



Maltrato Infantil

Actualización Febrero 2010

Editor del Tema:

Harriet MacMillan, MD, McMaster University, Canadá

Tabla de contenidos

Síntesis	5
<hr/>	
Síndrome del Bebé Sacudido	8
REENA ISAAC, MD CAROLE JENNY, MD, MBA , NOVIEMBRE 2004	
<hr/>	
El Impacto del Maltrato Infantil en el Desarrollo Psicosocial de los Niños Pequeños	15
SETH POLLAK, PHD, DICIEMBRE 2004	
<hr/>	
El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño	21
SHEREE L. TOTH, PHD, DANTE CICCHETTI, PHD, DICIEMBRE 2004	
<hr/>	
El Maltrato Infantil y su Impacto en la Epidemiología del Desarrollo Psicosocial Infantil	29
NICO TROCMÉ, PHD, FEBRERO 2005	
<hr/>	
El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial. Comentarios de Pollak, Toth y Cicchetti, y Trocmé	34
R. KIM OATES, MD, FRACP, NOVIEMBRE 2004	
<hr/>	
Previendo el Maltrato Infantil	39
HARRIET L. MACMILLAN, MD, ABRIL 2004	
<hr/>	
Servicios y Programas Comprobadamente Efectivos para Prevenir el Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños (0-5)	44
DAVID A. WOLFE, PHD, ABRIL 2004	
<hr/>	
La Prevención del Maltrato Infantil y la Negligencia	49
JOHN ECKENRODE, PHD, ABRIL 2004	

La Prevención del Maltrato Infantil: Comentarios sobre Eckenrode, MacMillan y Wolfe 56

GEOFFREY NELSON, PHD, JULIO 2004

La Prevención del Maltrato Infantil: Comentarios sobre Eckenrode, MacMillan y Wolfe 60

JOHN R. LUTZKER, PHD, AGOSTO 2004

La Violencia Doméstica y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños 64

KATHERINE M. KITZMANN, PHD, AGOSTO 2007

Tema patrocinado por:



Síntesis

¿Por qué es importante?

El maltrato infantil es un importante problema de salud pública, que afecta tanto a los niños como a la sociedad en su conjunto. Muchas personas lo consideran sinónimo de abuso físico o sexual, pero estos casos representan solamente el 24% y el 3% del total, respectivamente. Las formas más habituales de maltrato son la negligencia (30% de incidencia), la exposición a violencia doméstica (28%) y el maltrato emocional (15%). De acuerdo al Segundo Estudio Canadiense sobre Casos Reportados de Maltrato y Negligencia (CIS), entre 1998 y 2003, el maltrato infantil aumentó en un 125%, desde 9.64 casos comprobados por cada mil niños, a 21.71.¹ Esto podría atribuirse a mejores procedimientos de información y de investigación. Se han realizado modificaciones en cuanto a la forma en que se fundamentan los casos, se identifican con mayor facilidad a hermanos victimizados y existe una mayor conciencia respecto al maltrato emocional y la exposición a la violencia doméstica.

¿Qué sabemos?

Al maltrato infantil se le clasifica generalmente en cuatro categorías fundamentales: el maltrato físico, el maltrato sexual, el maltrato emocional (incluyendo la exposición a la violencia doméstica) y la negligencia.

En algunos casos, los efectos del maltrato se pueden constatar de inmediato. Entre el 7% y el 30% de los infantes que son víctimas del Síndrome del Niño Sacudido (SNS) muere, mientras que entre el 30% y 50% presenta serios déficits cognitivos o neurológicos, como disturbios conductuales, retraso en el desarrollo, déficits motores y visuales.

Sin embargo, el impacto del maltrato no siempre es evidente en forma tan directa. La adversidad o los traumas de los primeros años pueden llevar a una serie de problemas, incluyendo la depresión, la agresión, el uso de sustancias, los problemas de salud y a una infelicidad general, años después de que el maltrato haya concluido. Al llegar a la edad adulta, las víctimas de maltrato muestran altas tasas de ansiedad y desórdenes de estrés post traumático, siendo más proclives a involucrarse en conductas criminales. El maltrato durante la infancia puede conducir a un apego inseguro con los cuidadores, que se transfiere a las futuras relaciones.

Los niños que son testigos de violencia doméstica corren el riesgo de sufrir problemas psicológicos, emocionales, conductuales y académicos. Exhiben problemas similares a los de pequeños que han sido víctimas de maltrato físico en carne propia. Los niños de familias abusivas están expuestos a formas mal adaptadas de comunicación y conducta emocional y tienen frente a sí pobres modelos de autorregulación adaptativa.

Los mecanismos precisos que vinculan a la experiencia de maltrato con el desarrollo de estos problemas, son en su mayoría desconocidos. Los niños pueden ser más sensibles a ciertas emociones (por ej. la ira), en relación a otras emociones. Las investigaciones sobre los efectos del maltrato enfrentan un sinnúmero de desafíos. Los investigadores no coinciden en cuanto a la mejor forma para definir y medir el maltrato. También es difícil distinguir entre los efectos de diferentes formas de maltrato (a menudo propinado a los mismos niños) y entre los efectos del maltrato y los efectos de la pobreza asociada o bien otros factores medioambientales adversos asociados y los factores cotidianos de la vida. La predisposición genética puede ayudar a explicar por qué algunos niños son más resilientes al maltrato infantil que otros.

¿Qué podemos hacer?

Los programas orientados a prevenir el maltrato infantil incrementan los factores positivos y reducen los factores de riesgo. Promueven el bienestar de los niños, de sus padres y familias, al prevenir muchos resultados negativos.

Los siguientes programas se encuentran entre las estrategias de prevención más efectivas:

- Visitas perinatales a los hogares, realizadas por enfermeras.
- Cuidado de alta calidad para pequeños y programas preventivos de educación en la primera infancia.
- Educación pública, tales como campañas mediáticas para crear conciencia sobre temas determinados (por ej. el síndrome del bebé sacudido)
- Educación profesional, un mejor entrenamiento para identificar el maltrato y mejores herramientas de clasificación.
- Mejoras comunitarias, tales como las viviendas.

La intervención tiene el potencial para ayudar tanto a los niños como a sus padres. Una identificación de SNS en un niño, puede reducir los costos individuales, médicos y sociales

vinculados a esta forma temprana de riesgo de maltrato. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel fundamental en la situación hogareña y en ayudar a los padres a identificar situaciones clave de riesgo, tales como un llanto excesivo. Las intervenciones orientadas a niños expuestos a violencia doméstica buscan ayudarles a encarar los factores de estrés asociados a una situación de ese tipo, y a reducir perturbaciones en la crianza de los hijos.

Aunque se han detectado resultados positivos, es necesario señalar que no podemos extrapolar esos resultados a todas las situaciones. Por ejemplo, el programa de visitas de enfermeras a los hogares, ampliamente estudiado por David Old, ha demostrado ser efectivo para prevenir el maltrato infantil, pero no puede asumirse que otros programas de visitas a hogares vayan a ser igualmente efectivos, hasta que exista evidencia al respecto. Deben existir ciertas condiciones para que los efectos puedan repetirse, por ejemplo, hay evidencia que los programas pre escolares de prevención deben ser largos e intensivos, para que tengan impactos preventivos a corto y a largo plazo. En algunos casos, nuestros conocimientos sobre los plenos efectos de los programas, es limitado. Por ejemplo, los programas de educación sobre el maltrato sexual en niños, se asocian a un incremento de la divulgación del maltrato, pero no hay certeza respecto a si también ayudan a reducir la ocurrencia de los maltratos.

Queda mucho trabajo por hacer si deseamos comprender y utilizar plenamente los efectos de los programas preventivos sobre maltrato infantil. Actualmente se requiere lograr consenso en cuanto a definiciones compartidas y en torno a temas éticos, para realizar una investigación seria sobre la prevención del maltrato infantil. También se deben examinar los programas en proceso y los resultados en diferentes contextos culturales, y ser más sensibles a los grupos étnicos y culturales. La prevención del maltrato infantil requiere la coordinación de esfuerzos en múltiples niveles: gobierno, el público, agencias, las instituciones encargadas del cumplimiento de las leyes, investigadores y quienes entregan servicios.

En última instancia, los enfoques más efectivos para la prevención del maltrato infantil deberán atacar las causas de múltiples raíces del maltrato, tratando junto con la población general y a las poblaciones en riesgo y clínicas, los temas de pobreza, vivienda, empleo, escuelas, salud, y otros sistemas comunitarios, así como en el apoyo a los padres en la crianza de niños pequeños.

Referencia

1. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, Tonmyr L, Blackstock C, Barter K, Turcotte D, Cloutier R. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2003: Major Findings*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2005. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/pdf/childabuse_final_e.pdf. Visitado el 16 de febrero de 2010.

Síndrome del Bebé Sacudido

Reena Isaac, MD Carole Jenny, MD, MBA

Hasbro Children's Hospital & Brown Medical School, EE.UU.

Noviembre 2004

Introducción

El trauma abusivo a la cabeza (AHT, por sus siglas en inglés) es una causa importante de muerte y de discapacidad en la niñez^{1,2,3}. A inicios de los años 70s, las descripciones de sacudidas de latigazo cervical de infantes introdujeron el concepto de que un cuidador puede provocar lesiones significativas a la cabeza, al sacudir manual y vigorosamente a un niño^{2,4,5,6}. Las oscilaciones repetitivas de la cabeza y el cuello de un infante pueden resultar en lesiones en las estructuras tanto vasculares como neuronales, causando hemorragias intracraneales y retinales, edema cerebral, atrofia subsecuente y perturbaciones en el crecimiento cerebral^{2,7,8}. Una constelación de hemorragia intracraneal, fracturas de huesos largos, y hemorragias retinales, constituye la descripción clásica del síndrome del bebé sacudido (SBS), mientras que la sacudida con impacto, o el impacto solo, es llamado más precisamente trauma abusivo a la cabeza (AHT). En esta discusión, el término AHT será utilizado con el fin de indicar el trauma abusivo a la cabeza debido a una sacudida, a un impacto, o a los dos. La mayor parte de las víctimas de AHT tienen menos de un año de edad (la edad promedio es de 5 a 9 meses). Seguido, el AHT es difícil de diagnosticar ya que el niño no presenta evidencias externas de trauma, sobre todo si no hubo impacto en el evento abusivo. Por lo general los cuidadores no indican un historial de abuso o de lesiones en el momento de la presentación inicial⁹. Las víctimas presentan varias señales y síntomas que van desde la irritabilidad, una disminución en la reactividad y letargo, hasta convulsiones, reactividad nula y muerte. Es imperativo identificar tempranamente y prevenir esta forma de trauma intencional.

Tema

El maltrato físico infantil, incluyendo el trauma abusivo a la cabeza es un problema de salud pública importante. El resultado del AHT es más severo que cualquier otra causa de lesiones en la niñez^{1,10}. De los lactantes que han sido víctimas del SBS, aproximadamente del 7 al 30% mueren y del 30 al 50% sufren importantes déficits cognitivos o neurológicos, mientras que el 30% tiene

oportunidad de recuperación, pero están en riesgo permanente de secuelas neurológicas de largo plazo^{8,11,12,13}. Las secuelas neurológicas incluyen alteraciones cognitivas y de conducta, retraso en el desarrollo, déficits motores y visuales, déficits de aprendizaje y epilepsia.^{7,8,14} Comparado a niños con lesiones de cabeza no intencionales, cerradas, los menores de seis años quienes sufrieron lesiones de cabeza intencionales tuvieron significativamente menos capacidades cognitivas y motrices que aquellos de la misma edad, víctimas de lesiones accidentales.¹⁵ Además de las consecuencias neurológicas, los estudios han mostrado que los niños maltratados, en general, muestran baja autoestima y ambiciones más bajas.¹⁶

Problemas

Los déficits físicos, cognitivos y conductuales que resultan de lesiones severas a la cabeza presentan un desafío para las familias, la comunidad y los especialistas de rehabilitación¹⁷ Las familias de dichas víctimas deben sufrir constantes dificultades psicosociales así como acomodarse a un nuevo régimen y metas de evolución para el niño lesionado. Los costos personales en dolor y sufrimiento de las víctimas y sus familias no pueden ser del todo cuantificados. Los costos totales para la sociedad también están subestimados por los años de vida potencial que las víctimas han perdido.¹⁸

Los costos sociales y el peso económico para los hospitales son importantes consideraciones al evaluar los recursos necesitados para manejar y apoyar a estos niños.^{18,19} Los niños que sobreviven a lesiones intencionales en la cabeza requieren recursos médicos y psicosociales permanentes. Los pacientes de abuso infantil tienen índices mayores de severidad de enfermedad, gastos hospitalarios, gastos diarios y tasas de mortalidad, que aquellos pacientes tratados para lesiones no intencionales. En un estudio, los gastos médicos para el caso agudo de pacientes de maltrato infantil en una unidad de cuidados intensivos eran del orden de \$35,641 por paciente. En ese estudio en particular, 70% murió y 60% de los sobrevivientes sufrieron morbilidad residual severa.¹⁸

La identificación temprana de niños en riesgo de tales traumas intencionales pueden reducir los costos individuales, médicos y sociales.¹⁹ Un estudio que examinaba a 173 lactantes maltratados descubrió que alrededor de un tercio de lactantes con lesiones intencionales en la cabeza recibían un diagnóstico equivocado en su primera visita para obtener atención médica.²⁰ Dentro de este grupo de lactantes con trauma a la cabeza no identificado, 25% fueron lesionados de nuevo antes de ser diagnosticados correctamente. La capacitación adecuada de profesionales

y un índice adecuado de sospecha son necesarios para identificar a niños y familias en riesgo potencial de maltrato. Los niños con lesiones intencionales están en mayor riesgo de maltrato repetido y de posibles lesiones fatales.²¹ Los profesionales médicos deben intervenir tempranamente identificando lesiones abusivas posibles.

La investigación sobre la prevención de lesiones abusivas a la cabeza es limitada. Las estrategias propuestas de prevención incluyen la identificación de familias y niños en riesgo, y la educación de padres y el público sobre los peligros de sacudir a los lactantes.

