

## EL NIÑO MALTRATADO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

### THE ABUSED CHILD: NURSING INTERVENTION

**Romina Vargas\***

Interna de Enfermería, Escuela de Enfermería UC., Chile

**Natalia Morales**

Interna de Enfermería, Escuela de Enfermería UC., Chile

**María José Muñoz**

Interna de Enfermería, Escuela de Enfermería UC., Chile

**Claudia Alcayaga**

Enfermera Matrona, Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Magíster en Psicología©, Profesora Asistente Adjunta, Escuela de Enfermería, UC., Chile

**Paula Vega**

Enfermera Matrona, Especialista en Enfermería Oncológica Pediátrica, Magíster en Enfermería UC., Chile

---

Artículo recibido el 1 de julio, 2010. Aceptado en versión corregida el 21 de octubre, 2010.

#### **RESUMEN**

*El maltrato infantil es una realidad de gran relevancia en todos los países del mundo. En Chile, el Tercer Estudio de Maltrato Infantil realizado por el Fondo de Naciones Unidas para la infancia [UNICEF] en el año 2006, muestra que el 75.3% de los niños recibe algún tipo de violencia ya sea física o psicológica que pueden derivar en graves consecuencias en la salud. Se presenta el estudio de caso desarrollado durante la experiencia clínica en un hospital pediátrico de la Región Metropolitana y plantea las intervenciones de enfermería en niños/as hospitalizados por observación de maltrato infantil. El personal de enfermería cumple un rol esencial en el proceso de recuperación de la salud en situaciones de maltrato infantil. Es importante considerar el contexto y etapa del ciclo vital en la que se encuentra el niño, así como identificar y potenciar sus capacidades y las de su cuidador, fomentando la resiliencia, potenciando el apego y el autocuidado, con el fin de promover ambientes seguros que permitan el óptimo desarrollo biosicosocial del niño.*

**Palabras clave:** maltrato infantil, cuidados de enfermería, apego, resiliencia.

#### **ABSTRACT**

*Child abuse is an issue of great relevance in Chile. The Third Study of Child Abuse created by the United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] in 2006, showed a 75.3% of children are victims of any kind of violence, which can be physical or psychological, and may result in serious complications in their health. This study was done during a clinical experience in a children's hospital of Metropolitan Region and pretends to pose nursing interventions to hospitalized children for child abuse. The nursing staff fulfills a vital role in the process of health recovery in child abuse cases. It is important to consider both the child's context and vital cycle stage, as well as identifying and enhancing the abilities of both the child in question and the person taking care of him, promoting resilience, increasing attachment to others and self-caring with the aim of contributing safe environments that allow the child's effective biological, psychological and social development. **Key words:** child abuse, nursing care, bonding, resilience.*

---

\* correspondencia e-mail: lisette.messana@infomed.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 19, define el maltrato infantil como toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que lo tenga a su cargo. Lo anterior puede derivar en graves consecuencias para el niño maltratado, tanto en su salud como en su desarrollo físico y psicológico. Realidad que ocurre en todos los países y afecta a todas las clases sociales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2008; Moya, Olivari & Ulloa, 2003).

Según estadísticas de la UNICEF, durante el año 2006, en Chile el 75.3% de niños y niñas de 8° básico reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de sus padres (2005). Esto tiene una gran relevancia si se considera que el maltrato a menores de 18 años que provoque lesiones graves o menos graves constituye delito, por lo cual está sujeto a un procedimiento penal (Moya et al., 2003).

Para el equipo de salud es difícil identificar, diagnosticar e intervenir en estos casos por toda la problemática biopsicosocial y las características propias de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los niños. El contexto en el cual se desarrolla la violencia, el grado de desarrollo adquirido por el niño, junto al proceso legal que se realiza en estas situaciones, deben ser comprendidos e incluidos como parte del proceso de atención otorgada al niño por el personal de salud.

Durante la experiencia clínica realizada en el contexto del curso "Cuidados de Enfermería del niño al adolescente", en un hospital pediátrico de la Región Metropolitana, se enfrenta la realidad del maltrato infantil y del cómo la experiencia de hospitalización contribuye a generar una situación estresante en el niño. Durante la experiencia clínica del curso se desarrolla el estudio de caso de un niño de cuatro

años, hospitalizado por sospecha de maltrato por parte de un familiar.

