



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Autor: Dr. Francisco Javier Soriano Faura

Definición y tipos de maltrato infantil intrafamiliar

1º. ¿CÓMO DEFINIR EL MALTRATO EN NIÑOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR?

Una de las definiciones más clara de las hasta ahora publicadas es la que considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar.

De forma sencilla y operativa se distinguen los siguientes tipos de maltrato¹:

- Maltrato físico
- Negligencia
- Abuso sexual
- Maltrato emocional

Definición de cada tipo de maltrato:

Maltrato físico: toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

Negligencia: la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.

La negligencia intrafamiliar viene a identificarse con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor. Por eso en España se considera que se actúa negligentemente cuando:

- No se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad.
- Se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado.
- No se atienden sus necesidades sanitarias (No tener las vacunaciones al día, no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no visitar al médico cuando se muestren estados de salud deficientes...).
- Se descuidan las necesidades educativas. Todo lo que implique absentismo escolar se considera negligencia.
- Descuido en la higiene.
- Largas periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores.
- Repetidos accidentes domésticos.

Abuso sexual: Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyeurismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.

Maltrato emocional: Cualquier acción, normalmente de carácter verbal, o cualquier actitud de un adulto hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él daños psicológicos,

Las actitudes que mantienen los adultos hacia los menores son fundamentales en el caso del maltrato emocional:

- Conductas de ignorar al menor.
- Actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad (maltrato emocional pasivo).
- Conductas como gritar al menor, enfurecerse con él, regañarles violentamente, amenazarlos (maltrato emocional activo).
- Inducción en los menores de comportamientos antisociales mediante la realización de actividades inadecuadas en presencia de los niños (emborracharse, drogarse, el menor es testigo de conductas violentas).

Además debemos incluir:

Maltrato prenatal: Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Síndrome de Münchausen por poderes: Los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación. La relación del parent/madre perpetrador y el niño afectado es patológica.

Magnitud del problema del maltrato infantil

Epidemiología

2º ¿ES FRECUENTE EL MALTRATO INFANTIL EN ESPAÑA?

El Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía tiene como objetivo principal conocer la incidencia y prevalencia del maltrato infantil en la familia española.

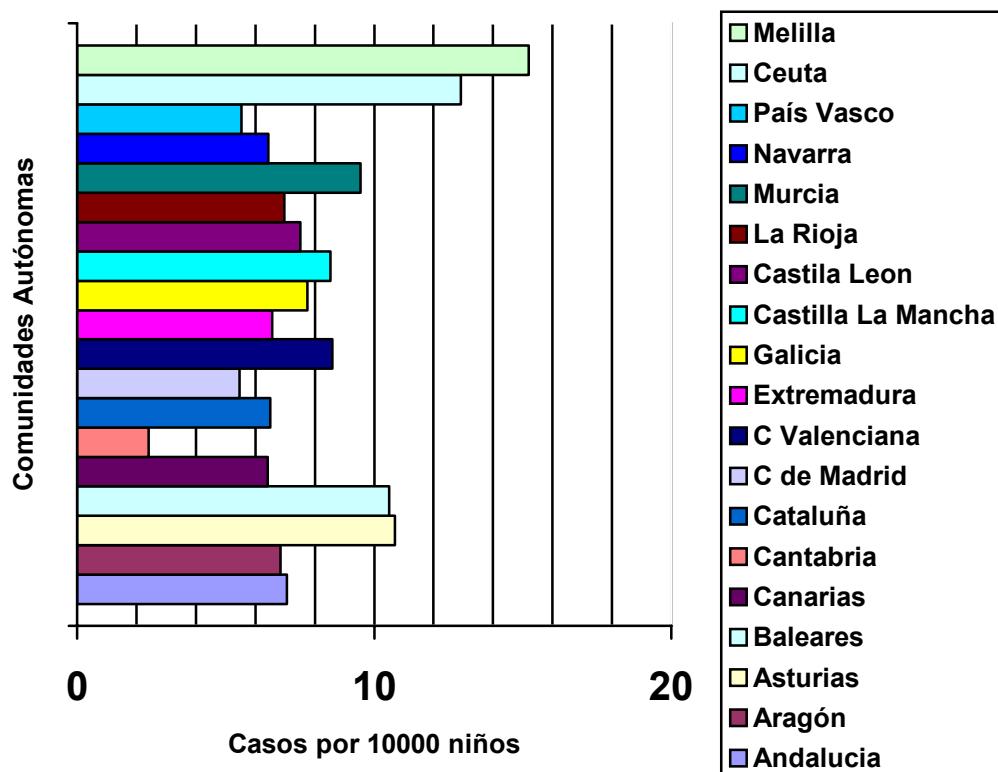
Los datos publicados se obtienen del estudio de los expedientes de protección al menor existente en cada Comunidad Autónoma.

Aunque en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20 % del total de sucesos de maltrato infantil nosotros creemos que los datos del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar tienen suficiente solidez para conocer el fenómeno epidemiológico del maltrato infantil.²

La prevalencia encontrada en España en el periodo 1997/1998 fue de 7,16 niños maltratados por 10.000 niños menores de 18 años.

Por Comunidades Autónomas destaca la Ciudad de Ceuta y Melilla con una prevalencia de 12,92 y 15,19 por 10.000 niños respectivamente. Por el contrario la Comunidad de Madrid y el País Vasco tienen prevalencias bajas, algo más de 5 por 10.000 menores. (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia del Maltrato por Comunidades Autónomas

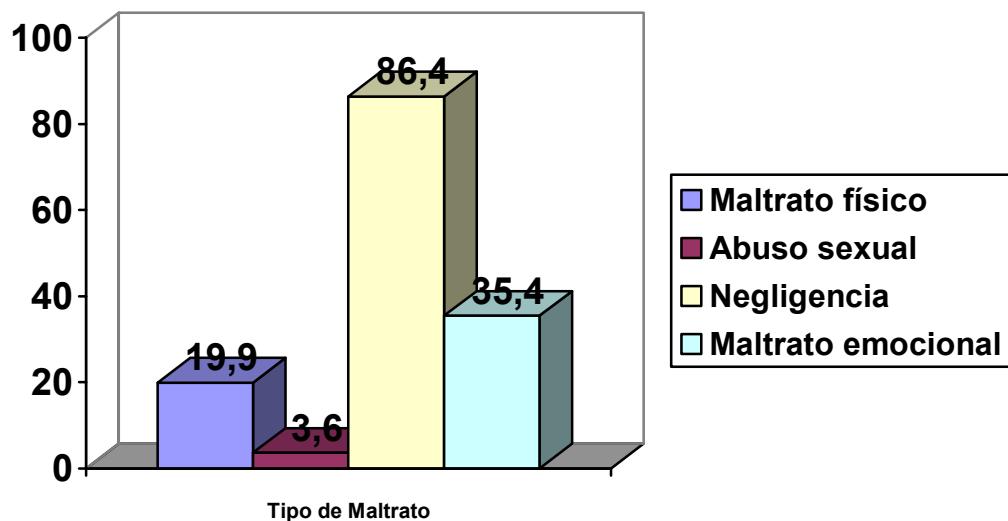


Fuente de datos: Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía.

3º ¿QUÉ TIPO DE MALTRATO ES MÁS FRECUENTE?

