

# Bianca Oliveira Castellano



## VIOLENCIA INFANTIL, DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL Y MATERNIDAD EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD.

*Un enfoque desde el contexto hospitalario de tercer nivel.*

Trabajo Final de Grado, 2024.  
Ensayo Académico.

Tutora: Asist. Liliana Suárez.  
Revisora: Prof. Adj. Daniela Díaz.



Facultad de  
Psicología



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA

## Introducción:

El Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) reveló en su informe anual de 2022 que en Uruguay se registraron 7.473 situaciones de violencia hacia niños/as y adolescentes. En 2023, esa cifra ascendió a 8.157, lo que representa un alarmante aumento del 9% respecto al informe anterior. Estos datos reflejan un promedio de aproximadamente 22 nuevos casos detectados por día, quedando al margen de esta investigación todas aquellas situaciones que no se denuncian o identifican, lo que sugiere que la realidad podría ser aún más crítica.

Cabe destacar también que, de la totalidad de los casos registrados en el año 2023, el tipo de violencia más frecuente es el maltrato emocional con un 39%, seguido por el abuso sexual (22%), negligencia (21%), maltrato físico (16%) y, por último, la explotación sexual (2%) (SIPIAV, 2023). Estos hechos son alarmantes, ya que afectan el desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y/o comportamental del niño/a. Según Morelato (2011), el maltrato infantil puede ocasionar depresión, baja autoestima, agresividad, dificultades en habilidades de afrontamiento, bajo rendimiento académico, problemas de control de impulsos, habilidades sociales y desregulación emocional.

Dada la exposición del niño/a a estos riesgos, en Uruguay el Código de la Niñez y Adolescencia, Ley N° 17.823 (2004), en su Capítulo III, artículos 15 y 16 sobre "Protección Especial", señala que "El Estado tiene la obligación de proteger a los niños/as y adolescentes de: abandono, abuso sexual y prostitución; de trato discriminatorio; explotación económica; tratos crueles y degradantes; estímulo de consumo de sustancias; situaciones de riesgo vital, de riesgo en su seguridad; de riesgo de su identidad; del incumplimiento por parte de sus responsables de brindar alimento, cuidado de salud y velar por su educación".

A raíz de esta ley, Uruguay ha implementado políticas públicas integrales destinadas a la promoción, restitución y protección de los derechos de niños/as y adolescentes. El principal organismo rector en este ámbito es el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), que, en conjunto con otros organismos públicos, coordina la creación del SIPIAV. Este protocolo, diseñado para mejorar la calidad y articulación de las respuestas ante situaciones de violencia, exige que los equipos de trabajo presten especial atención a los indicadores de violencia (físicos, emocionales y comportamentales) presentes en cada caso, ya que las medidas de intervención dependerán de la gravedad de estos.

Además, el país dispone de una guía de respuesta para intervenir en situaciones de riesgo grave o extremo, diseñada para ser implementada en un corto lapso de tiempo. Esta guía permite identificar el nivel de riesgo presente en el ámbito familiar y, con base en los indicadores de violencia detectados, determinar la medida de protección más adecuada. La

acción conjunta es posible gracias a las políticas públicas enfocadas en la primera infancia, centradas en el desarrollo integral, la salud, el cuidado, la educación y la restitución de derechos vulnerados (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco], s.f.).

El sector salud desempeña un papel crucial en la guía para el manejo de situaciones de maltrato infantil, encargándose de dar continuidad a estos procesos y contribuyendo al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS). La finalidad de dicho sector es promover prácticas de crianza no violentas, detectar indicadores clínicos y paraclínicos, prevenir situaciones de maltrato, ofrecer una respuesta adecuada a todas las formas de violencia según el escenario (respuesta de primera línea) y brindar un seguimiento multidisciplinario. En todos los casos detectados, se requiere realizar una anamnesis y examen clínico, implementar mecanismos de contención y escucha e identificar un adulto responsable (ARP) ya sea familiar o no. Finalmente, se evalúa el riesgo de la situación para determinar si es necesaria una derivación a un nivel de mayor complejidad o internación, ya sea para la confirmación diagnóstica de las consecuencias de la violencia o como medida de protección transitoria (Ministerio de Salud Pública de Uruguay [MSP] & UNICEF, 2019).

En este marco, el Centro Hospitalario Pereira Rossel se posiciona como institución clave para la atención de niños/as en situaciones de riesgo. Este hospital de tercer nivel, se caracteriza por brindar asistencia y tratamiento a situaciones o enfermedades graves que requieran de una visión multidisciplinaria, así como acceso a estudios o intervención de alta complejidad. A su vez, es el hospital responsable de asistir a niños/as que, como medida de protección, son separados de sus figuras principales debido a los múltiples problemas en su núcleo familiar, siendo el maltrato uno de los principales motivos. Según el Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato (MSP & UNICEF, 2019), una vez que el niño ingresa al hospital, se activa un proceso integral que comienza con la detección temprana de cualquier signo de maltrato o abuso. A partir de esta identificación, se despliega una atención que aborda las necesidades médicas, psicológicas y sociales del niño/a. En este despliegue, otros sectores como los servicios sociales y judiciales colaboran con el hospital para asegurar una respuesta efectiva y completa. La eficacia del protocolo también requiere de la continua capacitación del personal, el cual debe estar capacitado para detectar y manejar de manera adecuada los casos de violencia a ser abordados. Además, de brindar atención inmediata, el hospital implementa un seguimiento a largo plazo, asegurando que los niños reciban el apoyo necesario para prevenir y promover un desarrollo emocional positivo.

En las situaciones decretadas de alto riesgo para el niño/a, la separación de sus familias, y en particular de sus madres, tiene implicaciones profundas en el vínculo afectivo y el desarrollo socioemocional del niño/a. Además, esta distancia repercute en la formación del apego, un proceso fundamental según las teorías de Bowlby y Ainsworth, quienes

destacan la importancia de las primeras interacciones con las figuras principales para establecer un apego seguro. En contextos hospitalarios, donde el niño/a permanece un periodo prolongado alejado de sus figuras principales, resulta importante problematizar cómo las figuras temporales, como los cuidadores designados en el hospital, pueden llegar a suplir, en cierta medida, las necesidades emocionales del niño/a y cómo esto influye en su capacidad de desarrollar un apego seguro durante el tiempo de internación.

Dependiendo del nivel de riesgo detectado, las medidas judiciales pueden permitir o restringir las visitas de los padres, lo que influye directamente en el contacto familiar. Esta separación, que puede prolongarse en el tiempo, resalta la importancia de centrarse no solo en el bienestar inmediato del niño/a, sino también en el fortalecimiento de las dinámicas familiares, esenciales para su desarrollo integral. En este contexto, resulta importante conocer cómo las percepciones sociales y culturales sobre la maternidad, fuertemente arraigadas en instituciones hospitalarias, pueden moldear las intervenciones con las madres involucradas en las situaciones de maltrato infantil. Es importante considerar que, con frecuencia, recaen sobre las madres una serie de cuestionamientos sociales debido a su ausencia en situaciones de esta magnitud, como lo evidencia la reiterada pregunta “¿Dónde está la madre de ese niño/a?”. Este ejemplo refleja la sobrecarga de responsabilidades que la sociedad asigna a las madres en cuanto al cuidado y la crianza de los hijos/as, asociando a su rol significados de alta responsabilidad y peso (Molina, 2006). Estos cuestionamientos sociales, a su vez, muestran cómo a menudo se confunde la ausencia de la madre con una supuesta falta de afecto o de amor hacia su hijo/a, sin considerar alternativas o aproximaciones que expliquen por qué no está disponible, ya sea física o emocionalmente.

Esta confusión resalta la necesidad de un análisis más profundo sobre cómo se vive la maternidad en familias con múltiples problemáticas, siendo el uso del castigo y el maltrato algunos de ellos. La maternidad, no puede entenderse únicamente a partir de experiencias individuales ni de manera universal; es fundamental considerar también las significaciones culturales e históricas que rodean este concepto. Por ello, es esencial abordar la figura materna como sujeto individual, reconociendo su singularidad en el contexto social y cultural en el que se encuentra. En palabras de Blanco:

“la maternidad es una experiencia compleja con aspectos positivos y negativos, la madre es sujeto de su experiencia, la madre influye en sus hijos tanto como el resto de agentes sociales, la actuación de las madres no está prefijada y no puede analizarse fuera de la historia y el contexto sociocultural” (Blanco, 2000, citado en Rubio, 2004, p. 78).