El propósito del estudio de caso es profundizar en esta problemática e identificar aquellas estrategias de intervención que permitan un desarrollo psicoemocional óptimo del niño(a), considerando que el ambiente hospitalario es para el niño un mundo extraño, que le produce gran ansiedad, angustia y sufrimiento (Miranda, s.f).

Durante la hospitalización, el paciente debe adaptarse a cambios físicos (debidos al tratamiento y la inmovilización) y a nuevas costumbres que frecuentemente se oponen y contradicen sus retinas como la alimentación, los horarios, el sueño, entre otros. Además, el niño se ve obligado a interactuar con personas a quienes no conoce, los que utilizan un lenguaje técnico difícil de comprender, examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que incluso podrían ser dolorosas (Miranda, s.f).

Tal como señala Miranda (s.f), existen diversas manifestaciones a consecuencia del impacto psicológico de la hospitalización en la infancia, tales como problemas de alimentación, alteraciones del sueño, enuresis o encopresia, regresión a niveles de comportamiento de etapas anteriores ya superadas del desarrollo y del aprendizaje, depresión, inquietud y ansiedad, entre otras. En los niños de menos de seis años las reacciones son más graves aún. Por lo que es importante realizar intervenciones integrales que consideren el contexto de la experiencia de hospitalización así como las características de los niños.

Para implementar la intervención de cuidado integral se utiliza el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, que permite ayudar al individuo a realizar y mantener por sí mismo acciones de autocuidado destinadas a conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Paralelamente se trabaja con aspectos relacionados con la motivación y el cambio de comportamiento (Orem, 1993).

Para el cuidado a realizar, se consideran los patrones del conocimiento propio de enfermería. Tal como plantea Rivera (2003), estos contemplan el patrón de conocimiento cognitivo, resultado de la amplia gama de conocimiento empírico; el patrón estético, que implica la creatividad y el arte de enfermería; el patrón personal, que motiva a las enfermeras a tener autoconocimiento para otorgar cuidados a partir de la experiencia; y el patrón ético, que reconoce la importancia del conocimiento de valores y preferencias de los pacientes (Carper, 1978 citado en Rivera, 2003). Considerar los patrones del conocimiento permiten entregar de mejor manera un cuidado comprensivo.

### **CASO CLÍNICO**

Durante tres semanas se realiza el seguimiento de Flavio (nombre que ha sido modificado con el fin de proteger la identidad del niño), preescolar de cuatro años que nace de un embarazo adolescente (15 años) no deseado. El padre biológico no se hace responsable y la familia materna no acepta el embarazo, por lo que la madre de Flavio interrumpe sus estudios y se traslada desde el sur del país al centro a un hogar de acogida, con la intención de dar en adopción al niño, lo cual finalmente no ocurre.

Actualmente el niño vive con su madre (dueña de casa, 21 años), padrastro (guardia de seguridad, 23 años) y hermano (tres meses) en la comuna de Colina. Conforman un sistema familiar nuclear con vínculo no legal, desorganizado (Klainberg, Holzemer, Leonard, & Arnold, 2000), nivel educacional y socioeconómico bajo. La madre refiere que ella y su pareja tienen antecedentes de abandono y maltrato infantil y que el niño es agredido por sus propios vecinos, sin motivo aparente.

Las educadoras del jardín infantil, al cual asiste regularmente el niño, denuncian la sospecha de maltrato ante carabineros, quienes trasladan a Flavio al servicio de urgencia de un hospital pediátrico para constatar lesiones.

Al ingresar al hospital, el niño es incorporado al manejo del niño agredido, correspondiente a la Guía Clínica de Maltrato Infantil del Hospital Roberto del Río (Moya et al., 2003), cuyo primer paso es la comprobación de lesiones y el tratamiento de lo que se desprende el diagnóstico probable de ingreso. Las lesiones son esguince de codo izquierdo, contusión de antebrazo izquierdo, herida cortante de pómulo izquierdo y equimosis periocular derecha, al cual se agrega posteriormente fractura antigua de muñeca derecha. El niño es hospitalizado en el servicio de traumatología del hospital, y se realiza informe médico y de asistente social, quedando a cargo del personal de enfermería y médico de turno.