Contexto de Investigación

1. . Se ha realizado investigación en cuanto a la motivación de los abusadores, sus relaciones con las víctimas, y los factores de riesgo social asociados al trauma abusivo a la cabeza.²² La capacitación que se necesita para que los profesionales médicos puedan prevenir e identificar traumas a la cabeza intencionales requiere de mayor estudio. Identificación de familias y niños en riesgo de trauma abusivo a la cabeza
2. : Se han realizado campañas educativas en algunas áreas geográficas sobre los peligros de sacudir a los bebés o de golpearles en la cabeza. Los resultados de estas intervenciones no son conocidas aún. Se recomienda realizar estudios acerca de la manera más efectiva de distribuir esta información. b) Un análisis de los programas dirigidos a familias de alto riesgo podría ayudar a diseñar una estrategia para la prevención secundaria. c) La prevención de recurrencias del trauma abusivo a la cabeza cae dentro de la prevención terciaria. Esto incluiría la capacitación de personal médico para que puedan reconocer las señales y síntomas del trauma abusivo a la cabeza y diseñar sistemas efectivos de bienestar infantil que protejan a las víctimas de más abuso. Prevención

Preguntas Clave de Investigación

1. ¿Cuáles son los medios más efectivos de prevenir AHT?
2. Puesto que las señales y los síntomas de AHT pueden ser inespecíficos, ¿existirán ciertos marcadores bioquímicos de lesiones cerebrales que puedan ser detectados en el torrente sanguíneo periférico poco después de este tipo de lesiones?
3. ¿Las señales y los síntomas iniciales de las víctimas de AHT predicen secuelas neurológicas de largo plazo?
4. Existe mucho debate científico y legal sobre el mecanismo de la lesión (sacudir, sacudir con impacto, o solamente impacto) que resulta en la presentación y resultado final de una

víctima de lesión intencional a la cabeza. Los estudios de la biomecánica del trauma abusivo a la cabeza están progresando, centrados en responder preguntas acerca de la magnitud y el tipo (tangencial o rotativa) de aceleración requerida para producir lesiones en lactantes.

¿El umbral de lesión será reducido por la amplificación armónica de fuerzas que se produce debido al sacudido repetitivo?

Resultados Recientes de Investigación

Se ha debatido sobre el momento en que los síntomas comienzan después de un trauma a la cabeza abusivo. Un estudio reciente basado en abusadores que reconocieron haber infligido las AHT sugiere que los síntomas de lesiones intencionales a la cabeza en niños ocurren inmediatamente.²³ El comportamiento de los niños en este estudio en ningún caso fue descrito por los abusadores como normal después del evento de maltrato. La mayor parte de los abusadores reconocieron haber sacudido a estos niños sin impacto.

Los estudios recientes de Ewing-Cobbs y colegas han caracterizado los hallazgos físicos, neuroconductuales y del desarrollo en niños con lesión cerebral traumática (LCT) intencional y no intencional. El análisis de los estudios de neuroimágenes (tomografía computarizada y resonancia magnética) ha contribuido a la identificación de características de LCTs intencionales.¹⁰

Conclusiones

Las lesiones resultantes de los traumas a la cabeza por abuso, han sido reconocidas como las más serias en el espectro de maltrato infantil con una morbilidad y mortalidad importante. Este tipo de lesión constituye una gran parte de las admisiones hospitalarias de lactantes y niños pequeños al sufrir traumas a la cabeza. Las lesiones a la cabeza afectan el funcionamiento, crecimiento y la calidad de la participación del niño en el hogar y en la comunidad. Los déficits cognitivos y neurológicos resultantes tienen consecuencias devastadoras para el individuo y la familia.^{3,10,16,24} La prevención de dichas lesiones es lo esencial en este problema.^{25,26} Se recomienda seguir con campañas para acrecentar la conciencia pública sobre los peligros de sacudir y golpear a los lactantes. La investigación que identifica los medios más efectivos de distribución y asimilación de la información debería ser realizada en las poblaciones de riesgo más alto para asegurar el alcance más efectivo. Es difícil saber si la información por sí sola se traduce en la práctica. Por tanto, también deben realizarse programas sociales dirigidos a la educación de los padres y a promover la protección y el cuidado.

Los servicios dirigidos a prevenir el abuso y la negligencia, especialmente las “visitas domiciliarias” a familias jóvenes, han sido bien recibidas.^{27,28} La investigación sobre cómo evaluar a los niños y familias en mayor riesgo (familias donde existe la violencia doméstica, familias con problemas de abuso de sustancias tóxicas, y familias sin apoyo comunitario) deben ser realizadas con el fin de ofrecer un plan de prevención dirigido y efectivo en costos.^{29,30} Realizar programas de visitas a hogares hechos a la medida para grupos de alto riesgo y asegurar la calidad apropiada en estos programas, son factores necesarios para obtener el máximo beneficio de tales programas. Las visitas a los hogares contribuyen a programar la capacidad de prevenir el maltrato y promover el desarrollo tanto de los niños como de sus padres.³¹ Dichos programas deben incluir también al hombre de la casa, ya que la mayoría de quienes perpetran los maltratos serios son los varones.²² Los programas de prevención y las campañas educacionales exitosas deben considerarse como inversiones conservadoras para asegurar que la vida de un niño transcurra en un hogar seguro y protector.

Implicaciones para las Políticas Públicas y los Servicios

El síndrome del bebé sacudido y el trauma a la cabeza provocado por el maltrato, son hechos devastadores que tienen consecuencias psicológicas, físicas y financieras para el niño, la familia y la comunidad. Los gastos médicos y los recursos sociales que implica un cuidado intensivo, la gestión que ello requiere, sumado a la rehabilitación, son una carga para un sistema de recursos limitados. La prevención es la clave para intervenir en este problema social. Es necesario inculcar el concepto de que sacudir a un niño es una práctica intolerable. Las campañas educativas (en el estilo de la denominada “No sacudas al bebé”) parecen ser herramientas efectivas a fin de incrementar el conocimiento de los padres respecto al peligro de sacudir a un bebé.³² Los estudios sobre la economía de programas de prevención bien diseñados y efectivos, constituyen una inversión justificada de recursos comunitarios.^{18,19} La Academia Norteamericana de Pediatría ha reconocido que el modelo de visitas a los hogares por razones de salud ha sido bien recibida e implica grandes beneficios. Un programa de visitas prenatales y a infantes realizadas a los hogares por enfermeras y paraprofesionales ha demostrado ser una herramienta preventiva frente a problemas de salud y desarrollo, en niños que se encuentran en el mayor nivel de riesgo para tales problemas.^{30,33,34} Cabe destacar que los ahorros potenciales en el rubro de cuidados médicos intensivos solamente en uno de estos casos, puede ser hasta mayor que el sueldo anual de un visitante que acude a los hogares de familias de alto riesgo.¹⁸ Estas visitas no son una panacea frente a la epidemia del maltrato infantil, pero pueden ser una intervención efectiva para reducir la incidencia de este tipo de maltrato.^{27,29} Un compromiso público con el establecimiento de programas de prevención es imperativo.

Referencias

1. Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatric Annals* 1989;18(8):482-484, 486-489, 492-494.
2. Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash- induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974;54(4):396-403.
3. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, Schut L, Sutton LN, Seidl TS, Nudelman S, Hertle R, Tsiaras W, Loporchio S. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics* 1992;90(2):179-185.
4. Caffey J. On the theory and practices of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American Journal of Diseases of Children* 1972;124(2):161-169.
5. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *BMJ - British Medical Journal* 1971;2(759):430-431.
6. Ommaya AK, Faas F, Yarnell P. Whiplash injury and brain damage: an experimental study. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1968;204(4):285-289.
7. Bonnier C, Nassogne MC, Saint-Martin C, Mesples B, Kadhim H, Sebire G. Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. *Pediatrics* 2003;112(4):808-814.
8. Haviland J, Russell RIR. Outcome after severe non-accidental head injury. *Archives of Disease in Childhood* 1997;77(6):504-507.
9. Conway EE. Nonaccidental head injury in infants: "The shaken baby syndrome revisited." *Pediatric Annals* 1998;27(10):677-690.
10. Ewing-Cobbs L, Kramer L, Prasad M, Canales DN, Louis PT, Fletcher JM, Vollero H, Landry SH, Cheung K. Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics* 1998;102(2):300-307.
11. Bonnier C, Nassogne MC, Evrard P. Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome; Late consequences after a symptom-free interval. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1995;37(11):943-956.
12. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2001;22(2):112-122.
13. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. *Pediatric Neurosurgery* 1996;24(6):292-298.
14. Gilles EE, Nelson MD. Cerebral complications of nonaccidental head injury in childhood. *Pediatric Neurology* 1998;19(2):119-128.
15. Kriel RL, Krach LE, Panser LA. Closed head injury: comparison of children younger and older than 6 years of age. *Pediatric Neurology* 1989;5(5):296-300.
16. Brown JK, Minns RA. Nonaccidental head injury, with particular reference to whiplash shaking injury and medicolegal aspects. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1993;35(10):849-869.
17. Livingston MG, McCabe RJ. Psychosocial consequences of head injury in children and adolescents: implications for rehabilitation. *Pediatrician* 1990;17(4):255-261.
18. Irazuzta JE, McJunkin JE, Danadian K, Arnold F, Zhang JL. Outcome and cost of child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1997;21(8):751-757.
19. Rovi S, Chen PH, Johnson MS. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *American Journal of Public Health* 2004;94(4):586-590.

20. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive trauma a la cabeza. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1999;281(7):621-626.
21. Alexander R, Crabbe L, Sato Y, Smith W, Bennett T. Serial abuse in children who are shaken. *American Journal of Diseases of Children* 1990;144(1):58-60.
22. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive trauma a la cabeza: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995;95(2):259-262.
23. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158(5):454-458.
24. Epstein MA. Neurological and behavioral sequelae in children with traumatic brain injury. *International Pediatrics* 1998;13(3):145-149.
25. Benstead JG. Shaking as a culpable cause of subdural haemorrhage in infants. *Medicine, Science & the Law* 1983;23(4):242-244.
26. Benzel EC, Hadden TA. Neurologic manifestations of child abuse. *Southern Medical Journal* 1989;82(11):1347-1351.
27. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson C, Smith E, Olds D, Powers J, Cole R. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(11):1385-1391.
28. Leventhal JM. The prevention of child abuse and neglect: successfully out of the blocks. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(4):431-439.
29. Gomby DS. Promise and limitations of home visitation. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(11):1430-1431.
30. Leventhal JM, Garber RB, Brady CA. Identification during the postpartum period of infants who are at high risk of child maltreatment. *Journal of Pediatrics* 1989;114(3):481-487.
31. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
32. Showers J. "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse and Neglect* 1992;16(1):11-18.
33. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-496.
34. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.

El Impacto del Maltrato Infantil en el Desarrollo Psicosocial de los Niños Pequeños

Seth Pollak, PhD

University of Wisconsin at Madison, EE.UU.

Diciembre 2004

Introducción

El maltrato infantil es un fenómeno horrendo el cual implica que los lactantes y niños pequeños no reciben la protección, el cuidado, la preocupación y las interacciones propias de la forma en la cual los seres humanos (y muchas otras especies) se hacen cargo de los más jóvenes. Se ha constatado que los niños que son objeto de maltrato son muy proclives a tener problemas conductuales, emocionales y sociales en su vida posterior.¹ Sin embargo, el mecanismo preciso que vincula a la experiencia del maltrato con el desarrollo de esos problemas es completamente desconocido. Persiste una pregunta fundamental en cuanto al desarrollo: ¿Cómo es que la adversidad o los traumas a una edad temprana, pueden llevar a un sinnúmero de problemas, incluyendo la depresión, la agresión, el abuso de sustancias, los problemas de salud y una infelicidad general, años después de que el maltrato haya terminado?

Es posible que formular esta pregunta en términos mecanicistas, más que describir solamente el tipo de problemas observados en niños maltratados, contribuya a develar cuáles son las intervenciones más efectivas para esos niños. El desarrollo emocional y social de los niños maltratados proporciona una poderosa clave respecto a donde comenzar la búsqueda por respuestas frente a estas interrogantes.

Materia

El maltrato infantil es un significativo problema de salud pública. Cada año, se verifica que aproximadamente 13 de cada 1000 niños en los Estados Unidos y 10 de cada 1.000 de los niños en Canadá, son víctimas de alguna forma de maltrato.^{2,3} Un número mucho mayor de niños sera objeto de maltrato en formas que son más difíciles de constatar, tales como el maltrato emocional o la negligencia. Estas formas de maltrato son más difíciles de detectar y de medir, pero también causan un daño enorme.

Problemas

El maltrato infantil es una alteración en relaciones que supuestamente proporcionan protección y educación a los niños. Las familias son los contextos primarios o fundamentales en los cuales los niños pequeños aprenden qué tipo de comportamiento social esperar de los demás, así como la forma de interpretar y enviar señales emocionales a terceros. En las familias abusivas, los niños están expuestos a formas no adaptadas de comunicación y comportamiento emocional y tienen pobres modelos de autoregulación adaptativa.

Contexto de Investigación

Es posible que las familias no se sientan motivadas a participar en estudios sobre el tema, debido a que el maltrato infantil no es solamente un problema de salud mental, sino también un problema social y legal. Por esta razón, es necesario ser cuidadosos para asegurarse de que los estudios de investigación incluyan ejemplos representativos de niños maltratados, pero en forma no coercitiva. También es importante que el maltrato infantil se estudie de manera diferenciada de la pobreza. Por ejemplo, es posible que algunos padres no posean recursos para proporcionar a sus hijos cierto tipo de alimentos, experiencias educacionales o atención médica. En tales casos, el maltrato infantil estaría presente, en caso que los padres no hicieran todo lo posible para beneficiarse de todos los recursos comunitarios que estuviesen a su disposición (por ej: solicitar bonos de alimentación, usar un cuarto de emergencia). Finalmente, es difícil definir el maltrato infantil y las definiciones varían en las investigaciones. Algunos estudios pueden incluir a todos los niños que experimentaron cualquier tipo de experiencia traumática o dañina, o poco cuidado de los padres, mientras otros posiblemente se focalicen específicamente en niños que hayan experimentado maltrato sexual, maltrato físico o negligencia, o que presencien violencia doméstica. Es posible que cada una de estas experiencias tenga diferentes efectos en el niño en desarrollo. Los proyectos de investigación pueden diferir también en cuanto a la forma de determinar el maltrato. Hay grupos de investigación que les preguntan directamente a los niños y a los padres sobre el maltrato, otros utilizan informes policiales o judiciales, y hay incluso algunos que siguen guías de acción establecidas por agencias locales de ayuda a los niños.

