

«PREVENCIÓN EN PEDIATRÍA»

Prevención de los malos tratos en la infancia

V. MADRIGAL DÍEZ

Los malos tratos a los niños son un problema universal, mucho más importante y frecuente de lo que se puede desprender de su apariencia, de la que se ha dicho que sólo es la punta visible de un enorme iceberg. Es también un problema muy antiguo, y sin embargo sorprende comprobar la tardanza de la literatura médica en identificar primero y prestar después atención, a un hecho tan destacable, extendido y de tan graves consecuencias. La primera descripción específica del problema corresponde a Caffey en 1946 (1), pero hubo que esperar a la comunicación de 749 casos por Kempe en 1962 (2) para que definitivamente se fijase la atención en esta situación, tan importante que justifica el que se desplieguen todo tipo de medidas para prevenir su incidencia.

La complejidad de las causas de los malos tratos a los niños hace que la profilaxis de los mismos sea una labor difícil de realizar. La etiología del problema es prácticamente siempre multifactorial, pudiéndose distinguir unos factores que corresponden al propio niño maltratado de otros que afectan a la familia y a los adultos que le rodean, todo ello coincidiendo con la existencia de un entramado socio-cultural que explica que la existencia de aquellos otros factores origine malos tratos en los niños (3), e incluso que dichos malos tratos no sean reconocidos como tales

y, por lo tanto, sean permitidos por la sociedad en que se producen (4).

Sin embargo, la prevención de los malos tratos a los niños es posible y puede considerarse actualmente como el aspecto más importante y prioritario del problema. Ahora bien, para evitarlos será la sociedad entera la que se verá sometida a prueba, porque es preciso movilizar todos los engranajes y fuerzas capaces de cambiar las costumbres seculares y de mejorar las condiciones sociales y culturales del hombre. En pocas palabras, se trata de terminar con la miseria y mejorar el nivel de vida en su más amplio sentido, lo que no coincide exactamente con alcanzar un nivel económico muy elevado, aunque a veces la pobreza sea un factor predisponente.

La programación de la lucha contra el maltrato de los niños debe de ser planteada de forma cuidadosa y teniendo en cuenta los diversos aspectos que son determinantes de su etiología. En este sentido se pueden considerar tres niveles de actuación preventiva:

1.º) Nivel terciario, en el que se intenta que no se repitan los malos tratos en los casos concretos ya diagnosticados.

2.º) Nivel secundario, en el que se pretende evitar que sean víctimas de maltrato niños en cuyo entorno inmediato se

han identificado factores predisponentes para que dicha situación se produzca.

3.º) Nivel primario. Aquí la acción va encaminada a cambiar las condiciones de vida de amplias capas sociales, así como sus creencias, frecuentemente expresadas en forma de racionalizaciones culturales justificativas de que determinadas conductas, sin duda perjudiciales para los niños, son actuaciones correctas, e incluso beneficiosas para ellos, constituyendo un claro ejemplo de «moral de situación».

La multiplicidad de campos en que hay que intervenir para evitar los malos tratos encarece enormemente la aplicación de cualquier programa que pretenda solucionar eficazmente el problema. En todos los casos parece sensato evaluar previamente las posibilidades reales de actuación coordinada que ofrecen las infraestructuras ya existentes en el medio concreto en que se plantea el problema y utilizarlas al máximo.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Cuando se diagnostica una situación de malos tratos a un niño, hay que tener en cuenta que existen muchas posibilidades de que no sea la primera vez que los ha sufrido y que, lamentablemente, es muy verosímil que vuelva a ser víctima de ellos (5). Por esto es importante buscar y poner en práctica las medidas que eviten la repetición del maltrato en ese caso concreto. Indudablemente la prevención terciaria es la menos eficiente de todas las formas de profilaxis, puesto que consiste en la actuación sobre un caso que ya se ha producido y, aunque no por ello sea menos necesaria, cada vez se admite más el pobre resultado que en muchas ocasiones se obtiene con las estrategias propuestas (6).

