
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

LA MEDICINA DE LOS NIÑOS. LAS PECULIARIDADES PEDIÁTRICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN ESPAÑA (1880-1960)

Rosa Ballester Añón

Universidad Miguel Hernández

E-mail: rosa.ballester@umh.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7870-4185>

Recibido: 6 junio 2022; Aceptado: 20 agosto 2022; Publicado: 22 junio 2023

Cómo citar este artículo / Citation: Ballester Añón, Rosa (2023), "La medicina de los niños. Las peculiaridades pediátricas de la relación médico-enfermo en España (1880-1960)", *Asclepio*, 75 (1): e02. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.02>

RESUMEN: La aparición del especialismo pediátrico en el siglo XIX y primeras décadas del XX, fue un proceso muy complejo que obligó a reformular aspectos de la ciencia y, sobre todo, de la práctica médica. La necesidad de hacer frente a los problemas de un paciente peculiar, con unos rangos de edad que había que definir y cuyas características singulares eran las de ser un organismo en fase de crecimiento y desarrollo, planteaba unos retos nuevos a estos nuevos profesionales, entre ellos, la relación que había que establecer con la madre y la familia. A esta tarea se enfrentaron los nuevos especialistas, que pusieron todo su empeño en transmitir sus experiencias a las nuevas generaciones de profesionales lo que supuso, por un lado, abordar las enfermedades infantiles desde nuevas perspectivas y por otro, legitimar su posición de expertos.

Palabras clave: Relación médico-enfermo; Pediatría; España; Siglos XIX y XX.

MEDICINE OF CHILDREN. PEDIATRIC PECULIARITIES OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN SPAIN (1880-1960)

ABSTRACT: The appearance of pediatric specialization in the 19th century and the first decades of the 20th was a very complex process that forced the reformulation of aspects of science and, above all, of medical practice. The need to deal with the problems of a peculiar patient, with age ranges that had to be defined and whose specific characteristics were that of being an organism in a phase of growth and development, posed new challenges for these new professionals. This task was faced by the new specialists, who made every effort to transmit their experiences to the new generations of professionals, which meant, on the one hand, addressing childhood diseases from new perspectives and, on the other, legitimizing their position as experts.

Keywords: Doctor-patient relationship; Pediatrics; Spain; 19th-20th centuries.

INTRODUCCIÓN

El pediatra es el médico de los niños, el psicólogo de los padres y el psiquiatra de los abuelos porque se vuelven locos por los nietos (José Jordán Rodríguez, pediatra cubano, 1920-2006).

Las palabras de Jordán, a quien se le concedió en el centenario de la fundación de la Organización Panamericana de Salud (2002) el nombramiento de "Héroe de la Salud Pública de las Américas", representan una determinada visión de los pediatras y, sobre todo, reflejan, con un lenguaje coloquial, la amplitud de las

relaciones entre médicos, pacientes y sus entornos familiares y de otro tipo, cuando el enfermo al que nos estamos refiriendo es una criatura. De hecho, como un ejemplo de esta particularidad, las sociedades científicas especializadas como, en nuestro entorno, la Asociación Española de Pediatría (AEP), tiene una entrada especial en su página oficial denominada “En familia, Escrito por pediatras, pensado para las familias”.

No son pocas las reflexiones de pediatras actuales quienes, en diferentes modalidades comunicativas, hacen referencia e intentan explicar, desde sus propias experiencias, ese tipo de relación y, sobre todo, como debería ser, en la doble vertiente científica y ética, el encuentro clínico (Cruz Hernández, 2004). Una de las orientaciones, por ejemplo, insiste en dos ideas, en alguna medida, innovadoras: en primer lugar, que el niño es el principal protagonista como paciente, por lo que la entrevista, con todas sus etapas es con él y no con sus padres, aunque el familiar es necesario para enriquecer la información y guiar el tratamiento. En segundo término, que es preciso enseñar al niño qué hacer ante su problema de salud porque debe hacerse responsable del mismo y porque hay que prepararlo para asumir actitudes adecuadas hacia el mantenimiento de su salud y a ser responsable en el caso que enferme, no solo en la niñez, sino en etapas posteriores de la vida (Rodríguez Arce, 2008). Otra perspectiva es la relativa a los componentes específicos de esta relación y los problemas éticos subyacentes en el caso de la participación de niños y niñas en investigaciones clínicas (Luchtenberg, *et al.* 2020).

