



VALORACION SOBRE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA, POR ENFERMERIA

CARMEN GOMEZ GARCIA
*E.U. Enfermería "Virgen de la Arrixaca".
Murcia.*

Quiero expresar mi agradecimiento al Presidente del Comité Científico del Primer Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada, Dr. D. Antonio Martínez Roig, por la deferencia que ha tenido con la Asociación Española de Enfermería de la Infancia, representada en esta ocasión en mi persona, así como con la Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen de la Arrixaca", donde desarrollo mi actividad docente en la asignatura de Enfermería Materno-Infantil y así mismo en nombre de toda la enfermería española, muchísimas gracias.

Como todos sabemos, teóricamente el Proceso de Enfermería es una manera de prestar cuidados de Enfermería de forma racional. Es una aproximación científica, humanista y dinámica con una base de conocimientos independientes.

Operacionalmente está integrado por una serie de pasos, entre los que necesariamente habrá un continuo mecanismo de feedback o retroalimentación.

La valoración del individuo enfermo/usuario en cuanto a sus necesidades y problemas es el primer paso del P.A.E.

Para ello se han de recoger unos datos de forma sistemática e integral, que se regis-

trarán en un formato denominado: "Historia de Enfermería".

Las fuentes para la obtención de esos datos, como todos sabemos, serán: el individuo, su familia, los diferentes miembros del equipo y las notas de la historia de salud. (1)

Asimismo el Proceso de Enfermería constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería. Cuando todas las Enfermeras/os lo empleemos de forma regular aumentará la calidad de los cuidados ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicación de la atención al individuo. (2)

Constando el Proceso de Atención de Enfermería de las siguientes fases:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

Constituyendo un ciclo de actividades en cinco etapas que empiezan con la valoración y culminan con la etapa que como su nombre indica se evalúa tanto la consecución de los objetivos como el resto del proceso.

Para reunir datos durante la fase de valoración del Proceso de Enfermería debemos utilizar todos los recursos que tengamos a nuestra disposición.

Dado que todas las decisiones y actividades de Enfermería se basan en la información reunida durante esta fase debe ser considerada de importancia crucial. A lo largo de esta etapa se ha de obtener toda la información que se pueda sobre el paciente, individuo sano. Incluyendo este Proceso de recogida de las siguientes actividades:

- Obtención de los datos: recopilando información sobre el paciente cliente.
- Validación: comprobando qué datos son hechos reales y cuáles son cuestionados.
- Organización de los datos: reunión de datos a fin de identificar modelos de salud o de enfermedad.

Y por último identificación de los modelos de información que consistirá en formarse una impresión general inicial sobre los modelos de información, obteniendo datos adicionales para cubrir lagunas existentes así como describir con mayor claridad el significado de los mismos.

Se inicia esta recogida de datos con el primer contacto entre el paciente/cliente y el sistema de cuidados de salud.

Pudiendo estar situado en la Escuela Infantil, Centro de Salud, Hospital o domicilio. En este momento se realiza una valoración completa de Enfermería anotándose los datos pertinentes en la Historia, así como los objetivos y actividades en el Plan de Cuidados incluido en la misma.

Se continuará esta recogida de datos durante toda la estancia del niño en el hospi-

tal o centro donde se encuentre y a medida que se vayan produciendo cambios y surja nueva información irá variando nuestro diagnóstico y el Plan de Cuidados (3).

Siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería y dentro de la etapa que nos ocupa: la valoración; distinguiremos en primer lugar los datos objetivos que son aquellos que consisten en una información constatable a partir de hechos concretos, es decir, información que podemos percibir de un modo rápido y seguro a través de la vista (observación), el tacto (palpación, percusión), el oído (auscultación), el gusto y el olfato.

A continuación tendremos en cuenta los datos subjetivos, datos que recogeremos de la información que el paciente cliente aporta a la enfermera/o durante este proceso de valoración.

La Deducción la entendemos como la forma en que una persona, en este caso la enfermera/o percibe o interpreta una señal emitida por el paciente/cliente. Considerando como señal todo aquello que se puede detectar a través de los cinco sentidos y pudiendo constituir la misma un dato objetivo como subjetivo.

La validación: es el proceso por el cual nos podemos asegurar que los datos obtenidos son verdaderos.