Un problema añadido, que obstaculiza la realización de la prevención terciaria, es

la dificultad que conlleva la identificación de los niños objeto de malos tratos, ya que la mayor parte de las veces pasan desapercibidos y se escapan al diagnóstico. Por ello la profilaxis a este nivel se beneficiará de medidas que faciliten el conocimiento de las características del síndrome del niño maltratado, tanto por parte de los médicos (7) como de todos los profesionales dedicados al cuidado de los niños, debiéndose incluir en los programas de formación de pre y postgraduados.

Quando se detecte un caso de niño maltratado se debe de considerar que muy probablemente la situación del medio familiar es crítica, de forma que el niño corre grave peligro de sufrir nuevos daños, sobre todo si los ya recibidos han sido graves. Por eso la primera medida preventiva dependerá de la pregunta: «¿Corre el niño peligro grave si continua en su hogar?». Si la respuesta es afirmativa, o simplemente dudosa, se debe de proceder a la hospitalización del niño, asegurándose de que se lleva a cabo hasta que se considere que el pelibrio ya ha pasado y pueda volver a su hogar, o bien hasta que se hayan tomado otras medidas de tutela adecuadas al caso. El Hospital constituye así un refugio de urgencia para el niño maltratado, además de proporcionar una buena oportunidad para la observación de los familiares del niño, imprescindible para poder actuar sobre el medio familiar e intentar recuperar su equilibrio.

Conviene tener siempre presente el concepto postulado por Clement Smith (8) de que el abuso y abandono del niño es básicamente una enfermedad de los adultos encargados de cuidarle, y que además se asocia en la práctica totalidad de los casos a una situación de disfunción familiar. La prevención de nuevos malos tratos pasa en la mayor parte de los casos por el tratamiento de los adultos que rodean al niño y por la recuperación del equili-

brio de su medio familiar, que es donde, siempre que sea posible, debe de restituirse al niño cuando haya pasado el peligro de nuevos abusos, evitando en lo posible la rotura de la familia (9). Sin embargo el interés del niño es lo que debe de primar y, cuando se considere imposible la recuperación con garantías del medio familiar, se deben de arbitrar otras medidas como la separación, temporal o definitiva, del niño de su familia, entregándole en adopción.

Esta actuación preventiva es demasiado compleja para ser afrontada por una sola persona. Al igual que en los otros niveles de prevención se requiere acceder a numerosos recursos sociales, con la movilización coordinada de profesionales de diversos campos, como pediatras, asistentes sociales, psiquiatras, pedagogos, agentes judiciales y policiales, que deben actuar integrados en equipo.

La actuación de los asistentes sociales, investigando y procurando encontrar salidas que modifiquen las circunstancias adversas que afectan a la familia, es fundamental. En un estudio que realizamos sobre niños hospitalizados por malos tratos, algunas situaciones —falta de trabajo estable, ausencia prolongada del hogar, existencia de un solo padre, dependencia de drogas y desarraigo del medio de origen— ocurrían con una frecuencia significativa en los adultos de la familia (10). En la corrección de estos factores desfavorables los asistentes sociales juegan un papel primordial.

También la encuesta psiquiátrica familiar suele ser importante, siendo de interés las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ven los padres al hijo?
- ¿Qué esperan de él?
- ¿Cómo fueron educados ellos de pequeños?
- ¿Hubo recientemente alguna crisis familiar?

— ¿Con qué ayudas cuentan en las crisis?

Superada la fase aguda, cuando se tengan garantías de que ya no corre grave peligro, el niño debe de volver a su hogar; si los malos tratos no fueron diagnosticados como graves, ni especialmente peligrosos, el niño puede estar en su casa desde el principio. Pero en ambos casos debe de prestarse una atención especial a la familia, para evitar que situaciones críticas puedan actuar como desencadenantes de nuevos malos tratos; en esta fase, pueden jugar un papel fundamental los equipos de Asistencia Primaria, proponiendo controles de puericultura más frecuentes de lo habitual y dedicándoles más tiempo en cada visita, enseñando a los padres como se debe de cuidar al niño y animándoles ante los progresos alcanzados. Los asistentes sociales siguen siendo muy importantes para vigilar la actuación de los padres y, al mismo tiempo, ayudarles a superar los problemas que tenga la familia, aconsejándoles y facilitándoles el acceso a los recursos sociales comunitarios, que les pueden aliviar de parte de la carga que supone para ellos el cuidado de la familia.