La salud de la infancia es, en los últimos treinta años, un asunto ejemplar en la historiografía contemporánea, como se pone de relieve por la cantidad y calidad de los trabajos publicados, la celebración de reuniones específicamente referidas a esta cuestión a nivel nacional e internacional, y el interés que ha despertado y que puede verse reflejado en números de revistas especializadas y monografías (Rodríguez Ocaña, 2003; Perdiguero, 2004). Como hemos tenido ocasión de analizar en otras ocasiones (Ballester y Balaguer, 1995), en torno a los años veinte del siglo pasado, mediante un proceso iniciado en las últimas décadas del siglo XIX, la infancia llega a ser considerada un objeto valioso y un problema social. El discurso médico atribuye a las criaturas un catálogo de características que conforman, en su conjunto, un modelo ideal dentro del ámbito familiar y doméstico. Cuidado, protección e intervención es la tríada que subyace en las luchas sanitarias en pro de la salud y el bienestar infantiles, como ha sido analizado para el caso de España (Rodríguez Ocaña, 2021).

Existe una amplia bibliografía que puede consultarse en los trabajos de conjunto citados arriba y que está focalizada preferentemente en aspectos relativos a la higiene y la salud pública, en todas sus vertientes desde las figuras más significativas a instituciones de todo tipo (como las gotas de leche), legislación, movimientos de protección a la infancia, las escuelas de puericultura, los servicios de medicina escolar, o el papel jugado por las madres y por diferentes figuras femeninas como maestras y enfermeras en la promoción de la salud infantil (Galiana, 2021). Son de referencia obligada las historias de la pediatría en España desde la pionera obra de Granjel (Sánchez Granjel, 1965), a las más recientes (López Piñero y Brines, 2009; Zafra Anta y García Nieto, 2016), donde aparecen reflejados los principales hitos en el desarrollo tanto de los aspectos académicos, como fue la creación de la primera cátedra de “Enfermedades de la infancia y su clínica” (Francisco Criado Aguilar, Universidad Central de Madrid, 1886), como en lo referente a los inicios de instituciones asistenciales propias (Hospital del Niño Jesús de Madrid, 1877), la aparición de las primeras revistas, el asociacionismo o los primeros congresos españoles de Pediatría (Palma de Mallorca, 1914). En el entorno de las sociedades científicas pediátricas, como la AEP, en el caso español, se está llevando a cabo una encomiable labor en sus actividades y publicaciones relativas a la historia de la pediatría.

Nuestro objetivo en el presente estudio aborda un aspecto menos conocido, el del encuentro clínico en la pediatría española a lo largo del proceso de institucionalización y consolidación de la especialidad entre las últimas décadas del siglo XIX y los años sesenta del siglo XX, cuando, entre otras cosas, comienzan a surgir en España las subespecialidades pediátricas, proceso paralelo al desarrollo de la Pediatría hospitalaria en la Seguridad Social (Zafra Anta y García Nieto, 2016). A través de una selección de fuentes variadas, fundamentalmente monografías y tratados originales o traducidos de otros idiomas, en especial del francés y del alemán, obras de referencia y artículos de algunas de las revistas especializadas de ese periodo, vamos a analizar las características de la relación entre el pediatra y el niño o niña como paciente. Previamente, de forma sumaria, nos acercaremos al contexto en el que esta relación médico-paciente tuvo lugar, para pasar a explorar la figura del médico de niños y la particularidad de la interacción de esta relación en estas etapas de la vida y el papel de la familia como mediadoras en este encuentro. De este modo pretendemos contribuir al mejor conocimiento de la historia de la relación entre paciente y profesional sanitario en estas etapas de la vida humana.

EL CONTEXTO. LOS MÉDICOS DE NIÑOS. EL CASO DE ESPAÑA

El redescubrimiento de la infancia en las nuevas orientaciones de principios de siglo XX partía de dos supuestos distintos. En primer lugar, que había que situarlos en su justo lugar en el entramado social y este no era otro que el considerado ideal dentro del ámbito familiar de los estratos medios y acomodados, en definitiva, que había que pasar del niño trabajador al niño escolar. Ello significaba que, por primera vez, se entendía que todos los niños debían volver al lugar que les era propio y que su vida, literalmente, no tenía precio.