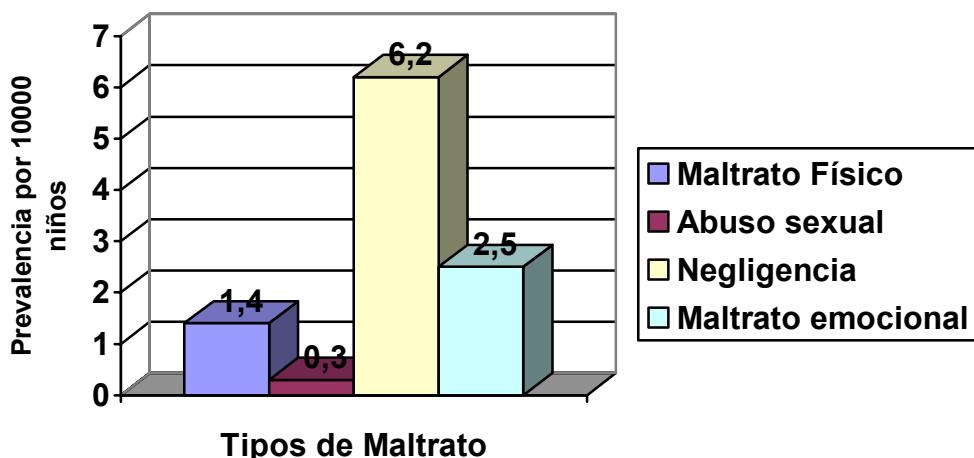
La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual solo representan el 3,6 % de todos los casos informados de maltrato. (Figura 2).

Figura 2 (I) Distribución porcentual de los tipos de maltrato



Nota: Una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato. Fuente de datos: Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía

Figura 2 (II) Prevalencia por 10000 niños según tipo de maltrato



Nota: Una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato. Fuente de datos: Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía

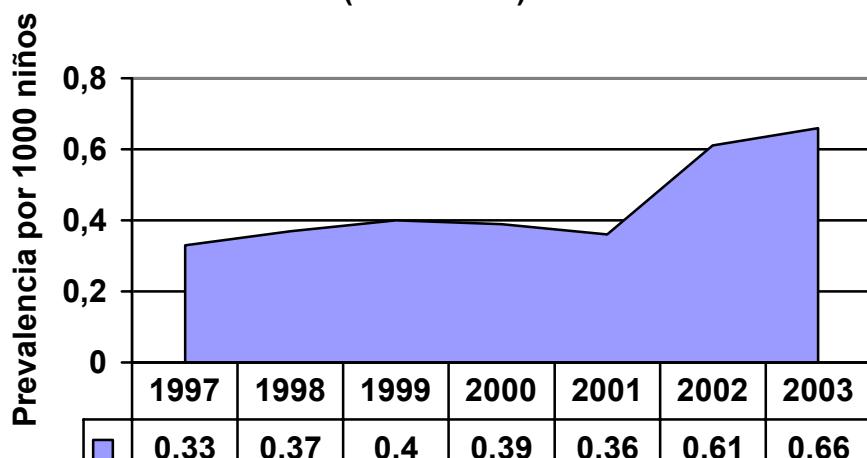
La baja prevalencia del abuso sexual (0,3 por 10.000 niños) contrasta con estudios realizados en encuestas a adultos de los que el 18,9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, 15% de los varones y 22% de las mujeres³.

4º ¿HA AUMENTADO LA PREVALENCIA DEL MALTRATO EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Considerando los delitos y faltas registrados por el Ministerio de Interior la prevalencia desde 1997 al 2003 se ha mantenido constante. (Figura 3).

Los incrementos observados en los años 2002 y 2003 son explicados por que a partir del 2002 se incluyen otros tipos de lesiones y faltas: delitos contra la libertad e indemnidad sexual, calumnias, amenazas, homicidios y asesinatos a menores.

Figura 3. Prevalencia de maltrato en España*
(1997-2003)



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia a partir de datos del Ministerio del Interior. * No se recogen datos de Ertzaintza ni de Mossos d'Escuadra.

5º ¿LA PREVALENCIA DE MALTRATO EN ESPAÑA ES COMPARABLE A LA DE OTROS PAÍSES?

En la tabla 1 distinguimos los casos informados por las principales agencias de Canadá, Australia, Reino Unido y EE. UU. y casos confirmados después de la investigación de los mismos. En Australia, Canadá y EE. UU. se sospechan aproximadamente 5 veces más casos de los que finalmente son confirmados. La incidencia de estos tres países es sustancialmente más alta que en Reino Unido y España, esto es probablemente debido a los sistemas de detección e información del maltrato y los programas de prevención y protección al menor de cada uno de estos países y en menor medida debido a las diferencias entre las poblaciones sujetas al maltrato⁴.

Tabla 1. Incidencia de maltrato en diferentes Países.

	Año	Casos Informados	Casos Comprobados	Frecuencia por 1000 niños
Australia	2002-2003	198.355	40.416	6,8
Canadá	1998	312.373	61.000	9,7
Reino Unido	2002-2003	570.220	30.200	2,7
EE. UU.	2001	2.673.000	492.100	12,4
España	1997/1998	32.741	11.148	0,71

Fuente: Creighton S. Prevalence and incidence of child abuse: International comparisons. 2004. (Modificado al incluir los datos epidemiológicos de España).

6º ¿CUÁL ES LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO INFANTIL?

Un rasgo característico es que no se de un solo tipo de maltrato sino que es frecuente la combinación con otros tipos de maltrato. En el estudio de Cerezo⁵ sobre una muestra de 237 casos de la Comunidad Valenciana en 1997 (expedientes confirmados de maltrato infantil) se aprecia por ejemplo que de 188 niños que habían sufrido abandono físico, 48 también recibieron maltrato físico (Tabla 2). Por lo que respecta al abuso sexual destaca la combinación entre este y el abuso emocional.

Otras publicaciones insisten igualmente en la combinación entre los diferentes tipos de maltrato, Edwars (2003)⁶ en los expedientes de 8667 adultos de una institución de salud mental comunica que el 34,6% de los sujetos que habían sido sujetos a maltrato infantil recibieron más de un tipo de abuso. Scher (2004)⁷ en cuestionarios administrados a una muestra representativa de la ciudad de Memphis de 967 adultos encuentra que el 13% de los participantes declaraban más de un tipo de maltrato infantil.

Tabla 2. Distribución de frecuencias con respecto al tipo de maltrato

	Abandono emocional	Abuso emocional	Abandono físico	abuso físico	Abuso sexual
Abandono emocional	150	-	-	-	-
Abuso emocional	83	123	-	-	-
Abandono físico	124	104	188	-	-
Abuso físico	32	48	48	58	-
Abuso sexual	10	13	11	10	15

Tomado de Cerezo (1998)

Otra condición del maltrato publicada en el estudio de Cerezo de la Comunidad Valenciana y que con toda probabilidad es característico del fenómeno del maltrato infantil en cualquier población es que el maltrato sea reiterado, 97,1% de los expedientes estudiados en la Comunidad Valenciana son de niños con abuso reiterado.

Consecuencias

7º ¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO A NIÑOS A CORTO Y LARGO PLAZO?

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, las consecuencias más comunes son⁸⁻¹⁰:

- Aislamiento social
- Agresividad
- Alcohol (abuso de/ dependencia)
- Alimentaria (desórdenes de la conducta)
- Ansiedad
- Aprendizaje (problemas de)
- Atención (disminución de)
- Autoconcepto (pobre)
- Autoestima (pobre)
- Concentración (disminución de la)
- Conducta (cambios de)
- Conductas (desordenes de la)
- Conductas destructivas

- Cooperación (pobre)
- Culpa (sentimientos de)
- Delincuencia (conductas delictivas)
- Dependencia en las relaciones sociales
- Depresión
- Desobediencia
- Drogas (abuso)
- Emocional (desajustes)
- Escolarización (pobre rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo)
- Estrés postraumático
- Hiperactividad
- Hostilidad
- Humor (cambios de)
- Impulsividad
- Miedo a la relación con las personas
- Socialización (Problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización)
- Sueño (alteraciones del)
- Sexualidad (Conductas sexuales inapropiadas, Conductas sexuales agresivas)
- Suicidio(ideaciones, autolesiones)

8º ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA O RIESGO DE PADECER TRASTORNOS DE LA CONDUCTA POSTERIOR A UN MALTRATO EN LA INFANCIA?