Aunque nunca se debe de renunciar a realizar la prevención terciaria, hay que reconocer que su eficacia es bastante pobre. Existen estudios de evaluación de programas de prevención terciaria que ponen de relieve que en aproximadamente 1/3 de las familias se vuelven a repetir los malos tratos (11). Este alto índice de fracasos de la prevención terciaria obliga a concentrar los esfuerzos para intentar poner en marcha la profilaxis en otros niveles más básicos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención a este nivel pretende evitar que se apliquen malos tratos a los

niños que viven en familias en las que concurren factores que facilitan el desarrollo de este tipo de conducta. Su ejecución, por tanto, se realizará en dos fases sucesivas (12):

1.º) Identificación de las familias con riesgo.

2.º) Actuación sobre estas familias.

1.º) Para identificar a las familias con riesgo de maltratar a sus hijos hay que tener en cuenta que no existe una característica individual que, por su sola existencia, provoque la aparición de maltrato infantil, sino que éste es el resultado de la interacción de múltiples factores concurrentes, tales como predisposición constitucional a la violencia, factores sociales desfavorables y circunstancias estresantes adversas (6) (13) (14). La identificación de varios de estos factores en una determinada familia debe de alertar ante la posibilidad de que maltraten a sus hijos.

El maltrato infantil se asocia frecuentemente con la pobreza, incultura, padres que a su vez fueron maltratados de pequeños y rechazo del embarazo. Sin embargo no siempre que se dan estas circunstancias de riesgo existe maltrato, ya que existen factores protectores, fundamentalmente ligados a la madre, que cuando están presentes pueden influir para que no se produzca el maltrato; de la misma forma la ausencia de estos factores protectores puede explicar el maltrato de niños en familias que aparentemente no reúnen factores de riesgo. Por esto, además de la recogida de datos objetivos sobre estatus socioeconómico y cultural, se han elaborado estrategias para valorar otras circunstancias que parecen importantes a la hora de reconocer las situaciones de riesgo de malos tratos infantiles. Se ha recurrido a entrevistar a los padres antes del parto, valorar sus reacciones en paritorio y observar a la familia durante las primeras semanas de

vida del niño (15), siendo los datos más valorables los que se obtuvieron en la sala de partos. Los datos recogidos se refieren a distintos aspectos como:

— Capacidad de la familia para afrontar la crianza del niño: calidad de la vivienda, posibilidad de recibir sostén de otros familiares y amigos, existencia de cónyuge dispuesto a ayudar y relevar en el cuidado de los niños, presencia de más hermanos y rivalidad entre ellos.

— Aceptación del embarazo y del niño: embarazo no deseado, consideración de la posibilidad de aborto, depresión materna por el embarazo, excesiva preocupación por el sexo del niño, la madre no se muestra contenta con el niño, no se detecta ilusión por el nombre del niño.

— Relación con el niño: la madre mira poco al niño, no habla espontáneamente con él, con frecuencia las referencias verbales al niño son negativas.

— Reacciones ante las exigencias de cuidado del niño: molesta mucho el llanto, no intentan calmarlo y si lo intentan se dan poca maña, sienten repulsión por las deposiciones o no les agrada el cambiarle los pañales.

— Actitud en el consultorio: la madre no toma parte activa en la manipulación del niño durante la consulta, el niño no es el centro de la atención durante la consulta, se queja con frecuencia del niño, hace llamadas urgentes por cosas sin importancia.

La experiencia y la agudeza clínica del pediatra son también factores determinantes para el reconocimiento de la existencia de riesgo de malos tratos (6).

2.º) Actuación sobre las familias: Si los malos tratos a los niños son un síntoma de disfunción familiar, su prevención en un nivel secundario se basará fundamentalmente en intentar mejorar y forta-

lecer la situación de la familia para que sea capaz de cuidar adecuadamente al niño. Debido a la complejidad del problema, ésta es una labor que generalmente sobrepasa la capacidad de actuación de una persona aislada, por lo que debe de ser realizada por equipos multidisciplinarios en los que los asistentes sociales juegan un papel clave (9), pero también el pediatra que con frecuencia goza de una confianza y un respeto por parte de las familias, que no tienen inicialmente los trabajadores sociales de los que muchas veces recelan, lo que le permite hacer recomendaciones que son mejor aceptadas (6).

