

El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución



F. Domingo-Salvany

Centro de Atención Primaria Balaguer

Resumen

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. 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 parte del problema y podemos ser parte de la solución. El abordaje y la prevención del maltrato infantil empieza por nuestra formación sobre el tema, tanto en lo que se refiere a aptitudes (conocimientos) como a las actitudes.

Abstract

Child abuse constitutes one more symptom of unhealthy families or societies, designed by and for adults, where children's rights are not a priority. And this is true both for industrialised and developing countries. A child is abused when he or she is object of -physical and/or psychological- violence of action and/or omission on the part of the people and institutions responsible for the child's correct development. In order to define abuse, moreover, we must take into account the values which hold together the community we are talking about in relation to the children and their families. As professionals of health, we must not forget our role as defenders of children, and the fact of not exercising it constitutes a form of abuse by negligence. In front of a child with suspicion or evidence of abuse, our role, besides healing their lesions, includes ensuring their protection. Our action represents, quite often, the doorway and contact point of a child and their family with the social assistance network we are a part of. What we do in this first contact will condition greatly the essential interdisciplinary work that the child and their family will require later on. Pediatricians are part of the problem and could be part of the solution. The treatment and prevention of child abuse begins with our training in the subject, including both our skills (knowledge) and our attitudes.

Palabras clave: Maltrato infantil; Pediatría; Atención Primaria; Prevención; Trabajo en red.

Key words: Child abuse; Pediatrics; Primary Care; Prevention.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 694-712

“No me asusta la maldad de los malos; me aterroriza la indiferencia de los buenos”
Mahatma Gandhi

¿Alguien se acuerda de la convención sobre los derechos de los niños?

Hace cuatro años este artículo (*Pediatr Integral. 2009; XIII(10): 893-908*) comenzaba con una amplia descripción de la Convención sobre los Derechos de los niños⁽¹⁾. En él se apuntaba que, en aquel 2009, se cumplían 20 años de la firma de la Convención y que, a pesar de los esfuerzos de muchos, continuábamos con dificultades evidentes para asegurar los derechos básicos a millones de niños y niñas de nuestro planeta. En nuestro país, en estos cuatro años, la situación de crisis económica y social ha llevado a un aumento significativo de los índices de pobreza infantil y a un evidente incremento de las dificultades de muchas familias para la atención infantil. Esta realidad pone en evidencia que nuestro trabajo pediátrico no puede disociarse de nuestro trabajo social.

La Pediatría social no es tanto una subespecialidad pediátrica, es, más bien, una actitud ante la evidencia de que las causas que generan muchos de los problemas infantiles y familiares son sociales, pero cuyas consecuencias finales son pediátricas. Los pediatras, pues, somos parte del problema si no tenemos claro el interés superior del menor que la Convención nos apunta, y podemos ser parte de la solución si entendemos que, además de la cura de sus lesiones, nuestro papel ante un niño maltratado (física, emocionalmente, por negligencia, por abuso sexual y/o, de forma institucional) es asegurar su protección. Una ardua tarea, ciertamente, y más cuando el contexto económico no está en nuestras manos, y el maltrato institucional es una realidad.

De hecho, hay que ser conscientes de que “un niño es maltratado siempre que es objeto de violencia, física y/o psíquica, de hecho y/u omisión, por parte de las personas y/o instituciones de las que depende para su correcto desarrollo”. Al maltrato infantil institucional de forma indirecta (sin contacto directo con los niños y su familias) que

han ejercido y ejercen los responsables políticos y económicos no debería sumarse el maltrato institucional directo que podemos practicar los que debemos atender, en el día a día, a las familias y a sus niños y niñas, por muy difíciles que se pongan las condiciones de ejercicio profesional.

En un reciente artículo valorado críticamente⁽²⁾, se evidencia que también el maltrato infantil no sexual durante la infancia tiene repercusiones en la salud durante las etapas posteriores de la vida, y plantea a los pediatras de Atención Primaria su papel primordial en la detección precoz del maltrato infantil, en la necesidad de fomentar el mejor cuidado y crianza, en solicitar ayuda a los organismos de protección y en fomentar programas de prevención, apoyo y seguimiento. Si el problema es social debemos saber ser impulsores de la red social de ayuda a las familias como parte de nuestro quehacer profesional. ¿Para ir hacia dónde? La Convención⁽¹⁾ de la que hablamos nos sirve de guía y de camino. En esta ocasión, citaremos solamente las referencias principales que nos pueden evidenciar las metas, y remitimos al lector a la más extensa información en el artículo de 2009.

Introducción a la Convención y Artículo 19

Los cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos de los Niños son: la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño.

Los Estados parte de la Convención están obligados a estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de

cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

El niño: un edificio en construcción

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

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 quién debe asegurarlas, y que el 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 difundió 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 **ne-**

cesario 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 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 en las mejores condiciones físicas y emocionales para el futuro hijo o hija. Y los factores culturales y ambientales tienen mucho que ver para que una futura madre escoja un determinado instante vital para empezar la aventura. 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 ésta. Y se supone que con reciprocidad informativa. Algunas tendencias de prevención apuntan que sería interesante aprovechar los años de la escuela secundaria para formar sobre la responsabilidad de la paternidad y la maternidad a los futuros padres y madres. Hay otras, sin embargo, que no consideran el periodo de la adolescencia una buena opción. El motivo aducido es la falta de maduración del córtex prefrontal (¿hasta los veinte años aproximadamente?) con la consiguiente falta de razonamiento, y el predominio del todavía exaltado periodo puberal con dominancia del sistema límbico. Difícil e imaginativa tarea, pues, la de 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 ese **momento concepcional**, no siempre haga falta que sea el óvulo y el espermatozoide de una pareja tradicional los

que hagan 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 la 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. 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 paciente tiene su singularidad, también cada uno de nosotros, los profesionales, somos más capaces en un aspecto que en otro.

Y es a partir de ese momento concepcional cuando se inicia un periodo que no ha recibido la atención necesaria dentro del contexto del buen trato infantil. Debemos reivindicar el periodo 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 materno-infantil para asegurar el mayor interés de los menores. Tal vez, deberíamos fomentar más medidas de prevención de la prematuridad y de sus consecuencias 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 más las medidas que favorecen el bienestar maternal y, por tanto, también fetal, hasta el momento probable del parto, y reducir aquellas otras que repercuten negativamente. Debemos cimentar, pues, 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. Con este mismo espíritu 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 periodo prenatal inicial pueden darse circunstancias que obliguen a tirar hacia adelante su 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. Entre otras cosas, para evitar también que la clandestinización de las interrupciones voluntarias del embarazo no ponga en riesgo ambos.

Y, una vez **hemos llegado a ras de suelo, en el periodo perinatal**, todo va a ser más fácil y visible a los ojos pediátricos. ¿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. El edificio infantil va a tener una estructura básica que será común a la mayoría de ellos, pero va a ser muy distinta la foma 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 estos van a criar a sus hijos. Hay una película que ilustra a la perfección este hecho: “Babies”⁽³⁾. 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 (incluso 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 a 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 a las 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, la primera infancia, además del ya comentado periodo prenatal, es fundamental y va 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.

Hemos de velar, pues, para que tanto nuestras actuaciones como las de los otros profesionales del mundo de la infancia se adecúen 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.

El maltrato infantil en Atención Primaria de Salud

Los derechos de los niños aquí y ahora. ¿Cómo podemos avanzar?

En nuestro mundo occidental, por otro lado, hemos visto como muchas familias han pasado de las posiciones autoritarias que los padres vivieron en su infancia al extremo opuesto de la dejadez en la educación de sus hijos. Nos encontramos ahora con situaciones de maltrato de los padres por parte de los hijos por la falta de imposición de límites. La negligencia parental en una sociedad líquida, en la que el esfuerzo, el sacrificio y la coherencia han perdido su valor, nos ha hecho olvidar que: “los niños tienen derecho a tener deberes”. Después de 20 años de derechos, hemos olvidado que, como alguien ha afirmado: “educa más un no que un sí”. Un buen ejemplo del difícil equilibrio entre

la vinculación afectiva por defecto y por exceso: desatención *versus* sobreprotección. Para educar hace falta la aportación de cuatro factores: amor incondicional, disciplina, tiempo y libertad para equivocarse. Demasiado compromiso y esfuerzo, tal vez, para unos años de bonanza económica que ya quedaron atrás, y en los que tampoco los mayores hemos hecho nuestros deberes.

El año 2008, se celebró en Valladolid el IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil. “Trabajando en red: claves para avanzar” fue el lema del Congreso⁽⁴⁾. Resume, según el autor, la única forma de abordar un problema que, como todos los de la Pediatría Social, tiene unas causas sociales pero unas consecuencias pediátricas. El maltrato infantil constituye la manifestación externa de una sociedad enferma, pensada por y para los adultos en beneficio de los adultos, y en el que el cacareado interés superior del menor queda en un segundo plano. ¿Qué podemos hacer, entonces, nosotros, pediatras de Atención Primaria, ante un fenómeno que nos supera? ¿Cuáles son las claves para avanzar? Remitimos al lector a la información del congreso para una lectura más extensa, pero apuntamos los nueve puntos clave que ya ampliamos en el artículo de 2009:

1. **Reto:** gestionar la complejidad de contextos, personas y momentos.
2. **Método:** aceptar la incertidumbre. Explorar y descubrir lo posible.
3. **Sentido:** hacer más de lo que funciona.
4. **Cambio:** la posibilidad del cambio somos cada uno de nosotros.
5. **Compromiso:** abrazarnos.
6. **Perspectiva:** “trabajando con niños nunca se puede perder la esperanza”...
7. **Transparencia:** todos/as formamos parte de la solución.
8. **Claridad:** en los criterios, en los procedimientos, en las responsabilidades.
9. **Red:** “somos porque intersomos”... aun con muchos recursos, metas, transparencia. Los actores sociales somos inevitablemente nudos en una red de relaciones. Y los casos y su evolución tienen mucho que ver con procesos reticulares casi siempre implícitos e informales. Las personas somos redes en sí mismas.

Y es necesario insistir en esta última conclusión.