Preguntas Clave de Investigación

Interrogantes fundamentales en el estudio del maltrato infantil se refieren a los mecanismos subyacentes que vinculan a la experiencia temprana con problemas posteriores. ¿Qué es lo que cambia en el niño como individuo como resultado de su experiencia? ¿Cuál es exactamente la

responsabilidad de un medioambiente abusivo o de la experiencia en el cambio? Cómo se relacionan la frecuencia con la que ocurrió el maltrato, la severidad del mismo, el tipo específico de maltrato y el estado de desarrollo del niño en el momento en que éste ocurrió, con los diferentes resultados conductuales? ¿Por qué se asocia el maltrato infantil con tantos tipos de problemas diferentes? Y, lo que es más importante, qué puede hacerse para corregir y prevenir estos problemas?

Resultados Recientes de Investigación

La capacidad en desarrollo de los niños para reconocer y responder apropiadamente ante las emociones, es una habilidad social especialmente importante. Sin embargo, los niños maltratados a menudo muestran formas poco usuales de desarrollo emocional. Estos niños obtienen pobres resultados en tareas que miden lo bien que reconocen y expresan las emociones.⁴⁻⁶ Los pequeños físicamente abusados, en particular, a menudo despliegan tanto rechazo como agresión⁷⁻⁹, están dispuestos a escuchar y recordar señales relacionadas con la agresión^{10,11} y tienden a atribuir hostilidad a terceros.¹² Como es posible esperar, tal variedad de conductas a menudo produce dificultades interpersonales en estos niños.^{13,14} Un mecanismo que se propone, subyacente al desarrollo de problemas conductuales en los niños maltratados, es que las experiencias traumáticas, tales como el maltrato, incrementan selectivamente la sensibilidad de los pequeños ante ciertas señales emocionales, clave, especialmente la ira, a costa de su aprendizaje de cómo leer o entender otras emociones.¹⁵

Por ej: los niños que han sufrido maltrato físico tienden a percibir las caras iracundas como altamente destacables, en relación a otras emociones; en contraste, los niños que han sido expuestos al negligencia tienden a tener dificultades para diferenciar las expresiones faciales de emoción.⁶ Estudios recientes han sugerido que los niños físicamente abusados despliegan aumentos relativos de la actividad eléctrica cerebral, cuando están expuestos específicamente a rostros iracundos.^{10,16,17}

El estrés o cansancio extremo, asociado con el maltrato infantil puede llevar también a problemas en la regulación del estrés y de la emoción, incluyendo la depresión^{18,19} y el abuso de sustancias²⁰ que al parecer reflejan intentos para ayudar a regular estados emocionales.²¹ Cuando son adultos, las víctimas de maltrato sufren de altas tasas de ansiedad, desórdenes alimentarios y desorden de estrés post traumático.²²⁻²³ Un área de interés habitual es el efecto de un elevado estrés hormonal, como el cortisol, en el desarrollo de regiones cerebrales asociadas con la acumulación

y recuperación de la memoria.^{24,25} Pese a que la mayoría de las víctimas de maltrato infantil no se transforma en criminales, aproximadamente un 30% de esos niños se involucrará en conductas delictuales.^{26,27}

Conclusiones e Implicaciones

El maltrato infantil entorpece el curso normal del desarrollo emocional del niño. Los niños maltratados corren el riesgo de sufrir de una gran variedad de problemas relacionados con la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, abuso de sustancias, criminalidad y otras formas de conducta emocional poco regulada. Nuevos y prometedores estudios dan indicios sobre cómo el maltrato afecta el desarrollo emocional, focalizándose en la atención y los sistemas de estrés en el cerebro. Mientras tanto, se requiere de más trabajo para desarrollar intervenciones exitosas para esos niños. Aunque el maltrato infantil se presenta en todos los estratos socioeconómicos, la pobreza y el estrés del entorno incrementan la posibilidad de que se produzca. Los adultos que viven en la pobreza a menudo experimentan altos niveles de estrés e inestabilidad social, problemas emocionales y altos niveles de abuso de sustancias y/o depresión, todo lo cual socava la capacidad de ser padres efectivos. Sin embargo, la pobreza no puede explicar todos los casos de maltrato infantil. Las familias maltratadoras a menudo carecen de conexiones sociales incluyendo amigos, lazos con la familia extendida, y con la comunidad vecinal. Mientras esa carencia de conexiones sociales puede reflejar las dificultades interpersonales de los padres, el evidente resultado en los niños es un limitado número de adultos que puedan ser ejemplo de conductas prosociales y menores oportunidades para establecer relaciones con adultos estables. Esto es muy importante, porque los padres abusivos a menudo tienen poco contacto con modelos de buenos padres y carecen de conocimientos sobre desarrollo infantil, estrategias de crianza de niños, resolución de problemas sociales y métodos para enfrentar la ira y el estrés. La investigación sobre los servicios de tratamiento para niños maltratados y sus familias se ha visto obstaculizada por nuestra habitual falta de comprensión sobre cuáles procesos específicos deberían ser abordados para buscar soluciones. Actualmente se están realizando nuevas investigaciones sobre mecanismos neurobiológicos. Debido a que la mayoría de las intervenciones actuales carecen de datos empíricos consistentes sobre la efectividad de las mismas, la prevención del maltrato infantil alberga considerables promesas.

Referencias

1. Cicchetti D, Manly JT. Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Developmental and Psychopathology* 2001;13(4):755-757.

2. Trocmé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: Selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/nfnts-cmic_e.pdf. Fecha de acceso Octubre 25, 2007.
3. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. *Trends in the well-being of America's children and youth, 2000*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponible en: <http://aspe.hhs.gov/hsp/00trends/index.htm>. Fecha de acceso Octubre 28, 2004.
4. Camras LA, Ribordy S, Hill J, Martino S, Sachs V, Spaccarelli S, Stefani R. Maternal facial behaviour and the recognition and production of emotional expression by maltreated and nonmaltreated children. *Developmental Psychology* 1990;26(2):304-312.
5. Camras LA, Sachs-Alter E, Ribordy SC. Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. In: Lewis M, Sullivan MW, eds. *Emotional development in atypical children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1996:203-225.
6. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology* 2000;36(5):679-688.
7. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioural and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development* 1984;55(3):794-802.
8. Jacobson RS, Straker G. Peer group interaction of physically abused children. *Child Abuse & Neglect* 1982;6(3):321-327.
9. Rogosch FA, Cicchetti D, Aber JL. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology* 1995;7(4):591-609.
10. Pollak SD, Tolley-Schell SA. Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology* 2003;112(3):323-338.
11. Rieder C, Cicchetti D. Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology* 1989;25(3):382-393.
12. Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development* 1992;63(6):1321-1325.
13. Klimes-Dougan B, Kistner J. Physically abused preschoolers' responses to peers' diestrés. *Developmental Psychology* 1990;26(4):599-602.
14. Rogosch FA, Cicchetti D, Aber JL. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology* 1995;7(4):591-609.
15. Pollak SD. Experience-dependent affective learning and risk for psychopathology in children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:102-111.
16. Pollak SD, Cicchetti D, Klorman R, Brumaghim JT. Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child Development* 1997;68(5):773-787.
17. Pollak SD, Klorman R, Thatcher JE, Cicchetti D. P3b reflects maltreated children's reactions to facial displays of emotion. *Psychophysiology* 2001;38(2):267-274.
18. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(12):1490-1496.
19. Koverola C, Pound J, Herger A, Lytle C. Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse & Neglect* 1993;17(3):393-400.
20. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors of adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(1):19-30.

21. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry* 2000;57(10):953-959.
22. McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic estrés in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39(1):108-115.
23. Widom CS. Posttraumatic estrés disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(8):1223-1229.
24. De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer S, Hall J. N-acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(7):1175-1177.
25. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miler AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to estrés in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(5):592-597.
26. Kaufman J, Zigler EF. The intergenerational transmission of child abuse. In: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York, NY: Cambridge University Press; 1989:129-150.
27. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244(4901):160-166.

El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño

Sheree L. Toth, PhD, Dante Cicchetti, PhD

Mt. Hope Family Center & University of Rochester, EE.UU

Diciembre 2004

Introducción

El maltrato infantil es un problema que impregna a toda la sociedad, que a menudo ejerce un impacto negativo devastador en los niños, no solamente durante la infancia, sino que durante toda la vida.^{1,2,3,4} Aunque las fotos de niños maltratados que aparecen en los medios muestran gráficamente los hematomas, quemaduras, traumas cerebrales, la negligencia y la desnutrición, un campo de investigación cada vez mayor sugiere que el daño emocional que acompaña a los actos abusivos o negligentes, y no solamente el daño físico, pueden traducirse en los efectos dañinos más significativos y de largo plazo para el niño. El maltrato que se infiere en los primeros cinco años de vida, puede ser especialmente dañino, debido a la vulnerabilidad de estos pequeños y al hecho de que los primeros años de vida se caracterizan por un crecimiento neurobiológico y psicológico más rápido que en los años siguientes..

Materia

En años recientes se ha incrementado el número de niños que ha experimentado alguna forma de maltrato. Según el riguroso criterio operacional utilizado en el más reciente Estudio de Incidencia Nacional (*National Incidence Study*) realizado en los Estados Unidos, casi 1.6 millones de niños norteamericanos fueron abusados o tratados con negligencia en 1993,⁵ un incremento de 149% durante el periodo de siete años entre los estudios. En 1993, 11.1 niños de cada 1,000 fueron objeto de maltrato y 13.1 de negligencia. Entre esos niños maltratados, 50% tenía menos de siete años de edad y 25% era menor de cuatro años. En el primer estudio de carácter nacional que examinó la incidencia del maltrato infantil en Canadá, emergen estadísticas de similar impacto, con un estimado de 21.52 investigaciones sobre maltrato infantil por cada 1.000 niños en 1998.^{6,7} Es muy importante destacar que las estadísticas canadienses representan solamente una parte de los actuales casos de maltrato, ya que el estudio sólo se centró en casos investigados por trabajadores del bienestar infantil.

Problemas

La investigación y las intervenciones en el área del maltrato infantil han enfrentado varios desafíos.

- El campo se ha visto obstaculizado por la falta de un claro criterio operacional frente a los actos que constituyen maltrato infantil.^{2,8,9} Por lo tanto, las estimaciones en cuanto a la magnitud del problema varían considerablemente debido al criterio utilizado para definir el maltrato.
- Ha existido algún grado de controversia con respecto a la mejor forma de verificar la ocurrencia del maltrato. Algunos investigadores abogan por el uso de cifras oficiales, mientras que otros estiman que es preferible preguntarle al niño que ha sido maltratado o al cuidador del mismo que es el maltratador. Idealmente, habría que utilizar una combinación de fuentes de información .
- Debido a que los niños maltratados rara vez experimentan un solo tipo de abuso, los investigadores también se han preocupado de cómo distinguir mejor entre las secuelas asociadas con un particular tipo de maltrato.
- Además, debido a que el maltrato es más habitual en familias de bajos ingresos, resulta todo un desafío disociar los efectos del maltrato per se, en oposición a los efectos de la pobreza y las tensiones asociadas a ella.
- A pesar de que actualmente existe consenso respecto a que el maltrato afecta adversamente al desarrollo, se ha logrado un menor avance en explicar los procesos y mecanismos que contribuyen a la serie de consecuencias del desarrollo observados en niños maltratados.
- De igual forma, para resolver los procesos de desarrollo implicados en las consecuencias del maltrato infantil, se requiere de investigación longitudinal. Sin embargo, debido a temas relacionados con el desgaste del estudio de la población, debido a una serie de factores tales como la movilidad, el encarcelamiento, la hospitalización psiquiátrica y la ubicación de niños en hogares adoptivos, resulta difícil retener cohortes lo suficientemente grandes.
- Enfocarse de manera prácticamente exclusiva en los resultados conductuales y psicológicos del maltrato durante los cinco primeros años, implica no considerar, en gran medida, la secuela neurobiológica del maltrato y la negligencia..
- La heterogeneidad de resultados entre los niños maltratados, sugiere que el maltrato no afecta a todos los pequeños en forma similar. Los diferentes resultados acentúan la

importancia de examinar a los predictores de la resiliencia, a pesar de la adversidad del maltrato.

- Pese a un amplio conocimiento de los efectos adversos del maltrato, con excepción de la obra de David Olds,^{10,11} se ha avanzado considerablemente poco en crear estrategias efectivas de prevención e intervención.

Contexto de Investigación

Las investigaciones en el área del maltrato infantil han sido necesariamente de amplio espectro, abarcando aspectos de epidemiología y definición, consecuencias del desarrollo, resultados a largo plazo e intervenciones. Pese a que el maltrato infantil atraviesa las clases económicas, gran parte del trabajo se ha enfocado en las poblaciones de bajos ingresos.

Preguntas Clave de Investigación

Las preguntas clave de investigación emanan directamente de aquellos temas que salen a luz al fragor del problema. Tenemos que construir basándonos en el vasto conocimiento de los efectos negativos del maltrato, para abocarnos a preguntas cada vez más sofisticadas. Las investigaciones deben usar definiciones de maltrato operacionalmente claras y estas definiciones deben especificarse. En este sentido, debe examinarse todo el rango de experiencias del maltrato, incluyendo variables tales como la edad de inicio, el perpetrador, la severidad y la cronicidad. Los esfuerzos deben centrarse en la identificación de vías para resultados bien y mal adaptados y de dominios de desarrollo múltiples versus individuales. Las investigaciones sobre resultados también requieren examinar indicadores neurobiológicos psicofisiológicos, junto con variables socioemocionales. Finalmente, son necesarias las investigaciones longitudinales, que también incorporan análisis de costo- beneficio en el fracaso en prevenir el maltrato o en proporcionar tratamiento adecuado después que el maltrato se ha llevado a cabo.