La valoración de Enfermería localizada es el proceso de recopilación de información sobre el individuo; familia o comunidad con el fin de identificar diagnósticos/problemas de Enfermería reales o potenciales. Será la valoración orientada a reunir más información acerca de un problema específico que ha sido ya identificado. Es sólo a través de la información reunida o recogida como importante que la Enfermera/

o es capaz de progresar más allá del primer paso del proceso y llegar a un diagnóstico y Plan de cuidados minucioso (4).

Una vez expuestas de forma somera, como corresponde a una intervención de estas características, los fundamentos teóricos o bases racionales de valoración de enfermería dentro de un Proceso de Atención, nos centraremos al respecto en aquellos aspectos objeto central de este Congreso, intentando hacer llegar a ustedes, las características de la Valoración de Enfermería, en infantes afectos de "malos tratos" en el sentido más amplio del término.

Así pues la enfermera que desarrolla su actividad profesional con infantes, deberá, y éste es el objetivo fundamental que ha de perseguir, observar con especial cautela la necesidad de protección ante el medio ya que el niño por la etapa de la vida que atraviesa no dispone de los mecanismos psico-físico-sociales adecuados para detectar las agresiones del ambiente y canalizarlas hacia su resolución, encontrándonos que la validación de los problemas del paciente permite a la enfermera/o dirigir su atención hacia la valoración de dichas agresiones.

Dentro de una clara filosofía hacia la prevención y el fomento, la enfermería ha de pragmatizar sus teorías sobre actuaciones concretas que revaliden el cientifismo de su quehacer en todas las áreas.

Fue Kempe en 1962 quien realizó la descripción del síndrome del niño apaleado definiendo dicho síndrome como el "uso de la fuerza física de forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño ejercido por parte de un padre u otra persona responsable del cuidado del menor". Como veremos, esta primera definición de Kempe sólo hace refe-

rencia al uso de la violencia física. En años sucesivos, autores como Osorio y Nieto, Genovart y Colt y otros siguen estudiando el tema.

Posteriormente, Kempe amplía el concepto de maltrato, incluyendo en el mismo, además de la violencia física, el abandono emocional, el maltrato psíquico, la explotación sexual y el abandono físico.

Por lo tanto, en nuestra valoración tendremos en cuenta que junto a los malos tratos físicos que generalmente suelen ser más fáciles de detectar desde el punto de vista de que existe algo palpable, existen malos tratos psíquicos que incluyen las agresiones verbales, los castigos, los desprecios, la desvalorización del niño, la desatención y omisión afectiva que dan lugar a problemas en el niño de singular importancia. Todo ello hace que haya cantidad de adolescentes con una estructura de personalidad depresiva, insegura, con tendencia al suicidio y, como decíamos no obstante, la observación de estos factores puede llegar a ser harto más difícil, encontrándonos, pues, con unos niños que no reciben apoyo por parte de la familia y con un concepto negativo de sí mismos. Con todo, hemos de considerar que cuanto mejor informada esté la enfermera/o de los verdaderos peligros tanto reales como potenciales provenientes del medio, que pueda sufrir el niño, más probabilidades tendrá, tras una correcta observación, de llegar a una valoración efectiva, consiguiendo así planificar unos cuidados con especial rigor científico.

Siguiendo a Carmen Panchón y partiendo de la base que Enfermería puede trabajar en base a necesidades humanas, en la valoración realizada a través de la visita domiciliaria tomaríamos como pilares tres factores que tienen una influencia crucial en la configuración posterior de esta pro-

blemática: se trata de tener en cuenta el ambiente familiar, el nivel socio-económico y el nivel cultural, en el que se desarrolla o se va a desarrollar la vida del niño o de la gestante. Estos tres factores no funcionan aisladamente sino que se relacionan entre ellos y se refuerzan.

Refiriéndonos al ambiente familiar y centrándonos en la etapa que corresponde al período prenatal hemos de recordar que encontraremos un mayor riesgo de maltrato cuando exista desorganización familiar, rechazo, mal ambiente, conflictos de pareja, huidas del hogar, problemas graves de desestructuración familiar (abandono del hogar por parte de uno de los cónyuges, creación de nuevas parejas, separaciones, madres solteras o solas). También se tendrá en cuenta los problemas graves transitorios (alcoholismo, prisión), problemas derivados de causas psicofísicas, muerte, enfermedades nerviosas, hospitalizaciones frecuentes, así como las familias numerosas (gran número de hijos y nacimientos) entendiendo y recordando que éstas son personas sometidas a mayor riesgo de maltrato a sus hijos.

