



MESA REDONDA: MALOS TRATOS Y ÁMBITO PEDIÁTRICO (I).

AVANCEMOS PARA NO LLEGAR TARDE Y MAL: PROMOCION PRIMARIA PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL DEL BUEN TRATO Y EL APEGO.

Presentación y moderación.

Francesc Domingo-Salvany. Pediatra de Atención Primaria. ABS Balaguer. Profesor asociado de la Universidad de Lleida. ACIM.

Pl Mercadal 2,1-2. 25600 Balaguer. fdomingosalvany4@gmail.com

Resumen/Abstract.

Promover el buen trato materno-infantil será siempre mejor opción que prevenir el maltrato. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde.

El maltrato infantil constituye un síntoma más de una familia y una sociedad enfermas, pensadas por los adultos para los adultos, en la que los derechos de los menores no son una prioridad. Y esto es válido tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. **Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia, física y/o psicológica, de acción y/o de omisión por parte de las personas y/o instituciones de las que depende para su correcto desarrollo.** Para definir maltrato, además, debemos tener en cuenta los valores que sustentan la comunidad de la que hablamos en relación a los niños y sus familias. Y es preciso considerar cuales son los valores que cada sociedad tiene como referencia porque puede darse el caso de que aquello que para nuestro mundo privilegiado representa una forma de negligencia o abuso no lo sea para la familia del niño recientemente llegado a nuestro país, que mantiene todavía los valores tradicionales de la sociedad de la que procede. Para el maltrato físico, por ejemplo, puede ser difícil delimitar donde acaba la corrección y donde empieza el maltrato. **Como profesionales de la salud no hemos de olvidar nuestro papel como defensores de los menores, y el hecho de que el no ejercerlo constituye una forma de maltrato por negligencia. Ante un menor con sospecha o evidencia de maltrato nuestro papel, además de la atención estrictamente médica de sus lesiones, incluye el asegurar su protección.** Nuestra actuación constituye, a menudo, la puerta de entrada y de contacto del menor y su familia con la red de apoyo social de la que formamos parte. Lo que hagamos en este primer contacto condicionará en gran manera el imprescindible trabajo interdisciplinario que el menor y su familia precisarán después. **Los pediatras somos**



UNIVERSITAT
BARCELONA



parte del problema, y podemos ser parte de la solución si nos transformamos en agentes de cambio social. El abordaje y la prevención del maltrato infantil empieza por nuestra formación sobre el tema.

Demasiado a menudo los sanitarios nos centramos en la parte negativa de la situación para intentar resolverla, y tenemos poco en cuenta las partes todavía sanas que debemos potenciar y que ayudan a superar las dificultades sin necesidad de la yatrogenia o la victimización de algunas de nuestras actuaciones posteriores. Sin olvidar tampoco que, como afirma Boris Cyrulnik (1), **“la persona adecuada, en el momento oportuno, puede hacer que se supere la más oscura de las infancias”**. Nos hace falta saber escuchar, no tanto para poder responder como para poder entender. “La naturaleza nos da dos ojos, dos orejas y una sola boca, con el fin de que podamos observar y escuchar el doble de lo que hablamos” (Epicteto).

La visión positiva se encuentra en adelantarnos al problema, estimular el buen trato con la máxima amplitud en todos los niños y niñas, y así no tener que resolver las consecuencias de una negligencia en una más costosa atención posterior. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde y mal. Y es entonces cuando comprendemos que la promoción del buen trato debe ser nuestro objetivo. Los pediatras estamos demasiado acostumbrados a intentar resolver problemas que tienen su origen en momentos muy anteriores al de nuestra actuación. Incluso antes del nacimiento del bebé, en el periodo prenatal. Nuestro empeño preventivo ante el maltrato y el abuso sexual infantil debe comenzar, según nuestra opinión, con la promoción del buen trato a que todos los menores tienen derecho. Saber hacia dónde queremos ir es el primer paso para llegar. Aunque para ello también debemos ir lentos, y en compañía grata, porque queremos llegar lejos con mejores aptitudes (conocimientos y habilidades) y actitudes (estando dispuestos a actuar). Y entonces comprendemos que ya no nos basta orientarnos hacia la salud del niño sino que debemos hablar de Salud Materno-infantil.