### **Valoración de enfermería según requisitos de autocuidado**

**Requisitos universales de autocuidado.** Los requisitos universales de autocuidado son comunes a todas las personas y representan las acciones humanas que se realizan para contar con las condiciones internas y externas que ayudan a mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona el autocuidado o la asistencia dependiente de forma eficaz y organizada en torno a los requisitos universales, se fomenta positivamente la salud y el bienestar (Orem, 1993).

En el caso de Flavio se presentan varios requisitos universales alterados, por lo que es relevante hacer una descripción detallada de cada uno de ellos, los que se presentan de manera jerarquizada.

En cuanto al requisito de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano se encuentran alterados. El niño presenta limitación física producto de las agresiones recibidas probablemente en el ambiente familiar. Además de conductas agresivas hacia el resto y hacia sí mismo, muestra desconfianza con el personal de salud y agresividad, se agrede con los barrotos de la cuna y hace

pataletas ante la separación de la madre, conductas que pueden significar una amenaza para la integridad física y psicológica del preescolar.

En el requisito de promoción del funcionamiento y desarrollo humano, respecto al conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal, se destaca en la entrevista de la madre la inexistencia de redes de apoyo familiar, patrones de crianza impuestos en el hogar sin límites definidos, lo cual se manifiesta cuando la madre refiere "...el niño hace lo que quiere...", "...cuando hace pataletas lo dejo y él se las arreglará...", además cuenta que emplea castigos verbales y físicos. Con respecto a las relaciones sociales la madre refiere que "...el niño es agredido por los propios vecinos y no sé por qué..."

Flavio se encuentra en el ambiente hospitalario sin límites conocidos, mostrando desconfianza con el personal de salud, asociado al ambiente extraño en el que se encuentra. Al interactuar con niños de su edad, en la biblioteca del hospital, se observan comportamientos acordes a las características de su ciclo vital, la mayoría de las veces comparte juguetes con los demás y muestra iniciativa en la realización de juegos sin reglas rígidas (Triviño, 2000).

En relación al mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana, se observa dependencia del preescolar y la necesidad de compañía de su madre. Entre ellos existe contacto físico limitado y visitas de corta duración. Cuando la madre se ausenta el niño presenta conductas agresivas, ella refiere que aumentaron luego del nacimiento del hermano menor.

En cuanto al mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo, Flavio realiza actividades lúdicas limitadas por la valva de yeso del brazo izquierdo y por las dimensiones de la cuna (140 x 70 cm aproximadamente), descansa entre 8-10 horas diarias. Otras actividades recreativas que realiza son ver televisión (dibujos animados), y hacer juegos de rol (soldaditos, power rangers, hombre araña).

Respecto al requisito de mantenimiento de aire, se observa piel limpia y rosada, contusión periorbital derecha, herida cortante en mejilla izquierda (2.5 cm), narinas enrojecidas, herida en muslo derecho en regresión, espalda con cicatrices de quemaduras sugerentes de cigarrillos. En cuanto al aporte de agua, la ingesta de líquidos corresponde al régimen nutricional preescolar del hospital y la piel y mucosas se encuentran hidratadas. Por último, el aporte de alimentos es adecuado con buena tolerancia al régimen preescolar indicado.

**Requisito de autocuidado del desarrollo.** Los requisitos de autocuidado del desarrollo promueven la vida y la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales (Orem, 1993).

Flavio se encuentra en la etapa preescolar, la que se caracteriza por ser un período de mayor desarrollo de las habilidades motoras adquiridas, mejorando el control neuromuscular, la audacia y preparándose para enfrentar la vida escolar. Entre las principales tareas de su etapa se encuentran aprender a relacionarse emocionalmente con padres, hermanos y amigos; tolerar separaciones breves; desarrollar iniciativa; participar en actividades colectivas; comprender y adaptarse a las normas sociales (Triviño, 2000).

Según Erikson (1964, citado en Papalia & Wendkos, 1993) Flavio está en la etapa de transición entre la autonomía versus vergüenza o duda, e iniciativa versus culpa. Etapa en que los niños comienzan a hacer las cosas por sí mismos y asumen ciertas responsabilidades, desarrollando la iniciativa.