Resultados Recientes de Investigación

El maltrato infantil ejerce un impacto devastador y prolongado en los niños y el costo para la sociedad en su conjunto es muy alto. En una investigación longitudinal, Widom y Maxfield¹² llegaron a la conclusión de que los niños abusados y objetos de negligencia, eran 1,8 veces más proclives a ser arrestados como delincuentes juveniles, que los muchachos de su misma edad que no habían sufrido maltrato. Los niños maltratados son además más proclives a desarrollar problemas de abuso de sustancias.^{13,14} Además, más del 50% de los niños maltratados tiene

dificultades en la escuela y aproximadamente un 25% requiere de servicios especiales de educación.^{15,16}

Lamentablemente, las investigaciones dirigidas en forma teórica y que son rigurosas en su metodología, se han centrado hasta la fecha en el impacto del maltrato en jóvenes de edad pre escolar y en otros de más edad. Las investigaciones realizadas con pequeños durante los cinco primeros años de su vida han realizado constantemente las secuelas socioeconómicas del maltrato, en múltiples aspectos del desarrollo.^{3,17} Una vasta investigación ha demostrado que el maltrato durante la infancia puede conducir a vínculos de relación inseguros con sus cuidadores.¹⁷ Es importante destacar que estos patrones inseguros de relación no son específicos de los primeros años, sino que se ha demostrado que se prolongan hacia los años preescolares y escolares.¹ Las primeras dificultades de los niños maltratados por lograr una relación afectiva segura con sus cuidadores potencian también continuas perturbaciones en las relaciones interpersonales, a medida que continúa el desarrollo. Se han identificado también dificultades en obtener competencias apropiadas a otras edades, incluyendo alteraciones en el desarrollo del yo^{8,19}, una incapacidad para crear relaciones efectivas entre pares,^{21,22} los esfuerzos para adaptarse al medio ambiente escolar,^{23,24,25} y tasas cada vez más elevadas de problemas conductuales y psicopatológicos. Investigaciones recientes también han iluminado las dificultades en la adquisición de la teoría mental en niños que han sido maltratados.^{28,29}

Conclusiones

No cabe duda de que el maltrato infantil es un problema enorme, que se hace sentir no sólo en sus víctimas, sino también en toda la sociedad. Un informe del Instituto Nacional de Justicia³⁰ estimaba que el costo anual de las consecuencias del maltrato y negligencia infantil en los Estados Unidos ascendía a 56 mil millones de dólares. Este estimado incluía costos directos tales como programas médicos, pérdida de ganancias y programas públicos, al igual que costos indirectos asociados con el dolor y la disminución en la calidad de vida.

Un estudio realizado recientemente por la organización *Prevent Child Abuse America* (Prevenga el Maltrato Infantil en Norteamérica), estimaba que el costo total del maltrato infantil en los Estados Unidos superaba los 94 mil millones de dólares anuales.³¹ El maltrato infantil puede afectar el exitoso desarrollo del niño no sólo en un determinado periodo de desarrollo, sino a lo largo de toda su vida. Es importante reconocer, sin embargo, que se está procesando una considerable diversidad de resultados en relación con el maltrato infantil. Se han aclarado nuevos e

importantes ángulos de investigación en torno a este crítico problema de toda la sociedad. Ya no resulta productivo conducir investigaciones que se enfoquen exclusivamente a descubrir los principales efectos asociados con el maltrato infantil, porque tales aproximaciones posiblemente puedan arrojar resultados que no cubran con exactitud los riesgos para el desarrollo que acompañan a tales maltratos. Existe igualmente una necesidad imperiosa por más investigaciones respecto a los efectos del maltrato infantil durante la infancia y la niñez. También resulta fundamental el desarrollo e implementación de investigaciones amplias y longitudinales respecto al maltrato infantil y sobre los factores de riesgo coexistentes.

Implicaciones en las Perspectivas de Política y Servicio

Las investigaciones sobre las consecuencias socioemocionales del maltrato durante los primeros años de vida, proporcionan una base de conocimientos respecto a la forma adversa o negativa en que el cuidado de los niños puede erosionar el desarrollo. Sin embargo, si estos descubrimientos científicos han de aplicarse en forma apropiada a la formulación y evaluación de la prevención y estrategias de intervención para niños y familias vulnerables, entonces es necesario implementar una serie de recomendaciones.

- Resulta fundamental intervenir lo más rápidamente posible después de que se ha identificado el maltrato. Incluso si no se manifiestan de inmediato síntomas de una enfermedad mental diagnosticable, es importante referir a la persona a un especialista en salud mental, para que estudie la posible necesidad de una intervención temprana, a fin de prevenir o mitigar consecuencias negativas de desarrollo. Sacar a un niño maltratado de su hogar no constituye un tratamiento.
- Debido a que el abuso materno de sustancias y la subsecuente incapacidad para cuidar de los niños es una razón cada vez más frecuente para que se produzca el maltrato durante la infancia, deberían investigarse los efectos comorbidos del maltrato y la exposición pre y post natales a las sustancias y sus implicaciones para el tratamiento.
- Resulta escasa la evidencia metodológicamente válida sobre la eficacia de las intervenciones para niños maltratados. Si las expectativas de una modificación de políticas y una mayor destinación de recursos llegan a realizarse, entonces debemos estar en condiciones de proporcionar análisis de costo- beneficio, con respecto a la efectividad de la prevención y la intervención para niños maltratados.
- No debemos dilatar la puesta en marcha de capacitación para quienes luchan con aspectos relativos al maltrato infantil y la negligencia. Quienes trabajan en la protección de los niños

deben recibir información con respecto a la importancia de proporcionar intervenciones psicológicas a los niños pequeños que han sido maltratados y a sus cuidadores biológicos o adoptivos. Por lo menos el personal de servicio a cargo de la protección debe conocer acerca de las investigaciones respecto a los efectos de corto y largo plazo del maltrato, y deben incrementar sus esfuerzos, enviando a esos niños a evaluación y posibles consultas antes de que aparezcan los desórdenes conductuales o psiquiátricos de manera ya definida. Igualmente, la capacitación de terapeutas debe considerar temas sistémicos más amplios que acompañan el trabajo con los niños en el sistema de bienestar infantil.

- Los principios sobre el desarrollo deben integrarse a la capacitación del personal clínico que pueda tener contacto con niños maltratados. Debido a que las consecuencias del maltrato pueden variar según el periodo de desarrollo durante el cual se produce el trauma, los terapeutas deben estar preparados para incorporar a su labor esta comprensión sobre el desarrollo.
- Debido a que nuestros sistemas de identificación, el conocimiento de las investigaciones y la prevención y estrategias de tratamiento para casos de maltrato durante los primeros años de vida se encuentran desplazados, en relación al desarrollo logrado para encarar el maltrato en la niñez y adolescencia, es necesario realizar esfuerzos para superar esas brechas.

Referencias

1. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34(5):541-565.
2. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology* 2001;13(4):759-782.
3. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin* 1993;114(1):68-79.
4. Trickett PK, McBride-Chang C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review* 1995;15(3):311-337.
5. Sedlak AJ, Broadhurst DD. *The third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
6. Trocmé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: Selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/nfv-cnivf/familyviolence/pdfs/nfnts-cmic_e.pdf. Fecha de acceso Octubre 25, 2007.
7. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie N. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_e.pdf.
8. Fecha de acceso Octubre 25, 2007.

9. Cicchetti D, Barnett D. Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. In: Cicchetti D, Grove WM, eds. *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl, Vol. 1: Matters of public interest; Vol. 2: Personality and psychopathology*. Minneapolis, Minn: University of Minnesota Press; 1991:346-377.
10. Cicchetti D, Rizley R. Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development* 1981;11:31-55.
11. Olds DL, Henderson CR Jr., Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.
12. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
13. Widom CS, Maxfield MG. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996;794:224-237.
14. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(3):191-203.
15. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(12):1744-1751.
16. Caldwell RA. The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience; 1992. Disponible en: <http://www.msu.edu/user/bob/cost.html>. Fecha de acceso Octubre 29, 2004.
17. Veltman MWM, Browne KD. Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma Violence & Abuse* 2001;2(3):215-239.
18. Cicchetti D, Toth SL. Developmental processes in maltreated children. In: Hansen DJ, ed. *Nebraska Symposium on Motivation Vol. 46, 1998: Motivation and child maltreatment*. Lincoln, Neb: University of Nebraska Press; 2000:85-160.
19. Cicchetti D. Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of the self. *Developmental Review* 1991;11(3):271-287.
20. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Emde RN. Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development & Psychopathology* 1997;9(4):781-796.
21. Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development* 2001;72(2):549-568.
22. Rogosch FA, Cicchetti D. Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development* 1994;3(3):291-308.
23. Shields A, Ryan RM, Cicchetti, D. Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology* 2001;37(3):321-337.
24. Shonk SM, Cicchetti, D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioural maladjustment. *Developmental Psychology* 2001;37(1):3-17.
25. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology* 1993;29(1):53-62.
26. Toth SL, Cicchetti D. The impact of relatedness with mother on school functioning in maltreated children. *Journal of School Psychology* 1996;34(3):247-266.
27. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment in the early years of life. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *Infant mental health in groups at high risk*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2000:255-294. *WAIMH Handbook of infant mental health; vol 4*.

28. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. In: Cicchetti D, Toth SL., eds. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. Rochester, NY: University of Rochester Press; 1997:263-288. Rochester symposium on developmental psychology; vol 8.
29. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology* 2003;15(4):1067-1091.
30. Pears KC, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence and deficits. *Development and Psychopathology*. In press.
31. Miller T, Cohen M, Wiersema B. *Victim costs and consequences: A New Look. The National Institute of Justice: Research Report 1996*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
32. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States. Statistical evidence. *Prevent Child Abuse America*; 2001. Disponible en: http://www.preventchildabusej.org/documents/index/cost_analysis.pdf Fecha de acceso Octubre 25, 2007.

El Maltrato Infantil y su Impacto en la Epidemiología del Desarrollo Psicosocial Infantil

Nico Trocmé, PhD

Centre of Excellence for Child Welfare, Canadá

Febrero 2005

Introducción

El maltrato infantil es una significativa amenaza contra el sano desarrollo de los niños. Comprender la magnitud y severidad del maltrato es fundamental para desarrollar intervenciones clínicas y políticas sociales, a fin de proteger a los niños en riesgo y para tratar a los pequeños que ya han sido victimizados. El siguiente artículo describe la incidencia, prevalencia y severidad del maltrato infantil y analiza la importancia de las estrategias interdisciplinarias y de las estrategias con base en la comunidad para encarar este importante problema.

Definiciones

Maltrato o abuso infantil es el término amplio utilizado para describir actos abusivos o negligentes perpetrados por adultos o jóvenes de mayor edad en contra de los niños. Hay cuatro amplias categorías: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional. El maltrato físico implica desde agresiones severas contra niños, que pueden herir permanentemente a un niño o matarlo, hasta castigos físicos abusivos, como sacudir a un lactante. El abuso sexual incluye el intercambio, actos de tocación, de exposición, solicitudes sexuales y acoso sexual. La negligencia se refiere al fracaso de un cuidador para supervisar o proteger a un niño o bien para responder a las necesidades físicas de un pequeño. La distinción entre esta última categoría, negligencia en lo físico, y la pobreza familiar, es difícil de trazar, porque muchas de estas familias viven en pobreza, aunque muy pocas familias pobres son consideradas negligentes. El maltrato emocional incluye maltrato verbal extremo o habitual (amenazar o tratar en forma despectiva, etc.), y una sistemática falta de cuidado o de la atención requerida para el desarrollo saludable de un niño. La exposición de los pequeños a la violencia familiar es considerada cada vez con mayor frecuencia, como una forma potencial de maltrato emocional.

Incidencia Anual

El seguimiento de las estadísticas sobre la incidencia del maltrato infantil se realiza en Canadá, a través del *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) (Estudio Canadiense sobre la Incidencia del Maltrato y de Negligencia Infantil Reportados). Es un estudio periódico de casos investigados por autoridades de protección infantil tanto a nivel provincial como territorial. El primer estudio más amplio a nivel canadiense del CIS descubrió que, en 1998, se realizaron unas 135.600 investigaciones sobre maltrato infantil en dicho país y que el maltrato infantil se había confirmado en 61.200 de esos pequeños, una tasa de 9.7 víctimas por cada 1000 niños¹. Un tercio de esos pequeños, es decir 20.500, tenía menos de seis años de edad. La incidencia de victimización varía por edad y sexo, con niños más pequeños- de dos o tres años de edad- victimizados con mayor frecuencia que las niñas, mientras que a la edad de cinco años las niñas eran victimizadas con mayor frecuencia que los chicos (ver gráfico de barra).

Aproximadamente tres cuartos de los niños menores de seis años eran víctimas de negligencia (44%) o de maltrato emocional (29%). La victimización abusiva variaba significativamente según el sexo, siendo más habitual el maltrato físico (20%), que el maltrato sexual (8%) en los niños, mientras que el maltrato sexual (15%) era más habitual en las niñas que el maltrato físico (12%).

