

NADÓ QUE PLORA, PARES AL LÍMIT I SACSEIG: QUÈ FER?

Francesc Domingo i Salvany. Pediatre. Centre d'Atenció Primària.Balaguer.
Pediatría Catalana 2001; 61:35-40.

Introducció

Actualment, en el camp dels maltractaments infantils, el tema que rep una atenció prioritària, a casa nostra, és el dels abusaments sexuals. La recent publicació del treball de Pou i cols. en aquesta publicació (1) n'és un excel.lent botó de mostra, i recull la preocupació per un problema que ens "va gran", que no té solucions estàndar i que ens demana, com podem llegir en el Llibre d'En Pau (2), una implicació i una col.laboració interdisciplinària a la que no estem massa acostumats (3). La focalització en l'abús sexual, i en els casos sensacionalistes de les cròniques de successos dels mitjans de comunicació, ens fa córrer el risc de centrar-nos exclusivament en les formes més greus i escandaloses dels maltractaments infantils i perdre de vista tot el bosc que hi ha al darrera. De fet cal ser conscients que un infant és maltractat sempre que és objecte de violència, física i/o psíquica, de fet i/o omissió, per part de les persones i/o institucions de les que depèn per al seu correcte desenvolupament. Aquest concepte és, certament, molt ampli però té la virtut de tenir en compte les necessitats que cal satisfer i d'orientar-se més vers el bon tractament a que tots els infants del nostre àmbit cultural tenen dret que no pas a la recerca de culpables i de víctimes. I atès que tots som maltractadors potencials dels infants cal dedicar el màxim d'esforços a les mesures de prevenció primària destinades a tota la població, per tal de reduir o eliminar l'aparició dels factors de risc que trobem al seu origen i evitar d'arribar, doncs, a punts sense retorn o a solucions sovint decebedores. És en aquesta direcció que hem orientat darrerament la nostra recerca i avui volem mostrar una altra simple però efectiva eina d'actuació en la tasca de suport als pares en el treball de l'atenció pediàtrica.

Factors a l'origen dels maltractaments intrafamiliars

Segons el model d'interacció social (4) per a que hi hagi maltractament o abús cal que coincideixin quatre factors:

- 1) **un adult especial**, ja sigui el pare, la mare o qualsevol altra persona que tingui cura d'infants. A grans trets allò que defineix un pare especial inclou: **a)** haver estat maltractat d'infant; **b)** l'apatia, la depressió i/o la pobre tolerància a la frustració; **c)** el difícil control de la seva agressivitat i, **d)** l'haver viscut experiències educatives deformants. Ara mateix, però, el factor que s'apunta com a principal és **l'aïllament social**, la incapacitat de comunicar i compartir amb d'altres persones les preocupacions i les angoixes que la vida ens dona, cada dia, a tots. El trencar aquest aïllament, l'oferir una vàlvula que permeti descarregar la tensió acumulada, especialment si la persona recull també altres de les característiques apuntades, esdevé una necessitat si volem anul.lar o bé modificar en positiu, aquest primer factor. Així, doncs, el permetre que aquestes persones sentin que tenen el suport social d'altres i que saben on acudir si en tenen necessitat, constitueix un objectiu fonamental de la prevenció. (Figura 1-a (5)).