El preescolar según Piaget tiene un desarrollo cognitivo Preoperatorio, por lo tanto posee una inteligencia representativa, basada en esquema de acción internos y simbólicos, presenta al mismo tiempo razonamiento por intuiciones, no lógico (Wadsworth, 1991). Por otra parte, Kohlberg (1987) define la moralidad del preescolar como heterónoma, donde las

normas se cumplen por temor al castigo, por recompensa material o emocional y obediencia a los adultos.

De acuerdo a lo esperado para su desarrollo, se puede pensar que Flavio se encuentra en riesgo de no superar con éxito las tareas correspondientes a su etapa. Existen factores de riesgo que condicionan su óptimo desarrollo biopsico-social, tales como el manejo inadecuado de los límites, la inexistencia de modelos conductuales idóneos, el desconocimiento de los padres sobre normas de crianza y la forma de cuidarlo. Además, se observa conducta poco tolerante a las frustraciones y a la separación de la madre, y déficit en la socialización por falta de adaptación a las normas sociales.

Tareas que el niño debe superar en la etapa que está viviendo, por lo que es fundamental intervenir oportunamente para evitar mayores alteraciones que afecten su óptimo desarrollo biopsicosocial.

**Requisitos de Autocuidado en desviación de la salud.** Enfermedad o lesión que afecta al funcionamiento humano integrado (Orem, 1993). En este punto es importante considerar que las decisiones en relación al cuidado de la salud de Flavio son responsabilidad de los padres. El maltrato originado en el contexto familiar no solo afecta las estructuras o mecanismos fisiológicos o psicológico del sistema o del niño, sino lo más importante el funcionamiento humano integrado.

Al momento del estudio, los padres se encuentran impedidos de la facultad de tomar decisiones por el niño debido al proceso legal. Cuando existe riesgo de sufrir maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, una de las medidas legales a tomar es alejar al maltratador o sacar al niño de la casa por un tiempo, pudiendo incluso quitarles la tuición a los padres que ponen en riesgo la vida de un niño (UNICEF, 2008).

En este caso, la primera medida legal es hospitalizar a Flavio mientras se realiza

la investigación por la sospecha de maltrato. Además, se restringen las visitas, permitiendo solo el ingreso a la madre en el horario establecido por el hospital y con supervisión continua por parte del personal de enfermería. Paralelamente, como parte del protocolo de maltrato infantil del hospital, se trabaja con equipo multidisciplinario para apoyar al niño, con la participación de la asistente social y personal de salud mental. El cuidado del niño lo asume el personal de salud de turno en el servicio.

**Valoración según la Agencia de Autocuidado.** Capacidad que permite a los adultos discernir los factores que deben ser controlados, regular el funcionamiento y realizar actividades de cuidado para cubrir los requisitos propios de autocuidado (Orem, 1993). En el preescolar, la agencia de autocuidado es el cuidador, quien debe tomar las mejores decisiones para el cuidado de su salud, quienes en este caso se encuentran impedidos de ejercer su rol de supervisión.

Por otra parte, respecto a los componentes de poder, se encuentra que en Flavio están presentes la habilidad para controlar el cuerpo y sus partes, la habilidad para incorporar operaciones de autocuidado en la vida diaria y la habilidad para adquirir conocimiento retenerlo y utilizarlo de acuerdo a la etapa del ciclo vital en la que se encuentra.

### **Diagnóstico de enfermería**

Alteración del requisito universal de normalidad: riesgo potencial de desviación del desarrollo asociado a contexto familiar de violencia y proceso de hospitalización.

Alteración del requisito prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: condiciones inadecuadas para el desarrollo del niño debido al contexto de violencia, manifestado por interacción limitada de la familia, castigos, uso inadecuado de mecanismos de defensa, comportamiento destructivo por parte del niño y escasa interacción del personal.

### **Sistema de enfermería**

La enfermera junto al usuario se relacionan utilizando el sistema de enfermería totalmente compensatorio donde se realiza el cuidado terapéutico, se apoya y protege al niño compensando la incapacidad para realizar su autocuidado (Orem, 1993).

### **Intervención de enfermería**

La intervención se realiza en dos niveles. El primero se refiere a las ejecutadas directamente con el niño y las segundas a la educación al personal de salud, con el objetivo de retornar las actividades cotidianas del preescolar que favorezcan su óptimo desarrollo biopsicosocial en el ambiente hospitalario.

