Werner se planteó las razones de los mismos, por lo que comenzó a estudiar los factores positivos que esas personas habían desarrollado para no sólo superar esas adversidades sino además salir reforzados de ellas, surgiendo así el concepto de Resiliencia ^{27,28}. (ver Imagen 3.2) ²⁹



Imagen 3.2: Crecer ante la adversidad. Fuente: Valdero ²⁹

Se han encontrado diferentes autores que han acuñado este término a otras disciplinas; desde la medicina, la psicología o la enfermería, por ejemplo, la resiliencia es una de las variables más estudiadas en la actualidad, debido a las implicaciones que tiene para la prevención y la promoción de la salud del ser humano y de su comunidad (resiliencia comunitaria), así como para mejorar la calidad de vida del individuo y su entorno ^{27, 30}.

3.2.1. Conceptualización de Resiliencia

Debido al gran interés que suscita este término en la actualidad y al gran número de estudios realizados por diversas disciplinas para investigar acerca de la resiliencia, existen muchos conceptos y definiciones de dicho término. A pesar de ello, todos tienen algo en común cuando hablan del concepto de

resiliencia y es que lleva implícito un afrontamiento y esfuerzo positivo tras la adversidad.

A continuación mencionamos algunas definiciones y conceptos de resiliencia encontrados en la literatura revisada:

- *“Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (ICCB, Institute on Child Resilience and Family,) ²⁵.*
- Cyrulnik ³¹ uno de los mayores exponentes en el mundo de la teoría y práctica de la resiliencia, la define como *“la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación”.*
- *“Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas” (Grotberg) ³⁰.*
- *“La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles” (Vanistendael) ²⁷.*
- *“La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo” (Rutter) ³²*
- Wagnild²³, explica que la resiliencia es *“más que recuperarse en respuesta a la adversidad”.* Este autor defiende que *“los individuos resilientes han generado la capacidad de escoger un estilo de vida*

vigoroso y auténtico, y contempla la capacidad de la persona de vivir la vida de una manera plena y gratificante. Por tanto, en medio de la adversidad, el ser humano trata de descubrir y potenciar aquellas capacidades, aptitudes y acciones positivas que pudieran ayudarlo a fortalecerse como persona”.

- Consideramos, que la definición que mejor recoge y expone lo que para el desarrollo de nuestro trabajo es la Resiliencia es la que Kotliarenco y Cáceres desarrollan en 2011 ya que la definen: *”como un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales”*⁴.

3.2.2. Factores que influyen en el proceso de desarrollo de la Resiliencia

En el apartado anterior hemos identificado varios términos que engloban el concepto de Resiliencia. A continuación expondremos los factores o elementos que según algunos autores influyen en que una persona pueda desarrollar dicha capacidad; así hablan de que la Resiliencia se produce por la interacción entre factores de riesgo y factores de protección que tanto el individuo cómo su entorno generan y por los que son influidos, reforzando así el carácter dinámico de resiliencia ²⁵.

En cuanto a los factores de riesgo, Fernández D. et al ³⁴ señalan que se puede prevenir la aparición de problemas y trastornos de salud si se identifican y reconocen los riesgos de un individuo o comunidad, de manera que nos anticipemos a dichas situaciones adversas y podamos evitarlas realizando las intervenciones óptimas en cada momento ³³.

Así, tras la revisión de varios autores ^{16, 31, 34, 35}, podemos enumerar algunos factores de riesgo tanto individuales como del entorno, que según dichos autores pueden actuar como precursores de situaciones adversas de manera que pudieran generar a los niños problemas de salud y conductuales.

- La predisposición genética: algunos autores defienden que la impronta que los padres dejan en sus hijos pueden influenciarles en el óptimo desarrollo o no de la resiliencia, ej: hijos de padres diagnosticados de esquizofrenia tiene altas probabilidades de sufrir dicho trastorno.
- Problemas crónicos de salud individual o de algún miembro de la familia.
- Separación de los padres, bien por enfermedad, muerte o conflicto parenteral.
- Una menor percepción de riesgo, impulsividad, hostilidad, actitudes de rebeldía.
- Conflictos familiares y normas de convivencia familiar no claras.
- Pocas o nulas habilidades sociales. como la empatía, asertividad, regulación del estrés, control de la frustración etc.

En lo referente a los factores protectores, los autores refieren que las personas que poseen ciertos aspectos de resiliencia individuales y sociales pueden salir enriquecidos y fortalecidos sin caer en la enfermedad ²².

Estos factores de protección son aquellos que nos ayudan a controlar el estrés, son las actitudes y aptitudes internas que junto con las fuerzas externas de apoyo, hacen posible que la persona aumente su resistencia a los factores de riesgo, reduciendo así la posibilidad de sufrir cualquier enfermedad o disfunción ²⁵.

Cuando se habla de dichos factores los autores engloban influencias genéticas, características personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. A modo de resumen éstos son algunos de los factores que según la evidencia fortalecen internamente y dan seguridad al niño ^{4, 16, 23, 30}.

- Vínculo estable (apego seguro) con al menos uno de los padres u otra persona significativa.
- Apoyo social actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores.

- Ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas.
- Responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales. Reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades.
- Disponer de estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas.
- Desarrollo de una actitud optimista y fuertes expectativas de autoeficacia frente a situaciones generadoras de estrés.
- Capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento y al dolor, pudiendo contar con el apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

Otros autores ^{28, 36}, identifican factores de protección que se centran más en las habilidades individuales de cada persona; los denominan: “Los Pilares Individuales de la Resiliencia”. A modo de resumen utilizamos la siguiente figura ³⁷ para nombrarlos.

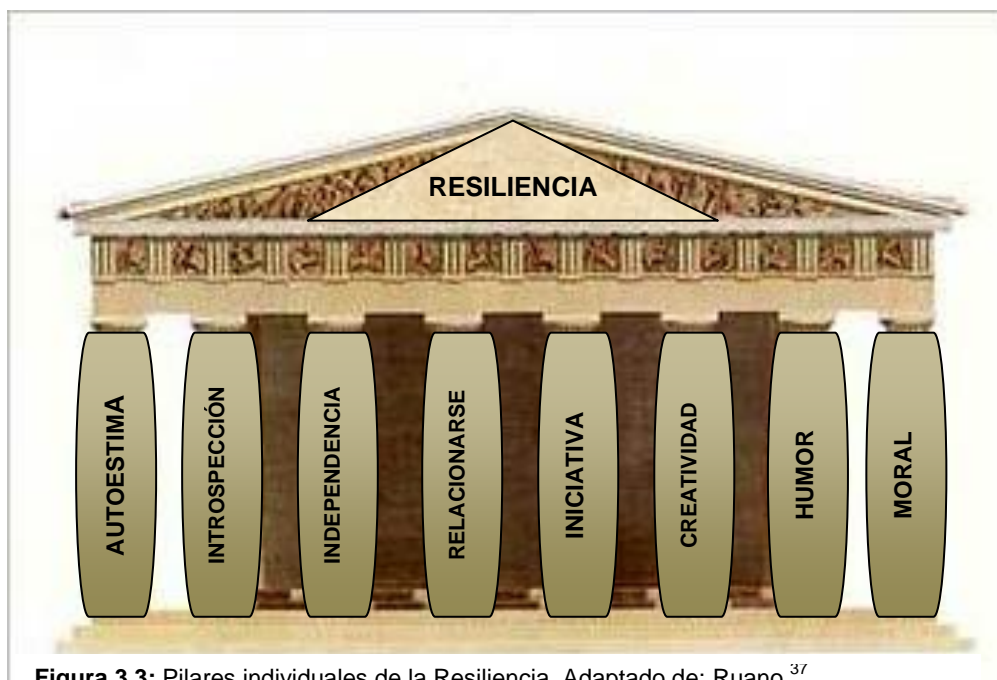


Figura 3.3: Pilares individuales de la Resiliencia. Adaptado de: Ruano ³⁷

Nos gustaría destacar que, tal y como indican varios autores consultados, tanto los factores de protección como los de riesgo dependen de circunstancias muy concretas en el tiempo, dependen también de la situación personal del individuo y del entorno en ese momento, por lo que se refuerza así el carácter dinámico de Resiliencia ^{11, 22, 25, 30, 32, 33}.

Promover la resiliencia es relacionarse con un individuo en su totalidad, trabajar con un enfoque interdisciplinario, llevando a la práctica el concepto "bio-psico-social". La resiliencia y la prevención de enfermedades y/o patologías individuales y sociales requieren de una práctica clínica interdisciplinar e integral entre los diferentes profesionales de la salud ^{4, 22, 25, 31}.

3.3. Relación entre apego y resiliencia en niños.

Anteriormente hemos descrito y profundizado acerca de los términos de apego y resiliencia, sus definiciones, conceptos, factores que influyen en uno y en otro, etc. A partir de ahora, con la ayuda de la revisión científica, vamos a interrelacionar ambos conceptos y su influencia en los niños.

Las interacciones tempranas del bebe con su cuidador (principalmente la madre) determinan su desarrollo, afectando directamente el entramado del cerebro, estableciendo condiciones para el proceso cognitivo y socio-emocional del ser humano ^{8, 9, 27, 38}.

Acerca de la mielinización y su relación con el vínculo afectivo, distintos estudios con niños prematuros, han demostrado que estos mielinizan su sistema nervioso más rápido que los nacidos a término, sobre todo aquellos que han recibido un acompañamiento por parte de su progenitora. Un ejemplo de ello son las famosas "madres canguro" que debido a la falta de recursos materiales para cuidar a sus hijos prematuros en los hospitales de Bogotá allá por los años setenta y ochenta, empezaron a utilizar el contacto piel con piel con sus hijos mejorando notablemente el estado de salud y bienestar de sus bebés ³⁹. De esta manera se consigue aumentar el proceso de mielinización ejercida por el contacto y vínculo precoz, facilitando así el desarrollo de un gran número de conexiones que van evolucionando de acuerdo a las cargas afectivas resultantes de dichos actos de vinculación afectiva. Gracias a estos

procesos de desarrollo y evolución neurológica se le aporta al bebé la plasticidad neurológica necesaria para su adaptación progresiva a actividades mentales cada vez más complejas ^{2, 18, 32, 40}.

El apego seguro, que se da con un vínculo afectivo positivo niño-cuidador principal, y que como ya sabemos, es uno de los factores protectores del individuo, aporta una base segura al neonato que recordamos opera a través de conexiones neurológicas, de manera que activa sus circuitos neuronales ante los estímulos y los asocia con un sentimiento de seguridad; esto determina en gran medida, la forma con la que el niño va a aprender, a pensar, a sentir, a actuar y a resolver las situaciones difíciles y dolorosas por las que se enfrentará a lo largo de su vida ^{3-5, 40}.

Diversos autores indican que un niño que vivió un vínculo de buena calidad posee un mejor pronóstico de desarrollo y una mejor resiliencia en caso de sufrir una desgracia, porque ya habrá adquirido una manera positiva de ponerse en contacto con los adultos y de ver en ellos una base de seguridad ^{11, 28, 36, 41}.

Por el contrario los niños que han vivido dentro de un entorno desfavorable y han sido educados siguiendo un patrón de apego inestable, como por ejemplo: aquellos que han sido abandonados, maltratados o abusados, la evidencia indica que poseen menos posibilidades de resistir, perdiendo frecuentemente el contacto con la realidad, presentando trastornos psicosociales y conductuales ^{4, 19, 31, 42}.

