



La Prevención del Maltrato Infantil: Comentarios sobre Eckenrode, MacMillan y Wolfe

JOHN R. LUTZKER, PhD

*United States Centers for Disease Control and Prevention &
National Center for Injury Prevention and Control, EE.UU*

*(Puesto en línea, en inglés, el 3 de agosto de 2004)
(Puesto en línea, en español, el 16 de febrero de 2010)*

Tema

Prevención del Maltrato Infantil (maltrato/negligencia)

Introducción

El maltrato infantil afecta a más de un millón de niños estadounidenses y canadienses cada año. Se sabe que esta cifra, basada en gran parte en informes emanados por servicios de protección a menores, subestima gravemente la magnitud real del problema, ya que, según encuestas a la población, cerca de un tercio de los adultos han informado haber sido maltratados cuando niños. Pese a que la situación de abandono infantil es más frecuente que la de abuso, puede ser un precursor de ésta última. El maltrato infantil tiene consecuencias negativas en diversos planos, además del dolor inmediato de la víctima. El costo financiero de este problema es significativo, produciendo secuelas físicas y mentales para toda la vida en los niños que son maltratados, tales como depresión severa y enfermedad cardiovascular.¹ John Eckenrode, Harriet MacMillan y David Wolfe han recalcado la importancia de contar con modelos de salud pública, ecológicos y evolutivos para prevenir el maltrato infantil. En esta línea de acción, resaltan la necesidad de identificar programas de prevención efectivos que eviten el maltrato infantil en múltiples niveles, incluyendo la familia, escuelas, sistemas de asistencia sanitaria e iniciativas comunitarias. Las principales preocupaciones de los autores se refieren a la forma cómo lograr una mayor y mejor vigilancia e información etiológica, así como al establecimiento de objetivos programáticos alcanzables.

Investigación y Conclusiones

Eckenrode apunta a la necesidad de desarrollar iniciativas de prevención adecuadamente diseñadas y evaluadas. Además, subraya la necesidad de utilizar enfoques universales que incluyan campañas de información pública y defensoría para producir cambios de políticas gubernamentales a nivel local y nacional. En términos de programas individuales, Eckenrode señala el éxito de los programas de visitas domiciliarias, pero nos recuerda que el enfoque sólo a nivel familiar individual no logra ser tan efectivo como la combinación de este tipo de visitas con las sugerencias a nivel local, señaladas anteriormente. Tales esfuerzos deberían también incluir a los programas escolares. Eckenrode señala que estos programas orientados a enseñar a los niños a evitar el posible

abuso sexual o el secuestro, pueden ser incluidos en un conjunto de esfuerzos preventivos, pese a su carácter controversial. Tales programas incluyen modelos y ensayos conductuales y deberían incluir conceptos concretos para niños pequeños.² Sin embargo, MacMillan cuestiona que un mayor conocimiento y manejo reduzca los riesgos en los niños. Finalmente, sugiere que los profesionales de salud deberían jugar un papel clave en la evaluación domiciliaria y en ayudar a los padres a identificar las principales situaciones de riesgo, como el llanto excesivo. Asimismo, encontrar mecanismos eficientes y rentables para apoyar a los padres representa un desafío para investigadores y proveedores de servicios.

MacMillan señala que la falta de definiciones comunes y enfoques éticos es un obstáculo para lograr investigaciones confiables en la prevención del maltrato infantil. Eckenrode y MacMillan comentan sobre los componentes de las visitas domiciliarias, y en particular el Programa de Visitas de Enfermeras (Nurse Visiting Program) de Olds et al. Ella sugiere que ha habido poca o ninguna investigación tendiente a demostrar que estos programas *previenen* el maltrato infantil; no obstante, la Guía de Servicios Preventivos Comunitario (Guide to Community Preventive Services) en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), tras una sistemática revisión, recientemente ha concluido que estos programas son efectivos en la prevención del maltrato infantil. Los estudios que cumplieron con los criterios de revisión, demostraron que se produjo un 40% de reducción de abuso; de ellos, los programas de mayor duración fueron más efectivos que los de menor duración, y en relación a estos últimos, las investigaciones arrojaron que aquellos que contaron con profesionales del área pueden obtener mejores resultados que aquellos con personal no calificado.³ Sin embargo, tal como Macmillan advierte, existe una gran heterogeneidad en los programas de visitas domiciliarias; además, la revisión del CDC no pudo discernir diferencias procedimentales entre ellos.

Wolfe también aboga por lo que él describe como “programas de visitas domiciliarias personalizadas”, adaptados para determinadas familias. Él enfatiza en que estos programas deben enfocarse en ejercicios prácticos impartidos en formatos didácticos. En la misma dirección que Eckenrode y MacMillan, Wolfe nos recuerda que la prevención debe incluir iniciativas comunitarias, como se ha realizado en diversos países, incluyendo campañas de publicidad orientadas a informar al público cómo reconocer signos de abuso y responder a preocupaciones pertinentes. A la vez, sugiere tomar en consideración temas a nivel comunitario, tales como las condiciones de vivienda, educación profesional, mejor entrenamiento para los profesionales para identificar el maltrato y contar con mejores herramientas proyectivas.