Las redes informales, las que construimos cada día en la Atención Primaria al compartir con el o la compañero/a aquel caso que nos preocupa, son las realmente efectivas. Las redes formales, oficiales y protocolarias, se preocupan, demasiado a menudo, en mantener inter e intrarrelaciones institucionales, alejadas del quehacer diario de los trabajadores de primera línea y de las preocupaciones de las familias y de sus hijos.

Otra vía de abordaje es la integración en asociaciones interprofesionales de los que trabajamos en el mundo de la infancia. La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) (<http://www.fapmi.es>) agrupa las distintas **Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil**⁽⁵⁾, que se fueron constituyendo de forma progresiva desde finales de la década de 1980 en cada Comunidad Autónoma a partir de la preocupación de diferentes grupos de profesionales por el conocimiento de los malos tratos a la infancia. Se consideraba entonces, como hoy, que es un problema en el que se precisa avanzar con respuestas institucionales y ciudadanas en consonancia con la gravedad del mismo.

En la actualidad, está compuesta por las siguientes Asociaciones Federadas de ámbito autonómico:

- Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM).
- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención de los Malos Tratos (ADIMA).
- Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia (AMAIM).
- Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia (APIMM).
- Asociación Valenciana para la Promoción de los Derechos del Niño y Prevención del Maltrato Infantil (APREMI).
- Asociación Pro Infancia en Navarra (APROIN).
- Asociación Asturiana para la Atención y el Cuidado de la Infancia (ASACI).
- Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM).
- Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS).

- Asociación Castellano-Leonesa para la Defensa de la Infancia y Juventud (REA).

Maltrato infantil versus buen trato infantil

Para evitar el maltrato infantil debemos plantearnos el buen trato a todos los niños como el objetivo a conseguir. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde.

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 haber de resolver las consecuencias de una negligencia en la atención. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde. 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 tal vez permitan o ayuden a superar las dificultades sin necesidad de la yatrogenia o la victimización de algunas de nuestras actuaciones. Sin olvidar tampoco que, como afirma Boris Cyrulnik⁽⁶⁾: “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**. Ya Epicteto, en el siglo I antes de Cristo afirmaba que: “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”.

La premisa previa en cualquier tema es definir de qué vamos a hablar. Este no es un problema menor cuando abordamos los malos tratos a los niños. Para nosotros (ACIM-Associació Catalana per la Infància Maltractada), 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”. No es una definición dogmática o clarificadora y nos plantea el problema de saber qué es maltrato y qué no lo es. Pero tiene el valor de centrarse en las necesidades del niño como objetivo a conseguir. Nos traslada al otro lado de la moneda: el buen trato a que toda persona en crecimiento tiene derecho.

Y es preciso considerar cuáles 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 inmigrado 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 dónde acaba la corrección y dónde empieza el maltrato. Todavía hoy, un número importante de ciudadanos acepta que un bofetón es un buen recurso educativo.

Si definimos la salud como algo positivo (“el bienestar bio-psico-social” o “aquella forma de vivir 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 por el camino todo aquello (las distintas formas de malos tratos) que no nos lleva allí. La reciente *Guía práctica del buen trato al niño*⁽⁷⁾ nos ofrece, entre otras buenas fuentes⁽⁸⁻¹⁰⁾, 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.

La epidemiología del maltrato infantil y los pediatras

El pediatra puede tener una visión negativa de las familias en condiciones de falta de higiene. La higiene y la limpieza no siempre se asocian a un ambiente psicoafectivo favorable.

Los casos de maltrato infantil diagnosticados (y, no por ello, abordados y tratados correctamente) son sólo la punta de un gran iceberg, cuya línea de flotación estará en función del grado de sensibilidad social en relación al buen trato, así como de nuestras aptitudes profesionales en reconocer los factores favorecedores de su presentación y los signos y síntomas que orientan al diagnóstico. Pero ello, no lleva a ninguna parte si no se acompaña de nuestra disposición a actuar en beneficio del niño y de su familia. Y, tal vez ahí, los pediatras de Atención Primaria no damos

suficientemente la talla. Y es por ello que este escrito tiene su objetivo más orientado a nuestra actitud que a nuestra aptitud, más a nuestra disponibilidad que a nuestra capacidad para recordar y/o reconocer signos y síntomas.

Los datos reales, por tanto, son desconocidos. Y aquellos de los que disponemos deben ser valorados con medida. Los datos epidemiológicos en los estudios realizados en los años 1988 y 1998 en Cataluña detectaron, en el año 1988, un total de 5.989 casos de maltrato infantil. Las negligencias (78,5%), los malos tratos psicológicos (43,6%), y los malos tratos físicos (27%), fueron los más notificados. El número de casos de abuso sexual comunicados fue muy bajo (2,1%), en comparación con la realidad que otros estudios de ámbito estatal apuntarían más tarde (19%, en el de López, en 1994). Diez años más tarde, en 1998, se repitió la encuesta con los mismos destinatarios. De los 21.000 casos comunicados entonces, las negligencias (72,7%), los malos tratos psicológicos (38,8%) y el maltrato físico (15,5%) continuaban en los tres primeros lugares, todos ellos en porcentaje menor al del estudio anterior. El abuso sexual, en cambio, ascendió al 9,2%, multiplicando por más de cuatro su porcentaje. El análisis de los datos puede llevar a engaño si lo único que deducimos es que ha aumentado mucho el abuso sexual, sin tener en cuenta que lo que el estudio realmente refleja es la mejora en la capacidad de detección de los profesionales, que durante el decenio que medió entre los dos trabajos estadísticos recibió formación por medio de diferentes campañas orientadas a mejorar tanto las aptitudes (el grado de conocimiento sobre el tema) como las actitudes (el grado de implicación para activar la red social de apoyo de la que los pediatras formamos parte). El lema de la principal iniciativa lo dejaba bien claro: “No estás solo, no le dejes solo”. El saber qué hacer cuando sospechamos que un niño o una niña han sido abusados o maltratados permite dar salida a situaciones difíciles de gestionar cuando nos creemos solos ante la duda diagnóstica y/o el desconocimiento de las consecuencias que puede conllevar la denuncia de un caso. Sabiendo, además, que tenemos la obligación legal de co-

municar al juzgado todos los casos que diagnosticamos.

En la revisión de Soriano⁽¹¹⁾, los casos declarados en España en el año 2005, según el “Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía”, fueron de 0,84 niños maltratados por 1.000 niños menores de 18 años. La incidencia de maltrato en el ámbito familiar entre 2001 y 2005 había aumentado un 146,2%. En este estudio, la negligencia representó el 86,4% del total de los malos tratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual sólo representaron el 3,6% de todos los casos informados de maltrato, un porcentaje muy alejado del 19% del estudio de López (1994) citado anteriormente.

El mayor control social hace que la mayoría de los casos se detecten en los estratos socioeconómicos desfavorecidos, que son los que más acuden a los servicios de atención de titularidad pública. En estos ambientes sociales, el paso al acto, la agresión y la violencia acostumbra a ser la respuesta inmediata a las situaciones de conflicto con que todas las familias se encuentran. En los niveles socioculturales más altos, podemos encontrar malos tratos psicológicos de acción (menosprecio, rechazo, burla) y/u omisión (desinterés por la vida de los hijos, dimisión de la función parental). Los abusos sexuales, a pesar de encontrar el camino fácil en los medios más deficitarios a causa de las condiciones de vida, no son exclusivos de ningún ambiente sociocultural. El pediatra puede tener una visión negativa de las familias en condiciones de falta de higiene y llegar a la conclusión de que existen negligencias. La higiene y la limpieza no siempre se asocian a un ambiente psicoafectivo favorable. Y la situación inversa también es cierta.

Etiopatogenia y orientaciones preventivas

En el modelo de interacción social para que exista maltrato intrafamiliar deben coincidir cuatro factores: un padre o una madre especial, un niño o niña especial, la tolerancia social de la violencia y una crisis desencadenante.

¿Por qué una especie de este planeta es capaz de lesionar a sus propias crías? Las explicaciones a este hecho han sido diversas. Para explicar el maltrato intrafamiliar, se ha oscilado desde el modelo psiquiátrico, que consideraba que todos los agresores eran enfermos mentales, hasta el modelo social, que ponía el énfasis en las dificultades de orden económico y cultural de los padres, llegando, finalmente, a un término medio en el **modelo de interacción social**. Para éste, para que exista maltrato, deben coincidir cuatro factores: un padre o una madre especial, un niño o niña especial, la tolerancia social de la violencia y una crisis desencadenante. Las características que definen un **padre o madre especiales** incluyen, entre otros: a) maltratado/-da durante su infancia; b) apatía, depresión y/o intolerancia a la frustración; c) difícil control de su agresividad; y d) antecedentes de experiencias educativas deformantes. De todas formas, la causa que cada vez recibe más importancia como factor etiológico es el aislamiento social. Romper este aislamiento, permitir que estas personas sientan el apoyo social de otros y que sepan dónde acudir en caso de necesidad, constituye un objetivo fundamental de la prevención. Entre los datos que llevan a que un/-a determinado/-a **niño o niña** sea **especial** y, por tanto, víctima de la violencia, encontramos: a) hijo no deseado o fruto de otra unión; b) prematuro o neonato que ha sufrido una separación precoz de sus padres; c) niño o niña con enfermedad crónica, malformación o invalidez; d) partos múltiples; y e) niño hiperactivo y/o con llanto continuado. Conseguir que todos los hijos sean deseados (“un niño ya nace cuando aparece en sus padres el deseo de tenerlo”), que el apego entre los progenitores y los bebés se establezca de una forma positiva lo más precozmente posible y que su nivel de salud llegue a sus máximas posibilidades, constituyen otras estrategias para evitar los malos tratos infantiles. La **tolerancia social de la violencia** como un sistema válido para resolver los conflictos justifica que se mantenga como una forma aceptada para educar a los hijos. Fomentar el uso de métodos alternativos para conseguir la disciplina y la corrección en los niños es otra vía de

prevención de la violencia intrafamiliar. Es en esta dirección que actúa “Save the Children”, con su campaña para la sensibilización contra el castigo físico en la familia: “Educa, no pegues!”. La **crisis o episodio desencadenante** puede ser cualquier contratiempo o situación que los padres sientan como tal: desde el llanto del bebé en la madrugada hasta la rotura accidental de un jarrón por parte de un niño movido. La anticipación y la información sobre las situaciones más habituales y previsibles en función de la edad del hijo o hija durante las visitas de seguimiento, como una guía anticipatoria informativa y desangustiante, es otra de las vías de prevención.