Los objetivos de la intervención son otorgar condiciones ambientales óptimas para el desarrollo del preescolar y favorecer su adecuado desarrollo biopsicosocial y emocional en el ambiente hospitalario.

Las acciones contemplan la promoción del ambiente terapéutico pediátrico, definido como aquel que permite al niño recuperar su salud, brindarle seguridad física, psicológica y social, favorecer la relación madre e hijo, la interacción del equipo de salud con la familia y ofrecerle la oportunidad para proseguir con su crecimiento y desarrollo normal (Campos, Casassas, & Mateluna, 1981, citados en Casassas, Campos, & Jaimovich, 2002).

Se fomenta la confianza de Flavio hacia sus cuidadores y se favorece que comparta con su madre y hermana con vigilancia del personal de enfermería. Además, se disminuye el riesgo de autolesiones promoviendo el autocontrol de Flavio y se protegen los barrotes de la cuna con almohadas, se evita la entrega de objetos que pudieran contribuir a conductas violentas como juguetes bélicos (armas de combate) y se incita al juego con personajes animados de su preferencia que fomentan conductas positivas.

Se realiza vigilancia estricta de los comportamientos y vocabulario de las visitas de Flavio para apoyar actitudes

que promuevan las relaciones familiares adecuadas, destinadas a demostrar amor incondicional, servir de modelo adecuado de conducta, escuchar y mostrar respeto por el hijo, y mostrar interés por las actividades que realiza (Triviño, 2000).

Asimismo, se favorecen y refuerzan positivamente aquellas interacciones de acogida por parte del personal de salud, reflejadas en la atención, aceptación y empatía hacia el niño.

Para fomentar el autocontrol del niño y contribuir a su desarrollo social, se incorporan, a través del modelaje, conductas saludables como ejercicios de respiración profunda cuando se enoja para canalizar la energía, y buenos modales como pedir las cosas "por favor" y agradecer de forma verbal como signo de correspondencia y respeto.

También, se gestiona la asistencia al jardín infantil del hospital con el fin de promover la relación con niños de su edad, favoreciendo el respeto por las normas, los límites y la autoridad. Para adaptar las actividades a las capacidades del niño, se utilizan juegos y cuentos que contribuyen al desarrollo y adaptación social de Flavio (Panksepp, 2007; Stagnitti, 2004; Sturges, 2003). Se fomentan los juegos de rol donde Flavio puede realizar conductas adaptativas a los diferentes contextos (rol de hijo, padre, amigo, estudiante).

Para desarrollar estrategias de cuidado efectivo en el personal de enfermería, se utiliza la psicoeducación, con el objeto que identifiquen las conductas y vivencias que presentan los niños que sufren maltrato infantil, y así tomar las medidas que favorezcan el ambiente terapéutico seguro, donde el niño se desarrolle integralmente durante el proceso de hospitalización. Se ayuda a que el personal reconozca que las conductas agresivas del preescolar, corresponden a un comportamiento adquirido por modelaje del ambiente de violencia donde se encuentra inmerso. Por otro lado, el personal de enfermería explora los sentimientos que les provoca atender

a niños víctimas de maltrato y a los cuidadores de estos, lo que permite que ayuden al niño y su familia aplicando los principios de las relaciones humanas a los problemas que emergen según las experiencias (Peplau 1958 citado en Howk, 2003).

### **Evaluación de los cuidados de enfermería**

La observación del menor muestra avances en el logro de los objetivos propuestos y se logra que gran parte del equipo de salud establezca una relación de confianza y seguridad con el niño.

Se otorgan condiciones óptimas para favorecer el desarrollo biopsicosocial normal y emocional de Flavio en el ambiente hospitalario, se observa disminución de conductas agresivas, aumento de la confianza y seguridad hacia el personal de salud, a través de mayores interacciones y adaptación al ambiente hospitalario.

La asistencia al jardín infantil del hospital le permite utilizar su energía a través del juego y socializar con niños de su edad, además de aplicar apropiadamente los buenos modales elementales enseñados.

### **DISCUSIÓN**

Las intervenciones efectuadas y las que surgen posteriormente al análisis del estudio de caso se orientan a otorgar un ambiente protegido, sin violencia y potenciador de apego. Resulta de gran relevancia asegurar la valoración integral que contemple todos los ámbitos, tanto internos como externos del usuario para realizar intervenciones que contribuyan a restaurar la salud en caso de maltrato.