El segundo de los supuestos supone también la transmutación del “niño romántico”, una figura literaria que había ligado, como comentábamos arriba, la inocencia a la muerte, al acercarse a esta última desde una perspectiva diferente en la que la retórica de “angelitos al cielo” y la consideración de la muerte infantil como algo ligado necesariamente a su propia naturaleza, dejan de tener sentido para pasar a hablarse de enfermedad y muerte evitables, concepto que aparece con insistencia en las obras de higienistas y pediatras españoles (Ballester y Balaguer, 1995). Es decir, la mortalidad infantil (Bernabeu, 1994) comienza a ser vista como un problema nacional que potencialmente podía tener solución. Aunque es evidente que los primeros signos de este cambio de actitud son bien claros en el período moderno, no será hasta el siglo XX cuando este problema alcance una auténtica visibilidad política de dimensiones más amplias y se produzca la internalización de la protección a la infancia, considerándola como un asunto de la máxima urgencia. Para entenderlo, debe también tenerse en cuenta que la mortalidad infantil, como problema social y político, formaba parte de un discurso más amplio en el que la defensa de la salud y bienestar de los niños iba ligada a la preocupación por el deterioro nacional, la despoblación y la raza, es decir, estaba íntimamente relacionada con los movimientos de medicina social y eugenesia así como con situaciones políticas y sociales particulares en los diferentes países, tal como sucedió en el nuestro, en conexión con las crisis políticas y sociales finiseculares y las concepciones regeneracionistas (Campos, Martínez y Huertas, 2001).

La gran tarea del siglo XX es la redención de los niños. Una de las voces que, en el espacio geográfico español, lo expresó mejor fue Tolosa Latour (1881, pp. 8-9):

Nuestro siglo, inspirándose en altos sentimientos de justicia, ha roto las cadenas del esclavo, ha redimido de la ignorancia a la mujer, ha protegido, secuestrándolo, al loco, pero todavía le falta mucho que hacer para que el niño no siga siendo un pobre desvalido, un infeliz desamparado

que sumido en tristísimo abandono, experimentan en ciertos casos los crueles tratamientos de los que todos somos testigos.

La protección de la salud de la infancia no es, en absoluto, un asunto neutral de tipo técnico que tengan que resolver los Estados, como sucede con otro tipo de problemas, sino que se trata de una actividad cargada de valores (Ballester y Balaguer, 1995). Martínez Vargas (1906) los resumía señalando que los niños poseen valores positivos para la familia, la sociedad y la nación. Su ausencia acarrea consecuencias negativas: soledad y desvalimiento para la familia, extinción de la raza y desaparición de la nación. A ello hay que añadir, valores económicos apoyados en las pérdidas ocasionadas por las muertes prematuras y las discapacidades físicas; y se contraponen el desembolso económico que había que hacer al adoptar medidas preventivas, con las pérdidas de dinero si estas no se efectúan (Martínez Vargas, 1906): “La higiene infantil es cara, pero no más que la enfermedad y la muerte” (Tolosa Latour, 1900, p. 56). Existe, finalmente, una apreciación que más tarde retomaremos: la valoración científica del cuerpo infantil en el nuevo campo de la práctica profesional médica. Los métodos objetivos y cuantificadores aplicados al organismo infantil harán que este se convierta en objeto precioso de consideración científica, en concordancia con la mentalidad de la época y la consecuente visión de toda la vida humana. Se considera que en esta lucha ya hay algunas batallas ganadas como la paulatina introducción de la pediatría en las facultades de medicina. Es decir, los problemas de la infancia, en general, se encuadran dentro de un discurso técnico medicalizado y las políticas dirigidas a disminuir la mortalidad infantil se basan en estas concepciones, considerándose como los aspectos prácticos derivados de una concepción médica de la infancia. Y el papel de los médicos, en esta tarea, es crucial. La medicina y la civilización son inseparables dirá un médico; y, sobre todo, en lo concerniente a la redención de los niños, ¿quiénes si no, podrían hacerlo? (Guerra y Cortés, 1880, pp. 56-82).