Por tanto, el objetivo de este Trabajo Final de Grado, en modalidad de Ensayo Académico, es analizar las intervenciones implementadas en el hospital Pereira Rossell para mitigar el impacto socioemocional en niños/as hospitalizados durante largos periodos

de tiempo, debido a situaciones de maltrato u otras problemáticas familiares, mientras esperan una resolución judicial.

La elección de este tema surge de la práctica de graduación realizada en dicho hospital, donde fue posible observar las dinámicas y desafíos implicados en la atención de niños/as separados de sus cuidadores principales en contextos de alto riesgo de violencia intrafamiliar. A partir de esta experiencia, se busca comprender el rol de la institución hospitalaria como mediadora en estas situaciones, explorando cómo sus intervenciones contribuyen al bienestar emocional de los niños/as afectados.

A su vez, se reflexionará sobre las percepciones sociales y culturales que recaen sobre las madres en estos contextos, con el propósito de proponer enfoques más integrales y empáticos en la atención psicológica y social, enfatizando la maternidad como una construcción subjetiva. En esta perspectiva, cada madre experimenta y desempeña su rol de manera única, influenciada por múltiples factores individuales, relacionales y contextuales que moldean su manera de cuidar y de ejercer su maternidad. Realizar este análisis es importante, ya que permite comprender las realidades que enfrentan las mujeres y familias que recurren al castigo y maltrato como formas de interacción con sus hijos/as, permitiendo pensar cuáles son las intervenciones más efectivas y menos estigmatizantes para promover una crianza basada en el respeto y en los buenos tratos.

Dicho esto, será adecuado separar el marco teórico de este ensayo académico en tres partes. En primera instancia, se definirá conceptualmente las nociones que sustentan los análisis planteados en la introducción, como desarrollo emocional en primera infancia, apego, familias multiproblemáticas, institución hospital de tercer nivel Pereira Rossell y significaciones sociales sobre la maternidad. La articulación de estos conceptos será fundamental para profundizar los temas planteados.

En segunda instancia, considerando las nociones principales, se analizará las intervenciones realizadas en un hospital de tercer nivel para mitigar el impacto socioemocional que experimentan los niños/as hospitalizados por períodos prolongados, especialmente en ausencia de sus cuidadores principales y con la interrupción de las prácticas de crianza. Se prestará atención al rol de los espacios dentro del hospital, como los educativos, lúdicos, de recreación y de lectura y se analizará si estos espacios, junto con la labor interdisciplinaria de diferentes profesionales, contribuyen a crear un entorno que promueva el bienestar emocional y minimice el impacto socioemocional en el desarrollo de los niños/as durante su estadía. Estos espacios se diseñan con el propósito de “brindar apoyo emocional y promover la integración social, afectiva y educativa de los niños” (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], 202).

Por último, se reflexionará sobre las posibles intervenciones a realizar con las madres de los niños/as con hospitalizaciones prolongadas y cómo estas podrían estar

atravesadas por concepciones culturales que tienden a invisibilizar a la madre y afectar su percepción como sujeto individual, posicionándola como la única responsable del psiquismo primitivo del niño/a, como si fuera un hecho invariable y sin considerar su propia individualidad, como persona a la cual también le atraviesan problemas y sufrimientos (Colón, 2009).

## **Desarrollo Conceptual**

### **Desarrollo Socioemocional En La Infancia**

Para desarrollar los aspectos principales de este ensayo, es necesario conceptualizar qué es el desarrollo socioemocional en la primera infancia. Este proceso involucra una serie de interacciones complejas entre el niño/a y su entorno, que son fundamentales para la construcción de su bienestar emocional y social. Según Barudy & Dantagnan (2006), “las dinámicas biológicas, psicológicas y sociales se articulan en lo humano como piezas de un gran y complejo rompecabezas” (p. 23), destacando así la importancia de entender el desarrollo en sus múltiples dimensiones. De esta forma, el desarrollo socioemocional en la primera infancia comprende una red de factores que se entrelazan, formando la base sobre la cual los niños/as construyen su bienestar emocional y social. Los primeros años de vida son fundamentales en este proceso, ya que “uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, protegido y educado en períodos cruciales de la vida” (Barudy & Dantagnan, 2006, p. 24)

De acuerdo con UNICEF (s.f.), el desarrollo en primera infancia abarca de forma integral aspectos cognitivos, psicológicos y sociales, formándose millones de conexiones neuronales estimuladas por las interacciones del niño/a con su entorno en un proceso único e irrepetible. Esto refuerza la importancia de reconocer al niño/a como sujeto de derechos, agente social y político (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, [UNICEF], 2009). Carbonell (2013) complementa esta noción al destacar que el reconocimiento de los derechos del niño/a desde el inicio de la vida promueve su protección, supervivencia y desarrollo. Este desafío está profundamente vinculado a la presencia de cuidadores cariñosos y sensibles que brinden atención en salud, nutrición y oportunidades de aprendizaje, asegurando un entorno que fomente su bienestar y garantice un desarrollo saludable y equilibrado.

Los cuidadores juegan un papel crucial en este proceso, Armus et al. (2012) destacan la importancia de contar con adultos disponibles que ofrezcan experiencias afectivas y herramientas para que el niño/a sobreviva y se constituya como ser social.

Además, para que ocurra un cuidado sensible, es fundamental que los mismos adopten comportamientos y estrategias de cuidado y protección, tales como percibir el estado emocional del niño/a, ofrecer confort, identificar sus señales y responder adecuadamente a sus solicitudes. Tal como enfatiza Bernal (2023), el niño/a necesita un referente preocupado y emocionalmente disponible para que la interacción sea enriquecedora.

Las ideas de Bowlby y Bronfenbrenner se integran de manera esencial en este marco. Bowlby (1998) sostiene que los primeros años de vida son fundamentales para la salud mental, ya que las bases del desarrollo dependen en gran medida de los comportamientos de las personas con quienes crece el niño/a. En particular, destaca el papel central de la madre como la primer figura que el niño/a diferencia, hacia quien desarrolla una tendencia a buscar su compañía. Bowlby subraya la importancia de una relación estable y continua con una figura materna amorosa (o una figura sustituta), especialmente durante la lactancia y la niñez. A través de esta relación, el niño/a recibe estímulos esenciales, como el contacto visual, el tono de voz y el contacto físico cercano, que favorecen el desarrollo del apego y la seguridad emocional. El comportamiento materno, al responder rápidamente a situaciones alarmantes o de angustia, ayuda al niño/a a establecer una base de confianza y seguridad. Según Bowlby (1998), “cuando la interacción entre la pareja sigue los cauces normales, cada uno de sus miembros manifiesta intenso placer por estar en compañía del otro y, en especial, ante las mutuas muestras de afecto” (p. 326). No obstante, estas conductas cambian progresivamente después de los primeros años de vida, a medida que tanto el niño/a como la madre adquieren una mayor capacidad para regular el acercamiento o el distanciamiento entre ambos.

Sin embargo, el desarrollo emocional del niño/a no depende únicamente de la relación directa con la figura materna, sino que también se ve profundamente influenciado por entornos en los cuales crece. El ambiente social y cultural proporciona herramientas esenciales para estructurar su personalidad y fomentar su desarrollo. Como afirma Jeta (1998), “el sistema cultural, la estructura social y el desarrollo afectivo en la crianza y educación resultan ser la fuente primaria del carácter del individuo, de la estructuración de la personalidad y de su configuración psicológica” (p. 1).

En esta misma línea, Bronfenbrenner (1987) destaca que el desarrollo infantil no depende únicamente de la relación directa con sus cuidadores. A través de su teoría ecológica del desarrollo humano, plantea que el niño/a está inmerso en un complejo sistema de relaciones que trasciende su entorno más inmediato. En este modelo, el crecimiento del niño/a está profundamente influenciado por su interacción con distintos ambientes, así como por la dinámica interacción entre ellos. Estos ambientes se organizan en un conjunto de estructuras seriadas, cada una contenida dentro de la siguiente, lo que permite que el niño/a

se adentre progresivamente en ellas, adaptándose y reestructurando el medio en un proceso de acomodación mutua.