La situación socio-económica deteriorada, los conflictos laborales como el paro y sus consecuencias, así como la mala presencia física se ve influido, encontrándonos con unas personas con aspecto exterior condicionado por falta de ropa y calzado adecuado, lo que implica una mala estructuración del yo, al no considerarla como suya dando estructuras de personalidad reactiva muy impulsivas y poco creativas, necesitando cubrir sus necesidades de forma inmediata y sin planificar, comiendo cuando siente la necesidad, sin tener en cuenta horarios ni composición de dietas, lo que nos puede hacer pensar que esa dinámica puede continuar durante toda la gestación (en detrimento del feto) y con posteriori-

dad a ella, resultando una continuidad en el círculo del marginado, previamente maltratado.

También se ha de valorar el nivel de escolarización de la gestante en esta visita domiciliar de Enfermería, ya que suelen ser rebotados de un Centro educativo a otros calificados de conflictivos, perdiendo interés por todo lo relacionado con la escuela; incluso han interiorizado un rechazo visceral a la misma, dando lugar a aprendizajes básicos mal interpretados tanto a nivel escolar como a nivel de hábitos de autonomía.

En líneas generales y ante la posibilidad de constatar un posible "niño maltratado" serán, ente otros, la consideración de los aspectos enunciados, los que podrán ayudar a la enfermera en su valoración en este sentido, sin olvidar los que se refieren sin duda a aspectos biológicos de la gestante y que nos anotaron datos valiosos donde poder intervenir, según el modelo de cuidados elegido (D. Orem, V. Henderson, etc.).

Ya dentro del ambiente hospitalario y continuando con nuestra somera aportación, haremos referencia a un estudio publicado en el año 1987, por Profesores del Área de Salud Pública de la Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen de la Arrixaca", Dña. Juana M. Hernández Conesa y yo misma, para lo que se elaboró un fichero de cómo proceder de forma sistemática en la recogida de datos que ha de hacer enfermería para detectar problemas de malos tratos, en la necesidad de protección del medio de los infantes, obteniendo así por consiguiente una valoración científica y planes de cuidados acordes con la misma.

A continuación, tan solo le expondré de forma descriptiva esta guía que en la actualidad es utilizada en varios hospitales de

nuestra región así como en Escuelas Infantiles, por los Enfermeros/as que trabajan en dichos Centros.

Sentimos no poder aportar datos, resultados, de la puesta en marcha de estos registros, no sin antes comprometernos a exponerlos e interpretarlos en futuros encuentros.

NECESIDAD DE PROTECCION AL MEDIO

Registro número 1.

Problema: Abusos sexuales.

- Utilización de instrumentos generales de observación.
- Reconocer síntomas de stress o ansiedad.
- Detectar signos de alarma.
- Llanto.
- Negativismo para afrontar una jornada habitual.
- Trastornos del sueño.
- Enuresis.
- Encopresis.
- Infecciones recurrentes del tracto urinario.
- Conductas fingitivas.
- Valorar todos los lugares en los que transcurre la normal jornada del niño.

En su conferencia de 1977, para el Anderson Aldrich Arward. Henry Kempe destacó el abuso sexual en los niños como "otro problema oculto". Ya no está oculto, está aumentando rápidamente el conocimiento público y profesional del problema.

Registro número 2.

Problema: Niño apaleado.

- Utilización de instrumentos generales de observación.

- Reconocer síntomas de irritabilidad ante la presencia de la persona implicada o personas que se la evoquen.
- Encontrar falta de concordancia entre lo relatado por los padres y los hallazgos encontrados en la observación.
- Reconocer signos de irritabilidad corporal, traumatismos y lesiones.
- Reconocer el tipo de calidad de vida que se le ofrece (ambiente, estatus social, etc.).

Hemos de recordar que las personas sometidas a mayor riesgo de apalear a sus hijos son las siguientes:

Desempleados, situación de grave penuria económica, existencia de malos tratos entre ambos cónyuges, ausencia del hogar de uno de ellos, padres muy jóvenes, superficialidad de la vivienda pequeña, drogadicción (alcoholismo, heroínomanía, etc.) individuos muy impulsivos o de carácter muy inmaduro, padres depresivos psicópatas, retraso mental y situaciones de crisis familiar tales como abandono de un cónyuge, despido laboral, embarazo no deseado.