Las características del movimiento de especialización pediátrica en España son bien conocidas, como también la medicina social de la infancia y sus componentes institucionales: legislación protectora, consultorios de lactantes, escuelas de puericultura y servicios de medicina escolar. En cualquier caso, el período cronológico al que nos estamos refiriendo en este trabajo coincide plenamente con los hitos más significativos en el desarrollo de la especialidad (Sánchez Granjel, 1965; Zafra Anta y García Nieto, 2006). Los modelos a seguir proceden de la pediatría francesa y centroeuropea y se reivindican tanto la creación de hospitales específicos como la

enseñanza de la pediatría en el currículo médico y el desgajamiento de la medicina infantil de la obstetricia y ginecología (Ballester, 1977).

Entre 1880 y 1960 se publicaron una veintena de revistas de tema pediátrico, algunas de ellas de vida muy corta. Entre las más importantes figuran *El Hospital de Niños* y *La Medicina de los Niños* en las primeras etapas y *Acta Pediátrica Española* y *Revista Española de Pediatría* a partir de los años cuarenta. La necesidad de la introducción de la especialidad pediátrica en las facultades de medicina es uno de los temas clave y, junto a ello, la reivindicación del médico como el agente clave no solo para la asistencia médica *stricto sensu*, sino también en el papel que los médicos deben desempeñar en la defensa de la infancia, ya que “no hay asunto relacionado con ella en que dejen de intervenir los médicos” (Martínez Vargas, 1906). Hasta tal punto es importante la figura del médico en esta empresa que se considera que la gran tarea de la medicina del siglo XX había sido, primero, crear puericultores, luego, puericultura, y más tarde, unirla a la pediatría.

EL PERFIL DEL BUEN MÉDICO DE NIÑOS EN LA MEDICINA ESPAÑOLA CONTEMPORÁNEA

En este momento de definición profesional se insiste en la búsqueda del perfil del «buen médico de niños», el único que puede ofrecer soluciones definitivas y correctas al problema de la mortalidad infantil, el que debe decir lo que hay que hacer y lo que nunca debe hacerse. Hay, en opinión de los autores, un modo de vida propio de los pediatras, Para serlo, es preciso poseer en alto grado los conocimientos propios y específicos de la nueva especialidad, pero como la pediatría no es solo un saber teórico, sino una actividad práctica, es necesario ser además un médico virtuoso, y que esta actitud sea una especie de segunda naturaleza, un modo de vida. Como es bien conocido, este, en definitiva, es el objetivo, en general de cualquier galeno; y como ha sido muy bien estudiado por Diego Gracia (Gracia Guillén, 1989, pp. 597-605), la literatura sobre el “perfecto médico” se inició con la propia medicina occidental, y experimentó una serie de cambios a lo largo del tiempo. En el caso de la infancia, hemos tenido la ocasión de estudiarlo en las fuentes pediátricas españolas del periodo moderno (Ballester, 2001). Algunos de los valores que allí señalábamos persisten, en un contexto completamente diferente, en el periodo contemporáneo: procurar el bien del enfermo y preservar su vida; no producir perjuicio alguno en el paciente, beneficiar más que perjudicar a la hora de establecer una guía de actuación y ampliación de la responsabilidad profesional más allá de propio paciente, porque el médico, con su rol protector de la infancia, no

puede dejar de lado una serie de actuaciones paralelas en el ámbito de las personas que rodean al niño.

En el caso del médico de niños, la dualidad ciencia/virtudes morales, se subraya especialmente. El catálogo de cualidades que dicho profesional debe poseer, según planteaban los propios médicos, era muy extenso (Martínez Vargas, 1908), desde una formación científica sólida, a la abnegación; además se considera que debe de ser capaz de dar a la sociedad máximas higiénicas para prevenir las muertes evitables e, incluso, cooperar en el gobierno de los pueblos. Por todo ello, el pediatra debe ser el auténtico *vir bonus medendi peritus* del que hablaban los médicos latinos en la doble acepción del que sabe su oficio y del que es moralmente bueno. El principal encargado de velar por el porvenir de la sociedad, representado por los niños, ha de ser una persona especial y el mejor de los médicos.