El microsistema, el entorno más inmediato del niño/a, está formado por lugares donde interactúa de manera directa, como el hogar o el aula. En este entorno, las relaciones entre el niño/a y las personas cercanas resultan de suma importancia, ya que los vínculos, influencias y efectos que emergen de este contexto impactan profundamente en su desarrollo. Además, es fundamental considerar las interconexiones que aparecen entre los diversos entornos en los que el niño/a participa, “los hechos ambientales que afectan el desarrollo de una persona con mayor inmediatez y potencia son las actividades en las que participan los demás con esa persona o en su presencia” (Bronfenbrenner, 1987, p. 26). Esto pone en evidencia que el desarrollo no ocurre de forma aislada, sino que está moldeado por la interacción y la participación en actividades compartidas con otros. Estos hechos ambientales, permiten que se produzcan desarrollos reales, manifestados como actividades dotadas de intención y significado. A su vez, es importante que entre los sistemas haya una interconexión social fluida y constante, incluyendo la participación conjunta, la comunicación y el intercambio de información. A este conjunto de interrelaciones Bronfenbrenner denomina mesosistemas.

Además de los sistemas más inmediatos, existen otros ambientes en los que el niño/a no participa directamente, pero que influyen en su desarrollo. Estos sistemas más amplios, los catalogan como exosistemas, pueden incluir el lugar de trabajo de los padres o la comunidad en la que vive el niño/a. Aunque éste no esté directamente involucrado, estos contextos impactan en su vida y bienestar. Bronfenbrenner (1987) también señala la existencia de un sistema más amplio que influye en todos los niveles, organizado en torno a ideologías institucionales y sociales comunes, denominados macrosistemas. Estos macrosistemas que abarcan la cultura y las creencias de la sociedad en las que se desenvuelve el niño/a, también tienen un impacto profundo en su desarrollo. Las influencias culturales y sociales moldean los vínculos afectivos, la regulación emocional y las expectativas sobre las relaciones que cada niño/a forma desde su temprana infancia.

En este sentido, el papel de los cuidadores y las interacciones que establecen con el niño/a son fundamentales para su desarrollo. El vínculo afectivo que surge entre el niño/a y su figura materna, a lo que Bowlby (1998) denomina apego, se basa en conductas cuyo propósito es lograr proximidad y proporcionar sensación de seguridad. Según Ainsworth (citada por Bowlby, 1998), la conducta de apego se manifiesta con claridad alrededor de los seis meses, cuando el niño/a experimenta angustia al separarse de la madre y muestra alegría al reencontrarse con ella, buscando activamente la interacción. Bowlby (1998) destaca que “las pautas de interacción que gradualmente se van desarrollando entre el pequeño y su madre sólo son comprensibles como resultados de las contribuciones de uno

y otro” (p. 279). Estas conductas de apego, como señala el autor, se pueden observar a través de comportamientos como el llanto, la sonrisa, el desplazamiento y seguimiento hacia la figura materna, el aferramiento en situaciones alarmantes, la succión y el llamado. Estas manifestaciones son evidentes hasta aproximadamente los tres años de edad, momento en que los niños/as comienzan a aceptar la ausencia temporal de la madre, a medida que se integran en otros entornos, como el preescolar, y comienzan a depositar su confianza en otras figuras, así como centrar su atención en el juego con otros niños/as.

No obstante, tal como subraya Bronfenbrenner (1987), este vínculo no ocurre en aislamiento. El desarrollo del niño/a está inmerso en una red de relaciones más amplias. Las díadas, sistemas formados por dos personas, son fundamentales, pero también asigna un rol crucial a las tríadas y otras estructuras relacionales más abarcativas. Las interacciones activas entre el niño/a y sus entornos permiten que se produzcan desarrollos dotados de intención y significado, que impactan profundamente en el desarrollo psicológico del niño/a, mostrando que su crecimiento es un proceso multidimensional que depende de los vínculos más cercanos como de los contextos más amplios.

En este marco, el concepto de “buenos tratos” de Barudy & Dantagnan (2006) complementa esta perspectiva al resaltar la importancia de una crianza basada en el afecto, protección y sensibilidad. Los autores afirman que “los buenos tratos son relaciones recíprocas y complementarias, provocadas por la necesidad, la amenaza o el peligro y sostenidas por el apego, afecto y la biología” (p. 25). Estos buenos tratos, al igual que otras funciones vitales, son esenciales para la supervivencia y el bienestar del niño/a; el papel de las familias suficientemente sanas es, por ende, fundamental para su desarrollo. De este modo, el cuidado y la protección no solo permiten al niño/a desarrollar un apego seguro, sino que también generan una base sólida para su desarrollo emocional y social. Como menciona Barudy & Dantagnan (2006) “Cuando la vida familiar se basa en dinámicas de buenos tratos y de cuidados mutuos, sus miembros gozan de ambientes afectivos nutritivos, reconfortantes y protectores” (p.26).

Aun así, en contextos de vulnerabilidad, las dinámicas de “buenos tratos” se ven comprometidas cuando el niño/a se encuentra inmerso en familias multiproblemáticas. En estos entornos, múltiples factores afectan las interacciones entre los miembros de la familia y su capacidad para proporcionar el cuidado necesario para el desarrollo saludable del niño/a.

### **Familias Multiproblemáticas y Alto Riesgo De Vulnerabilidad Del Niño/a:**

Las familias multiproblemáticas se caracterizan por enfrentar simultáneamente diversas dificultades que impactan negativamente en su funcionamiento. Una de estas problemáticas es la visión limitada del niño/a como sujeto de derecho, Carbonell (2013) indica que una gran parte de la población sostiene concepciones de la infancia contrarias al niño/a como sujeto de derechos, privándolo de su derecho a la autonomía y a la participación. Estas concepciones, a menudo se reflejan en las prácticas de crianza, donde el niño/a termina siendo maltratado. Estas familias, suelen lidiar con múltiples problemáticas como el consumo de drogas, violencia intrafamiliar, negligencia, depresión, etc. Wainstein y Wittner (2017) afirman que en estas familias no existe solamente un síntoma, o una persona afectada, sino una serie de problemas variados en cantidad y calidad que afectan tanto a los niños/as como al conjunto familiar.

En este sentido, es fundamental considerar las crisis psicológicas que pueden surgir en estas circunstancias sociales y afectivas, las cuales atraviesan a los miembros de la familia y repercuten significativamente en sus reacciones y dinámicas familiares. Muñoz & Haz (2007) señalan que las familias multiproblemáticas existen en cualquier contexto social, cultural o económico; sin embargo, cuando se añade el factor pobreza, las condiciones de vida se vuelven aún más adversas, aumentando el riesgo de negligencia o maltrato infantil. En estas familias con múltiples problemas, se observa una desorganización significativa, especialmente en los roles y la comunicación, lo que contribuye a la multiproblematicidad, deteriora aún más las interacciones e intensifica los conflictos en el desarrollo emocional y social del niño/a. Este deterioro comunicativo puede conducir a situaciones de violencia, donde, como afirman Muñoz & Haz (2007), “el lenguaje ha perdido su capacidad mediadora, se instalan los golpes y gritos, o la autoagresión y autodestrucción, el acting out como solución de “punto final” y de descarga de la tensión acumulada” (p. 45). La violencia en estas familias no es un síntoma aislado, sino que, como explican Silveira & Martins (2023), representa cualquier acción u omisión que afecte al bienestar, la integridad física o psicológica y el goce de los derechos de sus miembros. Según UNICEF (2017), esta violencia puede manifestarse en formas físicas, psicológicas, sexuales o de negligencia, todas ellas generando problemas de salud física y mental a lo largo de la vida. Estas experiencias repercuten en futuros comportamientos del niño/a, aumentando el riesgo de deserción escolar, abuso de sustancias, depresión, suicidio, victimización, o conductas violentas.

Además, estos factores afectan profundamente las funciones parentales. Barudy & Dantagnan (2005) destacan que el abandono de las funciones parentales es una tendencia recurrente en las familias multiproblemáticas, lo que evidencia un elevado grado de

incompetencia en el cuidado de sus hijos/as. Esta incapacidad surge de sus propias experiencias de trauma, desprotección social, factores biológicos, influencias culturales y contextos sociales, los cuales afectan las habilidades parentales, como el apego, la empatía, los modelos de crianza y la capacidad de crear redes sociales o comunitarias (pp. 80-81). Esta situación no solo obstaculiza el desarrollo de un apego seguro, sino que también impide que los niños/as se adapten e inserten adecuadamente en su entorno social. En este contexto vital, es común que los niños/as desarrollen patrones de apego desorganizados, ya que, como menciona Bowlby (1986), los niños/as desde muy temprana edad son sensibles a las señales emocionales de sus cuidadores y responden a los tonos de voz, gestos y expresiones faciales que perciben.