Algunos autores indican que desde un punto neurobiológico, y también psicológico, la experiencia más vital e influyente es aquella que ocurre, para bien o para mal, en el contexto de las relaciones de apego ^{16, 42}. Es el contacto con “el otro”, es decir, el contacto visual, los sonidos, el contacto corporal y el apoyo de una persona lo que permite iniciar un proceso de resiliencia ^{4, 25, 41}.

3.4. Apego, Resiliencia y Enfermería Pediátrica.

Hasta el momento, en este estudio, hemos ido aportando nociones para mejorar el conocimiento acerca del apego, la resiliencia y de la relación tan

estrecha que existe entre ellos tal y como lo hemos expuesto en el apartado anterior. Sólo nos queda entonces dilucidar si la enfermería puede o no actuar y de qué manera, en la formación de vínculos de apego seguro entre los neonatos y sus cuidadores para reforzar así el desarrollo de la resiliencia en los niños.

En las Unidades Neonatales y Unidades de Hospitalización Pediátrica enfermería está en estrecho contacto con los niños y sus cuidadores por lo que desempeñan una labor primordial en los cuidados de los mismos. Diversos autores indican que es primordial que el personal de enfermería pediátrica conozca la importancia de fomentar un vínculo de apego seguro entre el bebé y su cuidador, así como la influencia de éste vínculo sobre el desarrollo la resiliencia; además destacan la necesidad de que las intervenciones de enfermería vayan encaminadas a optimizar esta relación materno-filial, adaptando los recursos materiales y personales para optimizar el bienestar tanto del niño como de sus cuidadores ^{2, 6, 8}.

Tras la revisión de varios artículos donde los padres con niños hospitalizados enumeran las actuaciones relacionados con el personal de enfermería que según su experiencia, les influyeron negativamente en la creación de la relación de apego con su hijo, encontramos que: la ausencia de escucha empática, la insuficiente o incomprensible información acerca del estado de salud de su hijo o de cómo realizarle los cuidados y el impedimento en la participación de los mismos, fueron las causas que más limitaron a los padres a la hora de desarrollar una óptima relación de apego con su bebé ^{3, 38, 43- 46}.

A la luz de estos resultados, la teórica enfermera Ramona Mercer ⁴⁷ en su teoría Adopción del Rol Maternal, estableció la relación entre la competencia del rol materno y el apego y encontró que las madres que tienen la capacidad de interactuar y formar lazos de unión con sus hijos experimentan una mayor sensación de competencia en su rol, al promover la salud y desarrollo de él. Por el contrario, las mujeres en posparto con recién nacidos hospitalizados, presentan mayor dificultad para desarrollar este rol maternal debido a la separación precoz y la falta de apoyo consistente en este proceso por parte

del personal de sanitario, incluida la enfermería. Señala la importancia de que enfermería realice intervenciones dirigidas a mejorar la relación del neonato con sus cuidadores principales para reforzar tanto la figura del cuidador como el vínculo de apego entre el bebé y su madre o cuidador principal ⁴⁸.

Hay otra teórica ⁴⁹⁻⁵⁰ que ha relacionado el concepto de Resiliencia y Apego con la enfermería. Se trata de Dorothy Johnson y su Modelo Conductual, el cual se centra en estudiar cómo se adapta el paciente a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación y superación, relacionándolo así directamente con el término Resiliencia.

Pero además al definir los subsistemas (figura 3) ⁴⁹ que, según Johnson determinan el nivel de salud del paciente ⁵⁰, nos encontramos con que los dos primeros subsistemas son: subsistema de afiliación y subsistema de dependencia; relacionados los dos con un apego seguro y cuya finalidad es: buscar la seguridad y la supervivencia el primero y promover relaciones recíprocas el segundo. Para esta teórica, las intervenciones de enfermería van dirigidas a disminuir el estrés del paciente y promover los recursos personales y de su entorno para que el paciente pueda recuperarse cuanto antes de su proceso de enfermedad y salir reforzado de éste.

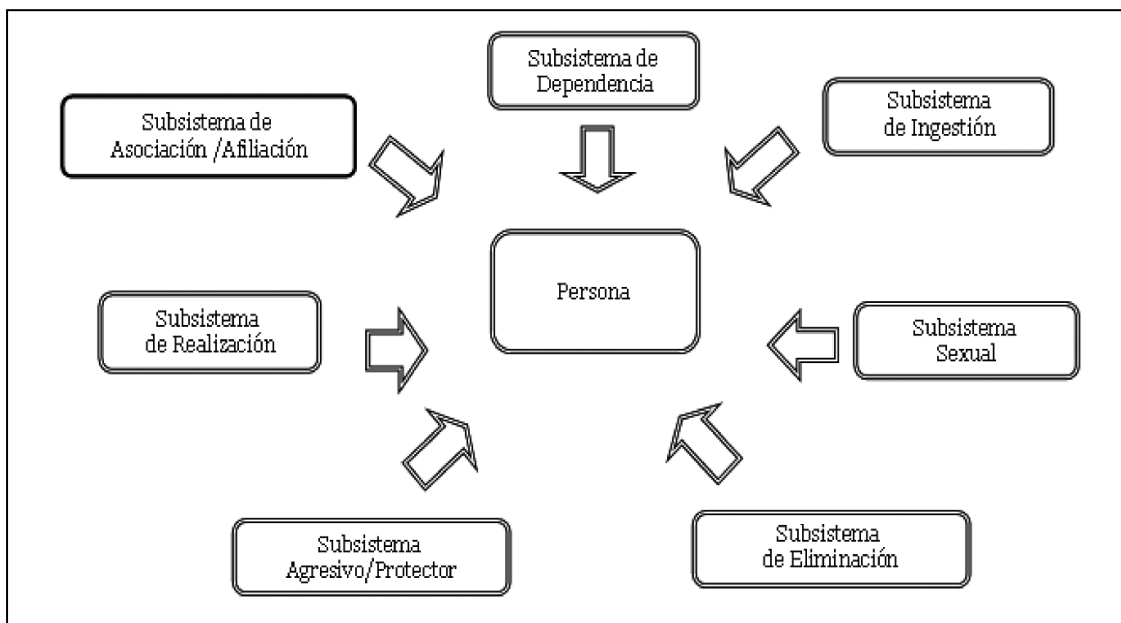


Figura 3.4: Diagrama del Modelo Teórico del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. Fuente: Cortés ⁴⁹

Por todo lo anterior, creemos necesario indagar en las intervenciones enfermeras que refuercen el apego seguro paterno-filial para garantizar que tanto el neonato como sus cuidadores se beneficien de la formación de dicho vínculo reforzando así también su capacidad de resiliencia.

3.4.1. Actividades enfermeras que fomentan el Apego y la Resiliencia en los niños

Algunos autores indican que la relación entre la enfermería pediátrica y los cuidadores principales de los niños ha de ser paralela a la relación madre e hijo, de manera que el personal de pediatría asista al bebé y a sus cuidadores durante el proceso de hospitalización cubriendo, tanto las necesidades demandadas por los familiares, cómo las que el personal de enfermería considere oportunas reforzar para el óptimo desarrollo de los cuidados del bebé y su familia ^{48,51-52}.

A continuación enunciaremos algunas de las intervenciones enfermeras que según la bibliografía consultada, mejor ayudan a promover y reforzar el vínculo cuidador-bebé y su resiliencia:

- Fomentar el acercamiento: según los científicos el factor más importante en la creación de apego es el contacto físico: contacto prematuro piel con piel, abrazar, acariciar, masajear, besar....causan actividades neuroquímicas en el cerebro que llevan a una estimulación de los sistemas cerebrales responsables del apego ^{1, 8, 49, 53}.
- Implicar a los padres en los cuidados diarios del recién nacido: se ha demostrado que esta intervención fomenta el contacto físico de los padres con su hijo, refuerza los conocimientos y habilidades acerca de los cuidados del recién nacido por parte de los cuidadores y éstos además dejan de ser meros observadores pasivos a la hora cubrir las necesidades del bebé. Enfermería debe explicar a los padres cómo pueden coger a su hijo aunque éste sea portador de una vía venosa periférica o de una sonda nasogástrica, de esta manera se consigue disminuir el miedo de los padres a dañar a su hijo a la vez que aumentar su confianza y conocimiento acerca de los cuidados del bebé ^{15, 22}.

- Escucha activa: según la literatura consultada, al realizar una escucha activa por parte del personal de enfermería acerca de las necesidades y demandas de los padres, los cuidadores muestran mayor tranquilidad, seguridad y confianza a la hora de desempeñar los cuidados con su hijo, porque se sienten reforzados en sus habilidades ^{42, 43, 53}.
- Facilitar información: enfermería debe asegurarse que la información que les facilite a los cuidadores ha sido entendida y comprendida correctamente por los mismos. Por otro lado, es habitual que los padres demanden información acerca del tratamiento, evolución o métodos de crianza a desarrollar con su hijo por lo que enfermería debe tener conocimientos suficientes y actualizados para que la información aportada sea lo más acertada y veraz posible ^{48, 50-51}.

Todas estas intervenciones van encaminadas a reforzar la creación de un apego seguro padres-hijos y asentar así los cimientos del desarrollo de la resiliencia en estos niños ^{45-46, 48, 52}. Se tratan de intervenciones que afectan al aspecto bio-psico-social del bebé y su familia, garantizando de esta manera unos cuidados holísticos, que aseguran el bienestar completo del recién nacido y su entorno.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Diseño.

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se ha realizado una investigación cualitativa, tipo Estudio de Caso. Según Taylor y Bogdan ⁵⁴, la investigación cualitativa es aquella que producen datos descriptivos referidos a las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

Dentro de esta metodología, el estudio de casos es el diseño que se empleará para la realización de este trabajo, el cual conlleva un análisis sistemático y en profundidad de un caso que nos interesa por sus características particulares.

4.2. Sujeto del estudio.

Neonato de 5 días, diagnosticado de Sepsis Neonatal es ingresado en la Planta de Pediatría procedente de la Unidad de Neonatología, para terminar su tratamiento prescrito de antibioterapia y control de su evolución.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en la Unidad de Neonatología-Pediatría del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor de San Javier.

El periodo de estudio quedó comprendido entre el 16 de Septiembre de 2013 al 11 de Noviembre de 2013, para la fase de contacto, observación del paciente y recogida de datos clínicos, y se extendió hasta el 1 de Junio de 2014.

4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

4.4.1. Fuente de información.

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

- Información verbal proporcionada por la madre de nuestro paciente.

- La observación directa del paciente.
- La historia clínica del paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- La valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon.
- La revisión de la evidencia científica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Cuiden, Elsevier, Medline, Index, Scielo, Nursing consult. Además se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS Panamericana, Parlamento Europeo, Asociación española de Pediatría); Guías de práctica clínica y protocolos; Actas de Congresos; Tesis Doctorales y libros publicados para enfermería.

4.4.2. Procedimiento de información.

Para proceder a la recogida de los datos, se recabó la autorización previa de todos los agentes implicados, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

Se acordó con la madre del paciente y con el equipo médico responsable de sus cuidados el momento adecuado para la realización de la observación y valoración de enfermería, a fin de no distorsionar la rutina clínica de la unidad.