Las palabras del traductor español de la obra del gran pediatra francés Jules Comby (1914): “Hoy la pediatría cuenta con un caudal científico de autonomía absoluta”, reflejan muy bien la finalidad y el empuje de estos nuevos profesionales que reivindican esta parcela de la ciencia y la práctica médicas ya presente en las obras finiseculares (Perales, 1892) que se separa de lo que rotulan como una médico-quirúrgica en pequeño para entrar en las nuevas corrientes que hablan de anatomía, fisiología y patología propias de la infancia, y que será, desde ese momento, el hilo conductor de su actividad (Martínez Vargas, 1915; Suñer y Ordóñez, 1921).

CONDICIONES DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LAS EDADES INFANTILES Y SUS PECULIARIDADES

Un acercamiento para reconstruir con la mayor fidelidad posible una práctica es recurrir a las historias clínicas recogidas bien de forma monográfica como conjunto de patografías, bien incluidas en las principales obras pediátricas españolas contemporáneas de referencia. La idea era generar guías prácticas de casos clínicos para quienes se dedicaran al estudio de las enfermedades infantiles, ilustrando las diferentes clases de enfermedades con una selección de casos clínicos que se intercalan, en muchas ocasiones, en los textos. Tienen pues una finalidad didáctica y están por ello escogidas de forma representativa. Junto a ello, son la norma capítulos específicos en los tratados pediátricos con títulos como “Exploración y cuidado del niño sano y del niño enfermo” (Keller y Wiskott, 1964) o el extenso capítulo, “Exploración del niño enfermo” firmado por uno de los maestros europeos de la naciente pediatría, H. Finkelstein, en el tratado enciclopédico más usado en los entornos clínicos, sobre todo, hospitalarios, en sus

sucesivas ediciones desde la inicial de 1909 (Pfaundler y Schlossmann, 1934, vol. I, pp. 100-120). Es interesante recalcar la homogeneidad en los planteamientos que se presentan en los textos desde los correspondientes a los inicios de los años 60, en lo tocante a los aspectos fundamentales del encuentro clínico. Los cambios se refieren sobre todo a la, cada vez más sofisticada, aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, pero los fundamentos básicos y la apelación a la experiencia directa, son idénticos.

Lo que define la infancia es el crecimiento y desarrollo de estas etapas de la vida humana. Las enfermedades de los niños están plagadas de dificultades en lo tocante a su diagnóstico debido a varios factores. En primer lugar, dicho crecimiento está en activo progreso y la intensa actividad vital de los órganos aumenta su susceptibilidad para la enfermedad, pudiendo afectarse por causas mínimas y siendo el curso diferente, el ataque más rápido y los síntomas más severos. En segundo término, existe una gran sensibilidad de los órganos ante los agentes tanto externos, por ejemplo, los cambios de temperatura o el problema de la asimilación correcta de los materiales nutritivos. Finalmente, las especiales características de su sistema nervioso, la más importante de las cuales es su gran excitabilidad imprime un carácter especial a los desórdenes patológicos que aparecen en estas etapas de la vida (Ballester, 1977). Y la fragilidad y vulnerabilidad de su cuerpo: fragilidad térmica, osmótica, hídrica y trófica (Pfaundler y Schlossmann, 1934, p. 17).

Contrariamente a lo que sucede con los adultos, a los niños se les lleva al médico, no son los agentes de esa decisión. Esto plantea una situación especial en la relación médico-enfermo. Ya en el primer contacto se pone de manifiesto cómo la criatura se presenta o cómo está preparada. No rara vez se utiliza al miedo equivocadamente como un recurso educativo o para asustar a los niños. Por ello es fundamental como primera norma, tal y como se señala en los tratados, el tomarse el tiempo necesario, irradiar tranquilidad y despertar confianza (Keller y Wiskott, 1964, p. 939).

Lo que siempre se indica es que, en la exploración y el tratamiento, el médico no solo tiene que ocuparse del enfermo, sino también de la persona que lo cuida, generalmente, la madre. A la criatura hay explorarla y tratarla, pero a la madre debe convencerla de que ambas cosas no se han podido hacer mejor. Independientemente de la capacidad profesional, este convencimiento depende de muchos factores externos, por ejemplo, del tiempo del que dispone el médico para la madre y la criatura. Es indispensable una ficha en la que se anotarán cuidadosamente, además de la anamnesis, los datos de la

exploración y el tratamiento, y todo lo referente a especiales condiciones de vida (Keller y Wiskott, 1964, p. 22). Durante la conversación con la madre debe observarse disimuladamente al niño, su comportamiento general y su reacción ante el medio extraño. Muchos detalles importantes sugieren los tratados, pueden desaparecer al dirigirse el médico a la criatura (por ejemplo, una ligera somnolencia), por tanto, no debe explorarse todavía mientras se efectúa la anamnesis.