En respuesta a las repercusiones de la violencia contra los niños/as en sus primeros años de vida y la evidencia de una violación a los derechos básicos, es fundamental abordar este problema de manera colectiva. Deja de ser un asunto privado y adquiere carácter público, ya que afecta y compete a toda la sociedad. Diferentes sectores, incluido el sector salud, asumen un rol estratégico en la prevención y detección de situaciones de riesgo (UNICEF, 2017). Así, cuando un niño/a enfrenta ambientes hostiles que evidencian el resquebrajamiento de sus figuras parentales y la vulnerabilidad de sus derechos, muchas veces, mediante acciones legales pertinentes, se retira al niño/a de su núcleo familiar y traslada a sistemas alternativos, con el objetivo de que el Estado los proteja de los riesgos a los que están expuestos (Gómez et al., 2013). Esta obligación de protección está amparada en Uruguay por el Código de la Niñez y Adolescencia, Ley N° 17.823 (2004), que establece el deber del Estado de resguardar a niños/as y adolescentes de cualquier forma de violencia o negligencia. En esta línea, se promulgó la Ley N° 19.747 (2019), que consagra el SIPIAV. Según el artículo 6, esta ley tiene como propósito “prevenir, atender y reparar las situaciones de violencia hacia niño/a mediante un abordaje integral e interinstitucional, así como también promover el desarrollo de modelos de intervención desde las distintas instituciones que participan en el proceso de atención y reparación asegurando la integralidad del proceso” (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay [INAU], 2019, párr. 3).

El sistema opera conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual desempeña un papel importante en estos procesos, particularmente en la evaluación de riesgos para determinar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los niños/as afectados. Cuando se constata la presencia de violencia o maltrato, el MSP colabora activamente en la protección inmediata del niño/a, lo cual puede implicar su internación hospitalaria como medida preventiva. En estos casos, el hospital se convierte en un espacio de resguardo temporal mientras se esperan las resoluciones judiciales necesarias para determinar un entorno seguro y protector para el niño/a. Este proceso de internación no solo

asegura la atención de sus necesidades de salud, sino también su protección contra posibles amenazas derivadas de su entorno familiar. “El programa Nacional de Salud de la Niñez del MSP, exhorta a los equipos de salud a detectar, en cada una de las intervenciones, situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica” (Ministerio de Salud Pública, SIPIAV, & UNICEF, 2009, p. 8). Siguiendo el mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil Ministerio de Salud Pública, SIPIAV, & UNICEF (2009), el sector salud debe detectar el riesgo de las situaciones de violencia o maltrato mediante la anamnesis y examen físico, así como evaluar los distintos ámbitos vinculados a la vida del niño/a, dando importancia a las relaciones entre las personas y sus contextos (a nivel individual, familiar, comunitario y social). En cada uno de estos ámbitos, se valoran tanto los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del niño/a como los factores protectores que se presentan.

Como se plantea en la introducción, este trabajo se centrará en los casos de riesgo grave que llegan al hospital, los cuales inciden de forma significativa en la vida del niño/a. Según el protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niños/as y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud ASSE (s.f), los riesgos considerados altos son aquellos en los que las omisiones son intensas y los daños producidos son significativos, afectando el desarrollo y la salud física (lesiones, daños reiterados o accidentes debidos a la omisión de cuidados), así como el bienestar emocional o relacional (insultos, control, amenazas, rechazo, aislamiento o abandono). Estos casos graves son atendidos en hospitales de tercer nivel de salud, donde se ofrece atención especializada. En contraste, el mismo protocolo establece que los casos de violencia que tienen un bajo riesgo, se caracterizan por ser actitudes infrecuentes y por no repercutir negativamente en el crecimiento, desarrollo, salud o relaciones del niño/a; estos son tratados en centros de primer o segundo nivel de salud.

Dicho esto, el hospital Pereira Rossell se posiciona como institución clave para la atención terciaria en salud, brindando servicios especializados para abordar las complejidades que presentan los casos de riesgo grave de violencia intrafamiliar en la infancia. El creciente nivel de violencia intrafamiliar que sufren los niños/as en Uruguay afecta los contextos habituales de crianza y desarrollo emocional. Ante esta problemática, las políticas públicas dirigidas a la infancia se activan, y el hospital emerge como un contexto alternativo, convirtiéndose, durante un tiempo, en un espacio vital para los niños/as que atraviesan situaciones de maltrato en sus hogares. Dado el gran impacto y los riesgos que estas situaciones generan en la salud física y mental de los niños/as, el sector salud tiene la responsabilidad de prevenir y dar respuesta adecuada a todas las formas de violencia, así como también garantizar continuidad en el proceso de abordaje (MSP, 2018).

### **Atención Terciaria En Salud - Hospital Pereira Rossell:**

El tercer nivel de atención en salud resulta fundamental en el abordaje de los casos en los que se detecta un alto riesgo de violencia intrafamiliar. Este nivel se caracteriza por brindar asistencia en situaciones graves que requieren una atención compleja y especializada en cuanto a estudios y tratamientos. Según el MSP, SIPIAV, & UNICEF (2009), este nivel está integrado por múltiples disciplinas, permitiendo así una intervención más profunda en situaciones críticas. En Uruguay, el centro hospitalario Pereira Rossell es la institución encargada de abordar estas situaciones, convirtiéndose en un referente en la atención a niños/as en contextos sociales complicados.

Según Milder y Solomita (2022), en una nota de prensa del diario *El País*, el aumento de los casos de violencia intrafamiliar ha sido significativo tras la pandemia. Los autores señalan que los casos continúan en aumento y que muchos de ellos recaen en el hospital. La derivación de estos niños/as al centro hospitalario proviene de diversas fuentes, como policlínicas, escuelas y consultas donde se visualizan indicios de violencia, lo que lleva a interconsultas con otras disciplinas. Además, se menciona que “en casos extremos se internan niños/as a pesar de que no exista necesidad médica, como una forma de asegurar su protección (...), siendo cada día, entre 10% y 20% los ingresos pediátricos [que] traen anudados una situación de violencia”.

Cabe destacar que muchas de estas internaciones se prolongan por meses debido a la espera de evaluaciones judiciales. “Son niños/as que esperan una resolución judicial que determine su destino, o que se libere un cupo para ingresar al amparo del INAU” (Milder y Solomita, 2022). Durante este tiempo, el hospital no solo proporciona cuidados de salud, sino que también se convierte en un espacio vital donde los niños/as enfrentan diversos desafíos emocionales. Según Astudillo Araya et al. (2012), “la hospitalización genera en el niño/a una adaptación al nuevo entorno, situación que produce estrés, producto del cambio de ambiente y separación de sus padres, familia y amigos” (p. 2). En respuesta, el hospital ha implementado áreas específicas y programas de apoyo emocional diseñados para mitigar el impacto socioemocional en estos niños/as en situación de maltrato y vulnerabilidad, promoviendo un entorno protector que facilite su adaptación durante su estancia hospitalaria.

### **Áreas y Recursos Del Centro Hospitalario Pereira Rossell:**

Para abordar el tema central de este ensayo, que explora las intervenciones implementadas por el Centro Hospitalario Pereira Rossell para mitigar el impacto socioemocional en niños/as separados de sus cuidadores principales debido a situaciones de maltrato, resulta fundamental analizar las áreas y recursos del hospital. A lo largo de los

años, el Pereira Rossell ha desarrollado diversas iniciativas y programas que, además de brindar atención médica, se enfocan en ofrecer apoyo emocional y psicológico. A continuación, se describen estas áreas y estrategias.

### **Cuidado personalizado a través de cuidadoras/es hospitalarias/os:**

Uno de los recursos más importantes en este proceso es el rol de las/los cuidadoras/es hospitalarias/os designadas/os desde el hospital, el INAU o de un servicio tercerizado. Estos profesionales desempeñan una función esencial en la atención emocional y física de los niños/as internados, quienes, al estar separados de sus figuras principales, necesitan el apoyo cercano y constante de un adulto. ASSE establece tareas específicas para el ejercicio de esta función, como colaborar en el proceso de tratamiento, estimular la responsabilidad y autocuidado, observar la relación paciente-familia e informar al equipo de salud. Aunque ASSE delimita las funciones del cuidador profesional, Etcheverry et al. (s.f.), destacan que el acto de cuidar puede estar atravesado por la singularidad de la forma en que se cuida, según ella “la dimensión de la función del rol hace referencia a la expresión de las formas singulares que asume el cumplimiento de esta función (...), el rol da cuenta de las maneras en que los sujetos interpretan estos papeles” (p.5).