Otorgada a la madre del paciente la información oportuna relativa al estudio y recibidas las autorizaciones pertinentes, el proceso de recogida de información se realizó en tres fases:

1.- Revisión del historial clínico del paciente.

En un primer momento, con el objetivo de realizar una descripción lo más detallada posible del caso, se extrajeron de la historia clínica del paciente los siguientes datos clínicos: antecedentes personales y familiares

(enfermedades de los progenitores, incidencias embarazo o parto, etc), el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, exploraciones de reconocimiento, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica así como la evolución de los cuidados enfermeros y, por último, los valores de las gráficas de constantes y el registro de las actividades e intervenciones enfermeras y de auxiliares de enfermería.

2.- Realización de la Valoración de Enfermería.

La valoración de enfermería se realizó a través de una audiencia personalizada, en base a los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon ⁵⁵, utilizándose los indicadores empíricos y las exploraciones físicas pertinentes. En esta segunda fase fue posible la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

3.- Revisión de la Evidencia Científica.

Para la revisión de la evidencia científica seguimos la siguiente estrategia de búsqueda:

- Se fijaron límites según criterios de fecha, de manera que se limitó la búsqueda de información a partir del año 2008 hasta la actualidad.
- Se seleccionaron los artículos en los que los descriptores aparecían en el título, abstract y resumen.

4.4.3. Análisis y Procesamiento de los datos.

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera, para los datos provenientes de la valoración por patrones; y al análisis crítico de la evidencia científica revisada, seleccionando y clasificando las informaciones de mayor importancia. Después de valorar al paciente se extrajeron, a través de la priorización clínica de una Red de Racionamiento basada en el Modelo ÁREA ⁵⁶, los diagnósticos de enfermería

que utiliza la Nanda ⁵⁷ y las Complicaciones Potenciales según el Manual de Diagnósticos de Linda Carpenito ⁵⁸. Seguidamente, tras la selección de DXE Principal y de la Complicación Potencial se procede al establecimiento de los criterios de resultado (NOC) ⁵⁹ e Intervenciones (NIC) ⁵³. Finalmente, con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas, una vez ejecutadas las actividades de enfermería se procedió a una evaluación de las mismas, en base a los criterios de resultado establecidos en el diseño del plan de cuidados.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

Neonato de 6 días, ingresa en la planta de pediatría procedente del servicio de neonatología, diagnosticado de Sepsis Neonatal ⁶⁰.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre: 19 años. 1 Gestación, 1 Parto (G1P1). Embarazo controlado, ecografías prenatales normales. Cesárea en semana 39+0días. Antígeno virus de la Hepatitis B (Ag Hbs): NEGATIVO; Streptococcus agalactiae (EGB): NEGATIVO. No hábitos tóxicos (alcohol, tabaco).

Padre: 22 años. Sin enfermedades conocidas. No hábitos tóxicos (alcohol, tabaco).

ANTECEDENTES PERSONALES

Nacido por cesárea por pérdida de bienestar fetal ⁶⁰. Apgar 1^{er} min: 8, Apgar 5 min: 8. A los 15 minutos de nacimiento empieza con síntomas de distrés respiratorio: quejido espiratorio leve e intermitente, leve tiraje intercostal y polipnea superficial de 65 rpm, por lo que se pasa a incubadora con FiO₂ 23% y monitorización pulsioximétrica, manteniendo saturaciones del 99-100%.

Peso nacer: 3.400 Kg. Talla: 51cm. Alimentación: lactancia mixta (succión efectiva). Administrada profilaxis oftálmica (eritromicina pomada) y de enfermedad hemorrágica (vit. K. 1mg via IM).

Al día siguiente del nacimiento se realiza analítica y gasometría venosa donde se aprecia valores de PCR elevada 12.6mg/dl ⁶⁰, y los valores de la gasometría indican acidosis metabólica (pH: 7.32, pCO₂: 34mmHg, HCO₃: 16.9mmol/L) ⁵⁷. Ante elevación de PCR y hemocultivos negativos, se comienza con antibioterapia empírica ⁶¹ con Ampicilina 360 mg c/12h vía intravenosa (i.v.) y Gentamicina 14 mg c/24 h vía I.V. Micción espontánea y expulsa meconio.

Al segundo día, el pediatra decide poner al niño en dieta absoluta por succión débil e ineficaz que le provoca aumento del trabajo respiratorio y del

tiraje intercostal. Por todo esto, se inicia perfusión de 100 ml Suero Glucosado 5% +3 ml gluconato cálcico 10% a 9ml/h para mantener hidratación.

El tercer día comienza con coloración icterica de piel y mucosas: se le realiza bilirrubina transcutánea dando valores fuera de rango de fototerapia (15.8 mg/dl) ⁶¹. También presenta distensión abdominal, que mejora con estimulación rectal, expulsando abundantes gases y heces normales. Para no empeorar sintomatología respiratoria, se comienza con alimentación por Sonda Nasogástrica (SNG) a 15ml/h, y si buena tolerancia subir de 5ml en 5 ml hasta 30ml c/3h.

El quinto día se vuelve a intentar alimentación por succión debido a la mejoría respiratoria. Se consigue administrar 25-30ml c/3h por succión y sin fatigabilidad. Debido a la mejoría en la analítica: descenso de PCR a3.1mg/dl, hemocultivos negativos y estabilidad hemodinámica y respiratoria, el sexto día de vida, se traslada al paciente a planta de pediatría para continuar con su tratamiento antibiótico (6 días más de tratamiento) y control de ictericia.

ESTADO ACTUAL

Tensión Arterial (T.A): 63mmHg/41mmHg Tensión Arterial Media (TAM) 49mmHg; Frecuencia Cardíaca (FC): 137 lpm; Frecuencia Respiratoria (F.R): 49 rpm; SatO₂: 99%; Temperatura (T^a): 36.7°C. Peso: 3.460 KG; Talla: 51cm. Portador catéter venoso periférico (CVP) de calibre 14 en mano izquierda.

Buen estado general, coloración icterica leve de la piel y mucosas. Reactivo, con llanto vigoroso. Mientras realizamos la valoración, el niño se muestra inquieto e incluso con llanto irritante en los brazos de su madre, por ello, decidimos regresar más tarde para poder terminar la valoración correctamente. Al cabo de media hora regresamos y terminamos la valoración. La madre nos comenta que su bebé no duerme bien, ya que ante cualquier estímulo, el niño se despierta fácilmente y que tampoco tiene una rutina adquirida con la lactancia porque no distingue el día de la noche. La madre piensa que su hijo está así por todo lo que ha pasado y por tanto “pinchazo y cosas” que le han hecho, pero que ha leído en Internet que no es bueno que los niños estén siempre en brazos, porque así tienen la capacidad de superar

las situaciones difíciles por sí solos, sin apoyo y que a esa capacidad se le llama Resiliencia. Por esta razón sólo lo coge para darle el pecho y cuando tiene que cambiarlo o asearlo; admite que cuando el niño está en sus brazos, éste se muestra más tranquilo. Entiende las razones del ingreso de su hijo y se muestra dispuesta a realizar lo que haga falta para que se recupere y conseguir que su hijo se sienta más cómodo y tranquilo.

Cuando regresamos a la habitación a administrarle la dosis de antibiótico prescrita, el niño empieza a llorar de nuevo y a realizar movimientos bruscos con piernas y manos, lo que nos dificulta mucho la administración de la medicación ya que no paraba de mover el brazo donde se encontraba el CVP, tuvimos que decirle a la madre que lo cogiera en brazos y le sujetara para conectarle el suero de forma segura sin riesgo de perder o dañar el CVP.

5.1.1. Valoración

Valoración realizada según los 11 Patrones Funcionales de Gordon ^{52, 62}.

➤ **1. Patrón Percepción - Manejo de salud**

Embarazo controlado, ecografías prenatales normales. Cesárea en semana 39+0días.

Antecedentes niño: Apgar 1^{er}min: 8; Apgar 5 min: 8. Distrés respiratorio, sepsis neonatal, acidosis metabólica, ictericia grado III-IV, distensión abdominal, succión ineficaz, alimentación por sonda durante dos días.

Salud preventiva⁶³: profilaxis oftálmica (administración eritromicina pomada vía oftálmica), profilaxis enfermedad hemorrágica (administración 1mg vit.K vía IM).

Antecedentes padres: Madre 19 años G1P1; Ag Hbs: NEGATIVO; SGB: NEGATIVO. Buen estado salud, sin enfermedades conocidas. No fumadora ni alcohol. Padre: sin enfermedades conocidas y buen estado salud, no fumador ni alcohol. Los padres siguen las pautas terapéuticas de su hijo, aunque refieren tener dudas respecto a cómo actuar con su hijo cuando éste está alterado.

Estado actual del niño: buen estado general a excepción de leve ictericia piel y mucosas.

Portador de CVP del 14 en mano izquierda.

➤ **2. Patrón Nutricional Metabólico**

Lactancia materna exclusiva a demanda (aunque la madre nos indica que el bebé no tiene una rutina de tomas, hay veces que come cada tres horas y otras cada media hora, sin distinguir el día de la noche). Succión potente.

Tª:36.7°C

Peso nacer: 3.400 KG .Talla nacer: 51cm

Peso actual: 3.460 KG. Talla actual: 51cm

Leve ictericia en piel y mucosas. Piel hidratada. Cordón umbilical seco y sin olor fétido. Cura diaria con alcohol de 70° que realiza la madre.

Fontanelas normales en tamaño y tacto.

Simetría en cabeza, cara, boca y ojos. Reflejo de búsqueda positivo.

Se aprecia buen estado nutricional de los padres.

➤ **3. Patrón de Eliminación**

Eliminación urinaria: 8-10 micciones diarias. Olor y color de orina normales

Eliminación intestinal normal: 5-6 deposiciones diarias. Deposiciones con color, consistencia y olor normales. Se comprueba que la madre hace que su hijo eructe después de cada toma.

Abdomen blando y depresible.

➤ **4. Patrón Actividad-Ejercicio**

T.A.S: 63mmHg; T.A.D.:41mmHg; T.A.M: 49mmHg

FC: 137 lpm; F.R.: 59 rpm; SatO2: 99%.

Respiración diafragmática, sin tiraje ni uso de musculatura accesoria.

Buen tono muscular general. Sin flaccidez ni atonía. Movimientos simétricos y apropiados a su edad.

Simetría de pliegues inguinales, glúteos y poplíteos. Pulso femoral mantenido en ambos miembros inferiores.

Aseo: Diario matutino realizado por la madre.

➤ **5. Patrón Sueño descanso**

Número de horas: 14 h aprox. El niño no tiene rutina de descanso: hay veces que duerme entre toma y toma y otras que está llorando o inquieto y le cuesta mucho conciliar el sueño, tanto por el día, como por la noche.

Incluso cuando duerme hay veces, que observamos que tiene un sueño inquieto porque se contrae sobre sí mismo o se altera ante cualquier estímulo auditivo o táctil.

➤ **6. Patrón cognitivo-perceptual**

Responde a estímulos auditivos y visuales.

Otoemisiones acústicas⁶³ realizadas y son normales.

Reflejos arcaicos presentes: de succión, de búsqueda, de prensión, de Moro, de la marcha, Babinsky y plantar.