Es difícil realizar comparaciones directas entre las tasas de incidencia en Canadá y en otros países, por las diferencias en cuanto a los procedimientos de denuncia e investigación. La tasa de victimización reportada en los Estados Unidos en 1998 fue de 12.9 por cada 1000 niños, mientras que en los tres estados más grandes de Australia la tasa de victimización en el mismo año, fluctuó entre 5.1 y 5.9 por cada 1000 niños.²

Prevalencia Infantil

Los estudios sobre prevalencia han medido habitualmente las tasas de victimización durante la infancia, en oposición a estadísticas de incidencia que miden tasas de victimización durante un año específico. La más extensa prevalencia de maltrato infantil de la cual se dispone en Canadá, proviene de una encuesta de salud a la población, que incluye a residentes de 15 años de edad y mayores, realizada en Ontario en 1990.³ Treinta y un por ciento de los varones y 21.1% de las mujeres reportaron haber sido físicamente abusados durante su niñez, mientras que 12.8% de las mujeres y 4.3% de los varones reportó una historia de abuso sexual. El estudio no identificó en qué momento de su infancia éstos habían sido abusados. Las tasas de victimización sexual reportadas en el Ontario Health Supplement son algo menores que las reportadas en otros países, que oscilan entre 20% para las mujeres y entre 3 a 11% en el caso de los varones.⁴

Lesiones y Muerte

La mayoría de los casos de maltrato denunciados a los servicios de bienestar infantil implican situaciones en las cuales los niños ya han sufrido algún tipo de daño emocional, o se encuentran en significativo riesgo de ser heridos o de sufrir algún tipo de daño emocional. Las lesiones físicas debidas al maltrato, sin embargo, son relativamente escasas. El CIS de 1998 encontró que las lesiones físicas se presentaban en un 15% de los 20.000 casos de maltrato comprobados, incluyendo a recién nacidos y pequeños hasta los cinco años de edad.² En muchos casos, eran moretones y rasguños que no requerían de atención médica. Las heridas graves, que necesitaban de atención médica, se presentaron en un 5% de casos en niños entre uno y cinco años de edad, y en un 17% en casos relacionados con lactantes menores de un año. El síndrome del bebé sacudido, una forma de maltrato difícil de detectar, que implica hematomas subdurales, se consignó en unos 300 casos, en un universo de 20.500 situaciones de maltrato sustancial a recién nacidos y niños hasta los cinco años de edad.

El maltrato severo que llega a provocar lesiones, es una preocupación especial en situaciones relacionadas con niños pequeños, por el riesgo de daño permanente o bien de muerte durante los primeros tres años de vida. De hecho, los menores de cinco años corren mayor riesgo de morir en manos de sus padres. Dos tercios de los niños, desde su nacimiento a los 17, que mueren en manos de algún miembro de la familia, tienen cinco años o menos, y un 29% son lactantes menores a un año de edad.⁵ Los pequeños menores de tres años mueren la mayoría de las veces por sacudidas (35%) o estrangulamiento (29%), mientras que los niños mayores y los jóvenes son más proclives a morir debido a las armas de fuego.

Tendencias

El maltrato infantil se está transformando en un problema de salud que concita una creciente preocupación. En Canadá crece la conciencia de la población ante los informes sobre supuestos maltratos y negligencias perpetrados contra menores. Mientras todavía no están disponibles los antecedentes sobre las tendencias nacionales, los informes desde provincias y territorios documentan sin lugar a dudas un incremento en las investigaciones.⁶ En Ontario, la provincia que posee las estadísticas más detalladas sobre las tendencias al respecto, el número de denuncias comprobadas sobre maltrato prácticamente se duplicó en cinco años, elevándose de 12.300 casos en 1993 a 24.400 casos en 1998.⁷ Este incremento se ha generado ante todo por los casos de violencia doméstica, que representaban menos del 2% de los casos en 1993, pero que en 1998

fueron casi un cuarto de todos los casos comprobados de maltrato. En agudo contraste, las denuncias de maltrato sexual a niños descendieron un 48% entre 1993 y 1998. El incremento de los casos de violencia doméstica se ha producido ante todo por un notable cambio en la respuesta de la policía, de los profesionales de la salud y de las escuelas, que contabilizan casi el 90% de todas las denuncias de violencia doméstica. El descenso en las denuncias de abuso sexual a niños es más difícil de interpretar. Hay quienes sostienen que ello refleja un actual descenso en las tasas de victimización sexual, atribuible a una prevención extensiva, detección y esfuerzos de persecución. Otros están preocupados de que los niños y sus padres, que no son ofensores, titubean cada vez más ante la idea de denunciar la victimización.

Implicaciones para Política y Práctica

El maltrato infantil es un gran problema de salud, que afecta a más de 60.000 niños al año en Canadá. Niños abusados o descuidados constituyen un riesgo muy alto para el desarrollo de problemas sociales, emocionales y cognitivos a largo plazo. La respuesta a estos niños se ha fragmentado, sin embargo. Más allá de la introducción universal de las leyes obligatorias y de denuncia en todo Canadá, pocos tratamientos y programas de prevención se han desarrollado sistemáticamente para encarar las necesidades de esos niños. Un examen de tasas de victimización revela una población diversa, que va desde casos de maltrato físico severo, que requieren de una respuesta urgente, hasta complejos casos de negligencia y exposición a la violencia doméstica, donde es necesario re-conceptualizar el rol de las autoridades destinadas al bienestar infantil. Bajo la presión incesante de la carga de casos en constante aumento, los servicios que proporcionan bienestar a los niños se encuentran en la búsqueda de modelos más efectivos para colaborar con otros proveedores de servicios.⁶

Referencias

1. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/cis_e.pdf. Fecha de acceso Noviembre 29, 2004.
2. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(12):1427-1439.
3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario health supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*

Association 1997;278(2):131-135.

4. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children* 1994;4(2):31-53.
5. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: A statistical profile 2003*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2003. No. Cat. 85-224-XIE. Disponible en: <http://www.statcan.ca/english/freepub/85-224-XIE/85-224-XIE03000.pdf>. Fecha de acceso Noviembre 29, 2004.
6. Trocmé N, Chamberland C. Re-involving the community: The need for a differential response to rising child welfare caseloads in Canada. In: Trocmé N, Knoke D, Roy C, eds. *Community collaboration and differential response: Canadian and international research and emerging models of practice*. Ottawa, Ontario: Centre of Excellence for Child Welfare; 2003:45-56.
7. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Copp B. *The changing face of child welfare investigations in Ontario: Ontario Incidence Studies of Reported Child Abuse and Neglect (OIS 1993/1998)*. Toronto, Ontario: Centre of Excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto; 2002.

Nota

ªEn otros 29.700 casos no se pudo comprobar el maltrato, a pesar de la sospecha y en los restantes 44.700 casos, el maltrato no fue comprobado.

El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial. Comentarios de Pollak, Toth y Cicchetti, y Trocmé

R. Kim Oates, MD, FRACP

University of Sydney & The Children's Hospital at Westmead, Australia

Noviembre 2004

Introducción

Estos tres documentos analizan la gran incidencia del maltrato infantil, los múltiples factores que intervienen, la importancia de la familia del pequeño y las serias consecuencias que se expresan en la forma en que se desarrollan muchos niños maltratados. Los autores puntualizan que no solamente los pequeños ven dañada su niñez, sino que un número de ellos presenta continuos problemas en sus vidas adultas.

Los escritos de Trocmé sobre la epidemiología de puntos abusivos, abren el rango de experiencias abusivas que los niños pueden sufrir (maltrato físico, maltrato sexual, negligencia y maltrato emocional), proporcionan valiosa información sobre la prevalencia del maltrato, informan sobre los tipos de heridas y proporcionan antecedentes que demuestran un incremento en las investigaciones sobre maltrato infantil en Canadá. Esa información complementa los dos primeros documentos.

Cada uno de los tres documentos destaca la importancia de definiciones claras, lo cual resulta esencial si queremos estar en condiciones de obtener estudios de prevalencia precisos y comparar diferentes estudios de resultado.

Mientras estos tres documentos se concentran en informaciones sobre Canadá y los Estados Unidos, hallazgos similares sobre el adverso impacto en el desarrollo de los niños abusados han sido documentados en otros países.¹⁻³ Una reciente publicación de *Child Abuse & Neglect, the International Journal*, documentó las consecuencias del maltrato infantil en el Oriente Medio,⁴ Escandinavia⁵ y cuatro países del Este Europeo.⁶

Investigación y Conclusiones

Los descubrimientos clave que se destacan, a juicio de este comentarista, en la investigación y conclusiones de cada documento, son:

1.Pollak

- cómo la adversidad o el trauma de los primeros años puede llevar a una serie de problemas, incluyendo la depresión, el abuso de sustancias, problemas de salud e infelicidad general, años después que el maltrato haya terminado;
- el hecho de que los niños en familias abusivas están expuestos a formas mal adaptadas de comunicación y conducta emocional y reciban pobres modelos de autorregulación adaptativa;
- la necesidad de no incorporar el maltrato infantil y sus efectos a las consecuencias de la pobreza;
- cómo la experiencia abusiva puede cambiar al niño y cómo el tipo específico de maltrato y el estado particular de desarrollo del pequeño, interactúan entre sí;
- la forma en que las experiencias traumáticas en los niños pueden incrementar selectivamente la sensibilidad de un pequeño ante claves emocionales.

2.Toth and Cicchetti

- la carencia de un criterio operacional claro para definir el maltrato infantil;
- ese maltrato no afecta a todos los niños en forma similar;
- la importancia de la investigación sobre cómo el maltrato durante la infancia lleva a relaciones de afecto inseguras con los cuidadores;
- resultados adversos en el abuso de sustancias, los problemas educacionales y la conducta criminal en algunos jóvenes y adultos, que sufrieron maltrato en su infancia;
- la falta de una evidencia concreta sobre la eficiencia de las intervenciones para niños maltratados.

3.Trocmé

- el amplio espectro de experiencias abusivas y la importancia de mirarlas separadamente;
- un desglose en cuanto al maltrato sostenido que se detecta en Canadá, entre los diferentes grupos etarios, demostrando una alta incidencia en los primeros y cruciales años de vida;
- la importancia de desarrollar sistemáticamente programas de tratamiento para cubrir las necesidades de los niños abusados.

Mientras este comentarista coincide a grandes rasgos con las investigaciones y conclusiones de estos autores, hay algunos otros factores que también deberían considerarse. Una consideración importante se refiere a preguntarse si acaso las consecuencias del maltrato infantil son el resultado del maltrato mismo, o el resultado del medioambiente adverso en el cual permanece el niño. Episodios de maltrato pueden considerarse una señal de serios problemas familiares subyacentes que, de no ser tratados, continuarán teniendo efectos adversos en el niño. Es posible que el medioambiente sea el que desemboque en el maltrato, más que sea el episodio del maltrato propiamente tal el que tenga esos efectos adversos.

Toth y Cicchetti destacan que remover a un niño maltratado de su hogar, no constituye tratamiento. Aunque esto es verdad, en algunas familias podría ser la mejor opción para el pequeño, en la medida que el traslado se complemente con su ubicación a largo plazo en una relación familiar estable y acogedora, y que al niño se le proporcione un tratamiento apropiado y continuo.

Cuando se observan los resultados adversos en niños maltratados, deben tomarse en consideración los hechos de la vida cotidiana. Es verdad que los niños maltratados son más proclives a vivir un mayor número de situaciones adversas, talvez por sus circunstancias familiares y el impacto del maltrato. Sin embargo, es importante, al documentar los resultados en niños abusados, mirar el impacto de las situaciones vitales adversas, producidas en el intervalo entre el maltrato y el tiempo de reevaluación, para constatar hasta qué grado el resultado puede estar relacionado con los eventos adversos, más que con el maltrato en sí mismo.

Los documentos de Pollak y Toth y Cicchetti se refieren brevemente a la posible importancia de los factores neurobiológicos. Algunos aspectos asombrosos están emergiendo en esta área. Se ha mostrado con ratas genéticamente preparadas, que la ausencia de un gen fosB, al parecer

interfiere con la capacidad del macho y de la hembra de esa especie para nutrir a sus hijos.⁷ Hay evidencia de que las influencias genéticas son factores importantes en la modificación de la conducta. Un reciente informe en la revista *Science*⁸ se planteaba la interrogante de: “por qué algunos niños que son maltratados, crecen y desarrollan conductas antisociales, mientras que a otros no les sucede”. Los niños maltratados que tenían un genotipo que confería altos niveles de monoamina oxidasa A (un neurotransmisor que metaboliza enzimas) tenían menos posibilidades de desarrollar problemas antisociales. Esto puede contribuir parcialmente a explicar la variación en las secuelas de maltrato. El genotipo de un niño puede moderar la sensibilidad ante un insulto medioambiental, como el maltrato, del tratamiento en familias y niños que se encuentran más en riesgo.

Es importante para los neurocientistas, geneticistas and científicos sociales, trabajar juntos, ya que se presentan interesantes oportunidades para comprender mejor y luego tratar el maltrato infantil. Finalmente, la incidencia de una forma de maltrato, el maltrato sexual infantil, está descendiendo, al menos en los Estados Unidos.⁹ Las razones son poco claras, pero una mejor comprensión de este fenómeno puede contribuir a generar estrategias a fin de reducir la incidencia de otras formas de maltrato infantil.

Implicancias para Políticas y Servicios

Estos tres útiles documentos apuntan a la importancia de definir cuidadosamente el problema del maltrato, a la necesidad de monitorear adecuadamente la incidencia del maltrato y a la importancia de proporcionar programas apropiados de tratamiento a los niños, al igual que a las familias. Resulta vital que cualquiera de estos programas de tratamiento se evalúe apropiadamente. Una forma de hacerlo sería poner en cuarentena a una proporción del presupuesto básico para programas de tratamiento, a fin de asegurar que se realicen cuidadosas evaluaciones, de manera tal que no se continúe con los programas inadecuados de tratamiento y se pueda seguir adelante con aquéllos que sean efectivos.

El maltrato infantil es un problema extremadamente complejo, que implica un medioambiente de maltrato en el cual un niño está expuesto al maltrato, al episodio de maltrato propiamente tal, ya sea un hecho aislado o continuado, así como a la compleja interacción de hechos vitales posteriores que afectan el ulterior desarrollo del niño, todo ello con base en una predisposición genética, que puede contribuir a explicar por qué algunos niños son más resilientes que otros.

El desarrollo de políticas necesita reconocer todos estos factores y asegurar que los diversos grupos profesionales involucrados, estén conscientes de las investigaciones que cada uno de ellos realice, así como de los avances (y también fracasos) clínicos, para que laboren juntos a fin de contribuir al combate de este extendido y serio problema.