Somos una parte de esta red de apoyo a las familias de la que formamos parte, no un aparte de esta red. Y la red funcionará mucho mejor si los lazos entre los nudos que la forman son fuertes y mantenidos. Como leíamos hace unos años: “Niños bien tratados: responsables, todos”. **El modelo ecológico** parte de un núcleo, **el microsistema**, compuesto por el menor y los familiares de los que depende. Y es interesante saber diferenciar entre la pertenencia y la dependencia. Ciertamente un bebé depende de sus padres, pero no les pertenece. Como tampoco pertenece a la sociedad en la que nace. El niño solamente pertenece a su propio futuro, futuro que entre todos debemos asegurar. Envolviendo a cada microsistema encontramos el entramado social en que las familias viven, **el exosistema**, que actúa como continente y red de apoyo a las necesidades que los progenitores deben asegurar para sus descendientes. Nuestro papel se encuentra aquí, entremezclado con el de otros muchos profesionales del mundo de la infancia, compañeros de camino en la tarea de dar apoyo social a las familias. Y todo ello bañándose en **el macrosistema**, el mar de valores culturales, actitudes y creencias que dan cohesión a la sociedad en la que vivimos. Un mar nada encalmado en estos tiempos





El niño, un edificio en construcción

Cuando el edificio infantil está ya hecho, podemos cambiar lo accesorio y los complementos, pero lo que va resultar muy difícil de modificar son los cimientos y la estructura (2)

Nos agrada la definición de maltrato infantil apuntada anteriormente porque se centra en las necesidades que un niño tiene para su correcto desarrollo, sin especificar quien debe asegurarlas, y que no facilitarlas supone ya una forma de maltrato. Este concepto es, ciertamente, muy amplio pero tiene la virtud de tener en cuenta las necesidades a satisfacer y orientarse más hacia el buen trato, al que todos los niños tienen derecho, que a la búsqueda de culpables y de víctimas. Hace años, en una campaña de sensibilización ciudadana en Euskadi, se divulgó el lema: "Niños bien tratados: responsables, todos".

Otro símil que nos ayuda a entender el fenómeno del Buen trato y el Maltrato Infantil es el de comparar el crecimiento de un niño con la construcción de una casa. Si queremos tener éxito nos hará falta un proyecto, el asesoramiento de expertos, unos preparativos, poner unas buenas bases de lo visible y, así, ir creciendo. Vamos por partes, pues.

Antes de la construcción de un edificio es preciso que haya sido pensado, a ser posible con tiempo, para escoger el mejor momento y el mejor lugar. Hace falta **un proyecto razonado y deseado** antes de ponerlo en marcha, sabiendo de la importancia de la empresa. En el caso de un niño, hablamos de **un necesario embarazo psicológico en los padres antes de plantearse la concepción y el embarazo real**. Una pregunta que nos permite comprender este punto es: "¿Cuándo nace un niño?" A lo que parece bueno responder. "Cuando nace en sus padres el deseo de tenerlo". Y parece obvio que no nos conviene poner la primera piedra del edificio (la concepción) en un momento inesperado ni en el lugar más insospechado. La educación para una maternidad y paternidad responsables y la planificación familiar son, pues, instrumentos útiles de prevención primaria del maltrato infantil, y pretenden conseguir que la mayoría de los embarazos sean deseados y que la futura madre llegue a él en las mejores condiciones físicas y emocionales para el futuro hijo o hija. Y es evidente que los factores culturales y ambientales tienen mucho que ver para que una futura madre escoja un determinado instante vital para empezar la andadura. O llegue a ella sin este proyecto previo, sin este embarazo psicológico en el que el futuro bebé ya está siendo vivido por sus progenitores. Y en esta preparación anticipada no es ya un hecho extraño en nuestro país que haya quien solicite a quien quiere ser su pareja un examen de salud antes de empezar una empresa como esta. Y se supone que con reciprocidad informativa. Algunas tendencias de prevención apuntan que sería interesante aprovechar los años de la escuela secundaria para informar sobre la responsabilidad de la paternidad y la maternidad en los futuros padres y madres. Hay otras, sin embargo, que no consideran el período de la



UNIVERSITAT
BARCELONA



adolescencia una buena opción. El motivo aducido es la falta de maduración prefrontal (hasta los veinte años aproximadamente?) con la consiguiente falta de razonamiento, y el predominio del todavía exaltado período puberal con dominancia del sistema límbico. Ardua e imaginativa tarea, pues, para prevenir el embarazo de las adolescentes.