En primer lugar, es llamativo que siempre se haga referencia a las peculiaridades que presenta el organismo infantil y los problemas que plantea en la anamnesis, la exploración clínica y el diagnóstico:

Hay que tener en cuenta que el niño no es un adulto en miniatura; aún en el caso de que el médico conozca de antemano al niño enfermo, tiene que reconstruir la historia de no pocas de sus molestias ya que la autoobservación falta casi por completo, hasta en los niños de alguna edad (Heubner, 1911, Vol. I, p. 89).

Y un poco más adelante, al analizar el estado actual, en su tratado de 1911, Otto Heubner comenta:

La primera regla que se debe tener presente en su estudio, es no dirigirse directamente al niño que vamos a inspeccionar, tampoco mientras se le desnuda nos dirigiremos de un modo inmediato hacia él, sino que continuaremos hablando con la madre para que el niño no se muestre intranquilo como ocurriría especialmente si viese que le ayudaban en esta maniobra extrañas (Heubner, 1911, Vol. I, p. 90).

Hay una especial sensibilidad al preguntar sobre antecedentes familiares, sobre todo, si se trata de enfermedades de alguna manera etiquetadas como vergonzantes como la epilepsia o las enfermedades venéreas, y se dice que en esos casos hay que apuntar discretamente los citados antecedentes que pudieran guardar relación con la enfermedad actual del niño.

Reiteradamente se da mucha importancia a la información que pueda dar la madre a la hora de realizar la anamnesis, aunque, como veremos más adelante, esta puede que no sea del todo fiable. También son muy detalladas y comunes las reglas a seguir para la exploración clínica del paciente infantil. Se trata de acostumbrarle a la presencia del médico; observar, si está durmiendo, la expresión corporal, pulso, respiración y temperatura; y explorar de forma metódica, perfectamente sistematizada, los distintos aparatos, sin pretender nunca acelerar el examen.

Como insisten los textos, es decisiva la manera de aproximarse a la criatura durante la exploración clínica. Los

movimientos precipitados del médico pueden convertir en miedo declarado la expectativa generalmente tensa y temerosa del enfermito. De ahí que las manipulaciones y los movimientos del médico deba ser mesurados y acompañarse de palabras cariñosas. Pero, por otro lado, no debe surgir tampoco duda alguna de que cada paso de la exploración se realice según el plan trazado, quiera o no la criatura. En caso eventual de tener que recurrir a la violencia (por ejemplo, en un examen de la faringe), hay que proceder siempre según la norma del máximo cuidado y atención. Se le puede decir al niño lo que se le va a hacer. Las sorpresas (por ejemplo, un pinchazo con una aguja) o las mentiras, crean un clima de desconfianza justificado. El mismo trato afable que se emplea para los infantes, debe emplearse también, en caso necesario, con la madre. Las criaturas que gritan y patalean abandonan a menudo con rapidez su resistencia cuando se ruega a la madre que salga de la sala de exploraciones.

Para la exploración física, es condición indispensable que la criatura esté totalmente desnuda, pero un paño, la camisa o una pieza de vestir pueden emplearse para cubrir sucesivamente las diferentes regiones corporales. Este proceder hay que tenerlo en cuenta ante el sentimiento de pudor que existe ya acentuado en criaturas bastante pequeñas (Keller y Wiskott, 1964, p. 25). Explorar no quiere decir acercarse al niño con la mano que palpa, el estetoscopio o el martillo de reflejos. Sin necesidad de tocar al niño se pueden hacer toda una serie de comprobaciones interesantes a través de la vista, el olfato y el oído. En este último caso, por ejemplo, las diversas modalidades del grito a las que tempranamente hizo referencia el pediatra francés pionero, Charles M. Billard (Billard, 1828; Ballester, 1977, pp. 56-59).