➤ **7. Patrón Autopercepción-Autoconcepto**

Los padres se consideran buenos padres.

➤ **8. Patrón Rol Relaciones:**

Actualmente tanto el padre como la madre están con el bebé y se van alternando en los cuidados del bebé.

Observamos buen trato entre ellos y con respecto a su hijo.

En ocasiones, también están en la habitación los abuelos del bebé o la hermana de la madre que también se muestran participativos en los cuidados del bebé.

➤ **9. Patrón Sexualidad- Reproducción**

Órganos genitales: escroto pigmentado y de tamaño normal, testículos descendidos. Pene de tamaño normal, sin hipospadias.

➤ **10. Adaptación-Tolerancia al estrés**

Para los padres ha sido duro ver por todo lo que ha pasado su hijo, pero ahora se muestran dispuestos a hacer todo lo posible para ayudar a mejorar el estado de salud de su bebé.

La actitud del bebé ante las actividades y cuidados que le realizamos es de irritabilidad, protesta e incluso rechazo ya que en alguna ocasión, durante la toma de constantes o la administración de antibióticos, se ha puesto a llorar o se ha mostrado inquieto e incómodo, por lo que no hemos podido realizar la técnica correctamente. Frente a los padres, sobre todo con la madre, el niño se muestra algo más tranquilo.

➤ **11. Valores y creencias**

La madre se siente angustiada y con dudas con respecto a si es bueno coger mucho a su hijo o no, porque, por un lado, ella cree que no es bueno que los niños se acostumbren a estar en brazos todo el tiempo, pero por el otro, también observa que cuando toma a su bebé más a menudo, éste se muestra menos irritado y más tranquilo. Aún así intenta cogerlo sólo para darle el pecho y cuando llora mucho y no se calma en la cuna.

Los padres profesan la Religión Católica.

5.2. Diagnóstico

Diagnósticos encontrados según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon⁵⁵ y utilizando el Manual de Diagnósticos Enfermeros NANDA⁵⁷.

1-PATRÓN DE PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

➤ **(00004) Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos (CVP)**

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 1: Infección

Definición: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

2-PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

- **(00194) Ictericia Neonatal r/c edad neonato de 1 a 7 días m/p perfil sanguíneo anormal, mucosas amarillas y piel amarillo-anaranjada.**

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Definición: Coloración amarillo-anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece a las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre.

5-PATRÓN DE REPOSO-SUEÑO

- **(00096) Deprivación de sueño r/c disconfort prolongado m/p irritabilidad.**

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Definición: Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

10-PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- **(00116) Conducta desorganizada del lactante r/c procedimientos invasivos m/p irritabilidad, llanto irritable y sueño difuso.**

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

Clase 3: Estrés Neurocomportamental

Definición: Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto del entorno.

- **(00214) Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p llanto, irritabilidad y deterioro del patrón del sueño.**

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort del entorno

Clase 3: Confort social

Definición: Pérdida de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

11-PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

- **(00083) Conflicto de decisiones r/c creencias personales poco claras m/p verbaliza incertidumbre sobre las elecciones y verbaliza sentimientos de angustia mientras se intenta tomar una decisión.**

Dominio 10: Principios Vitales

Clase 3: Congruencia entre Valores/ Creencias/ Acciones

Definición: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales.

5.2.1 Priorización Diagnóstico enfermero (DXE) Principal mediante Modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual)⁵⁶



Figura 5.1: Red razonamiento clínico según el Modelo ÁREA. Diagnóstico Principal.

Fuente: Elaboración propia propuesta por el Dr. Pesut y Herman⁵⁶

5.2.2. Justificación Diagnóstico enfermero (DXE) principal

Como puede observarse en la red de razonamiento, el DXE Principal sería:

- **(00214) Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p llanto, irritabilidad y deterioro del patrón del sueño.**

Los antecedentes médicos de nuestro paciente nos informan, que en sus 6 días de vida, le han tenido que realizar numerosos procedimientos y actividades más o menos invasivas, que considero, han provocado el estado de irritabilidad y disconfort actual del bebé.

Debido a su mejoría clínica, pienso que es el momento de, junto con la ayuda de los padres, intentar reducir el nivel de disconfort, ya que si lo mejoramos, el bebé se encontrará más tranquilo y relajado y podrá dormir mejor, podremos realizarle sus cuidados e intervenciones de manera más segura y sosegada, disminuyendo así el riesgo de infección al manipular el CVP con medidas asépticas adecuadas. Además si reducimos su nivel de irritabilidad, el niño podrá ir adquiriendo una conducta y rutina en cuanto a la alimentación y en la distinción del día y la noche.

Por otro lado, nos apoyaremos en los padres, para conseguir mejorar el disconfort de su hijo, de manera que, al ir enseñándoles pautas de cómo cuidar y actuar ante su hijo, se sentirán más reforzados y se irán disipando las dudas y la angustia de no saber si es bueno o no tomar a su bebé.

Con respecto al diagnóstico de: (00194) Ictericia Neonatal r/c edad neonato de 1 a 7 días m/p perfil sanguíneo anormal, mucosas amarillas y piel amarillo-anaranjada, es algo que controlamos bajo prescripción facultativa, realizando extracciones de sangre según nos lo indique el médico y explorando piel y mucosas cada día.

5.3. Complicaciones Potenciales

En este caso, mi Problema de Colaboración (PC) es: **SEPSIS NEONATAL**

Las complicaciones potenciales (CP) que se derivan de la Sepsis Neonatal son:

- Enterocolitis necrotizante.
- Edema Cerebral.
- Convulsiones.
- Choque séptico.
- Disfunción Orgánica Múltiple

5.3.1. Elección de la Complicación Potencial (CP) mediante Modelo ÁREA⁵⁶



Figura 5.2: Red de Razonamiento clínico según el Modelo ÁREA. Complicación Potencial Principal.

Fuente: Elaboración propia Propuesta por el Dr. Pesut y Herman⁵⁶

5.3.2 Justificación de la Complicación Potencial Principal (CPP)

El Shock Séptico se define como un síndrome clínico, producido por una infección sistémica que se caracteriza por una hipoperfusión tisular secundaria a hipotensión arterial (a pesar de la administración de líquidos), que provoca hipoxia celular tisular ⁶⁴.

En un primer momento del Shock Séptico, se produce una vasoconstricción de órganos no vitales para mantener la presión arterial óptima que garantice la oxigenación de los órganos vitales (corazón y cerebro). Esto puede provocar por un lado, la enterocolitis necrotizante debido a la hipoxia de los órganos periféricos y por otro lado, el aumento de perfusión de los órganos vitales como el cerebro puede llegar a provocar un edema cerebral y secundariamente las convulsiones ⁶⁵.

Posteriormente, en la fase tardía del Shock, el organismo ya no es capaz de mantener el mecanismo de protección de los órganos vitales, por lo que la hipotensión mantenida junto con la hipoperfusión tisular y la consiguiente hipoxia, provocarían una disfunción orgánica simple ^{64,66}.

Por todo esto, considero que mi CP principal es el Shock Séptico, ya que si controlo su aparición, seré capaz de evitar el resto de las complicaciones potenciales que puede desarrollar mi paciente.

5.4. Planificación

5.4.1. Planificación DXE Principal

- **DXE PRINCIPAL: (00214) Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p llanto, irritabilidad y deterioro del patrón del sueño.**

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort del entorno

Clase 3: Confort social

Definición: Pérdida de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

➤ **NOC: (1214) Nivel de agitación.**

Dominio: Salud psicosocial (III)

Clase: Bienestar Psicosocial (M)

Definición: Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos

Tabla 5.1: Puntuación inicial de los indicadores del objetivo NOC ⁵⁹ del DXE Principal "Discomfort"

NOC DXE	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(1214) NIVEL AGITACIÓN	2	4	3 Días
INDICADORES	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(121402) INQUIETUD	2	4	3 Días
(121404) IRRITABILIDAD	2	4	3 Días
(121426) SUEÑO INTERRUMPIDO	3	5	2 Días
(121430) AUMENTO DE LA FRECUENCIA DEL PULSO RADIAL	3	5	2 Días

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ⁵⁹

Escala Likert: Grave (1); Sustancial (2); Moderado (3); Leve (4); Ninguno (5)

➤ **NIC ⁵³: (5460) Contacto**

Definición: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.

Actividades:

- ✓ Averiguar las acciones comunes de los padres, utilizadas para aliviar y calmar al niño.
 - ✓ Coger al bebé firme y cómodamente.
 - ✓ Animar a los padres a tocar al recién nacido o al niño enfermo.
 - ✓ Rodear al bebé con mantas enrolladas (anidamiento).
 - ✓ Animar a los padres a que cojan en brazos al bebé.
 - ✓ Mostrar técnicas tranquilizadoras para los bebés.
 - ✓ Proporcionar un chupete adecuado para la succión no nutricional de los recién nacidos.
- NIC⁵³: **(6820) Cuidados del lactante**
- Definición: Fomento de cuidados adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia para el lactante de menos de 1 año de edad.*
- Actividades:
- ✓ Proporcionar información a los padres acerca del desarrollo y la crianza de niños.
 - ✓ Hablar con el lactante mientras se administran los cuidados.
 - ✓ Mecer al lactante para fomentar la seguridad o el sueño.
 - ✓ Animar a los padres a que realicen los cuidados diarios del lactante.
 - ✓ Sujetar al lactante durante los procedimientos.
 - ✓ Consolar al lactante después de un procedimiento doloroso.
 - ✓ Explicar a los padres las razones del tratamiento y de los procedimientos.
 - ✓ Informar a los padres acerca de los progresos del lactante.
 - ✓ Mantener la rutina diaria del lactante durante la hospitalización.
 - ✓ Disponer ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los periodos de sueño y por la noche.

5.4.2. Planificación de la CP Principal

- CP PRINCIPAL: **SHOCK SÉPTICO**
- **NOC: (0702) Estado Inmune**
Dominio: Salud Fisiológica (II)
Clase: Respuesta Inmune (H)

Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.

Tabla 5.2: Puntuación Inicial de los indicadores del Objetivo NOC ⁵⁹ de la CP Principal "Shock Séptico"

NOC CP	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(0702) ESTADO INMUNE	4	5	3 Días
INDICADORES CP	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(070203) ESTADO GASTROINTESTINAL	5	5	3 Días
(070204) ESTADO RESPIRATORIO	5	5	3 Días
(070207) TEMPERATURA CORPORAL	5	5	2 Días
(070208) INTEGRIDAD CUTÁNEA	4	4	3 Días
(070209) INTEGRIDAD MUCOSA	4	4	3 Días

Fuente: Elaboración propia basada en NOC ⁵⁹

Escala Likert: Gravemente comprometido (1); Sustancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3); Levemente comprometido (4); No comprometido (5).

➤ **NIC⁵³ CP: (6650) VIGILANCIA**

Definición: recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

- ✓ Vigilar signos vitales.
- ✓ Retirar e interpretar los datos de laboratorio y ponerse en contacto con el médico si procede.
- ✓ Comprobar el estado neurológico.

- ✓ Controlar estado emocional.
- ✓ Controlar cambios en el patrón del sueño.
- ✓ Comprobar la función gastrointestinal.
- ✓ Comprobar la perfusión tisular.
- ✓ Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y/o deterioros en el estado del paciente.