También tendremos en cuenta el tipo de lesión cutánea que aparece, pudiéndose manifestar como lesión específica que refleja claramente el tipo de objeto usado para infringir el trauma e inespecífica, adoptando forma de petequia, equimosis y hematoma.

Registro número 3

Problema: Intoxicaciones intencionadas.

- Utilización de instrumentos generales de observación.
- Detectar el causante de la intoxicación.
- Detectar la persona/familia, ambiente escolar que instrumentaliza la acción.

I Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada

- Observar los signos psicofísicos anómalos.
- Observar el grado de predisposición a colaborar de los padres o autores.
- Observar signos de deterioro psíquico en los padres.

Por sorprendente que parezca, la gran mayoría de los envenenamientos intencionados, suceden a consecuencia de acciones realizadas por las madres.

Las características psicológicas de los padres que envenenan a sus hijos pueden diferir de otros padres que causan a sus hijos distintos tipos de omisiones o malos tratos.

Existe una incidencia superior de trastornos mentales y alteraciones del carácter en los padres que envenenan a sus hijos, frente aquellos que les causan malos tratos físicos; sin embargo, estos dos grupos no se excluyen mutuamente, ya que, según estudios, hasta el 20% de los niños intoxicados pueden ser también víctimas de malos tratos físicos.

Registro número 4

Problema: Maltrato afectivo.

- Utilización de instrumentos generales de la observación.
- Valorar si las ropas son las adecuadas a la época del año y a la edad.
- Valorar la sociabilidad del niño.
- Desarrollo psicofísico (valorar en niños abandonados, sometidos a ligaduras, encerrados, malnutridos, deshidratados).
- Valorar estatus social y hábitos de los padres y tutores (fumadores, alcohólicos, drogadictos).
- Valorar situación emocional, económica de los padres.

- Valorar ambiente extrafamiliar (escuela, juegos, medios de transporte, comunidad).

Este tipo de maltrato abarca desde la carencia de cuidados, falta de higiene injustificada, de desatención a sus problemas, necesidades, hasta la crueldad mental, criticando continuamente al menor, haciéndolo sentirse inferior, falta de estímulo ante sus pequeños éxitos o amenazándole verbalmente con frases como: no te quiero, no te soporto.

Todo esto puede producir alteraciones en el desarrollo físico y psíquico del menor. Desafortunadamente la mayoría de los padres desconocen el desarrollo emocional de los niños como ejemplos: el negativismo normal que se presenta tanto en la edad preescolar como en la adolescencia, muchos padres la toman como un reto a su autoridad que genera autoritarismo y agresión hacia el menor.

Si bien el maltrato a la infancia es un hecho que se ha venido sucediendo a lo largo de la historia, reviste en el momento actual un significado especial; es un nuevo maltrato, es un maltrato diferente que ofrece un amplio aspecto de matices y que nunca deben pasar inadvertidos (prensa y maltrato infantil, la negación de ser cultural, el maltrato referido a "las niñas de la calle", el trabajo del menor en busca de su supresión o de su valoración, el abandono como la peor forma de maltrato, el cuerpo maltratado, la violencia en instituciones de rehabilitación para niños, el maltrato del niño en el sistema hospitalario, etc.).

No obstante a lo largo de la historia de la humanidad el niño se ha encontrado siempre en inferioridad de condiciones frente a los adultos que le rodean y a cuyo cuidado

le encomienda la propia biología. Si admitimos la agresividad consustancial a la naturaleza humana, hemos de reconocer en el niño el más indefenso en su ambiente, donde prima la fuerza no solo física, más bien intelectual en su amplio sentido por cuanto el niño carece de ambas.

El maltrato al menor es un problema universal que no reconoce límites ni geografías, así como culturas ni ideologías, ante lo cual, el trabajo en equipo dentro de un ambiente interdisciplinar y multidisciplinar, y el compromiso de los gobiernos, podría al menos paliar este fenómeno que hoy debatimos.

BIBLIOGRAFIA

1. 2. 3. Alfaro Rosalinda: "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Guía Práctica". Ediciones Doyma. p. 13.
4. De la Cuesta, Carmen: "El proceso de Atención de Enfermería. Un concepto teórico, una ideología, una realidad". Nueva Enfermería 32:11. página 11.