Según Amar y De Gómez (2006), investigaciones sobre relaciones de apego han demostrado la importancia de otros cuidadores, además de la madre, en el establecimiento de vínculos en niños/as víctimas de violencia intrafamiliar. Un cuidador se identifica por su capacidad de brindar cuidado físico y emocional, su presencia continua o consistente, y su inversión emocional hacia el bienestar del niño/a (p. 7). En este sentido, las experiencias en la interacción entre cuidador y persona cuidada, sostenidas en el tiempo, podrían llegar a proporcionar apoyo emocional a mediano y largo plazo. Barudy y Dantagnan (2005) subrayan que la presencia de adultos significativos se vuelve esencial para el desarrollo del niño/a en la ausencia de los padres. Estos adultos no solo proporcionan apoyo emocional, sino que también contribuyen a la regulación del estrés y al proceso de elaboración de los sufrimientos derivados de situaciones de separación, maltrato, negligencia o abuso.

Si bien estas teorías enfatizan la importancia de figuras familiares cercanas, como los padres u otros cuidadores del entorno del niño/a, para el desarrollo de un apego seguro, cabe preguntarse si estos principios también se aplican al contexto hospitalario, donde los cuidadores designados, al pasar periodos prolongados junto al niño/a, pueden convertirse en personas significativas para los niños/as hospitalizados. Por ejemplo, el relato de una tallerista del hospital, extraído de la nota periodística del diario El País (Milder y Solomita, 2022), ilustra la conexión emocional que se desarrolla entre los niños/as y el personal de apoyo, mencionando:

Y después, cuando llega el día de irse, es terrible. Los niños que tanto esperaron no quieren partir y los que todavía se quedan lloran porque perderán a esos amigos. La separación también impacta en los médicos y en las enfermeras; esa postergada despedida no es fácil para nadie. Aunque, a veces, es un hasta luego. Muchas veces los niños que se van, después de un tiempo, vuelven; los que se van a hogares del INAU, sobre todo, vuelven una vez, dos, tres, hasta cuatro veces: vuelven (Milder y Solomita, 2022, párrafo 39).

Además del recurso de cuidadores/as hospitalarios/as, el hospital cuenta con áreas e iniciativas diseñadas para brindar un enfoque integral que facilite la recuperación física y emocional de los niños/as. Como actividades educativas, lúdicas y artísticas.

**Fundación con amigos.** Desde el 2005, esta fundación sin fines de lucro colabora con el hospital, mejorando la calidad de vida de los niños/as y madres que transitan por el centro hospitalario. A través de la compra de insumos y equipamientos, así como con la promoción de actividades lúdicas y culturales en la Ludoteca “José Obaldía”, la fundación contribuye a la atención integral de los niños hospitalizados. La ludoteca está a cargo de un tallerista de Artes Plásticas y cuenta con el apoyo de voluntarios, estudiantes, profesores de teatro y música (Fundación Amigos, s.f).

**Sala Familiar Educativa.** Inaugurada en 2021, esta sala, ubicada en el quinto piso del hospital, es gestionada por la Asociación Casa Ronald MacDonald de Uruguay. Su propósito es apoyar a niños/as en tratamientos médicos prolongados, especialmente aquellos de sectores más vulnerables. La sala fomenta la integración social, afectiva, educativa y recreativa de los niños/as hospitalizados mediante actividades como, pintura, musicoterapia, plástica, cerámica, lectura, computación, entre otras.

Este espacio también ofrece áreas de descanso, cocina, lavadero y living para los pacientes y sus familias, asegurando un entorno acogedor y de apoyo emocional durante su estancia en el hospital (Casa Ronald, s.f).

**Humaniza Josefina.** En 2024 se inauguró un aula hospitalaria en el Hospital Pereira Rossell, gracias a una organización de la sociedad civil que busca promover la humanización del sistema sanitario y el cuidado de las personas. El Programa cuenta con el aval de ASSE y fue declarado de interés público por el Ministerio de Educación y Cultura y la ANEP. Este espacio se financia gracias al apoyo de personas, empresas, y organizaciones comprometidas con la causa.

El objetivo del programa es garantizar el derecho a la educación de niños/as desde inicial hasta sexto grado de primaria que están hospitalizados por internaciones médicas o

sociales (situaciones de vulnerabilidad). Esto permite que, al finalizar su tratamiento y recibir el alta médica, puedan reintegrarse a su centro educativo de origen sin rezago.

El aula hospitalaria opera con un equipo multidisciplinario de maestras, psicólogas, psicopedagogas y pediatras, quienes coordinan el trabajo con los centros educativos de origen de los pacientes. Este proyecto ofrece “la posibilidad de continuar los estudios, convirtiéndose en una herramienta fundamental de motivación y apoyo emocional para los pacientes, los ayuda a enfocarse en su recuperación y a encontrar un sentido de lucha por el cual seguir adelante” (Humaniza Josefina, 2023).

Según Barudy y Dantagnan (2005), el ámbito escolar sirve como apoyo a niños expuestos a sucesos traumáticos o que habitan ambientes de riesgo, “la escuela, para muchos niños es la segunda fuente de cuidado, buenos tratos y seguridad después del hogar y a veces la única” (p. 47). Allí se da la posibilidad de construir, mediante el adulto responsable, relaciones afectivas, de respeto, apoyo, así como experiencias reparadoras que no se dan en las familias multiproblemáticas. Ejemplo de esto, es despertar en ellos capacidades, valorar sus esfuerzos y sus dificultades, promover espacios de aprendizajes con diferentes herramientas, etc.

**Plaza de juegos al aire libre - Fundación Jazmín.** Además de las áreas enfocadas en la atención médica, el hospital cuenta con un espacio recreativo dentro de la institución, se trata de una plaza ubicada en el predio del hospital, que cumple un rol esencial para mitigar el impacto socioemocional de los niños/as con hospitalizaciones prolongadas. El acceso a espacios de juego y recreación tiene un impacto significativo en el bienestar emocional y psicológico. Estos espacios fomentan el desarrollo de habilidades sociales y proporcionan una sensación de normalidad en un entorno hospitalario que puede ser percibido como hostil. Desde Fundación Jazmín se ha propuesto un proyecto que pretende remodelar el lugar, con juegos inclusivos, impulsando un proyecto que tiene la finalidad de “alegrar” el tiempo de permanencia de padres e hijos que concurren al hospital, así como también promover lo lúdico y la socialización.

Todas las áreas mencionadas están disponibles para todos los niños/as que se encuentran hospitalizados, incluidos aquellos internados debido a situaciones judiciales, quienes asisten a los espacios y actividades acompañados por sus acompañantes de cuidados.

Teniendo en cuenta los espacios mencionados y los objetivos que estos persiguen para mitigar el impacto emocional y psicológico que experimentan los niños/as en situaciones de vulnerabilidad, resulta pertinente reflexionar sobre el rol que asume el psicólogo en este contexto. Su intervención no solo contribuye al bienestar emocional, sino que también se orienta a promover la salud integral del niño/a, considerando su realidad particular y las necesidades específicas del entorno hospitalario.

El rol del psicólogo, en este sentido, como plantea Carrasco (2001), se redefine desde una perspectiva crítica y situada. Es necesario adoptar una postura "Crítico Alternativa", entendida como una actitud que permita abordar las particularidades contextuales y situacionales de las poblaciones atendidas. Esta postura, orienta a los profesionales a ajustar sus prácticas psicológicas, haciéndolas accesibles y efectivas para las personas en su cotidianidad, y enfatiza la importancia de una formación responsable que integre el análisis de la realidad. Estos elementos son fundamentales para comprender las circunstancias que atraviesan los niños/as, así como las familias que están detrás de ellos, entendiendo, además, el contexto de vulnerabilidad en el que están inmersos. Desde esta comprensión, se pueden redefinir las modalidades de intervención. El psicólogo no solo asume un rol técnico, sino también ético y transformador, capaz de considerar las historias y las condiciones específicas de cada situación para brindar una atención más integral y humana.

### **Maternidad Como Construcción Subjetiva:**

Ahora bien, en este contexto de hospitalización prolongada, es importante preguntarse no sólo por la atención brindada por la institución hospitalaria, sino también qué sucede con las cuidadoras/es principales de estos niños/as. Es pertinente analizar qué tipo de acompañamiento se les brinda y cuáles son las percepciones o concepciones sociales respecto de las madres en las familias multiproblemáticas.