Una vez decidido el momento y el lugar, se coloca **la primera piedra del edificio**. La diversidad de modelos familiares y los cambios de mentalidad que en este momento conviven en nuestra sociedad ha llevado a que para este **momento concepcional** no siempre haga falta que sea el óvulo y el espermatozoide de una pareja tradicional la que haga posible la concepción. La diversidad de sistemas de fecundación es buena prueba de ello. Y el hecho de que el embarazo psicológico se prolongue por falta de fecundación puede generar cambios emocionales en los futuros padres que van a condicionar la manera de recibir al bebé. Y es evidente que la manera en que el edificio comienza es muy distinto si la imposibilidad de colocar al primera piedra conduce a la adopción de un edificio ya parcialmente construido (**la adopción**), después de un embarazo psicológico prolongado en el tiempo sin fecha probable de "parto". ¿Es el niño adoptado un niño a riesgo de recibir maltrato?. El poder verbalizar y canalizar, en esta fase, las preocupaciones ante profesionales que sepan escuchar con atención es otro apartado preventivo que se debe promover. Y consideramos que es también un trabajo que debemos realizar el conocer la red de profesionales que, en nuestra área geográfica, están más capacitados para afrontar cada una de las dificultades que las familias pueden tener. **De la misma forma que cada niño y cada familia tiene su singularidad, también cada uno de nosotros, los profesionales, somos más capaces en un aspecto que en otro.**

Y es a partir de este momento concepcional que se inicia un período que no ha recibido la atención necesaria, dentro del contexto del buen trato infantil. Y debemos reivindicar **el período prenatal, el embarazo**, como verdadero fundamento del edificio que vamos a construir: **los cimientos del niño** se gestan antes de que los pediatras neonatólogos lo atiendan. Y queda claro que si queremos hacer las cosas bien no nos podemos conformar con la Pediatría. Debemos reivindicar la Atención Maternoinfantil para asegurar el mayor interés de los menores. Deberíamos fomentar más medidas de **Protección y promoción de la Salud Materno infantil** como una forma efectiva de prevención primaria del maltrato infantil. No parece oportuno terminar la cimentación antes de llegar al nivel del suelo. Cuidado pues en forzar, por ejemplo, el ritmo del embarazo dado que el maltrato prenatal también puede generarse por omisión, voluntaria o involuntaria, de los cuidados que la madre gestante necesita recibir, en beneficio del bebé que espera. **Debemos fomentar las medidas que favorecen el bienestar maternal, y por tanto también fetal, y reducir aquellas otras que repercuten negativamente. Debemos cimentar este paso previo al bebé que llegará, sabiendo que su buen desarrollo postnatal va a depender, y mucho, de esta fase prenatal**, fase que es preciso incorporar en nuestro campo de interés pediátrico. Es con este mismo espíritu que hace poco leíamos que "todo lo que





el árbol tiene de flor y de fruto, de alegría, de extraordinario, vive de lo que tiene enterrado, de las raíces, de la convicción y la fe". Pero también es cierto que en este período prenatal inicial pueden darse circunstancias que obliguen a tirar adelante un embarazo a pesar de no desearlo la madre, con lo que se debe prever qué soporte vamos a ofrecer, tanto a ella como al bebé. Y para evitar también que la clandestinización de las interrupciones voluntarias del embarazo no ponga en riesgo a ambos.

Y una vez **hemos llegado a ras de suelo, en el período perinatal**, todo va a ser más fácil y visible a los ojos pediátricos. La formación sobre los aspectos psicológicos y emocionales, de la madre y el recién nacido, **durante el parto y las horas posteriores** no ha recibido hasta hace poco suficiente importancia en la formación de los pediatras y neonatólogos. La prematuridad, la cesárea, el intervencionismo terapéutico o la separación precoz del bebé pueden dificultar en el establecimiento del necesario vínculo afectivo vínculo afectivo.