La responsabilidad del buen trato a los menores nos compete a todos, y no solamente a sus familiares.

El otro modelo etiopatogénico es el **modelo ecológico**, que nos permite entender mejor la presencia de otras formas de maltrato que van más allá del maltrato intrafamiliar. La figura 1 lo resume en una imagen. Y nos lleva a comprender que el buen trato a los niños no compete exclusivamente a sus progenitores. 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. 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. Involviendo 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.

Los pediatras de Atención Primaria, hoy: ¿agentes de maltrato infantil?

Este escrito tiene su objetivo más orientado a nuestra actitud que a nuestra aptitud, más a nuestra disponibilidad que a nuestra capacidad para recordar y/o reconocer signos y síntomas.

Demasiado a menudo, la primera reacción social (también de los profesionales sanitarios) ante un nuevo caso de maltrato es: “el culpable, a la prisión y el niño, a la institución”. Sin darnos cuenta de que, muchas veces, nuestra actuación como profesionales dista mucho del ideal que deseáramos ofrecer. ¿Que la situación actual no es halagüeña para el ejercicio de nuestra tarea en el ámbito de la Atención Primaria de Salud? Ciertamente, pero ello no es excusa para detenerse. Cuidado, pues, ya que sería muy triste que nuestra falta de previsión y nuestra dejadez en la defensa de los derechos de los niños que atendemos nos convirtiera en maltratadores institucionales por acción u omisión. En un reciente artículo sobre las competencias en Pediatría, se insiste en nuestro deber como portavoces y veladores de los derechos de los niños. En él, se resaltan los tres aspectos diferenciales que el ejercicio de la Pediatría tiene en relación con los otros campos de la Medicina: a) todo lo que se refiere a la prevención (primaria, secundaria, terciaria y, yo añadiría también, cuaternaria); b) todo lo que se refiere a la capacidad de comunicación con el paciente (del neonato al adolescente) y, más específicamente, en el tema que tratamos; c) el papel del pediatra como defensor del menor. Y en este camino no estamos solos. Los elocuentes dibujos de la publicación “Atención, ¡frágil!”⁽¹⁰⁾, en las figuras 2-6 nos ayudan a entender nuestro papel en el marco del modelo ecológico ya comentado. Son muchos profesionales con los que podemos compartir las dificultades que una familia puede generarnos: desde los que nos parecen más cercanos (el diplomado de enfermería, el trabajador social, el médico de cabecera de la familia, el psicólogo), hasta los que queremos lejanos (el juez, el fiscal, el médico forense, los cuerpos de seguridad). Cada uno de nosotros tiene su papel. Y es una suerte

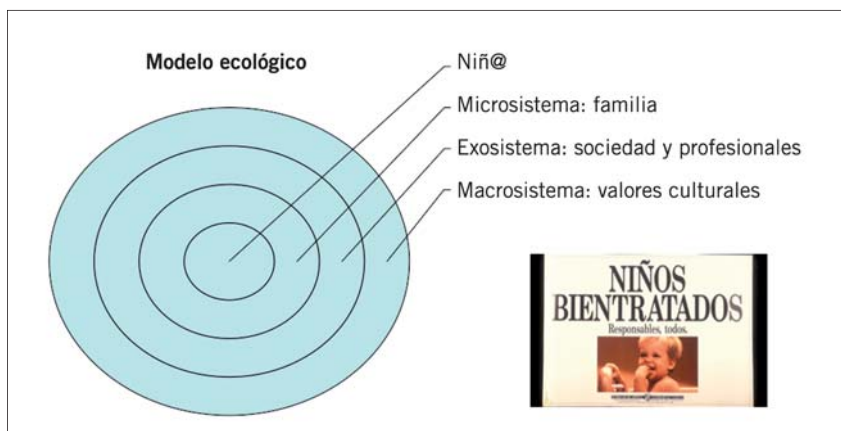


Figura 1. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 2. El maltrato infantil y el modelo ecológico.

que sea así, porque los casos de malos tratos constituyen una carga demasiado pesada para ser soportada solamente por una espalda. La red social que entre todos formamos va a poder contener los problemas que se nos presenten si cada uno de nosotros (un nudo en la red) cumple con su papel. Si en lugar de ello lo que ocurre es que, en nuestras relaciones interprofesionales, repetimos los mismos factores que llevan a la desestructuración familiar (rigidez, falta de diálogo, de intercambio, de aceptación del otro y de sus ideas) difícilmente vamos a conseguir nuestro objetivo: ser profesionales de una red de ayuda. Un nudo aislado poca cosa puede retener. Solamente si se siente parte de una red más amplia, y tiene una buena relación con los nudos vecinos, podrá ejercer su tarea de contención y apoyo. El primer paso para conseguir un correcto abor-

daje de las familias es la buena coordinación y entendimiento entre los que han de intervenir. Y la ignorancia de los otros integrantes de la red es, sin ninguna duda, nuestro primer error. Sabiendo además que, a menudo, debemos canalizar todos los esfuerzos de apoyo a una determinada familia en el profesional mejor situado en relación con los objetivos que, como equipo, deseamos obtener en cada caso. Y no siempre sabemos ceder nuestro protagonismo.

Las diferentes formas de maltrato infantil: signos de sospecha

Las negligencias (personales, familiares e institucionales) constituyen la forma más detectada de maltrato infantil pero no acostumbran a ser abordadas hasta que han llegado a la categoría de catástrofe.

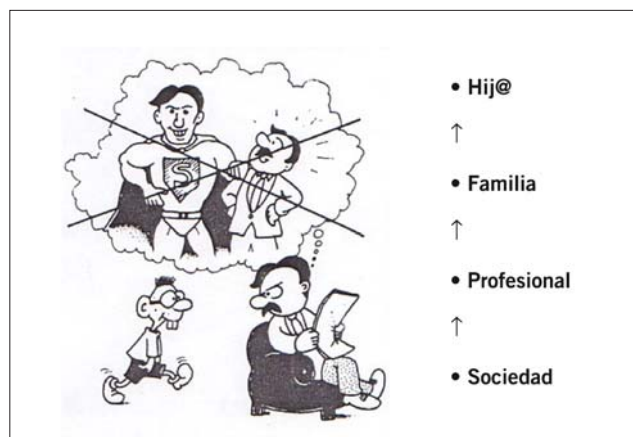


Figura 3. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 4. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 5. El maltrato infantil y el modelo ecológico.

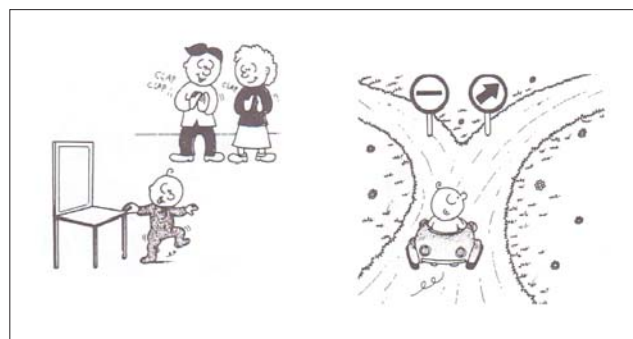


Figura 6. El maltrato infantil y el modelo ecológico.

En los trabajos de García y Martínez⁽⁷⁾ y en el de Soriano⁽¹¹⁾ hay abundante información sobre indicadores de las diferentes formas de maltrato. A ello podemos añadir la guía clínica de G. Gonzalo Oliván⁽¹²⁾. Apuntamos ahora,

brevemente, aquellos que consideramos más útiles:

Maltrato físico

Es la forma más conocida y la que provocó la primera definición especí-

fica de maltrato: el síndrome del niño apaleado. Incluye cualquier acto que comporte lesiones físicas, intoxicaciones y/o enfermedades. A pesar de que los accidentes son habituales en los niños, podemos sospechar que nos encontramos ante un traumatismo no accidental cuando:

- a. Los padres:
 - Retrasan la solicitud de atención médica.
 - Dan versiones discrepantes o contradictorias cuando se les pregunta por el origen de las lesiones.
 - Han acudido a otros centros sanitarios por episodios similares.
 - Toman una actitud pasiva ante el hijo lesionado.
 - Tienen antecedentes de maltrato durante su infancia.
 - Tienen una historia de aislamiento, depresión y/o intolerancia a la frustración.

Es preciso detectar precozmente las situaciones de riesgo cuando los padres o cuidadores:

- Piden ayuda de forma indirecta mediante la solicitud de atención urgente por problemas aparentemente banales, o inexistentes, o quieren un ingreso hospitalario, injustificado según nuestra opinión.
 - Peregrinan con el niño o niña por diferentes centros asistenciales.
 - Son incapaces de aplicar una disciplina coherente.
 - Desconocen el desarrollo normal de un niño y tienen unas expectativas exageradas sobre su comportamiento.
- b. El niño o niña:
 - Tiene menos de tres años.
 - Presenta algún tipo de invalidez (real o percibida así por sus padres) o enfermedad crónica y/o ha estado separado de sus padres precozmente, en especial si ha sido durante el periodo neonatal, o por periodos prolongados.
 - Lloro continuamente.
 - Toma una actitud defensiva o de miedo cuando un adulto se acerca.
 - Presenta lesiones características en diferente periodo evolutivo, principalmente:

- Lesiones cutáneas (moratones, mordeduras, quemaduras).
 - Fracturas recientes y/o antiguas.
 - Hematoma subdural, con o sin fractura, que puede manifestarse por un aumento del perímetro craneal, un trastorno de la consciencia, convulsiones y/o una hemorragia retiniana.
 - Es sujeto de negligencia habitual o presenta malnutrición y/o retraso pondoestatural y psicomotor.
 - Ha sufrido traumatismos recientemente y tiene antecedentes de episodios similares.
 - No tiene nuevas lesiones y mejora su estado físico y psicológico cuando se le separa del medio en que habitualmente vive (hospitalismo de signo inverso).
- c. La familia se encuentra inmersa en unas condiciones sociales y/o psicológicas desfavorables que pueden desembocar en violencia. Y es preciso tener en cuenta que, a menudo, es difícil saber dónde acaba la corrección y la disciplina paterna y dónde empieza el maltrato.

