



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

M. GARCIA FUENTES
Facultad de Medicina.
Hospital Valdecilla. Santander.

Han sido definidos una serie de factores psicológicos y ambientales (1) que cuando se dan de forma aislada o combinada en una familia o grupo social, condicionan un mayor riesgo de que se produzcan en dicho grupo malos tratos en la infancia (MTI). La acción preventiva encaminada a evitar los malos tratos en estos grupos de riesgo, se denomina prevención secundaria.

Es importante resaltar la importancia de la prevención secundaria de los MTI, ya que las medidas de prevención primaria dirigidas a suprimir de nuestra sociedad las situaciones de riesgo, son de difícil realización a corto plazo. Por otra parte la prevención terciaria dirigida a evitar la repetición de los malos tratos en un niño del que ya se ha abusado, fracasa en un elevado porcentaje de casos (2)

Para realizar una prevención secundaria de los MTI, debemos en primer lugar identificar las familias que presentan factores de riesgo, y a continuación intervenir sobre dichas familias para evitar que se produzcan los malos tratos.

IDENTIFICACION DE LAS FAMILIAS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO DE MTI.

La identificación de las familias o grupos de riesgo, puede realizarse a través de unos tests objetivos que valoran una serie de variables psicológicas y sociológicas (1, 3), que se muestran en la tabla I. Utilizando esta estrategia, aproximadamente el 20% de las familias presentan factores de riesgo (3). Otros autores han identificado las familias con riesgo de MTI a través de una valoración subjetiva de ciertos comportamientos y actitudes (4). Utilizando esta última estrategia, se detecta tan solo un 6% de familias con riesgo de MTI, lo que implica el reconocimiento de que a pesar de la existencia de ciertos factores de riesgo psicológicos y/o ambientales, existen otros factores individuales "protectores", que impiden el que se produzcan los malos tratos.

La identificación de las familias que presentan factores de riesgo de maltrato infantil debe ser realizada lo más precozmente posible, ya que la mayoría de los casos de maltrato se producen durante los primeros años de vida del niño. Ya durante el emba-

razo pueden apreciarse actitudes en los padres (rechazo de la maternidad, falta de ilusión en el próximo nacimiento, etc.) que deben ponernos en aviso de que el futuro niño corre el riesgo de sufrir abandono o malos tratos. La existencia en los progenitores de algunas de las variables psicológicas y sociales que se recogen en la Tabla I deben ser así mismo motivo de alarma.

El parto y los días inmediatos al mismo en los que la madre y el niño permanecen ingresados en la clínica, constituyen una magnífica ocasión para detectar actitudes sospechosas (quejas excesivas del llanto del niño, reacción desfavorable ante la tarea de cambiar los pañales, etc...). Las visitas de puericultura realizadas durante las primeras semanas de vida son momentos idóneos para confirmar o desestimar las valoraciones acerca del riesgo de malos tratos que han sido hechas durante el embarazo o el parto.

En esta época precoz de la vida del niño, la responsabilidad de la detección de familias riesgo de MTI recae fundamentalmente en los profesionales sanitarios (ginecólogos, pediatras, enfermeras y matronas). En épocas posteriores tienen una gran importancia en esta detección el personal de las guarderías, y en la edad escolar los maestros.

Unas premisas fundamentales para que por parte del personal sanitario y los maestros sean identificadas las familias con riesgo de MTI, es el conocimiento y la sensibilización ante el problema. Es importante que estos profesionales sean formados adecuadamente desde sus respectivas Facultades y Escuelas en la problemática de los malos tratos en la infancia y en particular de los factores que los condicionan, siendo asimismo muy conveniente mejorar sus conocimientos en el campo de psicología,

y específicamente en la dinámica de las relaciones que se establecen en el grupo familiar.

Asimismo es importante tener en cuenta para realizar una detección de los factores de riesgo, que una valoración adecuada de la situación familiar no puede realizarse en consultas masificadas donde apenas se dispone de unos pocos minutos para visitar a un niño. Se requiere tiempo y un ambiente adecuado para entrevistarse con los padres en condiciones idóneas y poder percibir comportamientos y actitudes sospechosas.

El médico deberá valorar adecuadamente aparte de las variables ambientales y psicológicas ya referidas, ciertos detalles que se pueden advertir en las sucesivas visitas: falta de aseo en el niño o en los padres, "olvidos" en la administración de medicaciones o de vacunaciones, faltas repetidas y no justificadas a la consulta, excesiva frecuencia de accidentes, etc. Una falta de ganancia ponderal puede ser el signo de alarma de un maltrato afectivo. Asimismo síntomas inespecíficos que suelen presentar con frecuencia niños mayorcitos (dolores abdominales, cefaleas, etc.) pueden ser la expresión de un maltrato afectivo o de un abuso sexual. La valoración adecuada de estas situaciones presentan una extrema dificultad y siempre deberán ser abordadas con un gran tacto y delicadeza, requiriéndose a menudo la colaboración del psicólogo y del trabajador social.