Lansford y colaboradores¹¹ realizaron un estudio prospectivo a lo largo de 12 años, observando que el 74% de los adolescentes que habían sufrido maltrato físico presentaron algún problema de conducta frente al 43 % de los chicos que no habían sufrido maltrato físico. Además presentaron más de tres problemas de conducta el 21% de los niños con maltrato frente al 7% del grupo que no recibió abuso físico.

Las chicas que sufrieron abuso físico o sexual más probablemente podían presentar conductas agresivas (Odds ratio (OR) 7,1), depresión (OR 7,2), ansiedad (OR 9,3) o estrés postraumático (OR 9,8).¹²

En nuestro medio se ha comprobado retraso en el desarrollo psicológico en niños menores de 5 años que sufrieron abuso, (Osuna, 2000)¹³.

Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces más alto, comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia¹⁴.

Otra consecuencia a largo plazo es la violencia transgeneracional, un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a sus hijos. Un meta-análisis publicado en Lancet (2000) encuentra evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el Riesgo Relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12,6 (95% IC: 1,82 - 87,2)¹⁵.

.

9º ¿POR QUÉ UN PORCENTAJE APRECIABLE DE NIÑOS MALTRATADOS NO DESARROLLAN DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS?

Aproximadamente del 25 al 50 % de los niños sometidos a maltrato grave se encontraban asintomáticos, no presentaban alteraciones emocionales o desórdenes psiquiátricos, en el momento de la valoración¹⁴.

Además es muy heterogéneo la sintomatología observada a través del seguimiento de estos niños lo que sugiere que las consecuencias son resultado de múltiples factores que interactúan originando atribuciones o ajustes capaces de favorecer conductas saludables o trastornos de la conducta y desórdenes psiquiátricos.

Es decir que niños sometidos a condiciones de vida difíciles o traumas a veces graves consiguen desenvolverse y vivir, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos para elaborar una respuesta de ajuste saludable a la adversidad, es esto lo que se viene a llamar *resiliencia* o capacidad de una persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o recuperarlo en esas condiciones.

En relación al género, ser mujer es un factor predictivo positivo para tener resiliencia o mejor adaptación a sucesos de maltrato, 26,6% de las chicas maltratadas presentaron adecuada resiliencia frente al 17,6% de los chicos. Incluso en el grupo control ser mujer es un factor protector para tener resiliencia, 51,3% de las mujeres frente al 32,5 % de los hombres del grupo control. Por tipo de maltrato, el abuso sexual y la negligencia se muestran como predictores negativos de un buen ajuste, no se observa relación entre género y tipo de maltrato para predecir mejor o peor ajuste saludable al maltrato¹⁶.

Otros factores que de forma directa o indirecta intervienen en la resiliencia tienen relación con

- Intensidad, duración y/o frecuencia del maltrato.
- Características del niño.
- El uso o no de la violencia física.
- Relación más o menos directa con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica.

Un factor que ha mostrado gran importancia es el relativo a las atribuciones cognitivas (consideraciones subjetivas, perceptivas, para elaborar lo que le ha sucedido) que realiza el niño acerca del abuso sufrido. El proceso de elaboración del suceso y la forma de hacer frente al abuso esta íntimamente relacionado con la adaptación al estrés vital¹⁷.

10º ¿QUÉ ES LO QUE HACE QUE ALGUNOS ADULTOS NO MALTRATEN A SUS HIJOS A PESAR DE HABER VIVIDO EXPERIENCIAS DE MALTRATO GRAVE EN LA INFANCIA?

Comparando padres maltratadores con padres no maltratadores, todos ellos con historia de maltrato en su infancia, se encontró que la percepción negativa del hijo aumentó la probabilidad de ser maltratador en 4,16 veces, un 1,19 más veces de posibilidad de serlo cuando se está sometido a estrés legal y un 1,11 vez más cuando hay indicadores de inestabilidad emocional¹⁸. Considerando la complejidad del concepto de resiliencia hay que aceptar que es preciso profundizar en otros modelos explicativos y otras variables que expliquen mejor la transmisión generacional del maltrato.

Factores de riesgo asociados al maltrato

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los factores que explican el maltrato (factores personales, familiares y socio-culturales) provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.

Se admite que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños.

El modelo etiopatogénico que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso, es el modelo integral del maltrato infantil¹⁴. Este modelo considera la existencia de diferentes *niveles ecológicos* que están encajados unos dentro de otros interactuando en una *dimensión temporal*. Existen en este sistema *factores compensadores* (factores protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los *factores potenciadores* (factores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.

Tabla 3. Modelo integral del maltrato infantil

Niveles ecológicos	FACTORES POTENCIADORES	FACTORES COMPENSADORES
DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES	Historia familiar de abuso Falta de afectividad en la infancia de los padres Baja autoestima ¹⁹ Pobres habilidades personales	Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal C. I. elevado Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
MEDIO FAMILIAR a) Padres	Trastornos físicos / psíquicos (incluye ansiedad y depresión) Drogodependencias Padre / madre solo Madre joven Padre / madre no biológico Disarmonía familiar Enfermedades / lesiones Conflictos conyugales Violencia familiar Falta de control de impulsos	Planificación familiar Satisfacción personal Escasos sucesos vitales estresantes Intervenciones terapéuticas en la familia Ambiente familiar sin exposición a violencia Armonía marital
b) Hijos	Hijos no deseados Trastorno congénito Anomalías físicas o psíquicas Enfermedad crónica Tamaño de la fatria Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal ²⁰ Trastorno de la conducta del hijo ²¹ Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo Satisfacción en el desarrollo del niño
EXOSISTEMA a) Sociolaboral	Bajo nivel social / económico Desempleo ²² Insatisfacción laboral	Condición financiera
b) Vecindario	Aislamiento social	Apoyo social Buena experiencia con iguales
MACROSISTEMA a) Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura servicios sociales Alta frecuencia desempleo Pobreza de grupo social ²³ Alta movilidad geográfica	Programas de mejora , de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables ²⁴ Programas sanitarios
b) Culturales	Aceptación castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Tomado y modificado de Morales et al. (1997)

Wilson (1995) publica un meta-análisis en el que encuentra relación entre abuso infantil y bajo soporte social, recientes sucesos vitales estresantes, enfermedad siquiatriza en la madre, embarazo no deseado e historia de abuso en la infancia de la madre o el padre²⁵.

11º ¿UN SOLO FACTOR DE RIESGO EXPLICA LA EXISTENCIA DE MALTRATO EN EL NIÑO?

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo.

Brown J et al²⁶ realizan un estudio longitudinal de 644 familias entre 1975 y 1992 observando que la prevalencia de abuso o trato negligente aumenta del 3% cuando no se encuentra ningún factor de riesgo al 24 % cuando se observan 4 ó más factores de riesgo.

En España, Olivan (2002) publica un estudio retrospectivo en el que observa que la causa del maltrato infantil no está relacionado aisladamente con la presencia de discapacidad infantil, sino que está relacionado con la existencia de factores de riesgo familiar y del entorno, de forma que cuantos más de estos factores se asocien alrededor del niño discapacitado mayor es la posibilidad de maltrato. El 93,5% de los niños discapacitados que habían recibido maltrato al menos tenían otro factor de riesgo además de la discapacidad y el 64,5% presentaron más de uno²⁷.