En estos casos, la ausencia de los padres, particularmente de la madre, provoca una ruptura en las expectativas emocionales y de cuidado. Culturalmente, la maternidad ha sido percibida como el principal eje de protección y crianza, lo que refuerza la creencia de que el bienestar infantil depende primordialmente de la cercanía materna, sin embargo, esta ausencia puede generar tensiones entre las concepciones tradicionales de la maternidad y la realidad hospitalaria, visibilizando el peso de los estigmas y las significaciones sociales alrededor de la figura materna. En estos contextos, la madre es muchas veces juzgada, y la pregunta recurrente de "¿dónde está la madre?" invisibiliza otras dimensiones del cuidado y la complejidad de las dinámicas familiares. Por este motivo, es pertinente analizar qué percepciones sociales existen sobre las madres en familias multiproblemáticas en relación con este escenario de ausencia en los cuidados del niño/a. Además, es importante reflexionar sobre el tipo de acompañamiento y apoyo que se les brinda en estos contextos.

A lo largo de la historia, las significaciones sociales de la maternidad han ido transformándose, influenciadas por diversas culturas, factores sociales y concepciones sobre la mujer, la procreación y la crianza. Según Molina (2006), cada época atribuye diferentes significados al rol materno, moldeados por la religión, el estatus social y la literatura. En las culturas antiguas, la mujer era vista como símbolo de fertilidad y

procreadora de vida, con el padre casi ausente en su crianza. Posteriormente, en sociedades patriarcales, las mujeres se convirtieron en esposas subordinadas y serviciales. Este cambio de roles colocaba al hombre como el padre encargado de engendrar, mientras que la madre asumía funciones puramente biológicas y reproductivas, gestación, parto y nutrición.

Según Molina (2006), a fines del siglo (XIX), la maternidad pasó a percibirse desde una perspectiva social, la madre se convirtió en el sostén moral y emocional de la familia. En esta versión, el papel de la madre fue visto como único e irremplazable, destacando un compromiso intensivo en el cual el amor, la vigilancia y la subordinación de los deseos personales eran considerados pilares para una crianza exitosa. Molina señala que esta "maternidad intensiva" "requiere de dedicación total, gran inversión de energía, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos" (p. 5).

En la actualidad, la maternidad se ha transformado hacia una construcción más centrada en la libertad de elección y la realización personal. Según Molina (2006), la crianza ha comenzado a considerarse una tarea colectiva, lo que permite concebir los cuidados no solo como responsabilidad o tarea de la madre, sino como un compromiso compartido que desafía las ideologías de género tradicionales. A su vez, Ehrenberg (2000) menciona que muchas madres en la era postmoderna (fines del siglo XX), experimentan sentimientos de insuficiencia ante las exigencias en su rol, debido al paso de una sociedad con normas claras que "guiaban los comportamientos maternos" a otra donde las opciones y posibilidades son diversas, lo que genera una lucha constante entre lo que se puede hacer y lo imposible de lograr. Como señala el autor, "el individuo se ha emancipado aparentemente de las limitaciones impuestas por las normas culturales, pero se encuentra atrapado en el enfrentamiento entre lo posible y lo imposible. Existiría un cuestionamiento en torno a la identidad estrechamente ligado a la acción" (Ehrenberg, 2000, como se citó en Molina 2006, p.7). Además, Ehrenberg señala que, a medida que aumentan las opciones y demandas sobre el rol materno, también surgen nuevos desafíos y exigencias para las mujeres, quienes deben equilibrar múltiples roles, como el laboral, profesional, familiar y social. Este cambio cultural es un desafío también para la infancia y la juventud, quienes se ven inmersos en nuevas formas de crianza, más permisivas y menos disciplinadas. Al mismo tiempo, problemas sociales, como la violencia, adicciones y sexualidad precoz, hacen que las madres enfrenten una presión al intentar responder a todas estas demandas.

Este cambio en la percepción de la maternidad y la presión sobre el rol materno en la era postmoderna no sólo afecta a la identidad individual, sino también a la estructura de

apoyo familiar. El autor sostiene que, hay un debilitamiento en los lazos sociales y una pérdida del límite entre lo público y lo privado dentro del contexto de vida cotidiano, donde

se crean instituciones de salud, administración pública, social, legal, que en algún sentido se introducen en la vida individual y las relaciones familiares y reemplazan o complementan funciones que en otro tiempo eran realizadas únicamente en contextos privados y construyen nuevas formas de acción social destinadas a abordar necesidades que aparecen no cubiertas suficientemente por los roles tradicionales (Ehrenverg 2000, citado en Molina, 2006, p. 7).

Sin embargo, las diversas significaciones sobre maternidad están aún profundamente arraigadas en la cultura y permean las instituciones de salud, donde se evidencian tensiones entre las expectativas sociales y las complejas realidades judiciales que enfrentan las familias multiproblemáticas. En estos contextos, los niños/as a menudo separados de sus madres, con quienes han establecido un vínculo afectivo, pueden desarrollar relaciones de apego caracterizadas por la inseguridad. No obstante, es importante destacar que, en los primeros meses de vida la figura materna es la primera que el niño/a identifica, desarrollando una inclinación natural a estar en su compañía. Como se mencionó anteriormente, Bowlby (1986) señala que, la presencia de una figura materna amorosa y estable es fundamental para el desarrollo de un apego seguro en los primeros años de vida. Este vínculo que se construye mediante la proximidad madre e hijo, genera en el niño/a alegría ante la presencia de la figura materna y disgusto ante su ausencia.

La ausencia de la figura materna provoca una reacción de malestar en el niño/a la cual se agrava si se sostiene en el tiempo, durante la transición de la ausencia Bowlby identifica tres fases: protesta, desesperación y apartamiento (desapego). Durante la fase de protesta el niño/a espera el regreso de su madre, lo que puede manifestarse con rabietas, conductas destructivas o incluso violencia. Si la separación se prolonga más allá de seis meses, existe el riesgo de que el niño/a avance a la fase de desapego, apartándose afectivamente de sus padres y experimentando una fase de duelo. Como señala Bowlby (1986), "aunque las alternativas de esperanza y desesperación pueden proseguir durante mucho tiempo, a la larga se desarrolla cierto grado de desapego emocional respecto a la persona perdida" (p. 71).

En este sentido, las repetidas separaciones o las separaciones abruptas que el niño/a pueda experimentar, según lo que se declare judicialmente, ponen de manifiesto la necesidad de que el entorno hospitalario brinde un sólido apoyo emocional. Es fundamental

que el niño/a encuentre en el hospital figuras alternativas de cuidado que ofrezcan el soporte afectivo necesario durante su estancia.

No obstante, esta separación también revela un estigma social persistente. La madre es frecuentemente cuestionada y vista como la única responsable del bienestar y cuidado de sus hijos. Esta mirada social reduce su rol al de cuidadora, desestimando las dificultades y desafíos personales que pueda estar enfrentando. Su ausencia se percibe no solo como una carencia para el niño/a, sino también como un fracaso en su rol materno, invisibilizándola como persona individual en contextos que requieren una intervención mucho más amplia y sensible. Abordar la maternidad desde una perspectiva multicausal, como sugiere el modelo ecosistémico de Bronfenbrenner, permite una visión más integradora. Haz et al. (2002) refuerzan esta noción, al señalar que el desarrollo infantil no puede comprenderse sin considerar las interacciones entre el niño y sus entornos sociales. Dado que el niño/a está inmerso en diversas instituciones donde se mueve, relaciona o vive, como la familia, escuela o el hospital, es fundamental considerar cómo estos contextos influyen en su desarrollo. Por lo tanto, las intervenciones en contextos de violencia y separación judicial no solo deben limitarse a abordar al niño/a de manera individual, sino que también deben enfocarse en su entorno familiar y social.

### **Conclusiones:**

El tema abordado en este trabajo adquiere especial relevancia para la Psicología, ya que frente a un mundo y una sociedad que está en permanente transformación, esta disciplina, como ciencia social, debe adaptarse continuamente a las nuevas demandas. Uno de los cambios más alarmantes que se aborda es el aumento de la violencia hacia los niños/as, influenciado por diversos factores económicos, sociales y culturales, así como por la desintegración de las estructuras familiares tradicionales. Estas transformaciones también impactan la percepción del rol materno, creando nuevos desafíos para equilibrar las múltiples responsabilidades.

En base a lo mencionado, es fundamental que los psicólogos comprendan no sólo los síntomas de la violencia, sino también sus causas y el impacto que tienen en el desarrollo emocional de los niños/as. Es igualmente importante reconocer los cambios culturales que afectan la identidad materna y entender el contexto social en el que se desenvuelven las familias. Además, se deben implementar estrategias en la formulación y ejecución de políticas públicas que promuevan interacciones saludables y resilientes.