5.5 Ejecución

5.5.1. Ejecución DXE Principal

Como ya sabemos, la prioridad en este caso, es mejorar el estado de irritabilidad que demuestra nuestro paciente. Para ello nos hemos planificado una serie de actividades que, en colaboración con enfermería y auxiliares, consigamos, por una lado mejorar el discomfort del paciente y por otro, hacer partícipe a los padres (sobre todo a la madre) de los cuidados de su hijo, de manera que consiga vencer ese conflicto interno respecto a si es bueno o no coger a su hijo.

DÍA 1. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE GUARDIA DE DÍA (8:00-20:00)

- Revisar la historia médica y el registro de enfermería del paciente, para conocer las posibles incidencias ocurridas durante el turno anterior. (Enfermería - 10 minutos).
- Presentarse a los padres e indicarles las actuaciones que se le van a realizar a su hijo durante el turno de mañana, tales como: toma de constantes, administración de medicación, colaborar en el aseo diario, realizar las intervenciones que indique el facultativo, etc. (Enfermería 5 minutos)
- Les informaremos que, tras estudiar el caso de su hijo y según evidencia científica ⁶⁷, creemos, tal y como la madre nos comentó en la valoración, que el estado de irritabilidad de su hijo se debe a que, al haber estado ingresado en la unidad de Neonatología durante los 6 primeros días de vida, ha estado privado del contacto físico propio para su edad y además el contacto que ha recibido durante esos días ha estado ligado más bien a los procedimientos invasivos que ha tenido que sufrir por parte del personal sanitario (extracciones de sangre, sonda nasogástrica, cateterización de vía

venosa periférica, etc). Les explicaremos que, si trabajamos con su hijo, a través del contacto físico adecuado, conseguiremos aliviar y mejorar el disconfort que siente ⁶⁸. Para conseguir su colaboración, les hablaremos también de los beneficios que el contacto físico, los masajes o el método canguro. piel con piel, provocan en su bebé, entre otros ⁶⁸⁻⁷⁰:

- A nivel neuronal: proceso de mielinización neuronal (maduración y fortalecimiento de las conexiones neuronales) se ha relacionado con la estimulación táctil.

- A nivel hormonal: Mediante el contacto, se reducen las hormonas de estrés y se potencian la producción de endorfinas (hormonas del placer), de oxitocina y prolactina (hormonas imprescindibles para favorecer y fortalecer el vínculo con el bebé y también necesarias para la producción de leche materna).

- Sistema Inmunológico: con el contacto físico se reduce el estrés en el bebé, favoreciendo un estado de tranquilidad y relajación que fortalece su sistema defensivo.

- Ayuda a relajarlo, a liberar tensiones y ansiedad, haciendo posible bajar el nivel de agitación.

- Ayuda a desarrollar una conciencia y una coordinación de su cuerpo.

- Estimula el sistema circulatorio y beneficia el ritmo cardíaco, la respiración y ayuda a mejorar la digestión.

- Mejora el sueño, ayuda a dormir más profundo y tranquilo. Adquiere ritmos y rutinas.

- Ayuda a sentirse contenido, querido, escuchado, comprendido y aceptado.

- Promueve el estado saludable (afectivo, cognitivo, fisiológico y motriz).

- Toda esta información se la daremos de forma tranquila y paulatinamente a lo largo de todo el día, sin sobrecargar a los padres, aprovechando el momento previo a la realización de los cuidados o mientras se los realizamos y siempre les preguntaremos su opinión al respecto, valorando sus respuestas.

- Indicaremos a los padres que, 15 minutos antes de realizar cualquier actividad con el niño, lo cojan o se lo pongan en contacto piel con piel, para que el niño esté lo más tranquilo posible ⁷⁰. Si es posible, lo mantendremos así durante la realización de la actividad y al terminar la misma, para ofrecer consuelo al bebé en el caso en que haya sido dolorosa o el niño se muestre alterado. Por ejemplo: administración de antibiótico vía intravenosa a las 12h, lo haremos de la siguiente manera:

- A las 11:45h le diremos a los padres que uno de los dos cojan al paciente y le den pequeños masajes o caricias en la espalda, de manera que el niño se vaya relajando. Mientras, preparamos la medicación, programamos la bomba de perfusión de jeringuilla (1,4 ml de Gentamicina en 40 minutos) y conectamos el sistema de suero a la bomba. Cuando lo tenemos todo preparado y vemos que el bebé está tranquilo, le pedimos a uno de los padres que sujete levemente el brazo de su hijo para que no lo mueva mientras manipulamos el CVP y podamos mantener unas normas estrictas de asepsia ¹⁶. Una vez el brazo fijado, procedemos a lavar la vía con 1 ml de suero fisiológico, lo realizamos de forma suave y hablando tranquilamente con el paciente si éste se altera, a continuación, conectamos el extremo distal del sistema de suero a la vía del bebé y así empieza a pasar la medicación. Durante el tiempo de perfusión del medicamento, el niño debe estar lo más tranquilo posible, bien en brazos de sus padres o tumbado en la cama con ellos cerca o bien dejarlo en su cuna si está tranquilo.

- A la hora del aseo estaremos presentes y, aunque sean los padres quienes lo realizan, nosotros también participaremos de este momento, de manera que el bebé se vaya adaptando a nuestra presencia. Podemos aprovechar y darle la crema después del baño de manera que, a la vez que le hablamos, le demos un suave masaje circular ⁶⁹ por todo el cuerpo, para que así, nuestro paciente sienta nuestro contacto como algo agradable, disminuyendo así su irritación por nuestros cuidados. De este modo también les mostramos a los padres, cómo realizar un masaje a su bebé para relajarlo.

- Indicaremos a los padres la manera de arropar a su bebé en la cuna, a modo de “anidamiento”, para que cuando lo coloquen en ella, se sienta más recogido, protegido y confortable y así pueda conciliar mejor el sueño y

descansar. Se trata de coger una sábana y enrollarla sobre sí misma y luego la colocamos en forma de “U” invertida en la cabeza de la cuna del bebé, repetimos lo mismo con otra sábana pero ahora la colocamos en los pies de la cuna formando una “U” normal, de manera que las dos sábanas formen una elipse. . Colocamos otra sábana extendida encima de las anteriores y ya tenemos el nido para nuestro paciente. (Enfermería 5 minutos).

- A lo largo de toda la guardia, estaremos pendiente del paciente y de sus padres y anotaremos cualquier modificación que observemos o que nos comuniquen los padres, respecto el estado y la conducta del bebé.

- En el relevo de enfermería informaremos de todo lo anterior, para que los compañeros del siguiente turno, continúen con los mismos cuidados al paciente y a los padres. (Enfermería 15 minutos).

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE NOCHE (20:00-8.00).

- Tras recibir el relevo, procedemos a presentarnos a los padres y preguntarles acerca de cómo han pasado el día y si les ha costado mucho seguir las nuevas directrices. Aprovechamos para acercarnos al paciente y valorar su reacción. Anotamos lo observado. (Enfermería 10 minutos).

- Informamos a la familia que a partir de ahora es necesario que en la habitación haya un ambiente más tranquilo, con la luz más floja y con el menor ruido posible, para así, favorecer el descanso del paciente y que aprenda a distinguir el día de la noche ⁶⁷. (Enfermería 5 minutos).

- Procedemos a la administración del antibiótico (Ampicilina 3.6 ml en 45 minutos) a las 20:15h, lo haremos de igual modo que en el turno anterior, con la ayuda de los padres y observando la reacción del paciente. Anotamos si hubiera cambios en su respuesta. (Enfermería 10 minutos).

- En la medida de lo posible, intentamos no interrumpir el descanso del bebé y animamos a los padres a que cojan al bebé si éste se altera o le cuesta adquirir el sueño, de manera que pueden realizar el método “piel con piel” ⁷⁰⁻⁷¹, dar un pequeño masaje circular o acariciar la espalda de su hijo, para tranquilizarlo, siempre que lo necesiten. Aprovecharemos para recordarles los beneficios que el contacto físico ⁶⁸ puede realizar, en el proceso de su recuperación. (Enfermería 10 minutos).

- A las 7.00 realizaremos una pequeña valoración acerca de cómo ha pasado la noche, las tomas que ha hecho, si ha mejorado o no su estado de ánimo, si está más tranquilo, etc. (Enfermería - 10 minutos).
- Anotamos toda la información y daremos el relevo al siguiente turno.

DÍA 2. ACTIVIDADES A REALIZAR

- Lo mismo que en los turnos del día anterior y además:
- Mostraremos a los padres las anotaciones del día anterior, de manera que comprueben la evolución del estado de su hijo. Preguntaremos cómo lo ven ellos y si piensan si serán capaces de continuar realizando los cuidados de esta manera. Intentaremos solucionar sus dudas y tener en cuenta sus propuestas a la hora de realizar los cuidados a su bebé.

5.5.2. Ejecución de la Complicación Potencial Principal

Recordamos que la CP de nuestro PC es: Shock Séptico. Debemos realizar las actividades oportunas para evitar la aparición de dicha CP.

DÍA 1. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE GUARDIA DE DÍA (8:00-20:00)

- Toma de constantes vitales ⁷² (Enfermería - 10 minutos): si estos valores están alterados, avisaremos al médico ante sospecha de reagudización de cuadro infeccioso o shock séptico ^{65, 63,73-74}.
 - Temperatura (T^a): Alteración de la temperatura central (rectal/sublingual) si T^a: $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ó $< 36^{\circ}\text{C}$.
 - Frecuencia Cardíaca (FC): Bradicardia < 100 lpm y Taquicardia > 180 lpm.
 - Frecuencia Respiratoria (FR): Taquipnea > 50 rpm
 - Tensión Arterial. Hipotensión si TAS < 60 mmHg. La TAM mide la perfusión de los órganos y debe ser, como mínimo igual que las semanas de gestación (en este caso debe estar por encima de 38 mmHg).
- Aprovecharemos en la toma de las constantes para preguntar a los padres sobre posibles cambios en el patrón del sueño y valoraremos el

estado neurológico del niño y si éste se encuentra tranquilo. Observaremos signos neurológicos^{60-61, 67} (Enfermería 10 minutos):

- Apatía/ irritabilidad
- Hipotonía/ hipertonía
- Aparición de temblores/convulsiones
- Fontanela tensa. (Hipertensión Craneal)

- En la hora del baño podemos valorar el estado gastrointestinal del bebé^{60, 61} (Enfermería 15 minutos):

- Aparición de distensión abdominal.
- Preguntar a los padres sobre posibles vómitos/diarrea o si ha rechazado alguna toma.

• Controlar la ictericia de piel y mucosas. Criterios de ictericia fisiológica^{60, 64}:

- Aparición a partir del 2º día.
- Cifras máximas de bilirrubina inferiores a:
 - 13 mg/dl en RN a término alimentados con leche de fórmula.
 - 17 mg/dl en RN a término alimentados con leche materna.
 - 15 mg/dl en RN pretérmino alimentados con leche de fórmula.
- Ictericia exclusivamente a expensas de bilirrubina indirecta (B. directa <1.5 mg/dl).
- El incremento diario de bilirrubina no debe ser superior a 5 mg/dl.
- Duración inferior a:
 - Una semana en RN a término.
 - Dos semana en RN pretérmino.