Referencias

1. Oates RK, Peacock A, Forrest D. The development of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1984;26(5):649-656.
2. Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, Oates RK. Sexually abused children five years after presentation: a case-control study. *Pediatrics* 1997;100(4):600-608.
3. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(7):617-630.
4. Thabet AAM, Tischler V, Vostanis P. Maltreatment and coping strategies among male adolescents living in the Gaza Strip. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):77-91.
5. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):61-76.
6. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, Bonevski D, Pakalniskiene V, Popescu D, Turchina T, Friedrich W, Lewis O. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychological symptoms. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):113-127.
7. Brown JR, Ye H, Bronson RT, Dikkes P, Greenberg ME. A defect in nurturing in mice lacking the immediate early gene fosB. *Cell* 1996;86(2):297-309.
8. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851-854.
9. Jones LM, Finkelhor D. Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: a complex puzzle. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(2):133-135.

Previendo el Maltrato Infantil

Harriet L. MacMillan, MD

Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Canadá

Abril 2004

Introducción

El maltrato infantil incorpora cuatro categorías fundamentales de la victimización infantil: física, sexual, maltrato emocional y negligencia. Desde que en 1960 se iniciaron los esfuerzos para prevenir el maltrato infantil, la mayor parte de la literatura se ha enfocado a la prevención del maltrato físico, la negligencia y el maltrato sexual, pero se conoce mucho menos sobre los intentos por reducir el maltrato emocional.

Materia

El maltrato infantil es un significativo problema de salud pública, asociado con un amplio abanico de resultados adversos en diversos dominios: físicos, emocionales, cognitivos y sociales.¹ El Estudio Canadiense de Incidencia (Canadian Incidence Study), una investigación realizada a nivel nacional, con informes oficiales sobre maltrato infantil y casos de negligencia, estimó que en Canadá, en el año 1998, se reportaron 21,52 investigaciones por cada 1.000 niños.² Hay documentación comprobada, sin embargo, de que los informes oficiales subestiman seriamente toda la extensión del maltrato infantil. Por ejemplo, una investigación comunitaria realizada entre residentes de Ontario, de 15 años de edad y más, determinó que la exposición al maltrato físico infantil en el pasado, era de 31% entre los varones y 21% entre las mujeres; y las tasas de maltrato sexual eran de 4% entre los varones y 13% entre las mujeres.³

Problemas

Los modelos utilizados para conceptualizar la causa del maltrato infantil consideran, cada vez con mayor frecuencia, la interacción entre el individuo (niño y padre), la familia y las influencias sociales. Gran parte del esfuerzo a la fecha en comprender cómo la prevención del maltrato infantil se centrado en identificar el riesgo y los indicadores de protección para el maltrato sexual infantil y el maltrato y la negligencia física infantil como un todo. Los indicadores para el primero son muy poco específicos – por ejemplo, relaciones inadecuadas entre hijos y padres, en tanto, los

indicadores para el abuso físico y la negligencia generalmente se asocian a desventaja psicosocial y a situaciones que conllevan a mayor estrés o apoyo menor.

Contexto de la Investigación

Es un desafío evaluar posibles vías para prevenir el maltrato infantil, por diversas razones: 1) no existe una definición uniforme para cada una de las categorías de maltrato y negligencia infantil. 2) existen barreras legales y éticas para medir su ocurrencia y 3) ha existido renuencia a emplear los métodos más rigurosos, tales como el uso de grupos de control, para evaluar la efectividad de los programas.

Preguntas Clave de Investigación

Resulta fundamental desarrollar formas para medir diferentes tipos de maltrato infantil, para ser capaces de evaluar los efectos de prevención en este campo.⁴ Otras preguntas claves incluyen 1) cómo prevenir, para que no ocurran, las cuatro principales categorías de maltrato infantil y negligencia, reconociendo que a menudo hay una superposición entre ellas, y 2) cuando esto llega a ocurrir ¿cuáles son las estrategias disponibles a fin de prevenir la recurrencia y el deterioro asociados con la exposición? La última pregunta, aunque escapa del campo de este resumen, sigue siendo importante al considerar una aproximación general a la prevención del maltrato infantil.

Resultados Recientes de Investigación

Los programas destinados a prevenir a uno o más tipos de maltrato infantil pueden clasificarse en dos categorías principales: 1) programas perinatales y de la primera infancia – éstos se enfocan generalmente a la prevención del maltrato físico infantil y la negligencia; y 2) programas educativos – éstos se centran habitualmente en prevenir el maltrato sexual infantil entre la población en general.⁵ En la primera categoría, aunque se han creado varios servicios de apoyo, sólo existe un tipo específico de programas de visitas a hogares, respecto a los cuales existe positiva evidencia sobre su efectividad en prevenir el maltrato infantil y la negligencia: la Nurse-Family Partnership (NFP, Asociación Enfermera-Familia), desarrollada por David Olds y sus colegas.⁶ NFP es un programa en el cual las enfermeras realizan visitas a los hogares a madres primerizas que están socialmente en desventaja, desde la época de su embarazo hasta el segundo cumpleaños del niño. Las enfermeras se centran en tres metas fundamentales: 1) mejorar los resultados del embarazo, mediante la asistencia a las mujeres en conductas

relacionadas con la salud; 2) mejorar la salud y el desarrollo del niño, ayudando a los padres a proporcionarles un cuidado competente; y 3) asistir a los padres para que se transformen en personas económicamente más autosuficientes.

El programa NFP ha sido evaluado en tres pruebas controladas realizadas al azar, y se ha demostrado que mejora el funcionamiento materno, infantil y familiar, incluyendo la prevención del maltrato infantil y la negligencia, al igual como resultados asociados, tales como heridas.^{6,7} Vale destacar que el programa NFP resulta especialmente efectivo en reducir resultados adversos en niños hijos de madres con bajos “recursos psicológicos”, tales como un funcionamiento intelectual limitado. Sin embargo, entre familias con tasas extremadamente altas de violencia íntima entre los padres (IPV por sus siglas en inglés), no hubo diferencia en los índices de maltrato infantil, entre los que eran visitados en casa y los grupos de control. Olds y sus colegas están evaluando formas para incrementar el programa NFP, para que sea efectivo a fin de reducir el IPV, al igual que el maltrato infantil.

Lamentablemente, se ha asumido que las visitas a los hogares por lo general son efectivas en prevenir el maltrato infantil. Sin embargo, la investigación no ha demostrado que éste sea el caso. Muchas regiones han implementado programas de visitas a los hogares, realizados por paraprofesionales, pese a la falta de evidencia sobre la efectividad de esta forma de proceder.⁹ Aún más, un estudio comparativo entre enfermeras y paraprofesionales, demostró que se obtuvieron pocos resultados significativos tanto con la madre como con el niño, con paraprofesionales.¹⁰ Aunque pueden desarrollarse exitosos programas con paraprofesionales en el futuro, actualmente la mejor evidencia para prevenir el maltrato infantil y la negligencia es el programa NFP.

En la segunda categoría, los programas educativos de prevención, la evidencia es bastante consistente: hay varios modelos de programas para prevenir el maltrato sexual que mejoran los conocimientos y las habilidades para prevenir, incluso entre niños tan pequeños como los que se encuentran entre los cuatro y los cinco años de edad.^{5,11} Sin embargo, ningún estudio ha demostrado hasta ahora que tales programas realmente previenen la ocurrencia de maltrato sexual contra los niños. No puede suponerse que el mejoramiento de los conocimientos o de las habilidades se traduzca en una reducción del maltrato sexual infantil. De hecho, un estudio de observación demostró que la participación en programas para prevenir el maltrato sexual realizados en colegios, no se asociaba con disminución alguna en la victimización.¹² La participación en tales programas se asoció con una creciente revelación del maltrato sexual

infantil, sugiriendo que tales programas podían ser más útiles para detectar previas victimizaciones y para prevenir una recurrencia. Diversos autores han manifestado preocupación porque los programas educacionales enfoquen en los niños la responsabilidad de evitar el maltrato sexual. Poco se sabe sobre formas de prevenir que las personas cometan maltratos sexuales.

Conclusiones

En el marco de los esfuerzos que se realizan para prevenir el maltrato infantil, es importante buscar formas para medir los cuatro principales tipos y conducir investigaciones longitudinales que permitirán la identificación de factores de riesgo causales, al igual que factores de protección. Las buenas nuevas radican en que el programa NFP ha demostrado ser efectivo para prevenir el maltrato infantil y la negligencia hacia ellos, entre madres primerizas socialmente en desventaja. Se trata de un programa muy específico, sin embargo, y no debería asumirse que los programas de visitas a los hogares, incluso aquéllos con algunas características del NFP, tendrán los mismos efectos. Aún más, no se sabe si el NFP será efectivo con otras poblaciones de alto riesgo.

Los programas educacionales para evitar el maltrato sexual, incrementan el conocimiento y habilidades de los niños, con miras a evitar la victimización; se desconoce si eso se refleja en la actual reducción del maltrato sexual. Los hallazgos de un estudio sugieren que esos programas pueden animar a revelar victimizaciones, pero no reducen su ocurrencia.

Implicaciones

Debido a la comprobada efectividad del programa NFP en tres lugares de los Estados Unidos, es hora de evaluar si acaso esta intervención podría ser igualmente efectiva en otros países, como Canadá, con diferentes sistemas de salud y de servicio social. Como una intervención destinada a madres en desventaja social, no sería el único acercamiento necesario, pero debido a su éxito en los Estados Unidos, sería importante evaluar al programa NFP, más que asumir que otros programas de visitas a hogares son efectivos. En el área de la prevención del maltrato sexual infantil, es importante determinar si los programas de educación previenen la exposición. En el área de maltrato emocional es necesario considerar acercamientos a la intervención, reconociendo que tales maltratos a menudo se superponen con los otros tres tipos. Confiamos en que los estudios longitudinales nos proporcionen información sobre prometedoras estrategias basadas en la comunidad, para prevenir el maltrato infantil, pero un paso esencial radica en

comprometerse a medir el maltrato y la negligencia hacia los niños.

Referencias

1. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):541-565.
2. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - Final Report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services; 2001.
3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(2):131-135.
4. Hamby SL, Finkelhor D. The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(7):829-840.
5. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(11):1451-1458.
6. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*. 2002;3(3):153-172.
7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(8):637-643.
8. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR Jr, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2000;284(11):1385-1391.
9. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future of Children*. 1999;9(1):66-90.
10. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-496.
11. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
12. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health*. 1995;85(12):1684-1689.

Servicios y Programas Comprobadamente Efectivos para Prevenir el Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños (0-5)

David A. Wolfe, PhD

University of Toronto, Canadá

Abril 2004

Introducción

El maltrato infantil ejerce un enorme peso en la sociedad, tanto en términos de sufrimiento humano como de pérdidas económicas. Se estima que, solamente en los Estados Unidos, los costos de servicios médicos, legales, educacionales y de bienestar infantil relacionados con el maltrato, se incrementan en 94 mil millones de dólares.¹ Por lo tanto, hay un sentido de urgencia en abordar este tema a todos los niveles de prevención e intervención.

Materia

El creciente reconocimiento del maltrato infantil ha provocado interés mundial en las estrategias de salud pública destinadas a documentar y reducir la incidencia del maltrato infantil. Hoy en día, 32 países poseen una política gubernamental oficial con respecto al maltrato y el negligencia hacia los niños y casi un tercio de la población mundial vive en países que realizan un conteo anual sobre el maltrato infantil y los casos de negligencia.² Dichos esfuerzos constituyen los críticos primeros pasos a fin de identificar la amplitud del problema y justifican la implementación de importantes cambios sociales, comunitarios y culturales, destinados a combatirlo.

Problemas

Existen muchas dificultades para proporcionar intervenciones y servicios de prevención adecuados a familias maltratadoras: (1) Las que más lo necesitan son las que menos están en condiciones de buscar ayuda por sí mismas; (2) los profesionales ponen su atención en ellas debido a la preocupación de terceros, usualmente después de haber violado normas o leyes aceptadas; y (3) los padres no quieren admitir los problemas debido a su temor a perder a sus hijos o ser acusados de un delito. Pese a estos obstáculos, los niños y jóvenes que han crecido con

violencia pueden realizar importantes cambios en la forma de relacionarse con terceros, especialmente si el tratamiento de intervención se comienza a temprana edad.³

Contexto de Investigación

La prevención del maltrato infantil se estudia a menudo en el contexto del estrés diario que implica la crianza de los niños, las presiones de la pobreza y las expectativas culturales que pueden permitir que continúen algunos actos de violencia contra niños. Las familias en riesgo de maltrato pueden por azar ser asignadas para recibir ya sea servicios “estándar” de intervención, tales como visitas de protección a los niños, o una nueva intervención que busca centrarse en temas más específicos.

Preguntas clave de Investigación

Las preguntas clave para la prevención implican formas para asegurar el desarrollo de habilidades positivas para el cuidado de los niños, a partir de una edad temprana. Los investigadores buscan formas de fortalecer la temprana formación de la relación padre- hijo, mejorar la capacidad de los padres para enfrentar el estrés, mediante la adopción de un sistema de apoyo de salud mental o servicios sociales, y fortalecer las conductas adaptativas del niño, lo cual contribuirá a un ajuste emocional y psicológico adicional del niño o la niña. Un desafío importante para los programas de prevención, sin embargo, consiste en la identificación y selección de metas apropiadas, deseadas y obtenibles, que puedan ser dirigidas a través de programas de acción comunitaria, esfuerzos de entrenamiento individual de capacidades y actividades similares.⁴

Resultados Recientes de Investigación

Los programas de largo alcance orientados a prevenir el maltrato infantil se orientan a incrementar la conciencia y la comprensión general de la población sobre el maltrato infantil, así como a encontrar acceso a importantes recursos comunitarios. Estos métodos incluyen una variedad de formatos de entrega, tales como campañas de medios, servicios en su propia casa para familias, y redes comunales que proporcionan apoyo a las familias.