En estos casos es aconsejable obtener fotografías y/o filmaciones dado que, en caso de un eventual juicio y demanda de pruebas, permitirán objetivar el estado del niño o niña en el momento de la atención médica.

Maltrato por negligencia

Es la forma de maltrato infantil más frecuente, y no recibe el interés que esto le otorgaría debido, probablemente, a la multitud de factores que se encuentran en su origen y que escapan a las posibilidades estrictamente médicas. La explotación laboral va desde el trabajo físico en edad escolar hasta el uso de niños como reclamo para pedir caridad. El abandono es la forma más grave, pero también debemos incluir los casos en los que no se atienden las necesidades sanitarias, de alimentación y/o de abrigo mínimas o aquellas en las que se priva al niño o niña de una atención protectora y/o educativa.

Las manifestaciones que encontraremos en un niño o niña que se han visto privados, de forma crónica, de sus

necesidades nutricionales y/o afectivas incluyen:

- Retraso pondoestatural o hipotrofia por abandono, cuadro en el que destaca el adelgazamiento progresivo y la desnutrición, la posterior caída de la curva de talla y el mantenimiento del perímetro craneal, y el retraso de la edad ósea y dentaria. La esmerada realización de las curvas de somatometría es de una gran ayuda para evaluar correctamente estos casos. La retirada del niño del medio habitual donde vivía y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas provoca una mejora espectacular en su estado.
- Retraso psicomotor que afecta, a menudo, a los cuatro apartados: personal-social, lenguaje, motricidad global y motricidad fina. En el lactante, la plagiocefalia o alopecia occipital pueden ser orientativas de abandono.
- Trastornos de la conducta que, en los casos más graves, pueden presentarse con:
 - Actitud indiferente, con la mirada perdida o vacía, apatía, sin ningún interés por el juego.
 - Trastornos de la alimentación (vómitos, rumiación).
 - Actitudes de agresión al entorno, de autoagresión y/o autoestimulativas.

Una negligencia de corta duración puede no influir en la evolución del niño/-a, pero hay que tener en cuenta su edad y la intensidad de la privación. En los niveles socioculturales deficitarios, la negligencia, física y/o emocional, puede tener su origen en un desconocimiento de las normas básicas de puericultura aplicables en nuestra sociedad o en los problemas inherentes a una maternidad demasiado precoz, más que en un maltrato consciente. Sin olvidar que las actitudes culturales y/o religiosas de las familias pueden condicionar mucho las atenciones que sus hijos reciben.

Maltrato psicológico o emocional

Aparece cuando los adultos responsables provocan, con acciones o privaciones, sentimientos que repercuten negativamente en la autoestima del niño o niña y/o le limitan sus inicia-

tivas. Aquí encontraremos el desprecio continuado, el rechazo verbal, el insulto, la intimidación y el abuso de poder y la discriminación. A pesar de no dar signos y síntomas externos, la indiferencia y la ausencia de manifestaciones de apego pueden llevar, si persisten en el tiempo, a trastornos importantes de la personalidad. Y, a pesar de que afectan a niños y niñas de todos los ámbitos sociales, van a predominar de forma aislada allí donde la verbalización tiene su sistema de comunicación preferente, o sea, en los niveles socioculturales más altos. En los ámbitos económicamente más deficitarios, podemos encontrarlo asociado a otras formas de maltrato.

En los casos leves, vamos a encontrar trastornos del desarrollo: retraso psicomotor, inmadurez intelectual y dificultades de aprendizaje y de lenguaje. Si la privación se mantiene en el tiempo y/o se intensifica, aparecen problemas emocionales y/o de relación en forma de regresión o de conductas de tipo fóbico, histérico, maniaco y/o depresivo. El maltrato psicológico acaecido antes de la adolescencia tiende a expresarse en forma de trastornos de las funciones (alimentación, sueño, control de los esfínteres). A partir de la preadolescencia, predominan las manifestaciones emocionales y relacionales.

La sobreprotección y el aislamiento social secundario, en tanto que limita la capacidad del niño a crecer de forma cada vez más autónoma, es contraria al buen trato, protector pero también estimulador, que todo/-a niño/-a necesita. Constituye, por tanto, una forma de maltrato infantil por exceso.

Adopción y maltrato

Los expertos en seguimiento post-adoptivo aconsejan a los padres que dediquen el primer año a la creación y el fortalecimiento del vínculo afectivo intrafamiliar, tenga el niño adoptado la edad que tenga, antes de incorporarlo a la escuela, para conseguir así las mejores condiciones, tanto para el niño como para la familia. Esta realidad choca claramente con las posibilidades reales que las familias, adoptantes y no adoptantes, tienen de poder llevar a cabo una maternidad o paternidad responsable y consciente con las necesidades y el interés superior al menor.

En el apartado inicial, ya nos preguntábamos si el niño adoptado puede ser un niño maltratado. Y esto es así porque el enorme volumen de adopciones internacionales, de niños con un periodo prenatal y una primera infancia difíciles, que muchas familias españolas efectuaron hace unos 10 años, nos está aportando demasiados adolescentes con problemas de conducta que, ahora, las familias no saben ni pueden contener y que, en algunos casos, devuelven a la Administración para que se haga cargo de ellos.

Abuso sexual

Se incluyen aquí todos aquellos actos, tanto si son esporádicos como mantenidos en el tiempo, en los que se utiliza sexualmente a un menor en beneficio de un adulto que le coacciona o le somete por su autoridad. La forma más conocida de maltrato infantil intrafamiliar es el incesto. En estos casos, el código de silencio que existe dentro del núcleo familiar es el principal obstáculo para que, desde la misma familia, sea posible encontrar una salida. La falta de signos externos de agresión dificulta el diagnóstico. El abordaje del caso solamente es posible si somos capaces de detectar la situación de equilibrio abusador en que la familia vive. La “divulgación del secreto” del abuso, va a romper el (injusto) equilibrio familiar, pero es el primer e imprescindible paso para el abordaje terapéutico. Y aquí se nos plantea una evidente discordancia entre nuestra formación como restablecedores de desacuerdos y enfermedades y la necesidad de desequilibrar una familia hasta entonces sin aparentes o evidentes problemas. Pero no debemos olvidar nuestro papel como protectores de los menores.

El pediatra, que debe explorar sistemáticamente los genitales, incluida la zona anal, ha de plantearse el diagnóstico de abuso sexual si encuentra alguno de los siguientes signos de sospecha:

- Dolor, golpes, quemaduras y/o heridas en la zona genital y/o anal.
- Dificultad inexplicable para caminar o sentarse.
- Ropa rota o manchada de sangre y/o semen.
- Negación por parte del menor a realizar las actividades deportivas de su

edad y/o no querer utilizar la ropa adecuada para ello.

- Infecciones urinarias de repetición.
- Relajación del tono del esfínter anal.
- Menor (más allá del periodo perinatal y antes de la adolescencia) con enfermedad venérea de causa desconocida.
- Signos importantes de alteración emocional (huidas, cambios de conducta).
- Embarazo inesperado del que no se aclara la paternidad.
- Conocimientos y/o interés exagerado en el comportamiento sexual de los adultos.
- Molestias inespecíficas indicativas de abuso crónico: enuresis, encopresis, dolor abdominal recidivante, problemas escolares recientes.
- Niño víctima de otros tipos de maltrato.

La exploración debe registrar tanto los signos de abuso y las lesiones asociadas como el estado emocional del o de la menor o adolescente. Y debemos creer su versión si afirma que ha sido víctima de abuso. De todas formas, dado que no existen signos-guía patognomónicos y definitivos, hemos de ser prudentes para no diagnosticar falsos positivos. Caso de confirmarse la sospecha, debemos recoger el máximo de datos, si es preciso demorando unas horas la exploración (para hacerla conjuntamente con el ginecólogo y el médico forense, en el centro de salud o en el hospital) para evitar el tener que repetir los interrogatorios y las exploraciones, que representan para la víctima una nueva agresión. Sabemos que la urgencia en la práctica de una exploración y en la recogida de pruebas (esperma, sangre...) se sitúa en las 72 horas posteriores a la agresión. Si el posible contacto ocurrió hace más de tres días, la situación puede esperar a una visita más planificada y que evite atropellos y victimizaciones secundarias (y, por tanto, maltrato institucional por descoordinación por nuestra parte). Es aconsejable, si es posible, que la persona que ha merecido la confianza de la comunicación por parte del o de la abusado/-a esté siempre presente como interlocutor privilegiado que aminora la presión a que el menor va a verse sometido por parte de la familia y de la

misma sociedad, en la que, todavía, el abuso sexual continúa siendo un tema tabú. La grabación de la entrevista, previa demanda de autorización, puede ser una buena forma de proceder. Además, debemos dar a la víctima mensajes desdramatizadores (“no eres el/-a único/-a que ha sufrido esta situación”, “tú no eres responsable de todo lo que está ocurriendo y de lo que ha ocurrido”). Para los niños más pequeños, puede ser útil usar muñecos o dibujos. Y no nos olvidemos de preguntar al menor sobre el origen de las lesiones. *Save the Children* cuenta con un buen manual de formación sobre abuso sexual infantil, orientado a los profesionales, dirigido por Horno y cols.⁽¹³⁾

Dentro del abuso sexual, debemos incluir también las diferentes formas de explotación sexual comercial de la niñez, constituida por prácticas que son degradantes y, a menudo, atentatorias contra la vida de los niños. Existen tres formas principales e interrelacionadas: prostitución, pornografía y tráfico con propósitos sexuales. Otras formas incluyen el turismo sexual de la niñez y los casamientos tempranos.

Un sitio web especialmente sensible en el tema del abuso sexual infantil es el de la Asociación RANA⁽¹⁴⁾. Desde hace un año, el Consejo de Europa, por medio de la red de asociaciones de FAPMI, está impulsando en toda nuestra geografía la campaña “Uno de cada cinco”⁽¹⁵⁾, que es la incidencia de violencia sexual en los niños y adolescentes europeos. Esta campaña va destinada a sensibilizar a la población sobre la existencia de un tema, todavía tabú en nuestra sociedad, el abuso sexual infantil, y a ayudar a los niños y niñas a autoprotgerse, con una población diana en la franja de edad de 4 a 7 años. Para ello, se focaliza en la sensibilización de los maestros y psicólogos de las escuelas mediante sesiones de formación. Otra excelente fuente de formación, en este caso sobre el abuso sexual intrafamiliar, es la película “No tengas miedo” de Moncho Armendáriz⁽¹⁶⁾.