- Control de pruebas de laboratorio⁶⁰ prescritas por el facultativo (Enfermería 10 minutos), avisar si::

- Leucocitos: leucocitosis si > 34x1000/ml
- PCR: Infección aguda si PCR > 10-15mg/L

- Revisar el estado de la vía venosa periférica (v.v.p) antes y después de cada administración de fármacos por vía intravenosa, para evitar sepsis nosocomiales que nos lleve a un shock séptico^{61, 63, 66}. Mantener la vía permeable.

- Informaremos al turno siguiente de cualquier alteración de los parámetros anteriormente citados.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE NOCHE (20:00-8:00)

- Las mismas que en el turno anterior, a excepción de la valoración gastrointestinal que la realizaremos aprovechando un cambio del pañal.
- Respetaremos las horas de descanso del bebé, pero indicaremos a los padres que nos avisen de cualquier cambio que se produzca en su bebé: temperatura alterada, llanto e irritabilidad a pesar de estar en brazos, o por el contrario, que el bebé esté letárgico, vómitos o diarreas. Cambios súbitos en estos parámetros nos deben alertar ante la posible reagudización de la sepsis del paciente, o bien sobre una fase temprana del shock séptico.

DIA 2. ACTIVIDADES A REALIZAR

Las mismas que en el día anterior.

5.6. Evaluación

5.6.1. Evaluación DXE Principal

- **DXE PRINCIPAL: (00214) Discomfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p llanto, irritabilidad y deterioro del patrón del sueño.**

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort del entorno

Clase 3: Confort social

Definición: Pérdida de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

- **NOC: (1214) Nivel de agitación.**

Dominio: Salud psicosocial (III)

Clase: Bienestar Psicosocial (M)

Definición: Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos

Tabla 5.3: Puntuación final de los Indicadores del Objetivo NOC⁵⁹ del DXE Principal "Discomfort"

NOC DXE	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(1214) NIVEL AGITACIÓN	2	4	4	3 Días
INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(121402) INQUIETUD	2	4	4	3 Días
(121404) IRRITABILIDAD	2	4	4	3 Días
(121426) SUEÑO INTERRUMPIDO	3	5	5	2 Días
(121430) AUMENTO DE LA FRECUENCIA DEL PULSO RADIAL	3	5	5	2 Días

Fuente: Elaboración propia basada en NOC⁵⁹

Escala Likert: Grave (1); Sustancial (2); Moderado (3); Leve (4); Ninguno (5)

En este caso, hemos conseguido reducir el nivel de agitación del paciente tal y como habíamos planeado, por lo que tanto las intervenciones como las actividades planificadas han sido las adecuadas.

5.6.2. Evaluación de la Complicación Potencial “Shock Séptico”

➤ CP PRINCIPAL: **SHOCK SÉPTICO**

➤ **NOC: (0702) Estado Inmune**

Dominio: Salud Fisiológica (II)

Clase: Respuesta Inmune (H)

Definición: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.

Tabla 5.4: Puntuación final de los indicadores del Objetivo NOC⁵⁹ de la CP principal “Shock Séptico”

NOC CP	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(0702) ESTADO INMUNE	4	5	5	3 Días
INDICADORES CP	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(070203) ESTADO GASTROINTESTINAL	5	5	5	3 Días
(070204) ESTADO RESPIRATORIO	5	5	5	3 Días
(070207) TEMPERATURA CORPORAL	5	5	5	2 Días
(070208) INTEGRIDAD CUTÁNEA	4	4	4	3 Días
(070209) INTEGRIDAD MUCOSA	4	4	4	3 Días

Fuente: Elaboración propia basada en NOC⁵⁹

Escala Likert: Gravemente comprometido (1); Sustancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3); Levemente comprometido (4); No comprometido (5)

Con respecto al control de la complicación potencial, considero que ha sido efectivo porque ninguno de los indicadores ha bajado de puntuación, por lo que hemos conseguido mantener el estado inmune del paciente sin retrocesos.

6. DISCUSIÓN

Son muchos los beneficios e influencias que le relación de Apego aporta al bebé: óptima maduración de las vías de conexión neuronal, influencia en el sistema hormonal o en el desarrollo de las futuras relaciones sociales del niño, etc ⁷. La mayoría de los autores consultados como por ejemplo: Bowlby ¹¹, Ainsworth³⁵, Grotberg ³⁰ postulan, que no es sólo la necesidad de cubrir las funciones básicas lo que busca el niño con el contacto físico temprano y la formación del vínculo materno-filial, también busca una relación que le proporcione protección, seguridad, cuidado y bienestar ⁸.

En el caso del paciente de nuestro estudio, esa relación de apego seguro con su madre (que era su cuidadora principal) no se estaba formando con normalidad por dos motivos: el primero porque el paciente, tras empezar con sus sintomatología a los 15 minutos de nacer, fue ingresado en la unidad de neonatología, siendo por lo tanto separado de su familia. A este respecto nos gustaría remarcar que según estudios publicados ⁷⁵⁻⁷⁸, de los 8 hospitales de la Región de Murcia que cuentan con Unidades Neonatales, el HULAMM es uno de los 2 hospitales donde en su unidad neonatal se llevan a cabo, entre otras, tres recomendaciones enfermeras que forman parte de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) ^{2,77}, y que además cumplen las indicaciones que el Parlamento Europeo en 1986, realizó en su “Carta de los niños y niñas Hospitalizados” ⁷⁹ donde se reflejan los derechos de los mismos. Estas tres recomendaciones son ⁷⁵: No restricción del horario de visitas en la Unidad, Implantación del Método Madre Canguro (MMC) y Promoción de Lactancia Materna.

En el caso de nuestro estudio, el personal de enfermería indicó estas tres recomendaciones y la madre las siguió todas aunque lo más difícil de realizar era el método canguro ya que el neonato era portador de vía periférica, de sonda nasogástrica y estaba monitorizado constantemente por lo que se limitaba a realizarlo en las horas de lactancia. Esta situación, según la bibliografía es una de las razones por las que se pone en riesgo la formación del apego seguro materno-filial y por lo tanto enfermería debe anticiparse a estas circunstancias y solventarlas, para garantizar el mayor tiempo posible de

contacto piel con piel del bebé y su cuidador, facilitando así la formación del apego entre los dos ^{6, 7, 18}.

El segundo motivo por el cual, no se formaba una óptima relación de apego entre nuestro paciente y su madre era que, una vez ingresado en planta tras su estabilización, ésta adopta una postura de rechazo ante el contacto físico de su hijo, excepto en los momentos de la lactancia materna y el aseo del bebé, debido a que según había leído en Internet, los niños que pasan por situaciones difíciles son capaces de superarlas por sí solos y sin apoyo ni necesidad de apego, debido a su capacidad de Resiliencia.

Una vez revisada la bibliografía respecto del concepto de Resiliencia en los niños, observamos que la información que tenía la madre era errónea o bien que había sido mal interpretada ya que como afirman Werner, Kotliarenko y Cáceres ^{4, 25}, el desarrollo de la Resiliencia en los niños necesita como premisa un vínculo de apego seguro para fomentar el crecimiento de seguridad y confianza en sí mismo, cualidades estas imprescindibles para formar la resiliencia.

Es evidente que existe unanimidad en la bibliografía consultada respecto de los factores de riesgo y de protección que influyen en la formación de la resiliencia ^{4, 5, 16, 23, 28, 31, 35, 36, 80} pero diversos artículos consultados destacan actualmente la necesidad de determinar instrumentos que ayuden a valorar el nivel de resiliencia en los niños ⁸⁰⁻⁸³.

Algunos de los instrumentos de medición de la Resiliencia los proponen Saavedra, Villalta y Vicaccia. Éste último, Vinaccia ⁸², nos habla de tres escalas validadas internacionalmente y utilizadas para medir la resiliencia en niños a partir de 7 años: una es The Baruth Protective factors Inventory (BPMI) que consta de 16 ítems en escala tipo Likert, donde se estudian 4 dimensiones: personalidad adaptable, soportes ambientales, pequeños estresores y compensar experiencias; la otra escala es la Adolescent Resilience Scale (ARS) con 21 ítems en escala Likert que desarrolla tres dimensiones: busca novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro; por último la tercera escala que nos menciona Vinaccia es la Resilience Scale (RS) que

consta de 25 ítems a escala Likert desarrollando dos dimensiones: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida.

Nos gustaría también destacar la escala que Saavedra y Villalta (SR-RES) ⁸³ desarrollaron para adultos en edades comprendidas entre los 15-65 años de 60 ítems con escala Likert que comprende las siguientes dimensiones: condición base, visión de sí mismo, visión del problema y respuesta resiliente.

A pesar de las diversas escalas existentes, Ospina ⁸⁰ indica que todavía no existe un criterio de unanimidad a la hora de utilizarlas ya que algunas son sólo aplicables a la población adulta, otras sólo a adolescentes; o por ejemplo, otras escalas arrojan resultados no significativos ya que los ítems dependen de si se han aplicado a hombres o a mujeres por lo que sólo se pueden interpretar si se hace previamente, diferenciación de género.

Por todo lo anterior y por el significado tan importante que el concepto de resiliencia está adquiriendo en la actualidad, debido a la relación que tiene el desarrollo de resiliencia con la prevención de trastornos psicoemocionales en los niños ⁴, consideramos que se deberían unificar criterios a la hora de aplicar las escalas e incluso elaborar unas que fueran de aplicabilidad universal incluyendo a los menores de 7 años o incluso escalas que pudieran medir dicha capacidad en los neonatos o niños hospitalizados para poder así actuar mejor sobre la promoción de la resiliencia en los mismos desde las unidades de pediatría.

Como último punto en esta discusión, nos gustaría aclarar respecto a la formación del vínculo de apego de nuestro paciente con su madre, que se han utilizado intervenciones de enfermería tales como, el fomento del contacto físico o la escucha empática para facilitar la formación de dicha relación, pero en ningún momento en este estudio nos hemos referido al método de cuidado “Crianza con Apego” del Dr., Sears. En este método⁸⁴ se defiende, entre otras prácticas, el colecho (práctica de compartir la cama con los adultos durante los periodos de sueño), argumentando que favorece la lactancia materna y la relación de apego seguro bebé-madre, la cual según éste método, debe estar continuamente pendiente de cubrir todas las necesidades de su hijo sin dejarle llorar en ningún momento, para así fortalecer más ese vínculo y darle mayor seguridad al niño.

La práctica del colecho está desaconsejada por varias instituciones, entre ellas la Asociación Española de Pediatría (AEP), por la relación existente entre éste método y el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Landa Rivera et al ⁸⁴, por el contrario nos informan que no existen estudios significativos que demuestren la relación directa entre la práctica del colecho y el SMSL; aún así la AEP junto con la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Internacional para el Estudio y Prevención de la Muerte súbita Infantil y Perinatal y otras Asociaciones de Prevención del SMSL a nivel internacional ⁸⁵, indican ciertos consejos para prevenir este síndrome, como son que durante los primeros meses el bebé duerma en la cuna, compartiendo habitación pero no cama, en posición supina con la cabeza y cara descubiertas, alimentado con lactancia materna, sin humo de tabaco y con una temperatura óptima.