¿Qué es lo que hace a la Pediatría distinta de la Medicina de adultos? Que ejercemos de supervisores del proceso de crecimiento global de los niños, pero también psicológico de los padres. Y también de los hermanos. El edificio infantil va a tener una estructura básica que será común a la mayoría de ellos. Pero va a ser muy distinta la forma de construirlo en función de múltiples factores: algunos muy ligados a la propia historia familiar de los padres y otros condicionados a las circunstancias ambientales en las que éstos van a criar a sus hijos. Hay una película que ilustra a la perfección esta hecho: "Babies" (3). Y es evidente que en esta **fase postnatal** van a intervenir muchos operarios, cada cual con su especialidad, conocimientos y propuestas. ¿Cuál es nuestro papel como pediatras de Atención Primaria? Sabernos supervisores de las diferentes intervenciones (también de la nuestra) que cada familia solicita para su edificio, para nuestro pequeño paciente, con la finalidad de asegurar que son las más adecuadas para su singularidad. La superespecialización de algunos operarios puede llevarles a intervenciones que no tengan en cuenta la especificidad de un determinado niño y sus circunstancias familiares. Y si queremos acompañar las familias en su proyecto es preciso que nuestra formación continuada se interese en todos los aspectos que la crianza de un niño incluye y conozcamos el medio en el que las familias que atendemos viven. El sabernos parte de una red, en la que todos los profesionales del mundo de la infancia son importantes, nos recuerda aquel dicho africano que afirma que "para educar a un niño hace falta la colaboración de toda la tribu". Y en el transcurso de esta construcción es evidente que la primera infancia, especialmente los tres primeros años de vida (los mil primeros días), además del ya comentado período prenatal, son fundamentales y van a marcar la pauta de los pisos superiores. Porque, cuando el edificio infantil está ya hecho, es relativamente fácil cambiar lo accesorio y los complementos, pero no así la estructura y sus cimientos, tanto físicos como psicológicos y emocionales. Y es evidente que **el envigado del edificio**, invisible exteriormente, es la base de su estructura interna, de su autoestima, basada, además de en una correcta alimentación y un ambiente



sano, en una **vinculación afectiva y efectiva** con las personas de referencia en su microsistema, primero, y en su exosistema y macrosistema, después.

Hemos de velar para que tanto nuestras actuaciones como la de los otros profesionales del mundo de la infancia se adecuen a lo que cada niño y cada familia precisa en cada momento. Debemos ser valedores y defensores de los derechos que, como sociedad, les hemos reconocido. Ellos son los que dan sentido a nuestra profesión, y tenemos el deber legal y moral de reivindicar para ellos la mejor atención posible. La Guía práctica del buen trato al niño **(4)** nos ofrece, entre otras buenas fuentes **(5,6,7,8)**, útiles orientaciones preventivas tanto para las familias como para todos los profesionales implicados en el trato y la protección de la infancia, los pediatras entre ellos.

Porque si definimos la salud como algo positivo ("el bienestar bio-psico-social" o "aquella forma de vida libre, gozosa, solidaria y autónoma") y no solamente la falta de enfermedad, también debemos plantearnos el buen trato a todos los niños como el objetivo a conseguir. Si vamos hacia esta meta nos resultará fácil ir dejando de lado todo aquello (las distintas formas de malos tratos y negligencias en la atención materno-infantil) que no nos lleva allí.

La mejor forma de ayudar a un niño es apoyar a sus padres. La mejor forma de ayudar a las familias es apoyar a los profesionales que tienen este encargo social. La red de ayuda funcionará mejor si los nudos están motivados e interconectados.

Como pediatras nos cuesta aceptar que nuestra formación no nos ha dado recursos suficientes para enfrentarnos a problemas, como el del maltrato infantil, de etiología compleja. Reconocerlo es el primer paso para encontrar la ayuda que necesitamos, **ayuda** que está ahí, **en los otros profesionales de la red ayuda** que nos acompañan en la compleja tarea de acompañar a los padres a hacer crecer a los menores, a construir el edificio singular que cada niño es. Y así como estamos convencidos que la mejor manera de ayudar a un niño es ayudar a sus padres también sabemos que la mejor forma de apoyar a las familias es asegurar la calidad de la red de apoyo social de la que formamos parte. El mejorar el trabajo en equipo es, pues, fundamental, pero también lo es exigir, en beneficio de las familias que acuden a nosotros, que podamos trabajar en las mejores condiciones posibles en interés de los menores, y podamos sentirnos útiles con nuestra profesión.

Palabras Clave / Keywords.

Salud materno-infantil. Promoción del buen trato. Vinculación afectiva. Trabajo en red.





Referencias bibliográficas / Webgrafía.