Implicancias para los Servicios

La necesidad de mejorar la capacitación de profesionales como trabajadores sociales, personal de salud, educadores y asesores legales es un tema abordado con propiedad por Eckenrode. Sin embargo, este es un asunto más complejo de lo que se ve a simple vista, pues las limitaciones de financiamiento para capacitación están lejos de ser el principal desafío para un mayor y mejor entrenamiento. En el caso de los asistentes sociales, existe una serie de factores que dificultan las posibilidades de capacitación; por ejemplo, contar

con el tiempo necesario para entrenamiento y los enfoques bajo los cuales se realiza dicha capacitación. Se dispone de escasa información empírica para sugerir los mejores formatos para la capacitación, los métodos más eficientes y la duración más adecuada para el entrenamiento. Hay que considerar también el tema de continuidad de las habilidades y destrezas aprendidas (fidelidad)⁴ Finalmente, existen complicaciones en relación a las prioridades para el entrenamiento. Por ejemplo, quizás el factor preponderante en el entrenamiento debería ser la determinación válida de riesgo para el niño. Milner *et al.*⁵ encontraron que los trabajadores sociales no pueden reconocer con certeza un riesgo futuro del niño. Hasta que se acuerden definiciones comunes sobre maltrato infantil y hasta que se encuentren métodos para enseñar satisfactoriamente a estos profesionales a reconocer la variable de riesgo de forma fidedigna, la capacitación en esta área, necesariamente, será menos que óptima. La capacitación para otros profesionales también supone algunas interrogantes tales como si el personal médico calificado puede o no detectar algún grado de riesgo o puede aconsejar a los padres de modo tal que realmente se reduzca el nivel de riesgo en los niños.

Cada uno de estos autores expresa su preocupación respecto a las escasas evaluaciones rigurosas realizadas a los programas de maltrato infantil hasta ahora. Existen numerosas razones que explican esta carencia, como la dificultad para asignar aleatoriamente casos de maltrato infantil, la falta de certezas sobre el tipo de mediciones que puedan arrojar resultados importantes, y la dificultad para detectar los aspectos cualitativos de los programas y el papel que juegan en los resultados. Seguramente se realizarán más diseños de evaluación aleatorios cuando sea posible. A la vez, se requiere utilizar en mayor grado diseños quasi-experimentales utilizando grupos de comparación, estudios formativos y prospectivos, y diseños de investigación de casos individuales para aprender más sobre estrategias de cambio conductual y su forma de ajuste y mejora. Finalmente, cualquier evaluación rigurosa debería incluir un detallado análisis de costos.⁶

Cada autor ha expresado la necesidad de contar con investigaciones a nivel comunitario. Esta preocupación incluye la necesidad de sensibilizar los matices de diversos grupos étnicos y culturales que puedan afectar la evaluación, investigación y el servicio. Asimismo, hay una necesidad implícita de estudiar normas sociales que afecten a las naciones y subgrupos al interior de estos países en relación a las prácticas parentales y el maltrato infantil. Existen dos dimensiones de normas sociales que es necesario considerar: entender cuál es el conjunto de normas actuales para el grupo meta, y que también afectan las normas sociales con respecto a una mayor tolerancia frente al maltrato infantil.

La prevención del maltrato infantil requiere coordinación de esfuerzos en múltiples niveles: gubernamental, público, agencias, investigadores legales y proveedores de servicios. Factores como un mayor énfasis y un aumento de la prevención primaria, esfuerzos comunitarios, evaluaciones de resultados y programas y receptividad cultural colaborarán a tales esfuerzos.

REFERENCIAS

1. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risks of alcoholism and depression. *Psychiatric Services* 2002;53(8):1001-1009.
2. Boyle CF, Lutzker JR. Teaching young children to discriminate abusive from nonabusive situations using multiple exemplars in a modified discrete trial teaching format. *Journal of Family Violence*. In press.
3. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P. Task Force on Community Preventive Services. First reports of evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003;52(14):1-9.
4. Filene JH, Lutzker JR, Hecht D, Silovsky J. Project SafeCare: issues in replicating an ecobehavioral model of child maltreatment prevention. In: Kendell-Tackett K, Giacomoni S, eds. *Victimization of children and youth: patterns of abuse; response strategies*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; In press.
5. Milner JS, Murphy WD, Valle LA, Tolliver RM. Assessment issues in child abuse evaluations. In: Lutzker JR, ed. *Handbook of child abuse research and treatment*. New York, NY: Plenum Press; 1998:75-115.
6. Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS, eds. *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2003.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Lutzker JR. Prevención del maltrato infantil: Comentarios sobre Eckenrode, MacMillan y Wolfe. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-4. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/LutzkerESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010