12º ¿SE CONOCE LA INTERACCIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO O POTENCIADORES Y LOS FACTORES PROTECTORES O COMPENSADORES?

Estudios realizados en nuestro país²⁸ nos indican que:

- En familias monoparentales se pone de manifiesto el papel protector del apoyo social, la probabilidad de abuso era 5,6 veces menor que en familias monoparentales sin apoyo social.
- Las dificultades económicas estaban significativamente asociadas al maltrato en familias biparentales, con un aumento de la probabilidad de 6,3 veces sobre familias biparentales sin dificultades económicas.
- El bajo nivel educativo esta asociado en familias monoparentales a maltrato, siendo la probabilidad de un 28,7. En familias biparentales, el bajo nivel educativo aumento la probabilidad la maltrato en 11,4.
- El mayor número de hijos estaba relacionado con una probabilidad mayor de ocurrencia de maltrato (razón =4,0)

13º ¿QUÉ ASOCIACIÓN EXISTE ENTRE LA VIOLENCIA DOMESTICA Y EL MALTRATO INFANTIL?

Se sabe que en el 30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores²⁹.

Los factores que están asociados a la co-ocurrencia de violencia doméstica y trato negligente infantil, en comparación con la existencia exclusiva de trato negligente sin que exista violencia doméstica, son²⁹:

1. Familia monoparental (OR = 6,57)
2. La madre abusa de alcohol o drogas (OR= 2,87)

3. la madre tiene problemas psiquiátricos (OR= 5,22)
4. La madre es la maltratadora del niño (OR= 2,56)

La co-ocurrencia entre violencia doméstica y abuso físico estuvo asociada, comparada con la existencia de abuso infantil sin datos de violencia doméstica, con³⁰:

1. El padre abusa de alcohol o drogas en la época en que maltrata al niño (OR= 5,19)
2. El padre tiene historial violento o ha sido arrestado en alguna ocasión por actos violentos (OR= 6,11)

14º ¿LA VIOLENCIA DOMÉSTICA PREDICE UN TIPO U OTRO DE MALTRATO INFANTIL?

En un estudio longitudinal de 2.544 madres que tuvieron su primer hijo y recibieron programa de atención a domicilio para la prevención del abuso infantil, se encontró relación significativa entre violencia doméstica y los siguientes tipos de maltrato infantil: abuso físico, maltrato emocional y negligencia, estando asociados la violencia doméstica y el maltrato en el 38 % de los casos confirmados (155 niños). La violencia doméstica precedió al maltrato del niño en el 78% de los casos y fue independiente de la observación de los servicio de protección al menor³¹.

15º ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO HALLADOS EN NIÑOS MALTRATADOS EN ESPAÑA?

Con los datos publicados por el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía² los factores de riesgo encontrados en el niño maltratado fueron:

- Niño o niña, indistintamente (1), menor de un año o entre 13 a 15 años.
- En caso de abuso sexual el 81,1% eran niñas.
- Presentaban problemas de salud el 17,6% de los niños.
- El 15,8 % de los niños padece problemas de conducta o psiquiátricos.
- 10,7% no presenta desarrollo físico adecuado.
- 9,7% padece minusvalías psicológicas.
- En el 56,6% de los casos convive en una familia biparental tradicional. El 13,9% en familias reconstituidas y el 5 % en familias adoptivas.
- En el 22,5% de los casos coexiste maltrato a la mujer, frente al 6 % en los hombres.

16º ¿CUAL SERIA EL PERFIL DE NIÑO MALTRADADO EN ESPAÑA?

A pesar de lo que conocemos sobre factores de riesgo y factores de protección en la literatura internacional y lo publicado en España, el perfil dominante del niño maltratado² resulta ser:

- Un niño entre 1 a 4 años.
- Víctima de negligencia.
- No está escolarizado.
- No padece problema de salud, ni minusvalía psicológica o física.
- Tiene un desarrollo físico adecuado.
- Convive en el seno de una familia tradicional.
- Su vivienda no posee las condiciones adecuadas de habitabilidad. El 44,2% tenía malas condiciones de habitabilidad en la vivienda.

17ª ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO RELATIVOS AL AGRESOR EN ESPAÑA?

- El 52,5% de los agresores son la madre biológica del niño.
- El 10,3% de las mujeres agresoras había sido abandonada por su pareja.
- El 4,6% de los agresores fue el padre no biológico.
- 93,2% de los padres tenían estudios primarios o carecían de estudios.
- 75,1% estaban desempleados, el 62,2% de los desempleados eran mujeres.
- 36,2% de los agresores consumían sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas).
- 15,5% padecían trastornos psiquiátricos o de la personalidad.
- El 12,4% tenían antecedentes penales.
- El 9,7% habían padecido maltratos durante su infancia.

18ª ¿CUÁL ES EL PERFIL DEL AGRESOR EN EL ABUSO INFANTIL EN ESPAÑA?

A pesar de lo que conocemos sobre factores de riesgo y factores de protección en la literatura internacional y lo publicado en España el perfil dominante del agresor con los datos publicados por el Centro reina Sofía es:

- Tiene entre 30 a 34 años si es mujer y entre 35 a 39 años si es hombre.
- Es madre o padre biológica del menor
- Provoca trato negligente
- Esta desempleado/a
- No padece enfermedad física o psíquica, ni minusvalías.
- No tiene antecedentes penales.

- No consume drogas
- No existía violencia doméstica.
- No mantiene buenas relaciones con la familia y los vecinos. En el 51,4% mantenía malas relaciones con sus familiares; en el 61,1% tenía malas relaciones con sus vecinos.
- Hace uso de las instituciones sociales de apoyo en el 75,6% de los casos.

Intervenciones preventivas en el maltrato infantil

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato a la infancia.

Niveles de actuación

• **Prevención primaria**³²⁻³³, dirigida la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores:

- A. Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- B. Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos:
 - a. Cursos de preparación al parto.
 - b. Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- C. Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante :
 - a. La educación sexual en centros escolares.
 - b. El Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria)
 - c. Facilitar recursos de planificación familiar.
- D. Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
- E. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos

- (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos
- F. de experiencias de confrontación padres-hijo.
 - G. Utilizar "Guías Anticipadoras" para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabietas, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
 - H. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

• **Prevención secundaria**, dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores:

- A. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- B. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores)^{34,35}.
- C. Remitir a los miembros de la familia a centro de terapia psicológica para educar en el "manejo del enfado y la ira"³⁶⁻³⁹.
- D. Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos³².
- E. Ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica³³.
- F. Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- G. Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida⁴⁰⁻⁴².
- H. Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano⁴³.

Tabla 4. Prevención del maltrato infantil

Prevención Primaria	Prevención Secundaria
<ul style="list-style-type: none">- Formación profesionales- Identificación de familias de riesgo- Incrementar habilidades en los padres mediante la educación sanitaria (accidentes, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor, disciplina constructiva)- Prevenir embarazo no deseado sobre todo en mujeres jóvenes- Uso de Guías Anticipadoras- Programa del Niño Sano- Modificar actitudes de los padres ante el establecimiento de normas y límites- Observar y educar en las consultas de pediatría- Promocionar las capacidades innatas de los padres	<ul style="list-style-type: none">- Reconocer e intervenir en casos de violencia doméstica entre adultos- Remitir a Salud Mental padres con toxicomanías o trastornos psiquiátricos- Información sobre redes de apoyo institucional o no gubernamental- Coordinación con trabajador social- Visita domiciliaria prenatal y hasta los dos años- Aumentar el número de visitas de seguimiento- Promover la estimulación del niño

Efectividad de la prevención del maltrato infantil desde la Atención Primaria

No existe consenso sobre las intervenciones preventivas en el abuso infantil. En parte es debido a que el estudio de la prevención del maltrato está limitada por la complejidad del problema, la dificultad de medir las variables e interpretar los resultados, el desconocimiento de cómo interactúan las variables que determinan el riesgo y el consiguiente abuso.