El Comité de lactancia Materna de la AEP ⁸⁶ que defiende la lactancia materna como factor de protección contra el SMSL, junto con el Grupo de Trabajo de Muerte súbita Infantil de la AEP, formulan en el presente año 2014 un consenso ⁸⁷ respecto del colecho y los casos en los que está desaconsejado:

- Lactantes menores de tres meses de edad.
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
- Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato.
- Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
- Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.

Por todo lo anterior, consideramos que el personal de enfermería debe estar en continua formación respecto de las indicaciones de los diversos métodos de crianza y cuidado de los recién nacidos, ya que la sociedad demanda mucha información, y tal y como hemos podido comprobar en la evidencia consultada ⁸⁴⁻⁸⁷, es un tema de controversia y discusión. Esto es

debido a que los resultados obtenidos de los diversos estudios que se han realizado, y que intentan dilucidar la relación entre lactancia materna, Colecho y SMSL, varían dependiendo de que quién los interprete sea o no partidario de esos métodos, por lo que, independientemente de partidismos, enfermería debe conocer la información que mayor validez científica tenga respecto de los diversos sistemas de cuidados de los niños ⁸⁸⁻⁹¹.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- El tiempo limitado para realizar el estudio.
- La falta de bibliografía encontrada, donde enfermería pediátrica investigue acerca de la relación entre apego y resiliencia ya que la mayoría de la bibliografía consultada proviene de estudios de psicología o enfermería de salud mental.

7. CONCLUSIONES

Estas son las conclusiones que se derivan tras la realización de nuestro trabajo:

1. La relación de apego entre un neonato y su cuidador principal es básica para su óptimo desarrollo biopsicosocial.
2. Tras estudiar la relación del niño con su cuidador principal, se han descrito cuatro tipos de Apego: Seguro, Ambivalente-Resistente, Evitativo y Desorganizado-Desorientado. Según la evidencia consultada, el tipo de apego que mejor previene la aparición de trastornos psico-emocionales en el niño es el Apego Seguro, y como factor principal para su establecimiento es necesario el contacto físico y emocional temprano entre el bebé y su cuidador.
3. La Resiliencia es definida de diferentes formas según los autores consultados, pero todas esas definiciones tienen una característica en común y es que: se trata de la capacidad de las personas para superar y salir reforzadas de una situación adversa.
4. Actualmente existe un gran interés desde el ámbito sanitario, en la promoción de la Resiliencia en los niños, debido a la influencia de ésta sobre la prevención de los trastornos psico-emocionales de los niños y futuros adultos.
5. Principalmente existen dos tipos de factores influyentes en el desarrollo personal de la Resiliencia, son los denominados factores de riesgo (problemas salud, separación de los padres, etc) y factores de protección (apego seguro, actitud positiva, etc), de todos ellos el más importante para fomentar la resiliencia en los niños, es que hayan vivido una relación de apego seguro con su/s cuidador/es principal/es, demostrándose así el fuerte nexo de unión entre los conceptos de Apego y Resiliencia.
6. El personal de enfermería debe tener conocimientos actualizados acerca de los diferentes métodos de cuidados y las intervenciones a

aplicar en las unidades de Neonatología y Pediatría para asegurar la formación de una óptima relación de apego seguro entre el bebé y su familia, creando la base para el desarrollo de la resiliencia en los niños y actuando en la prevención de trastornos psico-emocionales en los mismos.

7. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal: "(00214) Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos m/p llanto irritabilidad y deterioro del patrón de sueño", asociado a la complicación potencial principal "Choque Séptico", además de proporcionar cuidados integrales para favorecer la mejora en el estado de salud de nuestro paciente y su familia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Benítez M, Suárez Carrasco A, Mendoza Rodríguez L, Farfán Díaz F. Abordaje psicoterapéutico de la Enfermera Especialista en Salud Mental a padres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Biblioteca Las Casas [Internet] Actualizada 2011 [consulta Mayo 2014]; 7(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.pdf>
2. Red Dédalo.:Junta Andalucía. Nuevos modelos de cuidados en Unidades Neonatales: Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia. Metodología NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) [Internet]. 2013 [consulta Mayo 2014] Disponible en: <http://reddedalo.wordpress.com/2013/09/18/nuevos-modelos-de-cuidados-en-unidades-neonatales-cuidados-centrados-en-el-desarrollo-y-la-familia-metodologia-nidcap-newborn-individualized-developmental-care-and-assessment-program/>
3. Carmen Salinas D. Cuidado Centrados en el Neurodesarrollo y en la familia [Internet]. Sept 2010. [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/edbf/neonatalogia-y-los-ccd>
4. Kotliarenco MA, Cáceres I. Resiliencia y apego. Oceanim [Internet] 2011 [consulta mayo 2014]. Disponible en: http://www.academia.edu/1492128/RESILIENCIA_Y_APEGO
5. Guajardo Villareal JR. Resiliencia y teoría del apego: en busca de una base segura. [Internet] 2009 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://centromexicanodepsicotraumatologia.com/public/page/training/34/>
6. Villanova FG, Eimil B, Cuéllar-Flores I, Palacios I. El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso. Práctica Clínica. Clínica Contemporánea [Internet]. 2013 [consulta mayo 2014]; 4(2)171-183. Disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a7.pdf>

7. Palmer F. La química del Apego. [Internet]. 2004 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/962745/La-quimica-del-apego>
8. Percepciones de los padres. Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal. IV Congreso Fedalma; 2007 Septiembre 21-22; Pamplona, España. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios de la Universidad Pública de Navarra; 2007.
9. Prevalencia de las alteraciones del desarrollo motor en niños y niñas de 0 a 1 año de edad de consulta externa del Centro de Salud nº2 de la ciudad de Cuenca. Relación de las alteraciones del desarrollo motor con las prácticas de crianza de las madres. [Internet] 2010 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3888/1/TECT26.pdf>
- 10 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española .22^a ed.Madrid: Espasa; 2001.
11. Bowlby, J. Attachment and Loss, Volumen 1: Attachment. London: Hogarth Press; 1969 Versión castellana: El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1983.
12. Martínez Vázquez C. Resiliencia Infantil. ¿Vínculo o apego? [Internet] Abril2013 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://resilienciainfantil.blogspot.com.es/2013/04/vinculo-o-apego.html>
13. Franco L. Importancia de fomentar el vínculo de apego en la infancia. Revista Mexicana De Pediatría [Internet]. 2010 [consulta Abril 2014]; 77(3) 103-104. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9b9c3db5-b28b-4ceb-8fc2-7ee4d2050219%40sessionmgr112&hid=115>
14. Galán Rodríguez. El Apego: Más allá de un concepto inspirador. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2010 [consulta Abril 2014]; 30(108)581-595. Disponible en: http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2010/Revista-108/108.581-El_apego_mas_alla_de_un_constructo_inspirador.pdf

15. Escobar MJ, Kovalskys J, Gallardo I. Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos .Tesis para optar al grado del Magíster en Psicología, mención en Psicología Clínica Infanto- Juvenil [Internet] Santiago de Chile 2008 [consulta Abril 2014]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-escobar_m/pdfAmont/cs-escobar_m.pdf
16. Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica [Internet]. 2006 [consulta Mayo 2014]; 11(3)125-146. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail?vid=5&sid=bb67149e-9c7f-450d-ba44-f4c4065db942%40sessionmgr113&hid=110&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=45447238>
17. Pinedo Palacios JR, Santelices Álvarez MP. Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. Terapia psicológica [Internet] 2006 [consulta Abril 2014]; 24(2)201-210. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/paquetesdecom/paquete_ternura/pdf/documentos_de_apoyo/la_terapia_del_apego.pdf
18. Compendio de Enfermería. Tipos de apego y teoría del apego en niños. [Internet]. 2007 [consulta Abril 2014]. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/612-tipos-de-apego-y-teoria-del-apego-en-ninos/>
19. Botet, F. y Figueres, J. Supervivencia y secuelas en recién nacidos de menos de 1500 g. como indicador de calidad técnica. Todo Hospital. 2005; 217-311-316.
20. Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente [Internet] 2004 [consulta Mayo 2014]; 4(1)65-81. Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>

21. Vilanueva Suárez C, Sanz Rodríguez LJ. Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. Rev.Pediatr. Atenc. Primaria [Internet].2009 [consulta Abril 2014]; 11(43)457-469. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400008&script=sci_arttext
22. Delgado A. Apego en la adolescencia. Acción Psicológica [Internet]. 2011 [consulta Abril 2014]; 8(2) 55-65. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a832f04e-cfd1-4005-bf46-e477d7ccd9b0%40sessionmgr111&vid=3&hid=105>
23. Fiorentino M. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Suma Psicol [Internet]. 2008[consulta Mayo 2014]; 15(1)95-114. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
24. Resiliencia Kotliarenco M, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación Kellogg y Ceanim; 1997.
25. Munist, M, Santos H, Kotliarenco MA, Suarez-Ojeda EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de La Salud [Internet] 1998 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20OMS.pdf>
26. Cabrera V, Aya V, Mauricio Cano A. Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños: las virtudes humanas. Persona Y Bioética [Internet]. Julio 2012 [consulta Mayo 2014]; 16(2)149-164. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9a5842ed-3c72-428e-9e8a-a8f090bc3d73%40sessionmgr113&vid=3&hid=107>
27. Alejandro Calle D. Apego, desarrollo y resiliencia. Informe Psicológicos [Internet] .2012 [consulta Mayo 2014]; 12(1)25-40. Disponible en: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1814/174>

28. Melillo A, Suárez Ojeda N. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001.
29. Valdero M. Oscar Misle: la resiliencia es vital para el planeta. ¿De dónde proviene el término y hacia donde ha derivado? Planeta vital. [Internet] 2013 [consulta mayo 2014]. Disponible en: <http://tuplanetavital.org/actualidad-planetaria/resiliencia-vital-para-el-planeta-de-donde-proviene-el-termino-y-hacia-donde-ha-derivado/>
30. Grotberg E. A guide to promotion resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. [Internet] La Haya 1996 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CD4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bernardvanleer.org%2FGuia_de_promocion_de_la_resiliencia_en_los_ninos_para_fortalecer_el_espiritu_humano%3Fpubnr%3D607%26download%3D1&ei=RKV4U_2MCsWr0QWbzIHICw&usq=AFQjCNHUUCYPiJMVheAxoVbEmkDG8WTPIw&bvm=bv.66917471,d.d2k
31. Melillo A. Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik. Perspectivas Sistemáticas. [Internet]. 2005 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>
32. Ribeiro P, Mendes MA, Luvisaro B, Oliveira C, Oliveira F, Jonas LT. Promover la resiliencia como intervención en la salud de la mujer. Evidentia[Internet] 2012[consulta Mayo 2014];9(37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7695.php>
33. Fernández D et al. Resiliencia y adolescencia. Resiliencia, ética y prevención. Buenos Aires: Gabas; 2004.
34. Ospina D. La medición de la resiliencia. Investigación en educación y enfermería 2007; 25(1):58-65.
35. Kotliarenco M, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación Kellogg y Ceanim; 1997.

36. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.