En primer lugar es necesario contextualizar la etapa del ciclo vital en la cual se encuentra el niño y reconocer los eventos vitales que se puedan estar desarrollando en el contexto familiar al momento de la valoración. Según Izzo (2001), con el nacimiento del hermano menor, Flavio se ve "obligado" a ir tolerando "ausencias" de su madre, tarea que puede no resultarle fácil, ya que está implícita la pérdida de

ese lugar privilegiado. Conjuntamente, este autor señala que el preescolar puede ir fantaseando con la pérdida del amor de sus padres (si no me atienden es porque no me quieren; ahora lo quieren más a él, entre otros). Inevitablemente esto lo angustia y le genera sentimientos negativos, debido a las características correspondientes a la etapa vital en la cual se encuentra.

Las alteraciones del comportamiento en los niños se pueden generar como reacción a crisis familiares, las cuales pueden ser percibidas por los padres como la causa del problema lo que origina un rompimiento del equilibrio de la familia, llevando a la aparición de tratos inadecuados (Barudy & Marquebreucq, 2006). En Flavio se detecta que el nacimiento de su hermano menor es un factor de desequilibrio familiar, ya que según afirma su madre desde ese momento se incrementan los comportamientos agresivos de su hijo y como consecuencia de esto la incapacidad de poder controlarlo e instaurar límites.

Es fundamental que los profesionales de enfermería consideren dentro de la valoración las conductas normales de los niños acordes a la etapa del ciclo vital y el contexto en el cual se desarrollan, con el fin de otorgar apoyo a los padres enseñando técnicas que fomenten los buenos tratos dentro del ambiente familiar.

En consecuencia, el bienestar de los niños y niñas es el resultado de los buenos tratos, lo cual conlleva un proceso social complejo que se constituye por cuatro elementos dinámicos. Sus componentes son: los recursos y las capacidades de las madres y de los padres; las necesidades de los niños y niñas; las fuentes de resiliencia de las personas involucradas y los recursos comunitarios (Barudy & Marquebreucq, 2006). Las técnicas que se sugieren enseñar a los padres o cuidadores deben estar enfocadas en estos cuatro elementos que son parte importante de la valoración de enfermería.

Se sabe que el maltrato infantil es una condición adversa que tiene consecuencias físicas y psicosociales para la víctima, un niño maltratado podría llegar a ser un adulto maltratador y violento, lo que se puede transmitir de generación en generación limitando el óptimo desarrollo de los individuos (UNICEF, 2005). Aún así, es universalmente conocido que muchos niños se desarrollan favorablemente a pesar de vivir en condiciones adversas (Triviño, 2000).

El fomento de la resiliencia entendida como la capacidad de mantener un proceso de crecimiento y de desarrollo suficientemente sano y normal, a pesar de las condiciones de vida adversas (Cyrulnik, 1998, 1999, 2001 citado en Barudy & Marquebreucq, 2006; Manciaux, 2000 citado en Barudy & Marquebreucq, 2006; Vanistendael, 2000 citado en Barudy & Marquebreucq, 2006) es una herramienta útil para ayudar a niños/as víctimas de maltrato a recobrar de la adversidad fortalecidos y dueños de mayores recursos (Walsh, 2004).

Según Triviño (2000) y Grotberg (1994; 2001), la manera de promover esta cualidad en los niños/as es fortaleciendo el ambiente (“yo tengo”), los recursos personales (“yo soy/estoy”) y las habilidades sociales (“yo puedo”), razón por la cual algunas intervenciones de enfermería deben estar dirigidas a desarrollar estas tres áreas del “yo”, destacando que se está interviniendo en un preescolar que es totalmente dependiente de su cuidador.

Por lo tanto, un ambiente social facilitador se logra a través de la existencia de modelos positivos de identificación o modelos de conducta (Triviño, 2000). Los niños/as necesitan saber que tienen alguien con quien contar y que los acepta incondicionalmente, puede ser un progenitor o cualquier otro adulto influyente. Cuando no existe un modelo positivo a seguir, un método a utilizar es contarle al niño/a historias reales, con modelos de

conducta dignos de imitar (Walsh, 2004). En el caso de Flavio, considerando que su madre pasa poco tiempo junto a su hijo en el hospital, se promueve un ambiente seguro con el personal de salud específico en cada turno para otorgar los cuidados necesarios, fortaleciendo de esta manera la confianza y al mismo tiempo definiéndole límites para evitar peligros.