Además es notable la diferencia de programas que sostienen estas intervenciones, diferentes en sus niveles de actuación, sus recursos humanos y económicos, sostenidos por pequeñas evidencias que justifiquen la efectividad de estos programas.

19º ¿ES EFECTIVO EL USO DE INSTRUMENTOS DE CRIBADO (CUESTIONARIOS, LISTA DE RIESGOS) EN LOS CENTROS DE SALUD, PARA IDENTIFICAR FAMILIAS CON RIESGO DE OCURRENCIA DE ABUSO INFANTIL?

La identificación de familias de riesgo e igualmente de la violencia doméstica parece parte importante de las estrategias de promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el sector sanitario, la cuestión es si existen instrumentos de cribado o métodos de detección eficaces para señalar o identificar familias con riesgo potencial de abusar de sus hijos.

La US Preventive Services Task Force (USPSTF)⁴⁴ realizó una revisión sistemática de la literatura existente entre 1982 y el 2002 observando que los cuestionarios auto administrados por los padres o los realizados por los sanitarios no eran útiles para identificar a la población de riesgo a pesar de su alta sensibilidad (97 a 75%), su baja especificidad (28% en cuestionarios autoadministrados o del 86% cuando se cumplimentaba por personal sanitario) era origen de inadecuado señalamiento de familias que no constituyan ningún riesgo para el maltrato infantil.

Por ello la USPSTF encuentra insuficiente evidencia para recomendar el rutinario cribado a padres de abuso infantil. No existen estudios que determinen la seguridad y pertinencia del uso de instrumentos de cribado en la población general para identificar familias con conductas de abuso infantil. (Nivel de evidencia II-2, fuerza de recomendación E)

20^a ¿ES EFECTIVA LA LISTA DE RIESGOS EN LA CONSULTA PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO EN LAS FAMILIAS?

Leventhal⁴⁵ se preocupa de esta cuestión comparando 114 familias que cumplían criterios de riesgo aplicando listados de factores de riesgo frente a 114 familias de control observando que el grupo identificado presentaba mayores frecuencias de hospitalizaciones de los niños por razones médicas o físicas, sin aclarar si se trata de abuso infantil.

No se han encontrado otras publicaciones que muestren la efectividad del cribado en la población general en las consultas de pediatría y teniendo en cuenta que no existe un perfil familiar dominante de exposición al abuso infantil es difícil identificar correctamente las familias de riesgo de abuso infantil.

A nivel de expertos destaca que The Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) indica que existe buena evidencia y buena calidad para excluir procedimientos de cribado (que incluyen entrevistas o lista de riesgos) que ayuden a identificar individuos con riesgo de cometer o experimentar maltrato a niños. Recomienda la realización directamente de programas de prevención sobre familias con desventajas (madres jóvenes, sin apoyo familiar...) basado en la visita a domicilio durante el periodo prenatal y durante la primera infancia para prevenir el maltrato inafantil⁴⁶. (Nivel de evidencia II-2, fuerza de recomendación E).

Si parece recomendable observar y recoger en la consulta datos que permitan identificar a las familias de riesgo, tales como:

- La conducta del niño.
- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.
- La historia social (dinámica familiar, composición familiar, situación laboral,...)
- Tiene especial importancia la observación en la consulta de:
 - No acudir a las citas concertadas.
 - Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
 - Cambios frecuentes de médicos.
 - Acudir a consulta sin motivo aparente
 - Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.
 - (Evidencia III, recomendación C)

21º ¿SE HAN ENCONTRADO EVIDENCIAS PARA RECOMENDAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS RELATIVAS AL MALTRATO INFANTIL EN LAS FAMILIAS DE BAJO RIESGO?

No se han encontrado ensayos clínicos controlados sobre alguna de las intervenciones en la población general en el ámbito de la atención primaria (prevención primaria, ver Tabla 4). Todas las publicaciones sobre prevención del maltrato infantil están referidas a intervenciones sobre poblaciones de riesgo.

No encontramos evidencias de que el aumento de habilidades de los padres o la educación en “solución de conflictos” a los padres disminuyan algún tipo de maltrato cuando se realizan en atención primaria de salud en poblaciones sin tener en cuenta el riesgo. (Nivel de evidencia III, Fuerza de recomendación I).

En relación a programas de educación a la infancia para la prevención del abuso sexual anotamos dos consideraciones, la primera que es una tarea que se desarrolla en la escuela y no en los centros de salud y la segunda que existe insuficiente evidencia para recomendarla según el meta-análisis realizado por la CTFPHC⁴⁶. (Nivel de evidencia I, Fuerza de recomendación I).

22º ¿LOS PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES EN FAMILIAS DE RIESGO DISMINUYEN LOS CASOS DE ABUSO INFANTIL?

Se entiende por programas multidisciplinares aquellos que engloban de manera integrada el apoyo psicológico (mejora de la autoestima, solución de conflictos, control de conductas violentas), el apoyo social con la participación de trabajadores sociales, la educación en nutrición, crianza, uso de guías anticipatorios, programas de disminución del tabaquismo, abandono de drogas o alcohol.

Brayden (1993)⁴⁷ en un estudio aleatorizado casos- control de mujeres de riesgo atendidas en la etapa prenatal hasta la edad de los dos años y seguidas durante 36 meses no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibe apoyo psicosocial y el grupo control en cuanto a incidencia de abuso físico, curiosamente el riesgo relativo (RR) de presentar maltrato negligente del grupo que recibió apoyo psicológico fue mayor (RR= 2.79, IC 95%: 0.98-7.91, p<0.005).

Wekerle (1993)⁴⁸ presenta una revisión sistemática de publicaciones desde 1977 a 1990, 34 publicaciones de casos – control, aleatoriamente asignados. Sus hallazgos principales son que las familias de riesgo del grupo de intervención presentaban mayores puntuaciones en las áreas relativas a la crianza y puntuaciones modestas en las áreas del desarrollo cognitivo y de la conducta infantil. Estos beneficios desaparecían a largo plazo, a los cinco años. Los indicadores de disminución del maltrato eran poco fidedignos y no eran variables de estudio en la mayoría de los trabajos analizados por Wekerle.

De lo publicado podemos decir que existe insuficiente evidencia para recomendar esta actividad en los controles de salud (Evidencia I, Recomendación I)

23º ¿LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN NIÑOS DE RIESGO DE MALTRATO PREVIENE ESTE FENOMENO?

Britner (1997)⁴⁹ publica un estudio no aleatorizado de casos- control en el que evalúa el efecto de un programa de educación en mujeres de riesgo de 12 semanas de duración encontrando

que en el grupo de intervención disminuyeron los informes de abuso y abandono frente al grupo control.

Las dificultades para considerar esta una actividad con suficiente evidencia en atención primaria a partir de este trabajo provienen del diseño metodológico (no aleatorizado y escasa información de las variables de los sujetos de cada grupo), pero además de las dificultades que presenta en nuestro medio implantar una actividad educativa con tanta dedicación y en la que es necesario la preparación de los formadores o educadores.

Existe pues evidencia conflictiva para recomendar la educación dirigida a padres de riesgo en el programa de actividades preventivas (Evidencia II-1, Recomendación C).

La CTFPHC en relación a las dos preguntas anteriores concluye que es insuficiente la evidencia encontrada para recomendar programas de salud integrados con otros profesionales, la educación de padres y programas de ayuda social, incluida la psicoterapia para la prevención en el sector salud del maltrato infantil, si bien estas intervenciones pueden recomendarse por otras razones. (Evidencia II-1, recomendación I).

