

# Maltrato en la infancia y Atención Primaria: ¿Los pediatras podemos hacer algo más que notificar?

L. Martín Álvarez

*Pediatra. Miembro de la Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato en la Infancia y de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato en la infancia en España (FAPMI) CS "Los Carmenes", Área VII. INSALUD, Madrid.*

---

*Pap 2000: 2(8); 9-13*

Es en los años sesenta cuando en la literatura médica se reconoce que existen lesiones no accidentales, "síndrome del niño apaleado", que pueden tener consecuencias graves en la salud de los niños/as. Desde la caracterización clínica y etiológica de este problema hasta la actualidad, se han producido conjunto de hechos que son relevantes para el que hacer del Pediatra de Atención Primaria en relación con el Maltrato en la Infancia (MI):

1. El maltrato físico no es la única forma de presentación del MI, existiendo otras formas de maltrato, por acción u omisión de cuidados, que pueden afectar al desarrollo integral y armónico del niño/a. Estas formas de MI no sólo ocurren en la relación entre adultos y niños, sino también entre pares.

2. En un sentido amplio, las causas del MI son de carácter social pero las intervenciones, tanto de carácter preventivo como curativo, debe centrarse en el niño/a y en su contexto de desarrollo constituido por la familia, la escuela y el grupo social o comunidad cercana.

3. El conocimiento de la etiología y los factores de riesgo del MI ha significado que se plantee, no sólo de intervenir o prevenir el MI, sino también de actuar sobre los factores o situaciones de riesgo.

4. El problema del MI y de otras formas de violencia en la infancia y la adolescencia, debe ser considerado un problema de salud pública por su prevalencia y asimismo por sus consecuencias y costes, individuales y sociales, a medio y largo plazo.

5. El desarrollo de legislaciones, a nivel regional, nacional e internacional, con finalidad protectora y de promoción de la salud y el bienestar de la Infancia, de carácter interinstitucional e interprofesional y dentro del marco de la Convención Internacional de Derechos de la Infancia. En todas estas legislaciones se reconocen derechos individuales y sociales, entre los que se encuentran el derecho a servicios de salud que aseguren un adecuado crecimiento y desarrollo de todos los niños y niñas, independientemente de sus características individuales, familiares y sociales.

La atención de salud al niño/a en Atención Primaria es el primer nivel de la atención de salud, con continuidad de los cuidados y con actividades preventivas y de promoción de salud. En este marco, la aproximación al MI, como problema de salud en la Infancia, debe ser considerada con arreglo a los niveles de prevención de los problemas de salud:

(I) La prevención primaria, como actuación sobre la multicausalidad, tiene impacto sobre el bienestar del niño/a y la disminución de la incidencia del problema objeto de intervención. Dentro del campo del MI y en este nivel de prevención, los servicios de salud tienen el papel de conocer y participar en el desarrollo de la legislación de protección y

participación de la Infancia, junto con otros aspectos generales como es la mejora de la imagen social de la Infancia, a través de actividades de promoción del niño/a como sujeto activo y "escuchado" en sus necesidades, distintas según el período evolutivo.

(II) La prevención secundaria interviene sobre los factores de riesgo y sobre el proceso aparentemente silente y asintomático, teniendo en cuenta que en todas las formas de MI, incluso en las fases iniciales, existe un daño en el desarrollo psicoafectivo. Este nivel de actuación remite, en Atención Primaria, a la detección de actitudes de riesgo para el MI, en el marco familiar y extrafamiliar, mediante el conocimiento de: el concepto y tipologías del MI, las posibles físicas y psíquicas en el niño/a, la dinámica y relacional en los diferentes contextos de desarrollo del niño/a y la importancia de la co-morbilidad de las figuras de referencia para el niño/a (enfermedades crónicas, enfermedades mentales, conductas adictivas).

(III) La prevención terciaria incluye el diagnóstico y la actuación sobre la enfermedad establecida y sus secuelas, para modificar el curso del problema, atenuar sus consecuencias, con la participación del sujeto afecto y de su entorno, mejorando sus capacidades para afrontarlo y evitando la exposición a los facto-

res de riesgo y las posibles recidivas. Para los profesionales de Atención Primaria y en relación con el MI, significa el conocimiento de los síntomas y signos de las diferentes formas de MI, tanto en evolución como residuales, junto con la valoración e intervención sobre las consecuencias a corto y largo plazo.