Las estrategias para prevenir el maltrato infantil fueron revisadas por los países miembros de la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la negligencia contra los Niños (*International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*).² Con base en informes de 58 países de todo el mundo, las estrategias al parecer más efectivas decían relación con la *educación pública*, y las campañas mediáticas para crear conciencia e informar al público de los síntomas del

maltrato y cómo responder ante la sospecha de maltrato infantil y negligencia; *mejoras medioambientales* para familias, tales como viviendas; *educación profesional y métodos perfeccionados de identificación de casos* como modernos, tales como herramientas de *screening* y comunicación entre las agencias.

Las intervenciones abarcan desde la utilización de los medios de comunicación y de breves mensaje, a intervenciones familiares intensivas para padres que tienen más factores de riesgo y atraviesan por situaciones adversas.⁵ Estos esfuerzos a menudo se orientan a poblaciones vulnerables, como padres solteros o adolescentes, de nivel socioeconómico bajo, o familias aisladas y padres que atraviesan por crisis, para ofrecer asistencia a estos subgrupos durante los periodos pre y postnatales y en tiempos de estrés o tensión excesivos.

A nivel individual y familiar, la necesidad de los padres primerizos de encontrar apoyo, de instrucción y de vincularse a los recursos, se enfrenta mejor a través de una estrategia personalizada de vasto alcance, como una visita al hogar, que es relativamente adaptable a diferentes culturas y lugares. En los casos de familias enfrentadas a múltiples problemas, las visitas a los hogares proporcionan orientación en términos de vincularse a los servicios, al cuidado y al monitoreo de la salud física del niño, incrementan las interacciones padres- hijos y previenen el maltrato físico y de la negligencia.

Los programas pueden asistir a familias identificadas como de alto riesgo durante periodos de transición, ofreciéndoles el consejo de padres asistentes, que pueden sugerirles métodos parentales efectivos para aplicar en casa y entregarles asistencia en la crianza de los niños, e incorporando a personal capacitado en temas de salud, que concientice a los progenitores sobre los problemas de salud y psicológicos de sus niños.^{6,7} En un estudio bien diseñado llevado a cabo 15 años después de haber completado el programa, los participantes demostraron una mejor planificación familiar, en términos del número de niños y del espacio entre uno y otro; una menor necesidad de ayuda social, un grado menor de maltrato infantil, y una disminución en los casos de arrestos de sus hijos durante la adolescencia. Las madres que siguieron el programa, desarrollaron o cambiaron su comprensión sobre la salud de los niños y su desarrollo, sobre sus expectativas en cuanto a su propio desarrollo y sus propias fuerzas (por ej.: la eficacia propia). Antecedentes adicionales del seguimiento, revelaron igualmente que los jóvenes que recibieron la intervención en visitas a sus hogares en la infancia, tuvieron menos problemas de conducta en una temprana época de la adolescencia.⁹

Otro programa de visitas a hogares que constituye un ejemplo prometedor, es el llamado Healthy Families America (Familias Saludables de Norteamérica), que enfatiza en la prevención del maltrato infantil, en el contexto de la asistencia y apoyo a las familias. Esta red de programas, que habitualmente se evalúa en 29 de sus 270 localidades a lo largo de los Estados Unidos, ofrece una evaluación global de las fortalezas y necesidades de familias en el momento de dar a luz, se orienta a crear relaciones de confianza y de aceptación de servicios, enseñando habilidades para la resolución de problemas, la expansión de los sistemas de apoyo, y la promoción de un desarrollo infantil saludable, así como positivas relaciones padre-hijo.¹⁰

Conclusiones

No hay duda de que los esfuerzos por incrementar las experiencias positivas en una etapa temprana del desarrollo de la relación padre-hijo, implican considerables posibilidades para prevenir el maltrato infantil y reducir sus consecuencias. Los programas para prevenir el maltrato infantil y la negligencia, basados en la comunidad, se consideran más prometedores, puesto que llegan a mayor número de familias y están diseñados para encarar los problemas antes de que éstos se tornen más severos. Los programas que ofrecen una aproximación personalizada (como las visitas a los hogares, realizadas por una persona que sea conocida por el receptor), se consideran como los más exitosos para ayudar a las familias de alto riesgo y a sus niños, los que pueden ser seleccionados como receptores de dichos servicios, debido a sus circunstancias económicas, sus condiciones de vida u otros factores similares, identificados por las comunidades locales. Las necesidades parentales de apoyo, la instrucción a los padres y las redes para obtener recursos, parecieran quedar mejor cubiertas gracias a una aproximación más personalizada, más incluyente, de quien realice las visitas a los hogares. El programa debería orientarse a proporcionar desarrollo a los niños e información parental que sea fácilmente comprensible, práctica y accesible a todos los padres, tanto actuales como potenciales.

Implicancias

Al nivel más básico, la prevención de las diversas formas de maltrato infantil y negligencia debería incentivar la diversidad y las oportunidades para el desarrollo de recursos especiales entre niños y padres. Las influencias sociales que desempeñan un rol en el maltrato infantil y la negligencia, especialmente en circunstancias en que las familias están expuestas a los peores efectos de la pobreza, los riesgos de salud y el conflicto medioambiental, requiere de esfuerzos concentrados. En la planificación de los servicios, deben considerarse los riesgos especiales y las

fortalezas de diversos grupos culturales y étnicos, junto con una mayor sensibilidad hacia los temas étnicos y culturales. Tal perspectiva cultural cruzada, para la intervención y prevención del maltrato infantil y la negligencia, podría reorientar el foco más allá de los individuos y familias, para explorar las condiciones societales y culturales que empeoran o mejoran estos problemas.

Referencias

1. Prevent Child Abuse America. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: Statistical evidence*. Disponible en: http://www.preventchildabuse.org/documents/index/cost_analysis.pdf Fecha de acceso Octubre 25, 2007.
2. Kempe Children's Center. *World Perspectives on Child Abuse: The Fifth International Resource Book* 2002. Carol Stream, Ill: International Society for the Prevention of Child Abuse; 2002.
3. Saunders BE, Berliner L, Hanson RF, eds. *Child physical and sexual abuse: Guidelines for Treatment (Final Report: January 15, 2003)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center; 2003.
4. Wolfe DA. *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, Calif: Sage;1999.
5. Sanders MR, Cann W, Markie-Dadds C. The triple P-positive parenting programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review* 2003;12(3):155-171.
6. Peterson L, Tremblay G, Ewigman B, Saldana L. Multilevel selected primary prevention of child maltreatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003;71(3):601-612.
7. Olds D, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
8. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
9. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development & Psychopathology* 2001;13(4):873-890.
10. Daro D, Donnelly AC. Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd Ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2001:55-78.

La Prevención del Maltrato Infantil y la Negligencia

John Eckenrode, PhD

Family Life Development Center, Cornell University, EE.UU.

Abril 2004

Introducción

El maltrato de niños y adolescentes es un problema que abarca mucho más que a las víctimas y a los perpetradores directamente afectados por estas conductas. Afecta las vidas de profesionales encargados de preocuparse de la salud y el bienestar de familias y niños, al igual que a los funcionarios de gobierno y ciudadanos del mundo privado, preocupados por la calidad de vida en sus comunidades. El maltrato infantil erosiona el capital social y la cohesión social que vincula a las comunidades. Cualquier acercamiento efectivo para prevenir el maltrato infantil y la negligencia debe incorporar las complejas causas del problema y los diversos intereses y necesidades representados por cada uno de los afectados por ello.¹

Materia

Junto con los esfuerzos para mejorar los sistemas para detectar y tratar a los niños maltratados y a las familias maltratadoras, la prevención debe considerarse parte de un acercamiento que incorpore al problema total del maltrato infantil en países y comunidades. Un excesivo énfasis en la detección y protección ha distraído a veces la atención de las estrategias primarias de prevención, orientadas a proporcionar apoyo y asistencia a las familias que se encuentran alteradas o que no funcionan en forma efectiva.²

Existen múltiples aproximaciones para prevenir el maltrato infantil y la negligencia, desde el nivel individual padre e hijo, hasta el de la sociedad en su conjunto.³ Investigadores y expertos en diferentes disciplinas, han desarrollado diversos marcos de trabajo para caracterizar los esfuerzos de prevención en este campo. Tal vez los más destacados marcos de trabajo son el modelo desarrollista- ecológico y el modelo de salud pública.^{4,5,6} Recientes informes de la Organización Mundial de la Salud tales como el *“Report of the Consultation on Child Abuse Prevention”*⁷ (Informe sobre las Consultas para la Prevención del Maltrato Infantil), y el *World Report on Violence and Health*⁸ (Informe Mundial sobre Violencia y Salud) analizan la prevención del maltrato infantil y la negligencia desde una perspectiva internacional, incluyendo recomendaciones sobre

acciones requeridas por parte de los gobiernos, de los trabajadores de la salud, de los profesores y profesionales jurídicos, así como otros grupos dedicados a prevenir el maltrato y la negligencia.

Contexto de Investigación

Los programas de prevención, especialmente aquéllos donde se han realizado algunas evaluaciones adecuadas, se han orientado mayormente a los efectos secundarios y terciarios, con familias en riesgo o víctimas y perpetradores del maltrato y la negligencia. Esfuerzos primarios de prevención, bien diseñados y evaluados, son menores en número.

Preguntas Clave de Investigación

Las preguntas clave para la investigación, incluyen la identificación de formas efectivas para la prevención en la comunidad, la escuela, el sistema de salud y a niveles familiares. Diseñar intervenciones impulsadas a partir de la teoría y evaluarlas en el marco de rigurosos diseños de investigación son desafíos vigentes. Las preguntas clave siguen siendo analizar el papel del contexto comunitario, al igual que las características individuales del niño y su familia, que podrían influir en la efectividad de los programas de prevención.

Resultados Recientes de Investigación

Los esfuerzos primarios de prevención universal, vinculados con la educación pública y las campañas de información, representan importantes herramientas para incrementar la conciencia del público con respecto al problema del maltrato infantil y la negligencia, fortalecer los estándares comunitarios respecto al cuidado de los niños, y reunir fondos destinados a iniciativas comunitarias, como una forma de ejercer presión popular sobre los cuerpos gubernamentales, a fin de instituir políticas y programas destinados al apoyo del sano desarrollo de los niños. Los padres son a menudo el objetivo de las campañas educativas. Por ejemplo, una amplia campaña de concientización pública en los Estados Unidos se ha enfocado en el Síndrome del Bebé Sacudido.⁹ Una campaña multimedia en los Países Bajos a comienzos de los años noventa, estaba orientada a incrementar la apertura por parte de las víctimas y de los adultos preocupados por los niños.^{8,10} Incluía un documental de TV, películas breves y comerciales, así como un programa radial, al igual que materiales impresos, como afiches y folletos. El resultado fue un incremento de las llamadas al servicio de la Línea Nacional Infantil.

Tal vez las formas más usadas para prevenir el maltrato infantil incorporan intentos por dar apoyo directo a las familias y mejorar las prácticas parentales. Algunas son formas universales, destinadas a un gran número de padres (por ejemplo: dar a conocer las políticas en los hospitales, para todas las madres que están dando a luz y sus parejas), pero muchos son programas orientados y diseñados para padres que sufren algún riesgo, debido a pobres prácticas parentales. Las formas más prometedoras de acercamiento se dirigen a los factores de múltiple riesgo en el contexto de una paternidad pobre, y utiliza varios tipos de apoyo (información, apoyo emocional, y ayuda tangible).¹¹ Es posible que tales programas ni siquiera estén etiquetados como programas para prevenir el maltrato infantil y la negligencia, sino que en una forma más amplia, como “apoyo infantil y educación”, o bien como “programas de intervención temprana”.¹²

Una aproximación al problema que ha recibido considerable atención en años recientes son los programas de visitas a los hogares de padres primerizos. Un creciente número de investigaciones se orienta a cierto número de beneficios para los programas de visitas a los hogares, que han sido bien diseñados y bien administrados, tanto para niños como los padres, particularmente programas realizados por enfermeras en los hogares.^{13,14,15} Las visitas hogareñas a los padres primerizos son bien evaluadas como estrategia de prevención del maltrato infantil.¹⁶ Se aplica a padres de alto riesgo, que carecen de las habilidades o de la confianza para participar en servicios de información formales, o que pueden ser incapaces o no tener deseos de asistir a reuniones grupales. Se basa en la atención especial que entrega un adulto preocupado y que no juzga, en un ambiente familiar y confortable para el padre. Quienes realizan las visitas a los hogares, también están en condiciones de poder observar directamente factores en la casa y la familia, que podrían comprometer una efectiva labor parental, y poner en riesgo a los niños. (por ej.: condiciones físicas inseguras)

La mayor confianza en las visitas particulares a los hogares puede depositarse en aquéllas que han producido resultados de pruebas clínicas, con la asignación de familias al azar, para el tratamiento y las condiciones de control. Por ejemplo, en un estudio experimental de visitas a hogares realizadas por enfermeras en una comunidad semirural (Elmira, Nueva York, U.S.A.), madres en riesgo (jóvenes, pobres y no casadas) fueron visitadas por enfermeras durante el embarazo y hasta que sus hijos cumplieron dos años de edad (un promedio de 32 visitas). Se detectó significativamente menos maltrato infantil en familias visitadas por enfermeras durante un periodo de 15 años.¹⁷ A pesar de tan prometedoros descubrimientos a partir de un pequeño número de estudios experimentales respecto a visitas a los hogares, también es evidente que dichos servicios de visitas por sí solos no pueden satisfacer todas las necesidades de las familias

en riesgo con niños pequeños. Estos servicios tienen mayores posibilidades de tener éxito, si se les combina con una serie de servicios de prevención e intervención en comunidades, tales como cuidado infantil de gran calidad.^{15, 18}

Las escuelas son un escenario importante para los esfuerzos por prevenir el maltrato infantil. Los maestros desempeñan un papel crucial en la identificación temprana de niños en riesgo por maltrato. Los programas realizados en las escuelas, son además una de las estrategias preventivas usadas más asiduamente. Se han desarrollado diversos planes diseñados para niños más pequeños, evaluando primeramente el foco de la prevención del maltrato sexual y el secuestro.^{19,20,21} La forma de aproximarse comprende habitualmente alguna combinación de videos, material impreso e instrucciones de adultos. Algunos programas han intentado la participación de los padres, incluyendo reuniones de educación parental y enviando materiales a los hogares.²²