24^a ¿EL AUMENTO DE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO DISMINUYE EL MALTRATO INFANTIL EN FAMILIAS DE RIESGO?

En el estudio de Brayden ⁴⁷ el grupo de familias de alto riesgo asignado a la intervención recibió un promedio de 17.7 +/- 11.5 controles de salud frente al grupo control que tuvo 8.3 +/- 8.4 visitas, los resultados no evidenciaron una disminución en el número de abusos o trato negligente en el grupo de intervención. Existe poca evidencia para excluir o incluir esta actividad en los controles de salud para prevenir el maltrato en la infancia. (Evidencia II-1, recomendación I).

25^o ¿LOS PROGRAMAS DE VISITA A DOMICILIO EN FAMILIAS DE RIESGO DISMINUYE EL MALTRATO INFANTIL?

Desde la actualización en el año 2000 de la CTFPHC ⁴⁶ se han publicado dos revisiones sistemáticas más sobre prevención del maltrato infantil, con especial dedicación a la visita a domicilio por personal sanitario en familias de riesgo, las de la USPSTF (2004)⁴¹ y la Task Force on Community Preventive Services (TFCPS) (2003)⁵⁰.

Las tres revisiones se han realizado con la mejor metodología aplicable a las revisiones sistemáticas y han llegado a la misma conclusión:

Existe buena evidencia para recomendar programas de visita a domicilio desde el periodo perinatal y durante la infancia para prevenir el abuso y abandono en familias con desventajas o riesgo. (Evidencia I, Recomendación A).

Las tres revisiones basan sus resultados en el valor principal que le dan a los trabajos de Olds⁵¹⁻⁵³ que analiza el impacto en la incidencia de maltrato a los 2, 4 y 15 años de la intervención de la familia en el programa de visita domiciliaria denominado "The Elmira", donde se observa diferencias entre el grupo de intervención y el de control a los 2 años, reducción de estas diferencias, en términos de incidencia de abusos infantil a los 4 años y nuevamente un incremento de las diferencias a los 15 años de seguimiento(diferencias de frecuencias ajustadas de informes de abuso o abandono infantil entre el grupo control y el de intervención de 0,77 (IC 95%: 0,34-1,19), p < 0,001).

Estos resultados contrastan con las revisiones sistemáticas publicadas en 1996 por Roberts I.⁵⁴ y por la Cochrane⁵⁵ en 1999 donde se comunican resultados más bien modestos, Odds ratio de

padecer abuso físico o abandono de 0,98 (IC 95% 0,62-1,53) o de 1,12 con IC al 95% de 0,80-1,57 respectivamente, advirtiendo ambas revisiones que las diferencias metodológicas de los artículos revisados (inapropiada aleatorización, seguimientos cortos en el tiempo a los grupos, ensayos sin doble ciego y criterios de clasificación de riesgo diferentes o diferencias en las variables de medidas) y los distintos recursos empleados en las intervenciones podrían estar subestimando el efecto de la visita a domicilio. Así algunos programas de visita a domicilio estaban realizados por personal parasanitario o voluntarios. Resumen de estos programas se pueden leer en la publicación de Rubrin, D (2001)⁵⁶.

Un ensayo clínico posterior publicado por Duggan⁵⁷, no encontró diferencias en la prevención del abuso, Odds Ratio=1,30 (IC 95%: 0,89-1,88), p=0,17, si observó un efecto modesto en la prevención del trato negligente en las familias de riesgo que participaban en el programa de visita domiciliaria, OR= 0,72 (0,54-0,96), p=0,02.

Podemos concluir que existen suficientes evidencias para recomendar la visita domiciliaria desde la etapa prenatal hasta los dos primeros años de vida en familias de riesgo de cometer abuso infantil. (Evidencia I, Recomendación B).

26º ¿CUÁL ES EL TAMAÑO DEL EFECTO DE LA VISITA A DOMICILIO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO INFANTIL?

En la revisión realizada por la TFCPS⁵⁰ se estima que como media se espera una reducción del 40% en la incidencia del abuso en el grupo que recibe programas de visita a domicilio frente al grupo control, a corto plazo y a largo plazo , quince años después.

Conviene relatar otros potenciales beneficios encontrados en el análisis de resultados de estos programas⁴⁰⁻⁴²:

- Incremento del uso de la atención prenatal
- Incremento del peso al nacimiento
- Disminución del parto prematuro
- Incremento de uso de los servicios de salud (salud infantil, planificación familiar, vacunaciones) y de los servicios sociales de la comunidad
- Mejoría de la nutrición de la embarazada
- Disminución del hábito tabáquico en el embarazo y en la crianza.
- Disminución de los siguientes embarazos y del espacio entre embarazos
- Incremento del empleo materno
- Disminución de las visitas a urgencias
- Disminución de los accidentes e intoxicaciones
- Disminución de prácticas de castigo corporal y uso apropiado de la disciplina en niños
- Mejoría del crecimiento y desarrollo del niño
- Efectos a largo plazo publicados⁴⁰⁻⁴²:
- Reducción de conductas criminales de la madre
- Disminución del uso de las ayudas sociales
- Disminución del abuso de drogas y alcohol en la madre

27º ¿LOS COSTES DE PREVENCIÓN SUPERAN A LOS COSTES DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL?

No hemos encontrado ningún estudio relativo a costes y beneficios económicos de la prevención del maltrato infantil en España.

The National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information⁵⁸ publicó en su boletín de febrero del 2003 tres estudios de costes de no prevenir el abuso infantil en EE. UU..

El estudio de Elmira, New York (publicado por Olds en 1993), estima que los costes directos de los servicios sociales, policiales y sanitarios de atención al abuso excedió a los costes del programa de visita a domicilio en aproximadamente 300 \$ por familia y año (dólares de 1980).

El segundo estudio es el de Michigan (1992), en el se refiere que los costes del programa de visita domiciliaria fue de 712 \$ por familia y año, representando un total de gastos de 42 millones \$ por año para este programa. En contraste los gastos de atención al maltrato e inadecuada atención prenatal fueron de 832 millones de \$. El total estimado de costes de no prevenir incluye gastos directos e indirectos:

- Servicios de protección al menor: 83 millones de \$
- Instituciones de guardia y custodia (familias de acogida): 74 millones \$
- Gastos de salud de nacidos bajo peso: 256 millones \$
- Tratamiento de lesiones debido al abuso: 5 millones \$
- Costes de educación especial: 6 millones \$
- Atención psicológica del menor víctima de malos tratos: 16 millones \$
- Instituciones de Justicia para menores que delinquen: 207 millones \$
- Criminalidad de adultos: 175 millones \$
- Perdidas “impositivas” por muerte del menor: 46 millones \$

El tercer estudio es el de Colorado (1995), en este trabajo se estima en 190 millones \$ los costes directos de atención al maltrato y 212 millones \$ los costes indirectos, lo que hacen un total de 402 millones \$. En contraste los gastos en prevención fueron de 2000 dólares por familia y año, representando 8 millones \$ al año. Estimando una reducción de solo un 6% del maltrato debido al programa de visita a domicilio esperaríamos un ahorro de 24 millones de \$ al año realizando programas de visita domiciliaria a poblaciones de riesgo.

Es indudable que las diferencias encontradas en estos programas se deben a las diferencias en los mismos en cuanto a personal de intervención, características del propio programa y la institución que lo ampara, consideración de las partidas de costes directos e indirectos del maltrato, pero sobre todo las diferencias parten de los resultados que se desean obtener además de la disminución del abuso infantil ya que modifican la intensidad del programa en recursos humanos y económicos (disminución del abuso, prevención del embarazo no deseado en la siguiente gestación, prevención del bajo peso al nacer, prevención del absentismo escolar, tratamiento del abuso a drogas, de los problemas de salud mental, etc.)