Maltrato prenatal

Aparece cuando una mujer en periodo de gestación descuida, de forma deliberada o consciente, las atenciones que un embarazo exige. La situación

más evidente es la del hijo de madre adicta a drogas (desde la heroína o la cocaína, al alcohol y el tabaco), pero debemos incluir también la alimentación incorrecta y/o deficitaria, un ritmo de trabajo excesivo y/o la falta de control del embarazo, entre otros. La generalización de la consulta prenatal y la relación del pediatra con los equipos ginecológicos y de preparación al parto permiten una mejor detección precoz de los casos que nos exigen un aporte añadido de apoyo y ayuda (que para esto queremos detectar los factores de riesgo).

Síndrome de Münchhausen por poderes

Consiste en la descripción, por parte de los padres o tutores, de hechos falsos o en la provocación, en el niño o niña, de signos y síntomas de enfermedad para generar un proceso diagnóstico y de atención médica continuada o mantenida. Hemos de tenerlo en cuenta cuando, después de múltiples estudios, pensamos: “no he visto nunca un caso como este”. La causa de base se encuentra en problemas psiquiátricos de los padres, a menudo trabajadores del ámbito sanitario. Para llegar al diagnóstico, es preciso recoger los historiales anteriores de la víctima, que la mayoría de las veces ha sido atendido en diversos centros asistenciales. De todas formas, también hemos comentado anteriormente que la insistencia y la repetición de las visitas puede constituir una forma encubierta e indirecta de solicitud de ayuda.

Maltrato institucional

El maltrato infantil no es exclusivo del ámbito familiar. Las instituciones y los profesionales del mundo de la infancia, pero también los organismos administrativos y políticos pueden generar actuaciones de acción y/u omisión que impidan o frenen el mejor desarrollo de los niños y jóvenes que nuestra sociedad puede ofrecerles. Pueden ser tanto acciones en contacto directo con el niño como actos o disposiciones que van en contra de los intereses reales de la infancia en general. La yatrogenia por falta de preparación de los profesionales o la falta de coordinación entre ellos son ejemplos evidentes de este tipo de maltrato.

Diagnóstico y abordaje por parte del pediatra de Atención Primaria

Ante un menor en peligro, nuestro primer objetivo, además de tratar las lesiones que presente, es asegurar su protección, sin olvidar, sin embargo, que en las situaciones de maltrato infantil un profesional no puede actuar nunca solo.

El pediatra en Atención Primaria, en un centro de salud, en un consultorio municipal o en su ejercicio privado puede: a) detectar, durante una visita motivada por otra causa, lesiones, comportamientos o datos sugerentes de maltrato; b) ver solicitado su criterio para confirmar una sospecha formulada por otro profesional; o c) que se pida su opinión en la tramitación administrativa o judicial de un caso. De hecho, ante una lesión sospechosa no es tan importante el conocer exactamente quién, cómo y por qué se ha producido, como la correcta valoración del peligro en que la víctima se encuentra en su ambiente habitual. Además, el primer paso para llegar a un tratamiento global de todo el núcleo familiar es la obtención de la confianza y colaboración de los padres.

Debemos diagnosticar el maltrato al lado de los padres, no en contra de los padres.

Podemos condenar el hecho objetivo de la agresión, pero debemos respetar la subjetividad del agresor. Nosotros no somos jueces y además es probable que también el agresor haya sido maltratado o abandonado en su infancia y necesite también ayuda. Hemos de saber sustituir las posiciones de rechazo y enfrentamiento por actitudes de colaboración y apoyo a los padres, a pesar de que esto resulte difícil cuando tenemos delante un niño maltratado. La actuación médica y de enfermería no debe limitarse a la cura de las lesiones, sino que ha de proseguir con el trabajo multidisciplinario, para intentar resolver los problemas que originaron la agresión y evitar así la aparición de recidivas. La comprensión de la subjetividad del concepto de agresor actual *versus* víctima anterior se me ha esclarecido al comprobar que, en mi centro de salud mental infantil y juvenil de referencia (del nacimiento a los 18 años), el 10% de jóvenes a los que atienden son agresores sexuales de niños

de menor edad. Con una peculiaridad en su historia: todos ellos son varones y habían sido abusados sexualmente a una edad inferior. ¿Podemos juzgar su conducta actual sin reconocer que no fuimos capaces de actuar cuando eran ellos las víctimas?

Desde el descubrimiento del maltrato a la comunicación del hecho, y desde comunicación del caso a la intervención eficaz, hay unos periodos de tiempo durante los cuales la víctima continúa sufriendo. “Mojarse” significa que el profesional ha de dar un paso adelante, implicarse y asumir ciertos riesgos. Ante un niño en peligro, el profesional se encuentra en una situación incómoda, a veces angustiante, y probablemente agradecería tener un remedio-medicina que resolviera la situación. Pero la solución milagrosa no existe. Nuestra formación, excesivamente orientada a la curación, al éxito por el individualismo, a tener soluciones rápidas para todo, no puede resolver la gran diversidad de factores que originan los malos tratos infantiles.

Ante un caso dudoso y/o ante una familia con factores de riesgo de maltrato, puede sernos de ayuda comentar el caso con el trabajador social (o con el profesional que pueda ofrecernos más datos sobre el ambiente donde la posible víctima vive), dado que a veces se trata de familias desestructuradas ya conocidas por nuestra red. Si el diagnóstico es claro, tenemos la obligación legal de realizar la comunicación judicial de lesiones (inmediata y urgente si es preciso) e informar también a las instituciones de protección a la infancia, con una documentación lo más amplia y detallada posible por si es necesaria en una tramitación judicial posterior. Ante un menor en peligro nuestro primer objetivo como profesionales es asegurar su protección y le debemos dedicar el tiempo que haga falta sin olvidar, sin embargo, que en las situaciones de maltrato infantil un profesional no puede actuar nunca solo.

El miedo al error, por exceso o por defecto, puede hacer aconsejable la hospitalización para excluir o confirmar un problema médico grave. La hospitalización, además de permitir la protección del menor durante el periodo de evaluación y tratamiento, permite la correcta

observación del menor, sus padres y de la relación entre ellos. Constituye una medida a la vez diagnóstica y terapéutica y permite la derivación de una eventual denuncia judicial, a pesar de que no debemos retrasarla si el diagnóstico ya es evidente en la visita de atención primaria. El trabajo de Pou en esta misma publicación (*Pediatr Integral* 2000; 5(7): 751-759) y en la de *Protocolos de Urgencias Pediátricas*⁽¹⁶⁾ constituyen una guía clara de actuación ante situaciones de maltrato físico y abuso sexual una vez hemos llegado al ámbito hospitalario. En el algoritmo final del presente artículo, el autor plantea una propuesta de abordaje centrada en la Atención Primaria.

Orientaciones preventivas y niveles de prevención

No atendemos abuso infantil. Lo que atendemos son menores abusados, cada uno con su singular historia, con su singular familia y, por tanto, con la necesidad de un tratamiento también singularizado.

Si sabemos que todos somos maltratadores potenciales de los niños y que solamente es preciso que se acumulen las circunstancias para llegar al maltrato, para prevenirlos realmente hemos de saber dar apoyo a los padres o cuidadores en los frecuentes momentos de dificultad que la vida a todos nos da y ayudarles a tener unas expectativas realistas ante sus hijos y así mejorar su actuación cuando se presenten las circunstancias adversas.

En el campo de la Pediatría Social, es evidente que las causas son comunes a diversos de los problemas que abordamos. Las causas son sociales y los efectos, pediátricos. Allí donde los menores pasan la mayor parte de su tiempo despiertos es donde es preciso insistir en asegurar las atenciones que precisan. Los centros educativos son, junto con los centros sanitarios, lugares privilegiados para la aplicación de medidas preventivas en todos sus niveles.

A pesar de que la prevención del maltrato infantil puede abordarse de distintas formas, aquí vamos a diferenciarla en niveles (del primario al cuaternario) y, en cada uno de ellos, definiremos su población diana y los objetivos específicos.

Prevención primaria

Tiene como diana a toda la población, dado que todos somos maltratadores potenciales de los menores, y su objetivo es la reducción o la desaparición de nuevos casos, antes de que el fenómeno se presente. Constituyen medidas de prevención primaria todas aquellas actuaciones de ayuda y empoderamiento de las familias que fomenten el buen trato infantil de forma extensa y generalizada. Cada pediatra conoce (o debería conocer) los recursos sociales y educativos que existen en su zona de influencia. ¿Cuáles son los objetivos de la prevención primaria?:

- La eliminación o la reducción al mínimo de las circunstancias ambientales y sociales que favorecen su aparición, circunstancias que a menudo se deben a aspectos macroeconómicos (injusticia social, paro, inmigración) que no están a nuestro alcance abordar, aunque sí conocer.
- Sensibilización de la población general acerca de lo que es y supone el fenómeno de los malos tratos a los niños.
- Promoción de la salud y de la competencia de la población en la mejora del buen trato a que todos los niños y niñas tienen derecho, aumentando las defensas del individuo para que le sea más difícil llegar a maltratar a un niño. ¿Cómo? Por un lado, incrementando su tolerancia a la frustración y dándole alternativas al uso de la violencia como método correctivo; y, por otro, mediante la educación sobre el niño normal, su comportamiento y las atenciones que precisa. En este campo, queremos destacar el mantenido papel de *Save the Children* en su apoyo a las familias, ahora con su campaña “Creciendo como padres y madres”⁽¹⁸⁾. Otra publicación interesante es la de Meeks⁽¹⁹⁾.
- El periodo en que los futuros padres son más accesibles para educar ya sobre lo que es una maternidad/paternidad responsable es el de la escuela secundaria. Aunque la ventaja de la accesibilidad presencial de la mayoría de jóvenes no nos asegura que el mensaje que queremos transmitir llegue a su destino. No

nos sirve que el cuerpo esté presente si la mente está ausente.