En un escenario social cambiante, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el bienestar de sus ciudadanos, especialmente de los niños/as, quienes atraviesan una etapa fundamental en su desarrollo integral.

Por ello, las políticas públicas orientadas a la primera infancia resultan esenciales para asegurar la salud, seguridad, bienestar social y educación de los niños/as, particularmente en situaciones de vulnerabilidad en las que sus derechos se ven comprometidos. En Uruguay, la implementación de estas políticas ha buscado adaptarse a las nuevas realidades, aunque todavía queda mucho por hacer en cuanto a su alcance e impacto.

Este trabajo no solo destaca la importancia de las políticas públicas abocadas a la infancia, sino que también resalta la implementación de las mismas en espacios como el Hospital Pereira Rossell. A lo largo del ensayo, se ha visibilizado el rol fundamental que ocupa esta institución, no solo como un centro de atención médica, sino como un espacio clave de intervención y protección en contextos de violencia intrafamiliar. Además, ofrece la posibilidad de mitigar el impacto socioemocional de los niños/as hospitalizados, creando ambientes seguros donde pueden continuar su desarrollo a pesar de las circunstancias adversas.

Para lograr la efectividad de estas intervenciones, se requiere profesionales que trabajen bajo un enfoque multidisciplinario, el cual resulta imprescindible en este ámbito. Es fundamental que estas intervenciones se realicen desde un enfoque interdisciplinario, interprofesional, interinstitucional e intersectorial (De León y Techera, 2017). La articulación de saberes y perspectivas no solo mejora las prácticas, sino que también permite la implementación de una comprensión más completa del sujeto como ser biopsicosocial. Reconocer al niño/a en todos sus aspectos, biológico, psicológico y social es esencial para interpretar y abordar adecuadamente las situaciones que requieren de intervención. “Las prácticas profesionales más adecuadas para una amplia política pública saludable que integre acciones oportunas para apuntar al desarrollo del componente mental de la salud, serían aquellas que superen el paradigma individual-restrictivo que predomina hoy en los servicios de salud” (De León y Techera, 2017, p.169).

El psicólogo tiene un rol importante en este contexto, no solo en la intervención clínica, sino también en la promoción de salud mental. Siendo fundamental el trabajo tanto con el niño/a como con su familia, abordando el desarrollo socioemocional en contexto hospitalario y las problemáticas familiares. Mantener este enfoque es necesario, ya que es altamente probable que, tras recibir atención en un entorno alternativo, el niño/a sea eventualmente restituido a su hogar. En este sentido, una intervención psicológica que considere ambos aspectos fortalecerá las dinámicas familiares, promoviendo un entorno más seguro y emocionalmente saludable para todos sus miembros. Propuestas como la psicoeducación, grupos de escucha y terapias que validen sus emociones, experiencias y desafíen estigmas pueden ser fundamentales.

Modelos de intervención relacional han demostrado ser capaces de reorientar estilos de apego no seguros para convertirlos en seguros, como prueba de comportamientos de plasticidad que tienen los patrones de comportamiento e interacción humanos. Esto se vuelve un argumento a favor para el desarrollo e implementación de la intervención relacional (...) como estrategia para proponer ambientes familiares sanos que favorezcan el desarrollo integral de los niños/as” (Rincón Mendieta y Varela Pulido, 2022, pp. 193-194).

La intersectorialidad es otro pilar esencial, ya que facilita la colaboración entre diversas instituciones y sectores para garantizar la protección de los derechos de los niños/as. Esta aproximación integral cuenta con la participación de organismos como La Universidad de la República, junto a otras organizaciones y fundaciones que juegan un papel crucial al aportar recursos, programas y apoyo económico que permiten una atención integral, tanto en la prevención como en la promoción en salud. Desde esta perspectiva integral, se colabora no solo en el abordaje de las necesidades físicas de los niños/as en el hospital, sino también en su bienestar emocional. Esta colaboración entre diversas áreas permite crear espacios dentro de la institución donde los niños/as puedan continuar su desarrollo socioemocional durante el tiempo que permanezcan en el hospital.

La duración de la hospitalización es otro factor relevante que merece atención. Este tiempo prolongado plantea interrogantes sobre los tipos de vínculos que se desarrollan entre ellos y el personal, así como el impacto emocional de estas interacciones.

Un proyecto realizado por la Facultad de Psicología, orientado a las cuidadoras del hospital, resalta la complejidad de este vínculo:

Entendemos que este vínculo entre el que cuida y el que es cuidado se encuentra condicionado por múltiples variables, y a modo de interrogar estos procesos de invisibilización y naturalización del cuidar, podemos afirmar que el trabajo del cuidado supone saberes específicos, muchos de ellos técnicos, que permiten trabajar con la vulnerabilidad y el sufrimiento del otro y los propios. Por lo tanto, no hay nada en el trabajo del cuidado que esté enraizado en la naturaleza humana o dependa de cualidades naturales. El cuidado supone el desarrollo de una disposición específica –la identificación compasiva que conecta con una serie de cualidades (comprensión, escucha, empatía) socio-culturalmente atribuidas a las

mujeres. Es la posibilidad de confrontar con el sufrimiento y operar a partir del contacto con la vulnerabilidad lo que da el sentido a la tarea, y es adquirido en el ámbito concreto del trabajo, elaborado en el marco del colectivo de la profesión (Etcheverry et al., s.f., p. 4).

Este planteamiento invita a reflexionar y cuestionar aspectos relacionados con el apego infantil en el contexto hospitalario. Es importante considerar si estos vínculos pueden suplir, al menos temporalmente, la ausencia de las figuras principales de apego. ¿Qué sucede con los vínculos de apego de los niños/as víctimas de violencia intrafamiliar que deben permanecer en el hospital por tiempos prolongados? ¿El tiempo compartido con las personas que allí trabajan repercute de manera significativa en su bienestar emocional? En un contexto donde los niños/as se ven privados de sus figuras principales de apego, cabe preguntarse si es posible que busquen refugio en las personas que les brindan cuidado, incluso si estas no pertenecen a su núcleo familiar. Es crucial analizar si, ante la ausencia de los padres, los niños/as establecen vínculos de apego con quienes los cuidan en el hospital. Aunque estas cuidadoras/es no sean familiares, su presencia constante y el apoyo emocional que brindan pueden desempeñar una función de contención importante. Según Rincón Mendieta y Varela Pulido (2022), la vulnerabilidad es una condición que instaura algunos seres humanos en la cotidianidad del niño/a, “se consideran cuidadores principales todos aquellos adultos familiares y no familiares (...) que apoyan el cuidado, aunque no en forma exclusiva” (p. 167). De hecho, la calidad de estas interacciones podría ser determinante en la creación de un entorno de seguridad y confianza, ayudando a mitigar los efectos del maltrato y la violencia que han sufrido.

Con lo cual, el fortalecimiento de las interacciones, en ambientes adecuados, por parte de los actores relacionados con el cuidado y la protección de los niños y niñas, como las entidades gubernamentales, los sistemas de protección y los padres o cuidadores principales que acompañan a los niños y niñas en el transitar de la niñez se vuelve tarea absolutamente incuestionable. (Rincón Mendieta y Varela Pulido, 2022, p. 159)

Aun así, se deben considerar los efectos de estos apegos temporales. La eventual separación de estas figuras, tras una resolución judicial, podría generar nuevos desafíos emocionales, especialmente para niños/as que ya han atravesado situaciones de maltrato o negligencia. Por tanto, es sumamente importante cuestionar las implicancias que la ruptura

o separación tiene para su desarrollo socioemocional. Aunque estas figuras brindan un soporte esencial durante la hospitalización, ¿es beneficioso para el niño/a formar este apego temporal?

Estas dinámicas de apego temporal, ponen de manifiesto la necesidad de reevaluar las concepciones tradicionales de maternidad, que siguen siendo permeadas por la idea que la madre es la principal figura de cuidado y apego.

La maternidad ha atravesado diversas transformaciones a lo largo de la historia, pero aún hoy sigue impregnada de significados culturales y sociales que colocan a la madre como la principal figura de cuidado. Esta visión persiste tanto en la sociedad como en las instituciones hospitalarias, donde su ausencia es vista a menudo con una mirada crítica. Se espera que la madre esté presente física y emocionalmente, y cuando no puede hacerlo, ya sea por limitaciones personales o contextuales, su situación individual tiende a ser invisibilizada. Esto lleva a cuestionar: ¿por qué no se consideran las posibles problemáticas que enfrenta esta madre? ¿Por qué no se le brindan las herramientas necesarias para mejorar sus capacidades de cuidado?