Aún así podemos decir que los positivos resultados de los programas de prevención, con relativamente pequeñas reducciones en la frecuencia del maltrato, son coste- efectivo.

28º ¿QUÉ CARACTERISTICAS TIENE EL PROGRAMA DE VISITA A DOMICILIO DE FAMILIAS DE RIESGO?

Existen programas tanto en EE. UU. como Canadá y Europa (Francia, Dinamarca o Reino Unido) y si bien pueden diferir en su intensidad (frecuencia de visitas), duración, personal que lo atiende, relación con los servicios de atención primaria y contenidos más o menos extensivos y multidisciplinares, la mayoría de estos programas tienen en común^{41,42}:

1. Está dirigido a las familias con desventajas, padres jóvenes, familias monoparentales, familias de clase socioeconómica baja, familias con nacidos de muy bajo peso, padres previamente investigados por maltrato infantil y padres con abuso de alcohol, drogas , problemas de la salud mental o enfermos de SIDA.
2. Dicho programa se inicia en la semana 18 de gestación y continúa hasta el primer o segundo año de vida del niño.
3. Las visitas las realizan habitualmente personal de enfermería adiestrado, en algunos casos personal parasanitario.
4. Entre los contenidos se incluye la educación a los padres, atención las necesidades de salud de la familia, soporte o ayuda social y compromisos de los padres con el centro de salud y los servicios sociales.
5. Las visitas durante el embarazo son cada 1 a 2 semanas y posteriormente cada 2 - 4 semanas hasta el segundo año de vida. La duración de cada visita es de 60 a 90 minutos.

Tabla 5. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL en el ámbito de la atención primaria de salud.

Intervención	Efectividad	Nivel de evidencia	Fuerza de recomendación
Identificación de familias de riesgo mediante el uso de cuestionarios o listados	Identifica inadecuadamente a familias, probabilidad alta de falsos positivos	II-2 (estudios de cohortes)	E ⁴⁴⁻⁴⁶
Actividades de promoción del buen trato. Educación para la salud, disciplina y solución de conflictos a familias con bajo riesgo	No se han encontrado estudios que prueben que las intervenciones en la población en general se puedan recomendar en los exámenes periódicos de salud	III (recomendado por expertos)	I
Programas multidisciplinares de apoyo social, psicológico y educativo a padres de riesgo (incluye la intervención en violencia doméstica)	Aumentan los conocimientos pero no se ha establecido que reduzcan el abuso o el abandono.	I (estudios aleatorizados)	I ^{47,48}
Educación para la salud en familias de riesgo	Disminuyeron en el grupo de intervención los informes de abuso. Aunque el estudio presenta problemas de diseño metodológico.	II-1 (ensayos clínicos sin aleatorización)	I ⁴⁹
Aumento de las visitas de seguimiento del control de salud	No se evidenció disminución de la notificación de abusos o trato negligente	II-1	I ⁴⁷
Visita domiciliaria	Disminuyen la incidencia de abuso y trato negligente, además de otros resultados favorables para la salud del niño y la familia	I	A ⁵¹⁻⁵⁷

RECOMENDACIONES DE PREVINFAD

A. PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser uno de los servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y enfermeras de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en el niño considerado de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en el maltrato.

En general las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no solo de los sanitarios. No existe un consenso de que programas o servicios deben ofrecerse para prevenir el abuso en la infancia. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno.

Niveles de actuación:

Prevención primaria, dirigida la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Se recomienda:

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto), incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.
- Intervenir en las "escuelas de padres" u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y en el Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria), facilitar recursos de planificación familiar.
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. de la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.
- Utilizar "Guías Anticipadoras" dentro del Programa del Niño Sano para discutir a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabietas, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación

práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.

- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

Prevención secundaria, dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar la situación de negligencia y consultar con Servicio de Protección al Menor.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, 30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores. (*AAP, 1998*).
- Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas...). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres -hijos. Considerar remitir a la familia a un centro de psicología para educar en el "manejo del enfado y la ira".
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
- Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.
- Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo. Se incluyen las recomendaciones del nivel anterior referido a la "Guía Anticipadora", métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

B. DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias.

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional. Los pediatras identifican el abuso físico en niños en el 0.5% de los casos frente a las madres que informan en el 21.6% de las veces que son preguntadas por este fenómeno.

Nuestros esfuerzos deberán ir encaminados a buscar la existencia de abuso en:

- La conducta del niño.
- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.
- La historia social.
- Si los padres informan más casos de violencia doméstica que los pediatras se recomienda preguntar directamente sobre la existencia de violencia doméstica y de las pautas de disciplina severa en el medio familiar.

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

1. No acudir a las citas concertadas.
2. Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
3. Cambios frecuentes de médicos.
4. Acudir a consulta sin motivo aparente
5. Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

Actuación ante la detección del abuso del menor

Se realizará una primera **entrevista** con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad.

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. Nuestra actitud será de escucha. Debemos recabar información sobre:

- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- Estado de salud de los convivientes. Conductas adictivas.
- Condiciones laborales y socioeconómicas.
- Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales.

El examen clínico del menor debe ser meticoloso y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así, menores que sufren trato negligente o abandono físico sufren también abuso emocional; o también el abandono físico está correlacionado con el

abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional¹⁴.

La notificación del caso es una condición necesaria para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es además una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262. Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13. Código Penal Artículo 407, 450. Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30.2).

Cuando se encuentre gravedad de las lesiones o necesidad de recoger pruebas forenses se remitirá a un Centro Hospitalario donde se procederá a la intervención Policial y/o Judicial.

Cuando se sospeche alto de riesgo de desamparo familiar se asegurará el ingreso en un Centro Hospitalario.

No solo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En estos supuestos se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

Dentro del *"Plan de Acción Contra la Violencia"*, el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con las Comunidades Autónomas ha editado un *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos* donde se establece un sistema unificado de notificación de casos.

Desde el ámbito sanitario **la intervención** sobre la sospecha de maltrato infantil comprende:

- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas
- Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).
- Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infantojuvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas, realizando informes periódicos del estado de salud física del niño.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- Realizar intervención preventiva terciaria, tal como la referida en el epígrafe de prevención secundaria.
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Se valorará remitir a las familias a grupos de ayuda mutua, educadores familiares o psicoterapeutas de familia.
- Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

Estrategia de búsqueda de la actualización del Maltrato infantil

Términos de búsqueda:

(“Child abuse/epidemiology” [MeSH] OR “Child abuse/etiology” [MeSH] OR “Child abuse/prevention and control” [MeSH] AND practice guideline [ptyp] AND “2001/01/01” [PDAT]: “2004/12/31” [PDAT])

(“Child abuse/epidemiology” [MeSH] OR “Child abuse/etiology” [MeSH] OR “Child abuse/prevention and control” [MeSH] AND Randomized Controlled Trial [ptyp] AND “2001/01/01” [PDAT]: “2004/12/31” [PDAT])

(“Child abuse/epidemiology” [MeSH] OR “Child abuse/etiology” [MeSH] OR “Child abuse/prevention and control” [MeSH] AND Clinical Trial [ptyp] AND “2001/01/01” [PDAT]: “2004/12/31” [PDAT])

(“Child abuse/epidemiology” [MeSH] OR “Child abuse/etiology” [MeSH] OR “Child abuse/prevention and control” [MeSH] AND Review [ptyp] AND “2001/01/01” [PDAT]: “2004/12/31” [PDAT])

Las mismas estrategias de búsqueda para los términos CHILD MALTREATMENT, BATTERED CHILD SÍNDROME y CHILD NEGLECT.