- Para los ya padres y madres, especialmente sensibilizados para recibir esta educación, el periodo prenatal, los días de hospitalización que siguen al parto, los días críticos del retorno a casa y los años de escolarización (“escuela de padres”) son las etapas que debemos aprovechar. Las escuelas de padres municipales constituyen una variante útil. En nuestra zona, la Biblioteca municipal impulsa grupos de ayuda mutua, gratuitos y patrocinados por el Departamento de Bienestar y Familia (“Créixer en família-Crecer en família”)⁽²⁰⁾, con reuniones semanales o quincenales bajo la dirección de una psicóloga que están resultando especialmente útiles. Asimismo, desde la Biblioteca y en el programa “Creixem llegint” (“Crecemos leyendo”)⁽²¹⁾, se ha realizado una selección de cuentos infantiles que permiten abordar pequeños o grandes problemas comunes que las familias no saben, a menudo, cómo afrontar, y que son mejor canalizados al verbalizarlos a partir de un libro, que pueden llevarse a casa en préstamo. Como pediatras podemos recetar la lectura de cuentos de la Biblioteca municipal como un método complementario para fomentar la red social, mejorar el vínculo intrafamiliar y empoderar a las familias.
- Potenciar el papel de los profesionales, mejorando tanto sus conocimientos (aptitudes) sobre la realidad de este problema en su ámbito de trabajo y de los recursos que puede utilizar como su disponibilidad a actuar cuando la situación se presente (actitudes). Hay que potenciar la formación y la sensibilización tanto en el pregrado como en el postgrado, sin olvidar la necesaria educación sobre el trabajo en equipo. El abordaje interdisciplinario es aquí imprescindible para, entre todos los que debemos intervenir, buscar siempre la mejor solución para el o la menor, pero también para su familia. Y, detrás de ello, debe existir la confianza de que la detección servirá para mejorar las expectativas del niño. Si el profesional desconfía o

no conoce las redes de colaboración, de poco servirá que esté formado y sensibilizado. Así pues, también es importante cuidar las condiciones en que estos equipos ejercen su trabajo y supervisar la salud mental de sus profesionales.

Un aspecto de la prevención primaria del maltrato infantil hasta hace poco olvidado es el de la educación para la mejora de la autoestima y para la autoprotección de los verdaderos protagonistas: los niños y niñas. Este es un apartado que, desde distintos foros, está recibiendo un creciente interés^(13,22-24) y que tiene especial importancia en la autoprotección de los jóvenes ante las amenazas canalizadas por medio de las nuevas tecnologías de la información. Existen blogs específicos que están orientados a las familias, para proteger a sus hijos, y que los pediatras también deberíamos conocer para obtener información que podemos facilitar a los padres: “Menores en peligro, padres en acción” es una de ellas⁽²²⁾.

Prevención secundaria

En este nivel, la población diana son los menores y las familias en situación de riesgo, no tanto para etiquetarlas como para intentar contrarrestar, mediante el soporte en red, sus dificultades. Somos profesionales de la ayuda de la individualidad de cada caso y de cada familia, y no de la clasificación simplificada y cómoda. Demasiado a menudo hemos buscado disponer de un listado de factores de riesgo aplicables a toda la población sin tener en cuenta que estos datos se han obtenido a partir de casos ya diagnosticados de maltrato en niveles sociales deficitarios, con lo que aún etiquetamos y segregamos más a estas familias, y que sólo encontramos las cosas allí donde las buscamos.

El objetivo de la prevención secundaria es la desaparición, o la reducción, de la situación de riesgo antes de que el maltrato aparezca, mediante:

- La detección y el abordaje precoz de las situaciones de riesgo.
- La promoción de la salud y de la competencia de la población de riesgo.

En los periodos prenatal y perinatal, las comadronas y el personal de enfermería son las protagonistas, por

su ascendencia sobre las madres y por su privilegiada situación en observar las relaciones entre los padres y el bebé que esperan o que acaba de llegar. A pesar de tratarse de datos inespecíficos de riesgo, vamos a apuntar algunos de los que deben encender nuestra señal de alerta: a) madre o pareja adolescente y/o inmadura; b) adicción a drogas de difícil control; c) excesiva preocupación por la vida laboral, profesional o social; d) aislamiento y falta de relaciones sociales; e) embarazo no deseado; f) manifestaciones de rechazo del bebé y/o falta de control del embarazo hasta el final del mismo; g) desestructuración familiar; h) planteamiento de ceder al niño en adopción; i) antecedentes de malos tratos en los padres y/o en hijos anteriores; y j) rechazo a contactar con el bebé una vez nacido.

En los momentos finales del embarazo y en los comienzos del postparto, es importante fomentar las oportunidades que permitan establecer una relación emocional positiva entre la pareja y el hijo, ayudar a reducir el sentimiento de soledad y aislamiento de la pareja durante el último trimestre y buscar un soporte material y psicológico cuando la madre haya de regresar al domicilio. Esto, que es de utilidad como medida de prevención primaria en toda la población, tiene una importancia mayor como prevención secundaria en las familias en situación de dificultad.

Después del periodo perinatal, en el ámbito sanitario, tienen especial interés los servicios de Atención Primaria de salud, que es donde acudirán las familias para las revisiones periódicas preventivas y cuando existan pequeños o grandes problemas de salud. Es aquí donde podremos ir conociendo ampliamente las características psicossociolaborales del grupo familiar, y entrever las situaciones anómalas en el funcionamiento de la pareja y de la relación niño-pareja. Como ejemplos de ello, podemos encontrar, entre otros: a) formas de corrección verbal o física agresivas por parte de los padres; b) hábitos de coacción; c) faltas repetidas en la escolarización; d) visitas repetidas sin motivo aparente o que no se atreven a desvelar; e) la insistencia a ingresar al niño por motivos banales; f) la incomparencia repetida a las visitas de niños con procesos graves y/o

crónicos; g) los retrasos, inexplicables médicamente, en el ritmo de crecimiento y maduración; h) la comprobación de repetidos engaños por parte de la familia; i) los propios relatos del niño; j) la falta de higiene repetida; o k) los accidentes excesivamente frecuentes. Se puede añadir aquí la patología ligada a la disfunción familiar, más manifiesta en los fines de semana y en los periodos de vacaciones escolares.

Cuando el sistema sanitario funciona adecuadamente, la visita de asistencia primaria es una pieza fundamental para la vigilancia de la salud, y permite descubrir fácilmente las situaciones de riesgo y contactar con los servicios adecuados para mejorar las expectativas del menor y su familia. Si, como a menudo ocurre, el sistema sanitario no dispone de personal y/o tiempo y sólo cumple con lo mínimo, la promoción de la salud queda relegada a un segundo plano, lo que da pocas perspectivas a las familias en situación de dificultad.

La visita domiciliaria desde la etapa prenatal hasta los dos primeros años de vida en las familias de riesgo de cometer maltrato. En los primeros meses de vida es bueno acompañar y aconsejar a los padres sobre el frecuente cólico del primer trimestre con mensajes verbales, pero también por escrito, sobre la mejor manera de actuar para no perjudicar al bebé. El dar consejo para “evitar el síndrome del niño sacudido” es, por ejemplo, una de las medidas preventivas que encontramos en diversas publicaciones^(8,10). Nos preocupan especialmente aquellas situaciones que pueden comprometer el establecimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo maternofamiliar. Y sabemos de la importancia de los primeros meses postnatales para conseguirlo. La depresión postparto puede constituir un impedimento mayor. Para evaluarla de forma objetiva nos es útil la Escala de depresión postnatal de Edimburgo⁽²⁵⁾.

¿Qué instrumentos podemos utilizar para detectar situaciones de riesgo en poco tiempo? Apuntaremos algunos ejemplos. Como consejo práctico para evaluar los métodos de corrección que se usan en casa, al autor le es de ayuda formular la pregunta: “cuando el niño o niña no hace lo que usted quiere que haga, ¿cómo se las arregla Usted para

conseguirlo?”. O también: “¿cómo se las arreglaban sus padres con Usted cuando hacia lo mismo?”. Cuando a quien tenemos delante es a un pequeño hipercinético que está sacando de quicio a sus padres (y también a nosotros y al orden de nuestra consulta): “Yo le tengo aquí sólo unos minutos y ya no puedo con él. ¿Cómo se las arregla usted para que le crea? Algún cachete le debe caer, ¿verdad?”. Y, si queremos finalizar como abogados del menor, es aconsejable pedir que cada uno de los progenitores nos diga tres cualidades que su hijo tiene, preferiblemente en presencia del menor. ¡Cuidado si solamente encuentran defectos y puntos negativos!

Prevención terciaria

La población diana de la prevención terciaria la constituyen las víctimas y su entorno, y el objetivo es reducir la gravedad de las secuelas y evitar las recidivas⁽²⁶⁾.

Para conseguirlo utiliza:

- El tratamiento de las víctimas y el entorno.
- Promoción de la salud y la competencia de las víctimas y de su entorno.

Este es el nivel que siempre hemos aplicado si nos referimos al tratamiento médico de las lesiones. No es este el momento ni el ámbito en que debemos abordar el tratamiento pormenorizado de todos y cada uno de los síntomas y signos que la víctima puede presentar. Sí lo es, en cambio, de recordar la segunda parte de nuestro deber ante un menor maltratado: velar por su protección inmediata y futura, con la ayuda de todos los integrantes de la red de la que formamos parte. Y no hipotecar, ya de entrada, con nuestra reacción visceral ante las lesiones que el menor presenta, el complejo trabajo interdisciplinario que, a partir de nuestra actuación, va a iniciarse. Podemos plantear a los padres nuestras dudas respecto al origen de las lesiones, pero debemos insistirles en que, como ellos, nuestro interés es el del bienestar para la persona lesionada, informarles de nuestra obligación legal de comunicar todas las lesiones que se presentan en nuestra consulta, y de nuestra disponibilidad de colaboración y escucha ante sus dudas. Si nos ponemos en su contra, ya de entrada, vamos

a hipotecar el trabajo posterior del resto de compañeros de ruta. No somos quienes para juzgar algo que desconocemos todavía, pero sí podemos insistir en el supremo interés del menor. Así:

a. Si el menor presenta lesiones evidentes, existe una sospecha razonable o bien hay una situación de alto riesgo para su salud, debemos activar una protección inmediata, ya sea mediante el ingreso en un centro hospitalario (si existe la necesidad de atención médica) o en un centro de acogida de los Organismos de Protección a la Infancia de nuestra zona (si sus lesiones no precisan tratamiento hospitalario y si la separación del ambiente habitual en que reside, para asegurarle sus necesidades sin riesgos).