Si bien se reconoce que las instituciones, como los hospitales, están comenzando a jugar un papel en el desarrollo socioemocional de los niños/as que han atravesado situaciones de violencia ejercidas muchas veces por sus cuidadores principales (madres-padres), es esencial estudiar, analizar y comprender que pasa con los cuidadores que maltratan a través de programas que promuevan la sensibilización, prevención de patrones de relaciones violentas y la promoción de vínculos afectivos sanos en contextos educativos y sociales, se puede avanzar hacia una crianza más compartida y equitativa.

Además, sigue siendo llamativa la escasa frecuencia con la que se interroga sobre el rol del padre en estos contextos. Por ejemplo, en casos donde la madre está presente y el padre no, el discurso predominante justifica su ausencia con frases como "él está trabajando" o "me siento más tranquila si estoy yo", lo que refuerza estereotipos de género. Incluso en casos donde la madre también trabaja, se le dificulta delegar responsabilidades al padre. Esto lleva a preguntarnos: ¿por qué sigue siendo complicado para la mujer ceder espacio para que el padre asuma el cuidado? ¿Qué hay detrás de la falta de rotación de roles? ¿Existe una culpa cultural que aún limita esta posibilidad?

Finalmente, conocer los vínculos de apego en niños/as víctimas de violencia intrafamiliar nos ayuda a profundizar en la importancia de las intervenciones en un tercer nivel de salud para atender el dolor y sufrimiento en el dominio socioemocional de los niños/as hospitalizados. Tratar el desarrollo socioemocional de los niños/as en contexto hospitalario, junto a sus problemáticas familiares subyacentes, permite una intervención que trasciende la atención médica y requiere la sensibilidad de todo el equipo que se encuentra detrás de cada intervención. Es necesario fortalecer las dinámicas familiares y trabajar en

equipo, promoviendo una atención integral y empática que considere al niño/a en sus dimensiones biológica, psicológica y social, garantizando que las políticas públicas puedan realmente traducirse en prácticas sensibles y efectivas.

Los temas analizados en este Ensayo invitan a una reflexión profunda sobre la intervención psicológica, y el rol del psicólogo en los diferentes niveles de atención, promoción, prevención y rehabilitación en salud. Es fundamental promover desde estas nuevas demandas sociales, un enfoque más integrador y efectivo en la protección y apoyo a los niños/as en situaciones de vulnerabilidad, así como también una aproximación más completa y empática hacia todo el núcleo familiar. Esto es esencial para desarrollar prácticas que respeten y apoyen a todas las partes involucradas, permitiendo intervenciones contextualizadas y más sensibles.

### Referencias Bibliográficas:

- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M., Woscoboinik, N., y UNICEF. (2012). *Desarrollo emocional: clave para la primera infancia*. UNICEF.  
<http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4690>
- Amar, J. A., y De Gómez, M. B. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, 1-22.  
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2076>
- Astudillo Araya, Á., Martínez Martínez, A., Muñoz Badillo, C., Pacheco Lema, M., y Sepúlveda Garay, Á. (2012). Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 67-75.  
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000100007>
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.  
<https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=2909747&publisher=FZZ390>
- Bernal Riveros, I. C. *La intervención relacional basada en el apego (IRBA) en formato virtual y la sensibilidad de cuidado: Un estudio exploratorio con primera infancia* (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia). <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/85047>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida: Vol. 1. El apego* (3ra ed.). Paidós.
- Carballo, A. (2024, 25 de abril). Las claves del informe que advierte sobre un aumento de la violencia contra niños y adolescentes en Uruguay. *El País Uruguay*.  
<https://www.elpais.com.uy/bienestar/vida-sana/las-claves-del-informe-que-advierte-sobre-un-aumento-de-la-violencia-contra-ninos-y-adolescentes-en-uruguay>
- Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 201-207.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000200008&script=sci_arttext)
- Carrasco, J. C. (2001, July). Rol del psicólogo y Latinoamérica. In Ponencia presentada en el Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología en Santiago de Chile.  
[http://www.latinamericano.edu.uy/attachments/360\\_2001%20EI%20rol%20del%20psic%C3%B3logo%20en%20latinoam%C3%A9rica.pdf](http://www.latinamericano.edu.uy/attachments/360_2001%20EI%20rol%20del%20psic%C3%B3logo%20en%20latinoam%C3%A9rica.pdf)
- Código de la Niñez y Adolescencia, Ley N° 17.823. (2004). Artículos 15 y 16. *Diario Oficial. Código de la Niñez y la Adolescencia*
- Colón, A. R. M. (2009). Maternidad: significativo naturalizado y paradójico: desde el psicoanálisis hasta el feminismo. *Psicología (s)*, 1, 1-9.  
<https://www.academia.edu/download/30916929/maternidad.pdf>
- De León, N., y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*, 55.

<http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf#page=55>

Etcheverry, G., Teixeira, F., Almandó, B., Inchausti, V., Miranda, V., Parga, K., Pérez, V., y Tejera, A. (s.f.). Proyecto Cuidadoras Hospitalarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell: Producción de narrativas acerca del cuidar. Facultad de Psicología, Universidad de la República. <https://www.academia.edu/download/84481924/20779433.pdf>

El País. (2024, 6 de septiembre). La Fundación Jazmín celebró los primeros nueve años de su historia con una gala en Teatro Movie. *El País*. <https://www.elpais.com.uy/bienestar/vida-sana/la-fundacion-jazmin-celebro-los-primeros-nueve-anos-de-su-historia-con-una-gala-en-teatro-movie>

Fundación Amigos. (s.f.). *Ayudar es crecer*. <https://fundacionamigos.com/>

Gómez, E., Cifuentes, B., y Ross, M. I. (2010). Previniendo el maltrato infantil: Descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9(3), 823-839. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000300017&script=sci_arttext)

Gómez, E., Muñoz, M. M., y Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé (Santiago)*, 16(2), 43-54. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282007000200005>

Haz, A., Díaz, D., y Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(1), 23-28. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369155966065/>

Humaniza Josefina. (2023). Proyectos: *Sanamos aprendiendo*. <https://www.humanizajosefina.org/proyectos>

Milder, D., y Solomita, M. (2022, 20 de agosto). El dilema que conmueve al Pereira: ¿Qué hacer con niños judicializados que viven meses en el hospital? *El País*. <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/el-dilema-que-conmueve-al-pereira-que-hacer-con-ninos-judicializados-que-viven-meses-en-el-hospital>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes*. Gráfica Mosca. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20abordaje%20situaciones%20VS%20a%20NNA.pdf>

Ministerio de Salud Pública, SIPIAV, y UNICEF. (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Montevideo, Uruguay: MSP, SIPIAV, & UNICEF.

Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé (Santiago)*, 15(2), 93-103.

Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer

- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: Hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 83-96.  
[https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200008&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200008&script=sci_abstract&tlng=en)
- MSP, S., y UNICEF. (2019). *Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20para%20el%20abordaje%20de%20situaciones%20de%20maltrato%20a%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20en%20el%20marco%20del%20SNIS.pdf>
- Oyarce-Cadiz, D., & Passone, S. M. (2016). Enfoque intersubjetivo de la angustia de separación y sus implicaciones terapéuticas. *Affectio Societatis*, 13(24), 13-25.  
<https://www.academia.edu/download/84481924/20779433.pdf>
- Rincón Mendieta, C. C., y Varela Pulido, N. (2022). *La intervención relacional basada en el apego: Fundamentos y métodos adaptados al contexto colombiano para la prevención del maltrato infantil*. Universidad Externado de Colombia.
- Rubio, S. P. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad: las madres con carreras profesionales ¿exitosas? *RES. Revista Española de Sociología*, (4), 67-92.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1220321.pdf>
- Silveira, F., & Martins, A. (2023). La violencia contra los niños y sus consecuencias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 61(2), 145-147.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272023000200145&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272023000200145&script=sci_arttext&tlng=en)
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). (2023). *Informe de gestión 2023*. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). [Info institucional \(INAU\) - Sipiav](#)
- UNICEF. (s.f.). *Desarrollo en la primera infancia: Los primeros momentos de la vida de niños y niñas son los más importantes*.  
<https://www.unicef.org/lac/media/686/file/PDF%20La%20violencia%20en%20la%20primera%20infancia.pdf#:~:text=Violencia%20contra%20los%20ni%C3%B1os%20y%20desarrollo>
- UNICEF. (2017). *La violencia en la primera infancia: Violencia contra los niños y desarrollo*.  
<https://www.unicef.org/lac/media/686/file/PDF%20La%20violencia%20>