Triviño (2000) afirma que para crecer y triunfar a pesar de la adversidad, es necesario fortalecer recursos personales como la autonomía y autoestima, el control de impulsos, la empatía, el sentido del humor, la fe o creencia en un ser superior y la fraternidad universal. Las habilidades sociales a desarrollar son la capacidad de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales.

Al fomentar el control de los impulsos autodestructivos y las agresiones hacia los demás, en Flavio se observa que comienza a sentir que es una persona por la que otros sienten aprecio, que se siente bien cuando es capaz de demostrar afecto y respeto por sí mismo y el prójimo, al mismo tiempo comienza a expresar lo que le asusta e inquieta y encuentra en el otro la ayuda cuando la necesita. Sumado a esto, el niño es capaz de buscar la manera de resolver sus problemas y controlarse cuando tiene ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

Kotliarenco, Cáceres y Alvarez (1994) plantean acciones específicas para la promoción de la resiliencia de un niño de cuatro a siete años. De estas, en este caso, se fomenta en el personal de salud la expresión de cariño en forma verbal y física, se utilizan técnicas para tranquilizar al niño y promover el autocontrol durante las pataletas, se fomenta el cumplimiento de reglas sociales, se fomenta la autonomía, se ayuda a reconocer sus sentimientos y se fomenta la comunicación y la responsabilidad por sus conductas y actos.

El apego es otro aspecto clave en la valoración e intervención, para Moneta



(2003) es fundamental en todos los mamíferos, no solo para su supervivencia, sino también para la formación de relaciones sociales y vinculares. Resulta fundamental en estos casos realizar intervenciones que incluyan a la familia o alguna figura significativa. Destaca la importancia de la mantención de una relación permanente y continua entre la madre (padre) y su hijo, y la relevancia de este vínculo en el desarrollo del niño. Es importante considerar el contexto en el cual se desenvuelve el niño y asegurar un compromiso a nivel familiar para que las intervenciones tengan mayor impacto en la salud (Bowlby, 1973 citado en Moneta, 2003). En este caso no se realizan todas las intervenciones con la madre debido al proceso legal y como parte del protocolo del manejo del niño agredido ella debe asistir a evaluación en salud mental y evaluación socioeconómica.

Por otra parte, las conductas conflictivas del preescolar hacia el personal de salud se desencadenan, cuando las conductas de apego (llantos y llamados) fracasan repetidamente en recuperar a la figura vincular, por lo cual el niño se ve obligado a desarrollar estrategias defensivas que excluyan la información dolorosa de su conciencia, entonces las conductas que se observan en Flavio deben ser consideradas normales con respecto a su patrón de apego (Bowlby, 1973 citado en Moneta, 2003).

La presencia de apego inseguro en la madre se asocia con niveles anormales de agresión en niños preescolares (Salomon & George, 1999 citados en Moneta, 2003), lo que se observa en este caso en los antecedentes de la madre como son el maltrato infantil, abandono, bajo nivel socioeconómico y educacional, y embarazo adolescente no deseado, lo que dificulta el fomento del apego seguro. Por esto es fundamental conocer el estilo de apego de la madre en caso de maltrato.

Ora estrategia utilizada para fomentar la seguridad y resiliencia es el juego

(Stagnitti, 2004) en el que se genera un ambiente seguro, usualmente divertido, impredecible y placentero, espontáneo y de compromiso. El juego es el primer vehículo para el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida adulta y se considera como una actitud agradable que ayuda a desarrollar habilidades tanto cognitivas, sociales, comunicativas, de autoconocimiento, de resolución de problemas, y funciones motoras y sensoriales. Según Panksepp (2007) el juego desarrolla la imaginación, internaliza la alegría y el aprendizaje de los hábitos de toda la vida, favorece el desarrollo del cerebro usando la diversión.

En los casos de sospecha de maltrato, como el de Flavio es importante trabajar enfocados en las capacidades de los padres y las fuentes de resiliencia. Por lo cual, se sugiere educar sobre los cuidados requeridos por un niño preescolar que se encuentra hospitalizado y que tiene el requisito de autocuidado de normalidad alterado. Sumado a esto, es necesario fomentar las competencias parentales básicas como la capacidad para vincularse, el apego y la empatía.