1. Si el diagnóstico es evidente, debemos comunicarlo, además de a los compañeros de Urgencias del centro hospitalario si este es el caso (telefónica y personalmente durante el trayecto del menor una vez ha salido de nuestra consulta), al Juez de Guardia, así como al ministerio fiscal (aunque de este paso ya se deriva de la comunicación judicial) y a los Organismos de Protección Infantil (con la colaboración del más cercano de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria, el/la trabajador/a social). Es conveniente saber que el médico forense es un profesional del juzgado que actuará a partir de las indicaciones que el juez le dicte, por lo que es preciso, siempre efectuar lo más precozmente posible la comunicación judicial. Los cuerpos y fuerzas de seguridad deberían actuar, teóricamente, por mandato del juez, pero puede ser útil solicitar su ayuda si precisamos protección inmediata para el/la menor (o los integrantes de nuestro equipo sanitario) antes de poder contactar con el juzgado. En nuestra comunidad, también son ellos los que se encargan de la custodia de las pruebas (fotos, ropas...) para un eventual juicio posterior.

2. Si hay duda razonable, situación de riesgo no inmediato o situación de negligencia y abandono, nuestra actuación nos llevará, además de efectuar el obligado comunicado de lesiones (la suma de muchas dudas le sirve al juez para construir una evidencia), a informar al Ministerio Fiscal (el encargado de velar por los derechos de las personas) y activar los Organismos de Protección (lo más fácil es contactar con el/la trabajador social) para iniciar el necesario control y seguimiento posterior.

b. Si lo que encontramos son indicadores psicosociales de riesgo o situaciones leves o aisladas, puede no ser necesario activar todo el circuito. Pero esto no significa que no debemos hacer nada, sabiendo, además, que es en este trabajo en equipo interdisciplinario donde encontramos la mayoría de casos. Es precisamente entonces cuando el control y seguimiento en Atención Primaria toma todo su valor, recordando que nuestra actuación con las familias puede constituir, paradójicamente, una forma de maltrato institucional. Si nuestra visión de las familias que atendemos es negativa, pesimista y generadora de frustración (Fig. 3 y 4), nuestra actuación no tendrá ni la calidad de trato ni el interés específico que una familia colaboradora y amable acostumbra a obtener de nosotros. Y el incorrecto abordaje familiar repercutirá, a su vez, en el trato que el menor va a recibir. Tanto por acción como por omisión, podemos generar una victimización secundaria. No está de más, pues, saber que no siempre tendremos delante la familia ideal que deseáramos, para sentirnos cómodos y satisfechos con nuestro quehacer diario. Las mayoría de las familias, como nosotros los profesionales, procuran hacer las cosas lo mejor que saben en función de sus capacidades y de las circunstancias que viven.

Muchas de sus preocupaciones y angustias se resuelven fácilmente si mejoramos nuestra capacidad de acogida. Por otro lado, nuestro celo detectivesco en

encontrar factores de riesgo o de desestabilización no nos debe hacer olvidar que las familias aceptarán mejor nuestros consejos si se trata de momentos correctivos aislados en una relación de ayuda que, las más de las veces, viene marcada por nuestro elogio, ánimo y aliento por los progresos (aunque a nosotros nos parezcan mínimos) que consiguen. No sea que, como algunos padres con sus hijos, solamente nos dirijamos a ellas para señalarles sus faltas y/o errores (Figs. 5 y 6).

Prevención cuaternaria

Hasta hace poco tiempo se definían solamente los tres niveles anteriores. Últimamente, y a raíz del concepto de resiliencia de las víctimas y de la necesidad de reivindicar el “*primum non nocere*”, se ha añadido este nivel, destinado específicamente a nosotros, los profesionales del mundo de la infancia. **En este nivel comparamos las posibilidades y los recursos de que disponemos (¿qué podemos ofrecer sin victimizar?) y la resiliencia del sujeto de atención.** Como afirma Barudy⁽⁸⁾: el concepto de resiliencia nace de la constatación de que determinadas personas resisten mejor que otras las enfermedades y las dificultades que la vida a todos nos da. Cyrulnik⁽⁶⁾, por su parte, apunta que la resiliencia es: la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

La medicina defensiva (¿en interés del paciente?) con la multiplicación de pruebas, no siempre necesarias, que conducen a una yatrogenia no despreciable, es un ejemplo de la falta de aplicación de la prevención cuaternaria. La falta de coordinación entre los profesionales que deben intervenir puede llevar también a una victimización secundaria del o de la menor. Por ejemplo, en la repetición innecesaria de exploraciones ginecológicas en una menor que ha sido víctima de abuso sexual y que tiene el valor de comunicarlo y confiar en la red de apoyo de la que formamos parte. Hay que individualizar, también aquí, los tratamientos. No atendemos abuso infantil. Lo que atendemos son menores abusados, cada uno con su singular

historia, y por tanto con la necesidad de un tratamiento también singularizado.

Hay una aspecto a no olvidar. En su libro “*Enfants en danger, professionnels en souffrance*”, Gabel y Lamour⁽²⁷⁾ insisten en el hecho de que todos los profesionales que detectan, evalúan y/o deciden separar a un niño de sus padres, todos aquellos que están implicados en la protección de la infancia, sufren, pero no se atreven a hablar por el temor a ser juzgados o, incluso, a ser descalificados por evidenciarlo. E insisten en que, cuanto más afectados estén, peores serán sus competencias, lo que lleva a disfuncionamientos importantes y a efectos nefastos, tanto para las familias como para los mismos profesionales. Es preciso, pues, reconocer este sufrimiento para intentar darle una solución y prevenir así el maltrato institucional que puede conllevar. La prevención del *burnout*, del desgaste de los profesionales que deben intervenir, tiene especial interés en este campo de la Infancia maltratada.

Conclusión

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.

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 que nos apoyan en la compleja tarea de acompañar a los padres a hacer crecer a los menores, a construir el edificio singular que cada niño es. Estamos convencidos de que la mejor manera de ayudar a un niño es ayudar a sus padres, y 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 sentirnos útiles mediante el ejercicio de nuestra profesión.

Agradecimiento

A Alba González Fernández por la corrección del manuscrito.

Bibliografía recomendada

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.* www.unicef.org/spanish/crc/ Convención sobre los Derechos del Niño de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

2.* Cuestas Montañés E, Juanes de Toledo B. Los niños maltratados tienen más riesgo de problemas de salud a largo plazo. *Evidencias en Pediatría*. 2013; 9: 9.

Este trabajo estudia la relación entre el maltrato infantil no sexual con la aparición de enfermedades mentales, trastornos del comportamiento y enfermedades físicas. Se revisan un total de 124 estudios publicados y encuentra que las personas que fueron maltratadas durante la infancia, tuvieron más problemas de salud, como depresión, consumo de drogas, conductas suicidas, enfermedades de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo y embarazos no deseados. Para poder minimizar estos daños, tanto la familia como los profesionales docentes y sanitarios deberían ser capaces de detectar y abordar precozmente el maltrato.

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.* IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil de la FAPMI. 2008. Disponible en: www.asociacionrea.org/congreso/

Conclusiones del IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Asociación REA y la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Valladolid, Noviembre 2008. “Trabajando en red. Claves para avanzar”.

5.* Bienestar y Protección Infantil. Publicación de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). 3 números anuales. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). Existen asociaciones en más de 10 comunidades autónomas. Página web: www.fapmi.es. E-mail: fapmi90@teleline.es. Sede en Madrid: Paseo Delicias 8, entreplanta. 28045 Madrid. Tel.: 91 468 26 62.

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

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 irre-

parables. 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.

7.*** García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del buen trato al niño. Madrid: IMC. Lab Heel; 2012. (226 p).

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.

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

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.

9.** Seligman MEP. Niños optimistas. Gavà (Barcelona): Ed. DeBolsillo; 2005.

Esta obra define las raíces del optimismo en el niño, enseña a detectar la aparición de actitudes pesimistas y muestra cómo combatirlos con un programa que fomenta la autoestima a través de los juegos, la reflexión y la sinceridad.

10. "Atención, frágil". ACIM, 1990.

Fascículo destinado a los padres con consejos amables por medio de cómics orientados a aceptar los problemas más frecuentes de crianza durante los primeros 3 años de vida. Adaptado, tras autorización, del original belga de ONE (*Office de la Naissance et l'Enfance*) con el mismo título.

11.*** 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; wfectividad de la prevención desde Atención Primaria; recomendaciones de PrevInfad; estrategia de búsqueda de la actualización y 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.

12.** Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. Guía Clínica. Fisterra. [consultado 03-04-2013]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/indicadores-maltrato-infantil/>

Esta web aragonesa es ya clásica en el estudio del maltrato infantil en España y, dentro de sus contenidos, incluye una amplia descripción de los indicadores físicos y comportamentales, en los niños maltratados y también en los adultos perpetradores, así como algoritmos de actuación y fuentes de información añadidas.

13.** Horno Goicoechea P, Santos Nández A, Del Molino Alonso C. Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales. Save the Children España; 2002.

Dentro del Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil, *Save the Children* España ha editado este manual, donde se recogen las informaciones actualmente disponibles elaboradas por tres equipos de trabajo, cada uno centrado en uno de los siguientes bloques: ¿qué es abuso sexual infantil?, prevención y tratamiento.

14.*** Fundación Red de Ayuda a los Niños Abusados-RANA. Disponible en <http://www.fundacionrana.org/>

RANA (Red de Ayuda a Niños Abusados) es una asociación sin ánimo de lucro de ámbito balear, cuya función social es prevenir el maltrato y el abuso sexual infantil, a través de actividades de sensibilización, educación y trabajo en red. En su página web, encontramos valiosos mensajes y materiales para la sensibilización y la formación, especialmente en el campo del abuso sexual infantil, pero también de las otras formas de maltrato.