- 2) **un infant especial** que és la *diana* escollida en la que es descarrega tota l'agressió continguda. Per què un determinat infant és el boc expiatori dels cops? Allò que ens ha de fer pensar que un infant pot tenir un risc més alt inclou: **a) el fill no desitjat o fruit d'una altra unió**, un infant que no ha estat pensat ni desitjat psicològicament abans de concebir-lo o de saber-lo en camí. En aquest sentit estem d'acord amb aquells que diuen que un infant ja neix quan en els seus pares apareix el desig de tenir-lo i que la millor forma per prevenir els maltractaments infantils és aconseguir que tots els fills que arriben siguin desitjats; **b) el nen prematur i/o que ha sofert una separació precoç durant els primers mesos**, atès que la inversió positiva en la relació entre els pares i el fill que es genera amb el contacte físic després de mesos d'esperar-lo queda sobtadament avortada per la separació forçada. L'establir mesures per a que tots els embarassos arribin a bon terme i per a establir els vincles afectius positius ja des del moment del naixement (contacte i alletament precoç, cohabitació mare-fill, suport postnatal) constitueix una valuosa mesura per començar bé la relació que s'enceta; **c) el nen amb malaltia crònica i/o malformació i/o el que presenta una discapacitat**, real o percebuda així pels seus pares (Figura 1-b (5)). En aquests casos la dissociació entre el nen esperat i imaginat i el nen realment obtingut destorba també la instauració de la inversió positiva necessària per a crear uns vincles primaris pares-fill engrescadors i amb empenta. L'ajuda a acceptar les contrarietats amb que cada dia tothom es troba i l'acompanyament i recolzament dels pares són del tot necessaris, especialment si presenten trets que els facin especials. Cal destacar sempre, com bé ens ensenyen els professionals del treball social (6), la part bona que a totes les situacions podem trobar i el vessant positiu que tota persona té. Sense oblidar, en aquests casos, de dir-los que el seu fill arribarà al màxim de les seves possibilitats si tots, ells principalment, però també nosaltres al darrera seu com a suport, som capaços d'acompanyar-lo. La valoració dels progressos, per mínims que siguin, que l'infant, discapacitat o no, assoleixi, han de ser destacats de forma explícita a l'infant, i també als pares (Figura 1-c (5)). Ningú no arriba a dalt de la seva escala si no puja el primer graó; **d) l'arribada de bessons** esdevé una situació de sobrecàrrega que cal no menystenir com a factor de frustració, especialment si un dels dos respon bé a les expectatives de nen esperat i l'altre *no es fa* i ha de rebre ajuts especials i/o ha de sofrir una separació precoç. Cal vetllar especialment aquest darrer, *discapacitat* segons la visió dels pares si el comparen amb l'altre bessó; **e) el nen hiperactiu**, en qui el factor de nen especial es veu sovint acompanyat de crisis desencadenants atesos els freqüents accidents que la mateixa hiperactivitat provoca. De fet cal esbrinar primer si la hiperactivitat no és un crit d'alarma i un reclam d'atenció a uns pares que no dediquen temps i paciència suficients al seu fill. Si el nen solament rep atenció, ni que sigui en forma de crits i càstigs, quan fa maleses, els pares estan reforçant encara més la conducta que voldrien evitar; **f) el nadó que plora contínuament** constitueix un conjunt de dos dels factors: el nen esdevé especial pel fet de generar, ell mateix, la crisi desencadenant que representa el plor continuat. Hi insistirem més en l'apartat de les crisis, especialment pel que fa al còlic del primer trimestre.
- 3) **la tolerància social de la violència** com a sistema per a resoldre conflictes és una realitat que és present arreu. La violència i el càstig físic estan molt arrelats a la nostra societat i s'han transmès de generació en generació, però això no els

atorga rang de validesa. Hom defineix el càstig físic com l'ús d'una força que causa dolor, però no ferides, amb el propòsit de corregir una conducta no desitjable de l'infant. Els motius pels quals els pares l'apliquen inclouen: a) perquè els sembla bé; b) per descarregar els seus nervis o bé perquè no es controlen emocionalment; c) perquè estan mancats de recursos que els permetin fer front a una situació o d'estratègies per aconseguir allò que volen. Sigui quina sigui la justificació que es doni al càstig físic els efectes són els mateixos per a l'infant. Per altra banda fins i tot els que racionalment el justifiquen no es senten bé després d'aplicar-lo. El càstig físic ens fa mal a tots. La seva eradicació és una obligació ètica. Cal, doncs, oferir **alternatives a l'ús de la violència per a resoldre els conflictes** que, de ben segur, totes les famílies tindran i fomentar l'ús d'altres mètodes alternatius per aconseguir la disciplina i la correcció en els infants. Hem de dedicar especial atenció a aquelles famílies en les que s'acumulen diversos dels factors de risc que hem apuntat. Els fulletons per lliurar a les famílies de la recent campanya "Educa, no peguis" són un bon instrument per treballar en aquest sentit en el dia a dia (7) (*).