37. Ruano F. Resiliencia [Internet]. Enero 2014 [consulta mayo 2014]. Disponible en: <http://prezi.com/ugzbiewrbrbr/resil/>

38. Valle-Trapero M, Mateos R, Cuevas P. Niños de Alto Riesgo al Nacimiento: Aspectos de Prevención. Atención Temprana Neonatal y Programas de Seguimiento en Niños Prematuros. Psicología Educativa [Internet]. 2012 [consulta Mayo 2014]; 18(2) 135-143. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a5.pdf>

39. Ocampo M. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichan [Internet]. Actualizada Abril 2013 [consulta Mayo2014]; 13(1): 69-80. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9a5842ed-3c72-428e-9e8a-a8f090bc3d73%40sessionmgr113&vid=8&hid=107>

40. Silvente C. El apego seguro, clave para criar hijos resilientes. [Internet] 2011. [Consulta Abril 2014]. Disponible en: <http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2011/11/15/el-apego-seguro-clave-para-criar-hijos-resilientes-87717/>

41. Martínez I, Vázquez-Bronfman I. La resiliencia invisible. Infancia, inclusión social y tutores de vida. Barcelona: Gedisa; 2006.

42. Franco L. Importancia de fomentar el vínculo de apego en la infancia. Revista Mexicana De Pediatría [Internet]. 2010 [consulta Abril 2014]; 77(3) 103-104. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9b9c3db5-b28b-4ceb-8fc2-7ee4d2050219%40sessionmgr112&hid=115>

43. Black-Hughes C, Stacy P. Early Childhood Attachment and Its Impact on Later Life Resilience: A Comparison of Resilient and Non-Resilient Female Siblings. Journal of Evidence-Based Social Work [Internet]. 2013 Oct, [cited April 2014]; 10(5) 410-420. Available from: Academic Search Complete.

44. Atwool N. Attachment and Resilience: Implications for Children in Care. *Child Care in Practice* [Internet]. 2006 Oct[cited April 2014]; 12(4) 315-330. Available from: Academic Search Complete
45. Silvan C, Patrocinio M, Sartari M, Sian S. Incentivando el vínculo madre-hijo en situación de prematuridad: las intervenciones de enfermería en el Hospital de las Clínicas de la ciudad de Ribeirão Preto. *Rev Latin Am enfermería*. [Internet] 2003 [consulta Mayo 2014]; 4 (4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_ar
46. Camarero, B., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B., del Río, T., Palacios, I. y García-Villanova, F. El vínculo temprano en bebés prematuros. Comunicación presentada en III Jornadas de Quipu-Instituto Psicoanálisis y sociedad actual. Toledo; 2013.
47. Plata G. Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet] 2006[consulta 14 Mayo 2014] 3(3) 43-52. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&sqi=2&ved=0CG4QFjAN&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2533965.pdf&ei=f-uFU_POOqet7Qal-oDgAQ&usq=AFQjCNFWefMSbaaZNYsvIIIMmL6rM3Wjg&bvm=bv.67720277.d.ZGU
48. Moreno Mojica C M, Ospina Romero AM. Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto. Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación [Internet] 2013 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/8493/1/Claudia%20Maria%20Moreno%20Mojica%20FINAL.pdf>
49. Cortés Recaball J. La Resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc. enferm.* [Internet]. Actualizada Diciembre 2010 [consulta Mayo 2014]; 16(3) 27-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300004&script=sci_arttext

50. Desarrollo del conocimiento en enfermería. Blog. [Internet] Enero 2014 [consulta Mayo 2014]. Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com.es/2013/12/modelo-del-sistema-conductual.html>
51. Berlanga F, Pérez C, Flores Vizcaya M. Practical application of the Mercer and Beck models in the nursing specialties [Spanish]. Evidentia [Internet]. 2012 Sep [cited May 15, 2014]; 9(39). Available from: CINAHL Complete.
52. Karl J, Beal J. Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "Attacher". J Matern Child Nurs. [Internet] 2006 [consultado Mayo 2014]; 31(4) 257–62. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00005721-200607000-00011&LSLINK=80&D=ovft>
53. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
54. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los estudios cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós básica; 1987.
55. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
56. Pesut d, Hermann J. Clinical reasoning the art and Science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.
57. Herdman T.H, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones: 2009-2011. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2010.
58. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ªed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2033.
59. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

60. Nelson WE, Behrman RE, Kligman RM, Arvin AM. Tratado de Pediatría. 5ta Ed. Santiago de Acahual-tepec (Mexico): McGraw-Hill Interamericana.1998; 1 618-628.

61. Riaza Gómez M, Pérez-Lescure Picarzo J. Sepsis grave en Urgencias. Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet] pagina actualizada 15-11-2012 [consulta 24-10-2013]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guía_abe/

62. Franco A. Valoración de Enfermería en recién nacidos y lactantes. Universidad de Guayaquil [Internet] página actualizada 01-03-2010 [consulta 20-10-2013]. Disponible en: <http://enfermeriaug.blogspot.com.es/2010/03/valoracion-de-enfermeria-en-recien.html>

63. Whaley-Wong. Biblioteca Enfermería profesional-enfermería pediátrica. Ed. Interamericana McGraw-Hill; 2002.

64. Mendoza Laredo J. Sepsis, Sepsis Grave Y Shock Séptico. Cátedra de Medicina Intensiva Juan Mendoza Laredo [Internet] página actualizada 24-09-2012 [consulta 22-10-2103]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/gueste86d1e/sepsis-y-shock-sptico>

65. Fernández Colomer J, López Sastre G, Coto Cotallo D, Ramos Aparicio A, Ibáñez Fernández A. Sepsis del recién nacido. AEPED [Internet] página actualizada 14-11-2012 [consulta 24-10-2013]. Disponible en: <http://aeped.es/protocolos/sepsis-del-recien-nacido/>.

66. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupoB. Recomendaciones españolas revisadas. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21(8):417-23.

67. Botana del Arco I, Gómez Málaga C. Desarrollo Psicomotor en el primer mes de vida: el vínculo. Famiped [Internet] página actualizada 06-10-2013 [consulta 21-10-2013]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/crecemos/el->

[primer-mes/desarrollo-psicomotor-en-el-primer-mes-de-vida-llega-un-nuevo-miembro-casa](#)

68. Gómes Papí A. La importancia del contacto físico. Famiped [Internet] página actualizada 02-12-2012 [consulta 21-10-2013]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/salud-emocional/la-importancia-del-contacto-fisico>

69. Martínez García E. Beneficios del masaje infantil. Aemi [Internet] página actualizada 25-01-2012 [consulta 21-10-2013]. Disponible en: <http://www.masajeinfantil.es/beneficisesp.html>

70. Storm L. Infant massage in the NICU. Interview by Deb Discenza. Neonatal Network: NN [Internet]. 2010 Sep [cited November, 2013]; 29(5) 334-335. Available from: MEDLINE Complete.

71. Prados Márquez I. Aplicación del método madre canguro para enfermería. Fuden [Internet] página actualizada 10-12-2012 [consulta 21-10-2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/Canguro.pdf

72. Giménez Fernández M, Carrasco Guirao J.J. Procedimientos básicos y cuidados de enfermería. Manual de prácticas. Murcia: DM; 2008.

73. Casado J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid: ergon; 2007.

74. Graef JW. Manual de Terapéutica Pediátrica. 5ta Ed. Barcelona: Masón-Little Brown S.A, 1995: 180-188.

75. Informes sobre la Accesibilidad en Unidades Neonatales y Cumplimiento de los Derechos de los Bebés. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.elparto nuestro.es/informacion/campanas/unidos-en-neonatos-nos-separes-es-una-cuestion-de-salud>

76. Pallás R, Valls A, Perapoch J. Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). Unidades de Neonatología Cuál es su situación en España 2010.

77. Dos Santos A, Dos Santos I, Da Silva L. Accession to the humanization policy in the newborn immediate care. Perception of the Nursing Team. *Cuidado E Fundamental* [Internet]. 2011 Oct [cited May, 2014]; 3(4) 2426-2439. Available from: CINAHL Complete.

78. Asociación El Parto es nuestro. Informe sobre accesibilidad de madres y padres a las unidades Neonatales en los hospitales de la Región de Murcia y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados. [Internet] Madrid 2012. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/0730ucisinforme5/informe_ucin_murcia.pdf

79. Parlamento Europeo. Carta Europea de las niñas y niños hospitalizados. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 13 Mayo de 1986.

80. Ospina D. La medición de la resiliencia. *Investigación en educación y enfermería* 2007; 25(1):58-65.

81. Resiliencia Greenberg M, Alexander G, Feldman H. *Nursing Leadership : A Concise Encyclopedia* [Internet]. New York: Springer Pub. Co; 2011. [cited April , 2014]. Available from: eBook Collection (EBSCOhost).

82. Vinaccia S, Quiceno Japcy M, Moreno San Pedro E. Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología* [Internet] 2007 [consulta mayo 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401610>

83. Saavedra Guajardo, E., & Villalta Paucar, M. 2008. Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100005&script=sci_arttext

84. Landa Rivera et al. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. *Dormir con los padres. Rev*

Ped. Atenc. Primar [Internet] 2012. [Consulta Mayo 2014]; 14 53-60 Disponible en: http://pap.es/files/1116-1449-pdf/pap53_10.pdf

85. International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death (ISPID). How to Keep Your Baby Healthy and Reduce the Risk of Sudden Infant Death (SIDS). Disponible en: http://www.ispid.org/id_prevention.html

86. Comité de lactancia Materna de la AEP. Colecho, Síndrome de Muerte Súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. [Internet] 2014[consulta Mayo 2014] Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>

87. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante [Internet] [consultado el 10/11/2011]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/documentos/0.pdf

88. Brandburg G, Symes L, Mastel-Smith B, Hersch G, Walsh T. Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing [Internet].2013 Apr [cited May 4, 2014]; 69(4): 862-874. Available from: Academic Search Complete.

89. Trautmann-Villalba P, Hornstein C. [Postpartum psychiatric diseases: a topic for health and pediatric nursing. The goal is a successful mother-child relationship]. Pflege Zeitschrift [Internet]. 2013, Aug. [cited June 4, 2014]; 66(8) 460-463. Available from: MEDLINE Complete.

90. Karl D, Beal J, O'Hare C, Rissmiller P. Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "attacher". MCN: The American Journal Of Maternal Child Nursing [Internet]. 2006 July. [cited May 24, 2014]; 31(4) 257-262. Available from: CINAHL Complete.

91. Smith V, Hwang S, Dukhovny D, Young S, Pursley D. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes:

connecting the dots. Journal Of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association [Internet]. 2013 June. [cited April 10, 2014]; 33(6) 415-421. Available from: MEDLINE Complete.

9. ANEXOS

9.1. Abreviaturas

CCD	Cuidados Centrados en el Desarrollo
PCE	Plan Cuidados Enfermero
UCIN	Unidad Cuidados Intensivos Neonatal
ONU	Organización Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial Salud
ICCB	Institute on Child Resilience and Family
ÁREA	Análisis del Resultado del Estado Actual
DXE	Diagnóstico Enfermero
NOC	Clasificación de los Resultados de Enfermería
NIC	Clasificación de Intervenciones de Enfermería
EGB	Streptococcus Agalactiae
PCR	Proteína C Reactiva
PC	Problema de Colaboración
CP	Complicación Potencial
MMC	Método Madre Canguro
LM	Lactancia Materna
BPFI	Baruth Protective Factors Inventory
ARS	Escala Resiliencia Adolescentes
RS	Escala Resiliencia
AEP	Asociación Española Pediatría
SMSL	Síndrome Muerte Súbita Lactante