ACTUACION ANTE LA IDENTIFICACION DE UNA FAMILIA DE RIESGO DE MTI.

De nada sirve que realicemos una detección de familia riesgo de MTI si luego no actuamos adecuadamente sobre ella. Puede ser incluso contraproducente el calificar a una familia como potencialmente

maltratante si posteriormente la actuación sobre la misma no es correcta.

En primer lugar conviene resaltar que la actuación de la familia riesgo de MTI, presenta una problemática que no está solucionada en la actualidad. Hay que tener en cuenta que todo programa de prevención de MTI conlleva unos costes que en algunos casos pueden ser importantes. Por este motivo dichos programas deben basarse en experiencias previas de eficacia contrastada adaptándolas a las posibilidades y características socioculturales de la región donde se pretende su aplicación, siendo asimismo conveniente el desarrollo de procedimientos de control y evaluación de dichos programas.

Han sido aplicadas distintas estrategias de actuación en las familias que presentan riesgo de MTI. Se ha preconizado el contacto precoz de la madre con el hijo en el período postparto con resultados no del todo coincidentes en cuanto a la prevención de los MTI (5, 6). En cualquier caso el contacto precoz influye positivamente en la relación madre-hijo y es un derecho de ambos, por lo que debe ser realizado siempre que sea posible, independientemente de la existencia de factores de riesgo de MTI. Asimismo se han preconizado otras estrategias, como la reeducación de conductas de los padres en el período prena-

tal (7) consultas intensivas pediátricas (8) y visitadores domiciliarios (9). Estas visitas domiciliarias deben de realizarse por personal especializado para que sean efectivas, siendo ésta una estrategia de elevado coste.

La estrategia a seguir en relación a la prevención secundaria de los MTI debe diseñarse en cada Comunidad contando con los recursos existentes en la misma y creando un plan que coordine a todos los profesionales e Instituciones implicadas en el tema. En Cantabria, recientemente hemos creado una Mesa de Trabajo interdisciplinaria para el estudio y prevención de los malos tratos en la infancia. En esta Mesa estamos trabajando en un plan de prevención de los malos tratos en la infancia, que se basa en el aprovechamiento coordinado de los recursos sanitarios existentes, fundamentalmente red de Unidades Básicas de Asistencia Primaria y Equipos de Asistencia Social de la Dirección Regional de Bienestar Social. En este plan, el Equipo de Asistencia Primaria en Pediatría es una pieza clave en la calificación de una familia como de riesgo y en la coordinación de las acciones a realizar ante dicha calificación. Creemos que el éxito del mismo se basa en gran parte en la colaboración de los profesionales sanitarios a quienes pretendemos motivar a través de publicaciones y sesiones conjuntas.

BIBLIOGRAFIA

1. Paúl J., Alzate R., Ortiz M.J., Echevarría A., Arruabarrena M.I.: Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988.
2. Cohn A.H., Daro D.: "Is treatment too late: what ten years of evaluative research tell us". *Child Abuse Neglect*, 1987; 11: 433-442.
3. Muñoz Cacho P.: Prevención secundaria de los malos tratos infantiles. Libro de Ponencias del Simposium sobre "Malos tratos en la Infancia". Santander, Mayo de 1989. Páginas 85-93.
4. Marneffe C., Soumenkoff G.: Evaluation en prevention primaire: Un must. II. Le point de vue pedopsychiatrique. *Child abuse Neglect*. 1986; 10: 53-61.

6. Siegel E., Bauman K., Schaefer E., Saunders M., Ingram D.: Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, Child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*. 1980; 66: 183-190.

7. Soumenkoff G., Marneffe C.: Evaluation en prevention primaire: une obligation. I. Le point de vue obstetrical. *Child abuse Neglect*. 1986; 10: 45-52.

8. Gray J., Cutler C., Dean J., Kempe C.H.: Prediction and prevention of child abuse and neglect. *Child abuse Neglect*. 1977; 1:45-58.

9. Olds D., Henderson C., Chamberlin R., Tatelbaum R.: Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986; 78: 65-78.

TABLA I

<u>1. Variables Sociológicas</u>	<u>2. Variables Psicológicas</u>
<u>Estatus socio-económico</u>	Depresión
Nivel de estudios	Ansiedad
<u>Estado civil</u>	Calidad de la historia personal en la infancia
<u>Edad a la que tuvo el primer hijo</u>	Percepción materna del temperamento infantil
Número de hijos	Ajuste marital
Diferencia entre los hijos	
Alcoholismo	
<u>Desempleo</u>	
Stress del individuo	
Apoyo social	

Las variables que aparecen subrayadas son las que han sido utilizadas con más frecuencia en los programas preventivos