Se han propuesto, y ejecutado, diversos programas de actuación sobre las familias en cuyo seno los niños corren peligro de ser maltratados, pero por lo general los resultados no se han evaluado rigurosamente, lo que no quiere decir que no hayan sido eficaces (6).

Se ha insistido en la importancia que tiene el establecimiento precoz de vínculos afectivos sólidos en la relación entre los padres —especialmente la madre— y el hijo, y en cómo diversas circunstancias pueden interferir en la aparición de estos lazos, especialmente la separación del niño y de la madre durante el periodo neonatal (10) (16). De ahí que se haya postulado favorecer el contacto precoz y prolongado entre los padres y el hijo (17), y si el recién nacido necesita ser hospitalizado deben suprimirse los obstáculos para que los padres tengan acceso con facilidad a su hijo.

Una de las estrategias más usadas, y de la que se han evaluado más rigurosamente los resultados (18), es la de los visitadores domiciliarios de salud, que parece haber demostrado ser un método eficaz para disminuir la frecuencia de malos tratos en los niños pertenecientes a familias en que se ha detectado riesgo de realizarlos. Este

programa tiene el inconveniente de su alto costo económico.

Hay acuerdo prácticamente unánime (6) (9) (14) en que la programación por parte del pediatra de visitas más frecuentes de lo habitual, prestando mayor atención y dedicándoles un tiempo extra al niño y a la madre, a la que se instruye en los cuidados habituales del niño y se anima ante los progresos obtenidos, es una actuación que puede contribuir a la prevención secundaria de los malos tratos en la infancia.

Hay que insistir en que en todos los casos la prevención secundaria de los malos tratos debe de abordarse por un equipo multidisciplinario. En nuestro ambiente lo lógico es tratar de utilizar los medios e infraestructuras sociales disponibles, coordinando la actuación entre los Equipos de Atención Primaria (con pediatras, enfermeras y trabajadores sociales) y los Servicios de Bienestar Social. En nuestra experiencia los problemas de financiación de recursos y la constancia en la voluntad política son determinantes para poder mantener los programas diseñados.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Los malos tratos suelen ser la consecuencia de la concurrencia de factores sociales y de la predisposición a la violencia en combinación con condiciones estresantes adversas (13). Efectivamente, existe una serie de circunstancias sociales que facilitan la aparición de malos tratos en los niños, como ocurre con los patrones de vida a que se incita constantemente a la población, empujándola hacia un consumismo exagerado que, al no poder ser satisfecho, crea frustraciones y tensiones que se descargan con frecuencia sobre los niños, que pueden ser considerados como cargas responsables de los fracasos. No menos

importancia tienen los patrones de violencia presentados habitualmente por los medios de comunicación, especialmente la televisión, y que son incorporados por los niños a sus esquemas de actuación para ser puestos en práctica en el futuro.

Es indudable por tanto que, en el intento de prevenir el maltrato infantil, los gobiernos e instituciones deben de esforzarse para corregir los factores sociales que inciden en su aparición. En primer lugar se debe de promocionar la lucha contra la violencia en cualquiera de sus formas, muy especialmente la empleada para la educación de los niños (19). Los medios de comunicación, especialmente la televisión, deberían de corregir su mensaje, llenos de violencia y de instigación a un consumismo exagerado, a los que son especialmente receptivos los niños.

Si el maltrato infantil es la mayoría de las veces un síntoma de disfunción familiar, la lucha contra él deberá intentar colocar a las familias en las mejores condiciones de poder cuidar de sus hijos adecuadamente, facilitando el acceso a la educación y a los servicios sociales y sanitarios, incluyendo un alojamiento digno.

Todas éstas son misiones que corresponden a los representantes sociales y a los

gobiernos, que deberían disponer de programas y fondos de financiación, sin los cuales es imposible realizarlas. Por ello, como se recogió en las conclusiones del Primer Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada, celebrado en 1989, hay que implicar a la Administración para que asuma su papel con responsabilidad.