Bases de datos exploradas:

MEDLINE

EMBASE

SUMSEARCH

TRIP DATA BASE

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

COCHRANE LIBRARY

CHILD MALTREATMENT SECTION (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA)

Bibliografía

1. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato Infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2000. Serie Documentos 3.
2. Maltrato Infantil en la familia. España. (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2002. Serie documentos 4.
3. López F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
4. Creighton S. Prevalence and incidence of child abuse: International comparisons. NSPCC Inform. 2004 April. [fecha de acceso 19 de diciembre de 2004] URL disponible en: http://www.nspcc.org.uk/inform/Info_Briefing/PrevalenceAndIncidenceOfChildAbuse.asp.
5. Cerezo MA, Más E, Simó S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. (Memoria final de proyecto). Dirección General de Servicios Sociales. Generalitat Valenciana. Valencia.1998:27,39-53.
6. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relation between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry 2003; 160(8):1453-60.
7. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. Child Abuse Negl. 2004; 28(2):167-80.
8. Gushurst CA. Chils abuse: behavioral aspects and other associated problems. Pediatr Clin N Am.2003;50:919-38.
9. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP et al. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry 2001; 158:1871-7
10. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et al. Chilhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. Am J Psychiatry 2001;158: 1879-83.
11. Lansford J, Dodge KA, Pettet GS et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. Arch Pediatr Adolesc med 2002;156:824-30.
12. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C et al. Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40:282-89.
13. Osuna MJ, Cabrera JH, Morales MC. Child Abuse Negl 2000;24(7):911-24.
14. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. Gac Sanit 1997 Sep-Oct;11(5):231-41.
15. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergeneracional continuity of child physical abuse. How good is the evidence? Lancet 2000;356(9232):814-9.
16. McGloin JM, Widom C. Resilience among abused and neglected children grown up. Dev Psychopathol 2001; 13(4): 1021-38.
17. Valle LA, Silovsky JF. Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. Child Maltreatment 2002;7(1): 9-24.
18. Aracena M, Castillo R, Haz A et al. Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen historia de maltrato físico en la infancia. [fecha de acceso 19 de diciembre de 2004] URL disponible en : http://csociales.uchile.cl/psicologia/publica/resiliencia_maltrato.pdf
19. Balge KA, Milner JS. Emotion recognition ability in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neg. 2000; 24(10): 1289-98.
20. Zelenko M, Lock J, Kraemer HC, Steiner H. Perinatal complications and child abuse in a poverty sample. Child Abuse Neg. 2000; 24(7):939-50.
21. Dopke CA, Milner JS. Impact of child noncompliance on stress appraisals attributions, and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neg. 2000; 24(4): 494-504.
22. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, Freeman I, Rooney M, Lambie A. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. Child Abuse Neg.1998; 22(2): 79-90.

23. Drake B, Pandey S. Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996 Nov;20(11):1003-18.
24. Kotch JB, Browne DC, Ringwalt CL, Dufort V, Ruina E, Stewart PW, Jung JW Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse Negl* 1997 Nov;21(11):1025-37.
25. Wilson LM; Reid AJ; Midmer DK; Biringer A; Carroll JC; Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996 Mar 15;154(6):785-99.
26. Brow J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findingd of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22(11): 1065-78.
27. Oliván G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002; 56(3): 219-23.
28. Zunzunegui MV, Morales JM, Martinez.Maltrato infatil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 1997 Jul;47(1):33-41.
29. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998 Jun;101(6):1091-2.
30. Hartley CC. The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: examining both neglect and child physical abuse. *Child Maltreat* 2002; 7 (4): 349-58.
31. McGuigan W.M., Pratt C.C. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse Neg.* 2001; 25 (7) : 869-83.
32. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999 Mar 15;59(6):1577-85 y 1591-2.
33. Nester CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998;23(9):61-2, 67-70, 73.
34. Siegel R, Hill T, Henderson V, Ernst H, Boat B. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999;104(4): 874-7.
35. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998 Jun;101(6):1091-2.
36. Whipple EE, Richey CA. Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? *Child Abuse Negl.* 1997;21:431-444.
37. Jackson S, Thompson RA, Christiansen EH, Colman RA, Wyatt J, Buckendahl CW, Wilcox BL, Peterson R. Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample *Child Abuse Negl* 1999 Jan;23(1):15-29.
38. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence. I: Parental use of corporal punishment. *Child Abuse Negl* 1998 Oct;22(10):959-73.
39. Fetsch RJ; Schultz CJ, Wahler JJ: A preliminary evaluation of the Colorado RETHINK parenting and anger. *Child Abuse Neg.* 1999;23(4): 353-60.
40. American Academy of Pediatrics. Committee on Child and Adolescent Health. The role of homevisitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics*. 1998;101(3): 486-9.
41. Gomby D, Culross P, Behrman R. Home visiting:recent program evaluations.Analysis and recomendations. *Future Of Children* 1999;9(1): 4-26.
42. Olds D, Henderson Ch, Kitzman H, Eckenrode JJ, Cole R, Tatelbaum R. Prenatal and infancy home visitationn by nurses:recent findings. *The future of Children* 1999; 9(!): 44-63.
43. Rushton FE. The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 1996;92(3):133-6.
44. Nygren P, Nelson H, Klein J. Screening Children for family violence. A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004; 2(2):161-9.
45. Leventhal JM, Pew MC,Berg AT, Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 1996;97:331-5.

46. MacMillan HL..Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care,2000 update:prevention of child maltreatment. CMAJ 2000; 163:1451-8.
47. Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. J Pediatr. 1993;122:511-516.
48. Wekerle C, Wolfe D, A. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions.Clinical Psychology Review. 1993;13:501-540.
49. Britner, Preston A; Reppucci, N. Dickon. Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. Journal of Child & Family Studies. Vol 6(2), Jun 1997, 165-175.
50. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community preventive Services. MMWR Recomm Rep 2003; 52(RR-14): 1-9.
51. Olds DL, Henderson CR Jr, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93:89-98.
52. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al.Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse andneglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-43.
53. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, et al.Effect of prenatal and infant home visitation by nurses on pregnancy outcomes,childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial.*JAMA* 1997;278:644-52.
54. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic reviewof randomised controlled trials. *BMJ*.1996;312:29-33.
55. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. (Cochrane Rewiew). In: The Cochrane Lybrary, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
56. Rubin D, Lane W, Ludwig S. Child abuse prevention. Curr Op Ped 2001; 13: 388-401.
57. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect.*Child Abuse Negl* 2004; 28(6).597-622.
58. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. Prevention pays: The cost of not preventing child abuse and neglect. Febrero 2003. [fecha de acceso 8 de febrero de 2005] URL disponible en : <http://www.nvbest.org/childabuse/costofnotprev.pdf>

Niveles de la evidencia científica.

- I Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado o de un estudio de metaanálisis.
- II-1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria.
- II-2 Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente hechos en más de un centro o equipo de investigación.
- II-3 Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grupo de evidencia.
- III Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos..

Clasificación de las recomendaciones basadas en la fuerza de la evidencia científica.

- A Hay **buena evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente **incluida** en un examen periódico de salud.
- B Hay **suficiente evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente **incluida** en un examen periódico de salud.
- C Existe una **evidencia conflictiva** para la **inclusión** o la **exclusión** de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.
- D Existe **suficiente evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea **excluida** de un examen periódico de salud.
- E Existe **buena evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea **excluida** de un examen periódico de salud.
- I Hay **insuficiente evidencia** (en cantidad y/o calidad) para hacer una recomendación, sin embargo, otros factores pueden influenciar la toma de decisiones.

En: Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003; 169 (3) 207-208