En todo caso, se destaca la necesaria paciencia y habilidad, practicando la exploración a la manera de un juego divertido. En los tratados, las instrucciones prácticas son detalladísimas para todos y cada uno de los pasos de la exploración clínica: por ejemplo, con la palpación, además de cuidar la temperatura de las manos del médico, se sigue un procedimiento sistemático que se inicia con el examen de las características de la piel, y sigue con la palpación de hígado y bazo (mano aplicada de plano, sin presionar con la punta de los dedos), de los riñones, de las ingles (existencia de adenopatías, pulso femoral) palpación del tórax, axilas, cráneo y extremidades. En la auscultación, a los pequeños asustados y que al contacto del estetoscopio se agitan, se recomienda explorar dejándolos en los brazos de su madre.

La terapéutica es otro de los grandes caballos de batalla que había que abordar en el encuentro clínico, no solo por su contenido adaptado a las condiciones propias de

cada etapa de la infancia, sino también por la necesidad de que hubiera una adherencia al tratamiento por parte de la madre o del cuidador del niño. En líneas generales, la regla general fue la de que “cuanto más joven sea el niño, más sobrios debemos ser en drogas y más pródigos en consejos y medidas higiénicas” (Comby, 1914, p. 22).

En general, en el cuidado de la criatura enferma hay que procurar que su situación sea lo más alegre y agradable posible. Unos cuidados correctos, pero exentos de cariño, conducen a los mismos fracasos que unos cuidados llenos de atención, pero incorrectos. El papel de la familia, y muy en particular de la madre, que suele ser la persona que los pediatras citan como acompañante del niño en la consulta, es crucial, pero desde la perspectiva del profesional, no carente de ambigüedad en cuanto a su consideración como mediadora entre el profesional y el niño. En ocasiones, incluso, los tratados señalan que pueda resultar, de algún modo, un obstáculo: “... lo que indican la madre y las familias son (aspectos) subjetivos, pecan de imprecisas y poco seguras y a menudo son inexactas, exageradas o desfiguradas por perjuicios y detalles sin importancia” (Pfaundler y Schlossmann, 1934, p. 100).

Sin embargo, precisamente lo que define a un buen profesional en este entorno es su “destreza” no solo desde el punto de vista técnico, sino que debe poseer una buena dosis de sensibilidad y comprensión (términos que se repiten en muchas de las fuentes), sin las cuales el trato con los niños y con las madres resulta punto menos que imposible. La serenidad y la paciencia son fundamentales, de tal modo que la resistencia o rebeldía ante la exploración no debe verse como algo molesto, sino como algo que forma parte de la propia personalidad del niño, dependiente de su educación física y psíquica, y de su constitución corporal con la que hay que contar, así como de las características de la familia. Y como recompensa, el pediatra tendrá grandes satisfacciones en el desarrollo de su actividad, a menudo “llena de atractivos”. El pediatra debe sentir una inclinación hacia los pequeños cuyos sentimientos e intereses ha de ser capaz de entender.

La revisión de los principales textos pediátricos que circularon en España entre las dos últimas décadas del siglo XIX hasta 1960 muestran, en esta etapa constituyente de la especialidad y de las primeras etapas de su desarrollo, como se fue configurando una especial relación entre el paciente pediátrico, y su entorno familiar y social, con el médico especialista. Las diferencias fundamentales de esta relación en comparación con la de las personas adultas, se fueron delineando y construyendo, en gran medida *ex novo*, desde la ciencia y desde la experiencia

de la práctica clínica. Las principales novedades fueron la delimitación de una serie de procedimientos y reglas de actuación entre las que no bastaba la pericia técnica en el diagnóstico y el tratamiento, sino que había que añadir elementos procedentes de otras esferas, como