- 4) **la crisi desencadenant**, aquell fet concret que fa d'espurna per a que la situació continguda dels tres factors anteriors esclati. Segons l'estat dels pares i de l'infant el fet concret pot anar des del trencament accidental d'un got al **plor mantingut del nadó**, tot passant per la pèrdua de la feina o una discussió de la parella. Atès que és en els primers mesos de la vida postnatal quan cal assegurar la instauració de la relació emocional positiva amb llurs fills, cal vetllar perquè els pares s'estalviïn el màxim nombre d'entrebancs, reals o percebuts, que dificulten aquest camí, en els primers anys de l'infant. Atès que a l'origen del maltractament hi ha un problema de relació entre l'adult i l'infant cal instaurar mesures preventives abans que aparegui aquesta fase de disfunció afectiva. És en aquest sentit que cal evitar l'aparició de situacions de risc a causa de comportaments del tot normals en l'evolució de l'infant que els pares, a causa del seu aïllament o depressió, senten com una agressió. L'anticipació i la informació sobre les situacions més habituals previsibles durant les visites de seguiment del nen sa és, doncs, una via de prevenció. Allò que pretenem és la prevenció de la fragilitat familiar, una prevenció que ha d'adreçar-se a tota la població. La utilització de documents en forma de còmic en les primeres visites del nadó, com a suport al **guiatge anticipatori** de suport als pares se'ns ha demostrat com una eina ben útil en atenció primària.(8). El document "Atenció, fràgil!" (5) ens permet abordar, amb els pares, un diàleg amable i sense dramatismes sobre com establir aquesta relació positiva malgrat els entrebancs que l'evolució normal del seu fill els oferirà: el plor del primer trimestre, els problemes amb l'alimentació, la picardia dels vuit mesos, el risc d'accidents amb la deambulació, el negativisme dels dos anys i el difícil control dels esfínters ja hauran estat comentats quan arribin. Si no s'ha fet abans, la freqüent consulta al pediatre pel còlic del primer trimestre pot ser un moment ideal per lliurar-lo.

El còlic del primer trimestre: el primer conflicte intergeneracional generalitzat

Quan una família ens consulta pel plor del seu fill és evident que la nostra actuació ens demanarà una avaluació prèvia per decidir, primer, si es tracta d'un plor fisiològic o patològic i, després, si hi ha una causa orgànica susceptible de tractament. Si es

diagnostica una causa orgànica, metabòlica o d'altre tipus caldrà tractar-la i/o resoldre-la de forma prioritària. Sovint el plor del nadó té relació amb problemes alimentaris, del seu estat d'ànim o el dels seus pares, de les mesures higièniques i/o del seu benestar ambiental, i està, doncs, provocat per unes circumstàncies que, un cop resoltes, menaran a la desaparició del plor. El tractament del plor ha de ser etiològic si en podem determinar la causa. Estem més interessats, però, en una entitat ben freqüent: **el còlic del primer trimestre**, un quadre amb una etiologia multifactorial no aclarada (idiopàtica), caracteritzat per episodis de plor intens, de predomini vespertí, de 2-3 hores de durada, que s'inicia als 10-15 dies de vida i que es manté fins als tres mesos. Treem (9) insisteix a reservar el terme de còlic a quan el plor és primari i excessiu a diferència del plor secundari apuntat abans. Hi ha qui diu que el còlic és a l'extrem d'una gama de variabilitat del plor normal. La nostra formació, basada més en la intervenció medico-farmacològica que en l'acompanyament, ens empeny a actuar sobre la dieta atès que en alguns casos s'ha comprovat que la intolerància a les proteïnes de la llet de vaca es manifesten en forma de còlic del lactant. Però allò més cert és que l'angoixa dels pares, tot i no ser una causa primària, és un factor coadjuvant evident i que l'actitud dels pares enfront del plor és important per disminuir-lo. (9,10) (Figura 2 (5)).