Este nivel de prevención y actuación incluye asimismo la intervención sobre el contexto, familiar o extrafamiliar, en el que ha ocurrido el MI, para evitar su repetición o recidiva y/o para atenuar sus consecuencias. Aunque en este nivel la responsabilidad y los recursos residen esencialmente en los Servicios Sociales y de Protección de la Infancia, los profesionales de Atención Primaria tienen una función crucial en las fases iniciales de notificación y de evaluación con los Servicios Sociales y asimismo en la participación en el plan de intervención y seguimiento del MI. Esta función precisa de un conocimiento de los recursos sanitarios de segundo nivel (atención especializada y salud mental infanto-juvenil), junto con los judiciales, sociales y el conjunto de la red asistencial para la Infancia en el territorio (zona y área de salud).

Estos niveles de prevención y aproximación a la atención del MI en Atención Primaria, llevan a delimitar las si-

guientes necesidades, tanto a nivel institucional como profesional:

**1. Necesidades estructurales y funcionales:** La atención al MI no se puede llevar a cabo fuera de un marco global de prevención y asistencia de los problemas psicosociales del niño/a. Esto significa cubrir las necesidades que tiene la red de servicios de salud (Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental Infanto/Juvenil), en términos de cobertura de estos servicios y también de formación de los profesionales; un ejemplo de necesidad que debe ser atendida, por su importancia en la atención al MI, es la consolidación y mejora continua de la calidad del "Programa del Niño Sano".

**2. Necesidades en instrumentos operativos:** Las diferencias en la distribución y el funcionamiento de los recursos existentes para los problemas psicosociales, y en particular para el MI, hace necesario disponer de protocolos de detección e intervención, haciendo hincapié, no sólo en los aspectos legales, sino también en el procedimiento a seguir en la atención, cuando se detecte una situación de MI o de riesgo. Estos protocolos deben incluir aspectos clínicos junto con instrumentos de notificación y derivación a los recursos sanitarios y sociales.

**3. Necesidades para la interacción con otros sistemas:** La situación actual de la

atención a los problemas psicosociales de la infancia se caracteriza por la descoordinación, duplicación y solapamiento de actividades y programas entre los sistemas y redes de las instituciones responsables de esta atención. Para evitar y mejorar esta situación es necesario:

**3.1.** Mejorar el intercambio de información, entre los diferentes sistemas y redes, incluyendo aspectos estructurales, de funcionamiento e indicadores de impacto de cada red asistencial y sus programas.

**3.2.** Desarrollar un estilo de trabajo que, con apoyo legal y normativo, facilite la valoración y el plan terapéutico en cada caso, con una aproximación interinstitucional e interprofesional real: notificación entre las diferentes redes, comisiones sociosanitarias de área, estudio y análisis conjunto de caso e interconsultas ágiles y eficaces.

**3.3.** Elaborar y poner en marcha protocolos de detección, estudio de caso y de intervención consensuados entre las diferentes redes de un territorio (Área de Salud, de Servicios Sociales, Educación). Estos protocolos no deben ser contradictorios con las políticas de infancia que existen o deberían existir a nivel de la comunidad autónoma respectiva, pues son estos gobiernos y sus entidades administrativas los responsables de la protección y promoción del bienestar en la infancia. Esto significa cubrir las necesidades que generen estos protocolos, independientemente de la red que lo detecte, cuando incluyan definición de caso, responsable de caso y co-responsabilización de todos los recursos (sanitarios, educativos, sociales y judiciales) implicados en la atención a la Infancia en "riesgo".

### **Bibliografía recomendada**

---

1. Martín L, Pedreira JL. *El pediatra ante el maltrato en la infancia: De la denuncia al tratamiento*. An Esp Pediatría 1997; 47(3): 231-3.

2. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. *El maltrato en la infancia: Factores socio-económicos y nivel de salud*. An Esp Pediatría 1997, 4(1): 33-41.

3. Fernández-Villar A, Pedreira JL. *Los malos tratos a la infancia: Aproximación psicosocial*. Psiquis 1991; 12 (5): 11-26.

4. World Health Organization: Report

of the consultation on Child Abuse Prevention. WHO/HSC/PVI/99.1, Geneva, 1999.

5. Pedreira JL. *Protocolos de salud mental infantil para Atención Primaria*. 1995, Madrid ARAN-ELA.

6. *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia 1998.

7. Guallar-Castillón O, Peñacoba C et al. *Instrumentos de notificación del maltrato infantil en España*. An Esp Pediatría 2000; 53(4): 360-5.