la sensibilidad, la empatía, en muchos casos, la compasión, sin los cuales el encuentro clínico y el resultado de la asistencia, podía verse comprometido. La figura del “buen médico”, aplicado en este caso al nuevo pediatra, incluía necesariamente estas cualidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester Añón Rosa (1977), *La historia clínica pediátrica durante el siglo XIX*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza.
- Ballester Añón, Rosa (2021), “Tecnologías y tratamientos no ortodoxos al servicio de los niños con poliomielitis. La compasión como fuerza transformadora”, *Revista salud, historia y sanidad*, 16 (2), disponible en: <http://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/325> [consultado el 5/05/2022].
- Ballester Añón, Rosa; Balaguer i Perigüell, Emilio (1995), “La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España”, *Dynamis*, 15, pp. 177-192.
- Bernabeu-Mestre, Josep (1994), “Problèmes de santé et causes de décès infantiles en Espagne, 1900-1935”, *Annales de Démographie Historique*, pp. 61-77. DOI: <https://doi.org/10.3406/adh.1994.1859>
- Billard, Charles Michel (1828). *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, Paris, J.B. Baillière.
- Campos Marín, Ricardo; Martínez Pérez, José; Huertas García-Slejo, Rafael (2001), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y regeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC.
- Comby, Jules (1914), *Tratado de las enfermedades de la infancia*, traducido de la 3ª edición francesa por A. Martínez Vargas, Barcelona, Salvat.
- Cruz Hernández, Manuel (2004), “Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente familia”, *Educación médica* 7 (4), pp. 23-28. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1575-18132004000600008>
- Galiana-Sánchez, M.ª Eugenia (2021), “Enfermería y salud pública en España en el primer tercio del siglo XX”. En: Otero, Luis Enrique (coord.), *Sociedad urbana y salud pública, España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata, pp. 178-196.
- Gracia Guillén, Diego (1989), *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema.
- Guerra y Cortés, Vicente (1880), *La medicina y la civilización son inseparables*, s. l.
- Heubner, Otto (1911), *Tratado de las enfermedades de los niños*, Madrid, Calleja.
- Keller, W.; Wiskott, A. (dirs.) (1964), *Tratado de enfermedades de la infancia*, traducción española por L. Torres Marty, Barcelona, Salvat.
- López Piñero, José María; Brines Solanes, Juan (2009), *Historia de la Pediatría*, Valencia, Albatros.
- Luchtender, Malou L.; Maeckelberghe, Els L. M.; Locock, Louise; Verhagen, A. A. Eduard (2020), “Understanding the child-doctor relationship in research participation: a qualitative study”, *BMC Pediatrics*, 20 (353). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02243-1>
- Martínez Vargas, Andrés (1906), “El centro médico de Lérida, Póliza infantil. Puericultura práctica”, *La medicina de los niños*, 7, pp. 129-241.
- Martínez Vargas, Andrés (1908), “Deberes sociales del médico contemporáneo”, *La medicina de los niños*, 8, pp. 42-46.
- Martínez Vargas, Andrés (1915), *Tratado de Pediatría*, Barcelona, Labor.
- Perales y Gutiérrez, Arturo (1892), *Tratado elemental médico-quirúrgico de la infancia*, 2 vols., Granada, imp. de la Vda. de Hijos de P. V. Sabatel.
- Perdiguerro-Gil, Enrique (2004), *Salvad al niño, Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminaris d’Estudis sobre la Ciencia.
- Pfaundler, Meinhard von; Schlossmann, Arthur (coords.) (1934), *Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia*, 4 vols., edición española de la cuarta edición alemana de 1931, Barcelona, Francisco Seix ed.
- Rodríguez Arce, María Antonieta (2008), “Relación médico-niño”. En: *Relación médico-paciente*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, pp. 46-50.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban (2003), “Child health, a paradigmatic issue in modern history”, *Dynamis*, 23, 17-26.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban (2021), “La salud infantil como objetivo en España (1900-1936)”. En: Otero Carvajal, Luis Enrique; De Miguel Salanova, Santiago, *Sociedad urbana y salud pública*, Granada, Universidad de Granada, pp. 66-82.
- Sánchez Granjel, Luis (1965), *Historia de la pediatría española, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, III*, Salamanca, Ediciones del seminario de Historia de la Medicina Española.
- Suñer y Ordóñez, Enrique (1921), *Enfermedades de la infancia. Doctrina y clínica*, Madrid, Calpe.
- Tolosa Latour, Manuel (1881), *La protección médica del niño desvalido*, Madrid, Imprenta de los Srs. García y Cañaveras.
- Tolosa Latour, Manuel (1900), *Concepto y fines de la higiene popular*, Madrid, Vda. e hijos de Tello.
- Zafra Anta, Miguel Ángel; García Nieto, Víctor Manuel (2016), “Historia de la Pediatría en España”, *Pediatría integral*, IX (4), pp. 235-242. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/01/n4-235-242_20anivers-PI.pdf [consultado el 35/02/2022].