El motiu d'aquest presentació, doncs, no és tant la preocupació mèdica sobre l'origen del plor del nadó sinó més aviat el paper que adopten els pares i l'actitud que prenem els professionals davant aquest conflicte generacional que el plor del nadó provoca. Els pediatres, especialment si som pares, som sabedors del grau de tensió familiar que genera un nadó de setmanes que no para de plorar. Quan el nen plora dia i nit, pel freqüent còlic del primer trimestre, apareix, en la majoria de casos, la primera situació de conflicte intergeneracional. El fill que plora i trenca els ritmes del nucli familiar constitueix una amenaça per als pares i s'arrisca a ser víctima d'agressió si els pares no entenen perquè es produeix aquella situació i no saben quin perill comporta el sacsejar-lo quan els treu de polleguera. I la frontera entre el dolç bressar i el violent sacsejar és ben prima (11). És important, doncs, valorar la capacitat de tolerància dels pares al plor del seu fill.

La sacsejada: una forma poc coneguda de maltractament físic

De forma resumida poden agrupar les diferents formes de maltractaments en cinc grans apartats: els abusaments sexuals, les negligències psicològiques, els maltractaments psicològics d'acció, les negligències físiques i, finalment, els maltractaments físics d'acció. D'aquest darrer grup, la síndrome del nen apallissat constitueix l'entitat més coneguda (12) i la que acompanyà els inicis del desvetllament d'aquest tema a casa nostra (13). Una forma de maltractament físic poc abordat és **la síndrome del nen sacsejat** (14), definida per Caffey l'any 1974. Aquesta síndrome es caracteritza per les lesions produïdes a nivell cerebral quan, en ser sacsejat amb violència es provoca un balanceig del cap endavant i endarrera, i per la pesantor del cap i la debilitat dels músculs del coll, es provoquen cops del cervell contra les parets internes del crani de l'infant (Figura 3 (2)). Això condueix fàcilment al característic hematoma agut interhemisfèric localitzat a la regió parieto-occipital, sense fractura concomitant, i/o a d'altres punts hemorràgics per ruptura vascular que poden causar ceguesa i/o retard mental. L'exploració indicada per al seu estudi és la Tomografia computada o bé la Ressonància nuclear magnètica per bé que cal no oblidar, d'entrada, l'observació del fons d'ull a la recerca d'hemorràgies retinals. És evident, però, que allò que cal és

informar els pares del risc que comporta sacsejar un nadó o un lactant i procurar evitar, si és possible, els factors que trobem a l'origen d'aquesta situació d'agressió.

Nosaltres, els pares i l'infant a risc de sacsejament. Instruments a l'abast per a la prevenció.

La informació destinada a informar i aconsellar els pares per a aquests casos és escassa. Fou per això que l'Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM) tingué interès, ara fa deu anys, a adaptar al català el document **“Atenció, fràgil!”** (5)(**) la portada i una pàgina del qual se centra en el problema del plor del lactant durant el primer trimestre. Posteriorment vàrem conèixer un tríptic específic sobre aquest tema, editat per la Fondation Suisse Enfants et Violence. Per donar continuïtat al projecte d'abordatge i prevenció dels maltractaments infantils a Catalunya “No estàs sol, no el deixis sol” hem cregut útil adaptar-lo i fer que el nadó pel qual vetllem sigui el nostre ja popular Pau. La seva *mare* la dibuixant Rita Culla, ha sabut, de nou, copsar la sensibilitat de la iniciativa. **“Auxili!, el meu bebé no para de plorar. Consells per a les famílies”** (15) (Figura 4) és una petita realitat, però amb una gran utilitat en la tasca del dia a dia. Atès que l'interès d'aquest document no és exclusiu a les nostres Comarques de Ponent i que de la seva difusió se'n poden beneficiar tots els nadons de Catalunya l'ACIM està fent les gestions per aconseguir-ne la difusió arreu del Principat (**).