Favorecer las intervenciones en un ambiente lúdico, alegre, cálido y lo más familiar posible a las características físicas y psicológicas de los niños, sin duda resulta favorable.

Para otorgar cuidados comprensivos en situaciones de maltrato, resulta de gran importancia considerar el contexto y etapa del ciclo vital en la que se encuentra el niño, así como identificar y potenciar las capacidades del niño y su cuidador, a través de los factores de resiliencia, potenciar el apego y el autocuidado que les permita desarrollar su óptimo desarrollo biosicosocial. El personal de enfermería juega un rol fundamental en el proceso de recuperación de la salud en los casos de niños víctimas de maltrato al promover ambientes seguros, fomentar el apego y la resiliencia como factor protector.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barudy, J., & Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes* (pp. 27-91). Barcelona: Gedisa.
- Campos, M., Casassas, R., & Mateluna, E. (2002). Ambiente Hospitalario. En R. Casassas, M. Campos & S. Jaimovich (Eds.), *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo* (pp. 257-274). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2005). *Maltrato infantil en Chile*. Recuperado de [http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos\\_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf](http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008). *Maltrato infantil y las relaciones familiares en Chile, análisis comparativo 1994-2000-2006* (pp. 21-42). Recuperado de <http://www.unicef.cl/centrodoc/ficha.php?id=253>
- Grotberg, E. (1994). Promoviendo la resiliencia en Niños: Reflexiones y estrategias. En M. A. Kotliarenco, I. Cáceres, & C. Álvarez (Eds.), *Resiliencia: Construyendo en adversidad* (pp.35-51). Santiago: CEANIM.
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo & E. Suárez (Eds.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-31). Buenos Aires: Paidós.
- Howk, C. (2003). Enfermería psicodinámica. En A. Marriner, & M. Raile (Eds.), *Teorías y modelos de enfermería* (pp. 379-389). España: ROL.
- Izzo, D. (2001). *Celos: expresión de un sentimiento de amor*. Recuperado de <http://www.laondadigital.com/laonda/LaOnda/001-100/55/celos%20expresion%20de%20un%20sentimiento%20de%20amor.htm>
- Klainberg, M., Holzemer, S., Leonard, M., & Arnold, J. (2000). *Enfermería comunitaria: Una alianza para la salud*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- Kohlberg, L. (1987). The development of moral judgment and moral action. En L. Kohlberg (Ed.), *Child psychology and childhood education* (pp. 259-328). London: Longman.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Álvarez, C. (1994). *Resiliencia: construyendo en adversidad* (pp. 21-35). Santiago: CEANIM.
- Miranda, V. (s.f.). Aspectos Psicosociales. En M. Potin, & I. Concha (Eds.), *El Niño Hospitalizado: Problemas Frecuentes*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/pediatriaHosp/default.html>
- Moneta, M. (2003). *El Apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Moya, H., Olivari, F. & Ulloa., F. (2003). *Maltrato infantil: Guía Clínica Hospital de Niños Roberto del Río*. Recuperado de [http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs\\_doc/72.pdf](http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/72.pdf)
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Panksepp, J. (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 57-66. Recuperado de <http://www.neuro-psa.org.uk/download/adhdJP.pdf>
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1993). Personalidad y Desarrollo Social en la Primera Infancia. En D. Papalia & S. Wendkos (Eds.), *Psicología del Desarrollo* (pp. 347-382). Colombia: McGraw-Hill.
- Rivera, S. (2003). Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. *Horizonte de Enfermería*, 14, 21-32.
- Stagnitti, K. (2004). Understanding play: The Implications for play assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 3-12. Recuperado de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118764856/abstract?CRETRY=1&SRETR Y=0>
- Sturgess, J. (2003). A model describing play as a child chosen activity is this still valid in contemporary Australia? *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 104-108.
- Triviño, X. (2000). Período preescolar. En S. Catalán, L. Cifuentes, R. Moore, V. Valdés & A. Téllez (Eds.), *Supervisión de salud del niño y el adolescente* (pp. 105-118). Santiago: Mediterráneo.
- Wadsworth, B. (1991). *Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo* (12a ed.) México: Diana.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento* (pp. 19-31). Buenos Aires: Amorrortu.