1. Cyrulnik B. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Editorial Gedisa. Barcelona.

El autor nos ofrece en este libro una visión alternativa y optimista a las actuales teorías sobre el trauma infantil y sus efectos dañinos e irreparables. A través de ejemplos nos muestra la existencia de un mecanismo de autoprotección, la resiliencia, que se pone en marcha desde la infancia mediante el tejido de lazos afectivos y la expresión de emociones y que amortigua el choque de la experiencia traumática. Para él ninguna herida es irreversible, y un niño herido no está condenado a convertirse en un adulto fracasado ya que no todo se juega antes de los tres años y no todo está decidido a los seis. En contra de la creencia general, un niño maltratado no tiene por qué convertirse en un padre maltratador.

2 . Domingo-Salvany, Francesc. *El maltrato infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución.* *Pediatría Integral* 2013;XVII(10): 694-712

3. "Babies". *Película-documental de Thomas Balmès - 79' (2010)*

Esta película sigue a cuatro bebés desde antes de su nacimiento hasta el día de su primer aniversario. Dos de ellos viven en zonas rurales (Ponijao en Namibia, y Bayar en Mongolia), y dos en áreas urbanas (Mari en Tokio, y Nattie en San Francisco).

4. García Pérez J, Martínez Suárez V. *Guía práctica del buen trato al niño.* Madrid: IMC. Lab Heel. 2012. (226p.)
 Guía práctica dirigida por dos pediatras expertos en este tema que, con la ayuda de sus colaboradores, dan útiles orientaciones preventivas tanto para las familias como para todos los profesionales implicados en el trato y la protección de la infancia (ámbito familiar, sanitario, educativo, recreativo, social, adoptivo, policial y judicial, Guardia civil, centros de acogida, medios de comunicación, niños con dificultades especiales).
 Recuerda un clásico: *La Guía de Atención al Maltrato* (1993), de ADIMA - Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato), que se orientó también a los diversos colectivos profesionales que pueden tener contacto con el mundo de la infancia.

5. Soriano Faura FJ. *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud.* En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea].* Actualizado octubre 2011. [consultado 03-04-2013].





Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>

Extensa revisión de 2011, que incluye los siguientes apartados: Definición y tipos de maltrato infantil intrafamiliar; Magnitud del problema del maltrato infantil; Indicadores de riesgo asociados; Intervenciones preventivas; Efectividad de la prevención desde Atención Primaria; Recomendaciones de PrevInfad; Estrategia de búsqueda de la actualización; Bibliografía. Artículo de referencia para los pediatras de Atención Primaria del Grupo de Actividades Preventivas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que incluye orientaciones para los diferentes niveles de prevención.

6. Barudy j, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Ed. Gedisa; 2005.(254p)

Guía para, por un lado, informar y concienciar a progenitores y educadores sobre la importancia de una crianza responsable y respetuosa y, por otro, para mostrar el poder de los buenos tratos para ayudar a los niños a recuperarse de las violencias psíquicas y físicas sufridas en la propia familia, en instituciones o en su entorno social.

7 - *Fernández Hurtado I, Gabarrell Guiu C. Els braços que no malcrien. Pagès editors. Lleida, 2016*

Un precioso libro que reflexiona sobre los inicios de la vida i de la importancia capital del buen desarrollo emocional de nuestros hijos e hijas, escrito por dos madres, una psicóloga y psicoterapeuta y, la otra, pediatra líder en la promoción de la lactancia materna (en catalán).

8 - "Atención, frágil". ACIM, 1990.

Fascículo destinado a los padres con consejos amables por medio de còmics orientados a aceptar los problemas más frecuentes de crianza durante los primeros 3 años de vida.





Cláusula relativa al uso de los datos de carácter personal:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados van a ser incluidos en un fichero de datos de carácter personal, con la titularidad de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), con domicilio en C / Delicias, nº. 8, entreplanta. 28045, Madrid, entidad destinataria de la información facilitada.

De conformidad con el Art. 6.1 de la LOPD, le comunicamos que los datos solicitados serán utilizados por FAPMI para la difusión de sus actividades y, con su firma, Ud. autoriza la cesión de dichos datos a otras entidades colaboradoras de la Federación o con fines análogos y complementarios. Ud. tiene derecho a acceder, modificar y cancelar los datos contenidos en nuestro fichero dirigiéndose a la dirección antes mencionada, a la atención de la Secretaría de la FAPMI.



UNIVERSITAT
BARCELONA