15.*** Campaña "Uno de Cada Cinco" del Consejo de Europa para la Prevención de la Violencia Sexual contra la Infancia (2010). Disponible en: <http://www.fapmi.es>

La campaña para frenar la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes fue iniciada por el Consejo de Europa el 29 de noviembre de 2010 en Roma (Italia), siendo sus principales objetivos: 1) promover la firma, ratificación y aplicación del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual; 2) proporcionar a los niños, a sus familias y cuidadores y a las sociedades conocimientos y herramientas para prevenir la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes y, de este modo, crear conciencia acerca de todo lo que constituye violencia sexual contra las personas menores de edad. Uno de los objetivos de la campaña es conseguir que todos los sectores, ámbitos y agentes directa e indirectamente relacionados con la atención a niños, niñas y adolescentes se

involucren en la prevención del abuso sexual contra personas menores de edad, creando una red de prevención.

16.** "No tengas miedo" de Montxo Armendáriz - 90' (2011).

Excelente película que nosotros utilizamos, en formato fórum, en los cursos de formación sobre abuso sexual infantil, dado que el abordaje y la puesta en escena de un tema tabú como el incesto está especialmente cuidado. Y permite un coloquio enriquecedor en aptitudes y actitudes.

17.** Pou J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas>

Artículo claro y conciso de un experto, sobre la actuación pediátrica ante un posible caso de maltrato infantil en Urgencias, con algoritmo incluido. Lo bueno, si breve, dos veces bueno.

18.*** Save the Children España. Campañas "Creciendo como padres y madres" (2009), para apoyar el ejercicio positivo de la parentalidad, y "Educa, no pegues!" (1999), "Corregir no es pegar" (2005), para la sensibilización contra el castigo físico a los niños y niñas en la familia.

Save the children, con la colaboración de otras organizaciones, impulsa esta campaña que persigue los siguientes objetivos: a) sensibilizar a la población general, especialmente a los padres, sobre las consecuencias del castigo físico; b) promocionar formas positivas y no violentas de educación y cuidado del niño en el ámbito familiar; y c) informar a l@s niñ@s sobre sus derechos e implicarles en su defensa. Se define el ejercicio positivo de la parentalidad al comportamiento de los padres y madres fundamentado en el interés superior del niño. Para información sobre los múltiples materiales de que disponen, dirigirse a: www.savethechildren.es/castigo. E-mail: castigo@savethechildren.es. Sede en Madrid: Plaza de Puerto Rubio 28, 28053 Madrid. Tel.: 915 130 500. Sede en Barcelona: Aragón 386. 08009 Barcelona. Tel.: 933 105 200.

19.** Meeks C. Recetas para educar. Barcelona: Ediciones Médici; 2003. (239 p).

Guía práctica, escrita por una pediatra, que da una información esquematizada y clara (con dibujos y tablas resumen) sobre las causas de las discusiones cotidianas y la forma de evitarlas. Destinado especialmente a los padres para solucionar los conflictos familiares, tanto si los hijos son pequeños como si están en la adolescencia, puede ser también un buen aliado para el pediatra en la consulta para hacer una orientación preventiva y dar alternativas válidas al castigo corporal como sistema disciplinario.

20.* Programa "Créixer en família" (Creer en familia).

Hoy en día ser padres y madres no es tarea fácil y no existe un modelo único. Muchas son las dudas que se presentan y diferentes las circunstancias que concurren en cada familia en particular. El programa *Créixer en família* (Creer en familia) ofrece espacios de debate, virtuales y presenciales, a los padres y madres interesados en conocer

aquellos aspectos que pueden influir de forma positiva en la crianza, la educación y el desarrollo de sus hijos, y les invita a reflexionar y a compartir sus experiencias con otras familias. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.d4825f1176a317b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=1c2472fae41a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=1c2472fae41a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

21.* Proyecto de promoción de la lectura “Creixem llegint” (Creemos leyendo). Proyecto de promoción de la lectura dirigido a los niños y niñas de 0 a 5 años y a sus familias. Continuación a nivell local del proyecto “Nascuts per Llegir” (Nacidos para leer), adaptado a las necesidades específicas de Balaguer y según los objetivos acordados con la guarderías municipales y la sección de Pediatría del Centro de Atención Primaria. Disponible en: http://www.balaguer.cat/portal/7x5/creixem_llegint.php

22.*** “Menores en peligro, padres en acción. Protege a tus hijos cuando utilicen las nuevas tecnologías: móviles, Internet, videoconsolas”. Cristina Isasi. Disponible en: <http://www.cristinaisasi.com/>
Blog de esta psicóloga especializada en “Menores y nuevas tecnologías” con útiles informaciones y consejos para familias y profesionales del mundo de la infancia.

23. Jiménez Morago JM. Maltrato infantil en Internet: información y recursos. Bienestar y Protección Infantil. 2002;1(1): 113-24.

Artículo que revisa la presencia de contenidos relacionados con maltrato infantil en Internet, en las distintas lenguas del Estado Español, en francés y en inglés. Hace una valoración de las diferentes páginas web que menciona, además de facilitar pautas para quien quiera iniciarse en la búsqueda en la red de contenidos relacionados con el maltrato infantil.

24.** <http://www.capitannet.org>
Página web a cargo del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Unicef, Infonet, destinada a informar a los padres, educadores (y también a los niños) sobre el buen uso de la red en relación a las diferentes formas de explotación sexual comercial de la niñez. Es especialmente útil el apartado de

consejos familiares sobre cómo usar saludablemente el ordenador en casa.

25.* Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Disponible en: www.cdph.ca.gov/programs/mcah/Documents/MO-CHVP-EPDS-Spanish.pdf

Esta escala nos permite medir de forma objetiva la afectación de la madre en aras a decidir si debemos derivarle para estudio a su médico de cabecera, para descartar, por ejemplo, causas orgánicas, como anemia o hipotiroidismo postparto. Su aplicación repetida puede ayudarnos a valorar la evolución.

26.* Perdikidis L, González de Dios J. Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. Evid Pediatr. 2006; 2: 73. http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/2006_vol2_numero4.9.htm

Este trabajo recoge los artículos relevantes relacionados con un aspecto del maltrato menos estudiado: los factores de riesgo asociados a la recurrencia de maltrato posterior al episodio de maltrato detectado.

27.* Gabel M, Lamour M. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Vie de l'enfant - La- Collection dirigée par Sylvain Missonnier (sylv@carnetpsy.com) 2012 (1ère édition 2011).

28.** Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997. (372 p).

Libro que desarrolla, desde un enfoque sanitario, todos los aspectos del maltrato infantil, físico, psicológico, sexual y negligencias. De lectura fácil, con un lenguaje sencillo y con amplia bibliografía, da una visión integral a partir de los trabajos de múltiples expertos españoles de distintas disciplinas del mundo de la infancia. Conjuga la experiencia de la medicina con la visión de otros profesionales relacionados con el maltrato infantil.

29.** Martínez-Roig A, Ochotorena JP. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona. Ed. Martínez Roca. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. 1993 (174 p).

Revisión breve, pero intensa, de los diferentes aspectos del maltrato infantil vistos por dos de

los pioneros del estudio y la investigación de este tema en España. A pesar de los años, mantiene su interés y aborda desde los aspectos conceptuales e históricos hasta las orientaciones preventivas, pasando por los factores de riesgo, las consecuencias, la detección de las distintas formas y el tratamiento, tanto de los agredidos como de los agresores.

30.* Child Abuse and Neglect. International Journal. Publicación Oficial de la International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Publicación que recoge trabajos sobre maltrato infantil de los investigadores de todos los países, miembros de la Sociedad.

31. Domingo i Salvany F. Nadó que plora, pares al límit i sacseig: què fer? Pediatr Catalana. 2001; 61: 35-40.

32. Domingo i Salvany F. Família que plora, professionals al límit i disgust per a tots: Ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa? Pediatr Catalana. 2002; 62: 73-80.

33. Domingo i Salvany F. Pediatres que ploren, gestors que fan la viu-viu i la vida continua: Qui dia passa anys empeny? Pediatr Catalana. 2005; 65: 194-202.

Trilogía de artículos (en catalán) sobre el maltrato a los niños, a las familias y a los pediatras con la secuencia ascendente del modelo ecológico de funcionamiento social. Partiendo del cólico del primer trimestre y llegando al *burnout* profesional, se insiste especialmente en las medidas preventivas que permiten llegar al buen trato a que todos ellos tienen derecho. Pueden descargarse de la página web de la Societat Catalana de Pediatría (www.scpediatria.org).

34.*** <http://www.congresofapmi.es/>
Ponencias del X Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Sevilla, Noviembre 2010. “Construcción del bienestar y buenas prácticas en la atención a la Infancia”.

Ponencias del XI Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Oviedo, Octubre 2012. “Construyendo puentes entre investigación y práctica”.

Caso clínico

Caso 1

Viene a la consulta una lactante de 15 meses, con sus padres, originarios de Gambia, para hacer una primera visita en nuestro centro. Hace 6 meses que la madre se reunió con su marido que había inmigrado dos años antes. Su aislamiento geográfico en el monte, donde ahora viven pastando cabras, y la falta de recursos ha motivado que no la podamos visitar hasta ahora. Al realizar la historia clínica y la exploración apreciamos una marcada palidez y desnutrición, que se confirma con los datos del laboratorio. La encuesta alimentaria muestra que la alimentación de la niña se basa en lactancia materna y arroz hervido con leche de cabra. Las dificultades de comunicación por la falta de mediadores culturales (suplicadas por los recortes) dificultó las visitas y condiciona ahora nuestra atención a la niña. ¿Podemos denunciar a los padres por dejadez en la atención?

Caso 2

Chica de 12 años que acude a la consulta acompañada por su madre. La madre dice estar al caso de las relaciones sexuales de su hija y, como quiere ser previsora, nos pide que le recetemos anticonceptivos. ¿Qué actitud debemos tomar?

Caso 3

Nos consulta un profesor del Instituto de Secundaria porque una joven de 14 años, de la que es tutor, afirma que fue abusada sexualmente hace dos meses por un familiar cuando estaba de vacaciones de verano. Él no sabe como orientar la situación. Unos días más tarde, un lunes por la mañana, en la consulta, una adolescente de 14 años nos comunica que fue abusada sexualmente al salir de la discoteca el sábado anterior por la noche. ¿Qué importante diferencia hay entre estos dos casos?