A l'article de Treem (14) es cita el quadre orientatiu suggerit per Taubman (16) sobre les respostes dels pares davant el còlic de lactant, basat en una mentalitat mèdica intervencionista de fa uns anys. La seva primera frase als pares és: “no deixi mai que el seu fill plori”. Mentre els pares mantenen el seu estat anímic reposat és relativament fàcil seguir aquest consell. Però ja hem vist que en molts casos, i especialment si no aconseguen que el nen deixi de plorar, el seu estat d'ànim no és aquest. Quan els pares estan al límit i l'agressió és imminent probablement serà bo que el missatge que rebim (o hagin rebut) sigui un altre i insisteixi més a potenciar la tranquil·litat que no pas els estímuls: “Ho heu provat tot sense resultat. Esteu a punt de perdre el control. Solament hi ha una solució: poseu el vostre fill al seu llit, de costat o bé panxa-enlaire, apagueu el llum i aneu-vos-en després de tancar la porta. Proveu d'allunyar-vos una mica i retrobeu la vostra tranquil·litat. Potser us ajudarà telefonar a una persona amiga. El bebé probablement continuarà plorant al seu llit, però això no li farà mal. És molt millor això que no pas perdre el control i que sacsegeu o pegueu el vostre fill” (15).

Si som capaços d'oferir l'acompanyament a les famílies amb la sensibilitat que aquestes ratlles ens donen haurem fet un bon favor als nens que hem d'atendre. En Atenció Primària és especialment útil recordar que de vegades curem i calmem però que sempre acompanyem. La millor manera d'ajudar un nadó és ajudar els seus pares.

(*) Save the Children Catalunya (Sra. Àngels López). “Campanya Educa, no pegues”. Via Laietana 5,àtic. 08003 Barcelona. T: 933 105 200.

(**) ACIM. Atenció, fràgil!. Ausiàs Marc 77,1-1. 08013 Barcelona. T i Fax: 932 456 514.

(***) Mentrestant, el document esmentat és a l'abast de les persones interessades a la Secció de Formació de l'ICS de Lleida (Sra. Carme Mata). Av. De l'Alcalde Rovira Roure, 2. 25006 Lleida. T: 973 701 605.

Bibliografia

1. Pou J, Comas L, Ruiz A, Arimany J. Abús sexual: procediment assistencial i medico-legal al servei d'urgències. *Pediatr Catalana* 2000; 60:33-40.
2. Institut Català de la Salut i Associació Catalana per la Infància Maltractada. *El Llibre d'En Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut.* Barcelona 1998.
3. Domingo F. No estàs sol, no el deixis sol. *Butlletí Societat Catalana de Pediatria* 1997; 3:151-152.
4. Mardomingo MJ. Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia. *Taula Rodona El niño maltratado. XVI Congreso Español de Pediatría. An Esp Pediatr* 1985; 22 S23:151-173.
5. Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). *Atenció, fràgil!*. La Impremta. Balaguer 1990.
6. Piqué C. Presentació del programa: El pediatre a l'escola, el mestre al centre de salut. Balaguer, octubre de 1997.
7. Save the Children. *Educa, no pegues. Campaña para la sensibilización contra el castigo físico en la familia.* Madrid, 1999
8. Domingo F. Atenció, fràgil! o com ajudar les famílies a prevenir el maltractament. *Comunicació al 5è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana.* Tarragona, 1991.
9. Treem WR. Cólico infantil: punto de vista de un gastroenterólogo pediatra. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1994; 5:1119-1135.
10. Vitoria I. Llanto del lactante. A Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. *Pediatría de Atención Primaria.* Springer-Verlag Ibérica. Barcelona 1997.
11. Domingo F. Els metges i els infants maltractats. *Butlletí mèdic. Col·legi Oficial de Metges de Lleida* 2000; 20:10-16.
12. Kempe Ch, Silverman FN, Steele B et al. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181:17-24.
13. Dargallo J, Martínez-Roig A, Domingo F. La síndrome del nen apallissat. *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Monografies Mèdiques, 23.* Barcelona 1981.
14. Caffey J. The wishplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash –induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974; 54:396-403.
15. Institut Català de la Salut (Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida) i Associació Catalana per la Infància Maltractada. *Auxili!, el meu bebé no para de plorar. Consells per a les famílies.* Lleida 1999.
16. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74:998.