Otro aspecto muy importante es el de elaborar una legislación que permita hacer efectivos los derechos del niño, teniendo siempre en cuenta el interés superior del mismo, tal como se recogió explícitamente en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en noviembre de 1989.

En este campo queda mucha labor por realizar, siendo un punto muy importante sensibilizar a la sociedad, informándola, sin sensacionalismos, de la magnitud e importancia del problema. Si se consigue este objetivo, se podrá influir más fácilmente en los dirigentes para que adopten las medidas anteriormente expuestas y para que los recursos proporcionados tengan un mínimo de estabilidad, sin que sean, como suele ocurrir, dependientes de los cambios políticos y de dirección.

BIBLIOGRAFIA

1. CAFFEY, J.: *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*. Am. J. Roentgen 1946; 56: 163-173.
2. KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N.; STEEL, B. F.; DROEGEMUELLER, W.; SILVER, H. R.: *The battered child syndrome*. JAMA 1962; 181: 17-24.
3. MADRIGAL, V.; LOZANO, M. J.: *Etiología, clínica y diagnóstico de los malos tratos infantiles. Malos tratos en la infancia*. Instituto Nacional de las Salud, Santander, 1990; 5-16.
4. KEMPE, C. H.: *Perspectivas interculturales de los malos tratos a los niños*. Pediatrics (ed. esp.) 1982; 13: 243-244.
5. FRIEDMAN, S.; MORSE, C.: *Child abuse: A five year follow-up of early case finding in the emergency department*. Pediatrics 1974; 54: 404-410.
6. DUBOWITZ, H.: *Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil*. Pediatr. Clin. North. Am. (ed. esp.) 1990; 4: 1043-1056.
7. ALEXANDER, R. C.: *Enseñanza del médico en el campo del maltrato infantil*. Pediatr. Clin. North. Am. (ed. esp.) 1990; 4: 1023-1041.
8. SMITH, C.: *The battered child*. New. Eng. J. Med. 1973; 299: 322.

9. QUEROL PIERA, X.: *El niño maltratado. Prevención y Tratamiento*. Medicina Integral 1988; 12: 32-39.
10. MADRIGAL, V.; ALONSO, J.: *Experiencia hospitalaria en niños maltratados. Malos tratos en la infancia*. Instituto Nacional de la Salud, Santander, 1990; 25-36.
11. COHN, A. H.; DARO, D.: *Is treatment too late: what ten years of evaluative research tell us*. Child Abuse Negl. 1987; 11: 433-442.
12. FERRIER, P. E.: *Presidential address: The international society for prevention of child abuse and neglect*. Child Abuse Negl. 1986; 10: 279-281.
13. WOLFNER, G. D.; GELLES, R. J.: *A profile of violence toward children: a National study*. Child Abuse Negl. 1993; 17: 197-212.
14. MUÑOZ CACHO, P.: *Prevención secundaria de los malos tratos infantiles. Malos tratos en la infancia*. Instituto Nacional de la Salud, Santander, 1990; 5-16.
15. KEMPE, C. H.: *Pediatric implications of the battered baby syndrome*. Arch. Dis. Child. 1971; 46: 28-37.
16. LYNCH, M. A.; ROBERTS, J.: *Predicting child abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital*. Br. Med. J. 1977; 1: 624-626.
17. SIEGEL, E.; BAUMAN, K. E.; SCHAEFER, E. S.; SAUNDERS, M. M.; INGRAM, D. D.: *Hospital and homesupport during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization*. Pediatrics 1980; 66: 183-190.
18. OLDS, D. L.; HENDERSON, C. R.; CHAMBERLIN, R.; TATELBAUM, R.: *Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation*. Pediatrics 1986; 78: 65-78.
19. GARCÍA FUENTES, M.; LOZANO, M. J.; GÓMEZ ULLATE, J.: *Aspectos generales en la prevención de los malos tratos. Malos tratos en la infancia*. Instituto Nacional de la Salud, Santander, 1990; 47-51.