Las intervenciones educativas, especialmente las que emplean conceptos concretos y una experiencia interactiva que incluye ensayos y modelos pueden ser efectivas para incrementar el conocimiento de los pequeños, como se ha comprobado en entrevistas que usan el juego de roles o situaciones hipotéticas y retratos. Niños de más edad (por ej.: entre los 10 y los 12 años) tienden a aprender y retener más información que los más pequeños (por ej.: entre los 4 y los 5 años).¹⁹ Pocos estudios, incluso los que se refieren a los padres, han medido o mostrado los efectos, en una reducción directa del maltrato sexual infantil. Una investigación de alcance nacional en los Estados Unidos demostró que la exposición a programas para prevenir los asaltos, no estaba asociada con una incidencia reducida de la victimización o las lesiones, pese que se asociaba con una gran posibilidad de que los niños pudiesen dar a conocer la victimización y no culparse a sí mismos.²³

Los profesionales de la salud que proporcionan servicio directo a niños y familias, pueden desempeñar varios importantes roles en la prevención del maltrato infantil y la negligencia. Dos roles primarios de prevención (vs. administración médica de las consecuencias del maltrato o prevención secundaria) para quienes proporcionan atención de salud 24 son (1) una cuidadosa evaluación del medioambiente del hogar, para identificar factores de riesgo de un posible maltrato, modificables y no modificables, tales como la evidencia de aislamiento social y falta de apoyos (2), la conciencia de los profesionales de la salud de estar instigando condiciones que pueden contribuir a incidentes de maltrato, tales como el llanto o la preparación para usar el retrete. En escenarios pediátricos, servicios suplementarios pueden ser suministrados por

especialistas en desarrollo infantil y de apoyo para padres. Este es el camino o aproximación que ha tomado Healthy Steps for Young Children Program, un programa para niños apoyado en parte por la Academia Norteamericana de Pediatría.²⁵

Conclusiones

El Informe Mundial de la OMS sobre Violencia y Salud ha propuesto varias recomendaciones de acción que requieren ser acogidas por los gobiernos, investigadores, trabajadores de la salud y trabajadores sociales, organizaciones no gubernamentales y otros, con el interés de prevenir el maltrato infantil y la negligencia. Ellas refuerzan varias de las recomendaciones formuladas por el informe de la OMS respecto a la Consulta sobre la Prevención del Maltrato Infantil, o *WHO Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*.⁷ Resulta clave una mejor investigación para incrementar los esfuerzos de prevención. Muchos países todavía no poseen adecuados sistemas para monitorear casos de maltrato o negligencia. Se requiere de mejores antecedentes que documenten la carga de salud que significa el maltrato infantil en cada país, al igual que el riesgo y los factores de protección, sistemas existentes para responder a los casos conocidos, y una evaluación de los esfuerzos de prevención. Además de los avances en la recolección de cifras oficiales, se necesitan investigaciones periódicas basadas en la población, conducidas por instituciones académicas, sistemas de atención de salud y organizaciones no gubernamentales. En la medida de lo posible, las técnicas existentes para medir el maltrato y sus consecuencias, deberían usarse en todos los países, de manera tal que puedan realizarse comparaciones transculturales y explorar las razones de las variaciones culturales en materia de maltrato infantil y negligencia.²⁶

Implicancias

La capacitación en materias de maltrato infantil y negligencia requiere ser desarrollada todavía más en el campo de las disciplinas apropiadas, especialmente la salud, la educación, el trabajo social y las profesiones jurídicas. Estos profesionales, que trabajan directamente con niños y familias en riesgo, también pueden laborar para atraer recursos a fin de realizar los esfuerzos para una prevención más amplia, y pueden abogar igualmente por políticas gubernamentales que protejan a los niños y apoyen a los padres.

Los gobiernos deberían proporcionar el necesario apoyo a las localidades, a fin de asegurar que haya servicios efectivos, eficientes y seguros, a fin de responder frente a los niños abusados u objeto de negligencia, y para iniciar y sostener esfuerzos de prevención. Estos incluyen esfuerzos

para mejorar la respuesta de los hospitales y clínicas frente a los niños abusados y objeto de negligencia, y esfuerzos por mejorar el sistema de justicia criminal. La prevención del maltrato infantil y de la negligencia debería ser incorporada en las políticas, metas y presupuestos nacionales de salud, Aunque se han desarrollado e intentado muchos acercamientos a la prevención del maltrato infantil y la negligencia, relativamente pocos de ellos han sido evaluados rigurosamente. Existe una gran necesidad tanto en los países desarrollados como en desarrollo, para asegurar que los esfuerzos de prevención sean evaluados a fondo en cuanto a su efectividad. A más largo plazo, la voluntad política y social por esfuerzos de prevención, puede verse limitada por instituir acercamientos no efectivos y se podrán demostrar sólo pequeños progresos en la prevención de nuevos casos de maltrato.

Un acercamiento amplio a la prevención del maltrato y la negligencia incorporará muchos esfuerzos coordinados que incorporen a diferentes sectores de la sociedad. Finalmente, sin embargo, los acercamientos más efectivos se orientarán a las causas más profundas del maltrato, enfocando los temas de la pobreza, la vivienda, el empleo, las escuelas, el cuidado de la salud y otros sistemas de comunidades y vecindades, que construyen el capital financiero, humano y social²⁷ y apoyan a los padres en la tarea de criar a sus niños pequeños.

Referencias

1. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
2. Melton GB, Barry FD. *Protecting children from abuse and neglect*. New York, NY: The Guilford Press; 1994.
3. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. 2nd edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1999.
4. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993;114(3):413-434.
5. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 1986;22(6):723-742.
6. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56(1):96-118.
7. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
8. World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention, 29-31 March, Geneva*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Document WHO/HSC/PVI/99.1.
9. Duhaime A, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants: the "shaken baby syndrome". *New England Journal of Medicine* 1998;338(25):1822-1829.
10. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect* 2000;24(8):1091-1011.
11. Thompson RA. *Preventing child maltreatment through social support*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
12. Weiss HB, Jacobs FH. *Evaluating family programs*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1988.

13. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):53-92.
14. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: recent program evaluations-analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):4-26.
15. American Academy of Pediatrics, Council on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics* 1998;101(3 pt 1):486-489.
16. Olds DL, Henderson CR. The prevention of maltreatment. In: D. Cicchetti, V. Carlson, eds. *Child maltreatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1989:722-763.
17. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect:15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
18. Weiss HB. Home visits: necessary but not sufficient. *Future of Children* 1993;3(3):113-128.
19. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(5):857-876.
20. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000;29(2):257-265.
21. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
22. Conte JR, Rosen C, Saperstein L. An analysis of programs to prevent the sexual victimization of children. *Journal of Primary Prevention* 1986;6(3):141-155.
23. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health* 1995;85(12):1684-1689.
24. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999;104(1 pt 2):168-177.
25. Zukerman B, Kaplan-Sanoff M, Parker S, Taaffe Young K. The Healthy Steps for Young Children program. *Zero to Three* 1997;17(6):20-25.
26. Schwartz-Kenney BM, McCauley M, Epstein MA. *Child abuse: a global view*. Westport, Conn: Greenwood Press; 2001.
27. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, Dubowitz H, Browne DH, Bangdiwala SI, Mathew RM. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101(1):12-18.

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

Geoffrey Nelson, PhD

Wilfrid Laurier University, Canadá

Julio 2004

Introducción

Eckenrode, MacMillan y Wolfe han presentado evidencia convincente respecto a que el maltrato infantil es un problema social serio, que prevalece de más. Eckenrode afirmó que los modelos de desarrollo ecológicos y de salud pública son los marcos de acción más destacados para la prevención del maltrato infantil. En otra parte¹ mis colegas y yo hemos integrado esos dos marcos con un eje que representa los niveles de prevención de la salud pública (universal, selectiva, indicada) y con el otro eje representando los diferentes niveles ecológicos (desde micro a macro) que la intervención incluye (ver Tabla 1).

Este marco llama la atención hacia tres puntos clave. Primero, no sólo es aparente que la detección y protección se enfatizan por sobre la prevención, tal como destaca Eckenrode, sino que la mayoría de los programas están microcentrados, descuidando los factores a nivel meso y macro.¹ Segundo, enfocándose en el incremento de los factores de protección y la reducción de los factores de riesgo, los programas de prevención no sólo buscan prevenir el maltrato infantil, sino que también buscan promover el bienestar de los pequeños, sus padres y sus familias. Tercero, al fortalecer a los niños, sus padres y sus familias, tales programas a menudo también logran prevenir otros resultados negativos para los niños, incluyendo el fracaso escolar y las conductas criminales.²

Tal como lo observó MacMillan, el riesgo y los factores de protección contra el maltrato sexual infantil son algo diferentes que aquéllos para otras formas de maltrato. Aún más, los programas para prevenir el maltrato sexual infantil se centran en educar a los niños y aumentar sus capacidades para resistir al maltrato sexual. MacMillan menciona acertadamente las limitaciones de este enfoque, el cual centra la responsabilidad de la prevención en las víctimas infantiles potenciales, más que en los poderosos adultos perpetradores. No existe duda alguna respecto a que se requiere desarrollar marcos de acción teóricos más sofisticados, para guiar la prevención del maltrato sexual infantil.

Investigación

Los tres autores mencionaron el rango de diferentes tipos de programas de prevención del maltrato infantil y concluyeron que la mejor evidencia de que el maltrato infantil puede prevenirse, procede de estudios de visitas a los hogares, en especial los de Olds, Kitzman, Eckenrode y sus colegas.^{3,4,5} Revisando esta literatura,¹ se llegó a la conclusión de que los programas de visita a los hogares que se prolongan al menos durante un año e incluyen 20 visitas o más, son más efectivos que los programas más cortos y menos intensivos. Aunque no se ha investigado mucho sobre las campañas mediáticas universales, un estudio sobre boletines o folletos de información, dedicados a padres primerizos, sobre cómo promover el desarrollo del infante, reportó impactos positivos. Los padres que recibieron tal información obtuvieron un puntaje significativamente más bajo en la medición sobre el maltrato infantil potencial y reportaron haber azotado o abofeteado a sus hijos un 50% menos en la semana previa a la evaluación, que los padres del grupo de control que no habían recibido el folleto informativo.

Existe un sinnúmero de programas de prevención con múltiples componentes y basados a nivel de la comunidad, que proporcionan apoyo a las familias, tales como visitas a los hogares o capacitación a los padres, educación preescolar para niños y una serie de otros servicios. En tanto se ha encontrado que estos programas tienen impactos mayores en el niño y en el bienestar de la familia que las visitas a los hogares o los programas mediáticos,⁷ y por lo tanto parecerían tener gran potencial para la prevención del maltrato infantil, solamente uno de estos programas tiene impactos estudiados sobre los índices de maltrato infantil. Un seguimiento a largo plazo de más de 1,400 niños mostró que los pequeños que participan en los Child Parent Centers (Centros para Hijos y Padres), que proporcionan enseñanza pre escolar y apoyo a la escolaridad para los niños y promueven la participación de los padres, obtuvieron tasas significativamente más bajas (5%) de denuncias ante los tribunales por maltrato infantil hasta los 17 años de edad, que los niños en el grupo control (11%). Más aún, la participación de los padres en las escuelas de los niños y la movilidad escolar, fueron mediadores significativos de esos impactos.

Los autores tienen razón en señalar que existe poca evidencia de que los programas de educación contra el maltrato sexual infantil prevengan realmente el problema. Sin embargo, un estudio⁹ encontró que los estudiantes no graduados que habían participado en un programa denominado “good touch-bad touch” (buen toque, mal toque), en la etapa pre escolar o en la escuela elemental, reportaron tasas significativamente más bajas de maltrato sexual infantil (8%), que los estudiantes que no habían participado en dicho programa (14%). Aunque el diseño retrospectivo

es una limitación, este estudio sugiere que este enfoque puede tener algún potencial preventivo.

Implicaciones

Hay varias implicaciones importantes en la investigación y acción relacionadas con la prevención del maltrato infantil. Primero, tal como Eckenrode lo destacó, existe una necesidad de una mejor coordinación entre investigación y políticas. Demasiado a menudo los gobiernos se embarcan en una política social, sin haber creado una rigurosa investigación que pueda evaluar los impactos causales de los programas. Segundo, tal como lo han sugerido Wolfe y Eckenrode, es necesario examinar los procesos de los programas y los resultados en diferentes contextos culturales. Lo que resulta exitoso para prevenir el maltrato infantil en familias con bajos ingresos, blancas, del Nueva York rural, puede ser muy diferente para familias afro-americanas con bajos ingresos en Memphis o Chicago. Además existe una necesidad de contar con investigación transnacional, puesto que gran parte de las evaluaciones de maltrato infantil han sido conducidas en los Estados Unidos de A. y no pueden ser generalizados en otras naciones.

En tercer lugar, se necesita asegurar que los programas de prevención del maltrato infantil son lo suficientemente poderosos como para crear impactos positivos. Hay una creciente evidencia respecto a que los programas pre escolares de prevención para niños deben ser prolongados e intensivos, a fin de que tengan efectos preventivos a corto y a largo plazo. En muchas localidades, los gobiernos son reacios o no desean proporcionar fondos adecuados para asegurar que los programas de prevención para el maltrato infantil, basados en la evidencia, se multipliquen e implementen, de manera tal que haya fidelidad con el modelo original de programa. Por ejemplo, una vez que terminó la subvención de demostración para el programa original de visitas a hogares realizado por enfermeras³ en la zona rural de Nueva York, la unidad de salud local duplicó el número de casos de visitas a los hogares, disminuyendo por lo tanto la intensidad del programa.¹⁰ Todas las enfermeras abandonaron sus trabajos en reacción ante tal decisión.

Cuarto, los programas de prevención necesitan, primero, encarar los riesgos a nivel meso y macro y los factores de protección. Eckenrode destacó la disminución del capital social en los Estados Unidos y la necesidad de restaurarlo. A menos que las visitas a los hogares y los programas de múltiples componentes estén acompañados por el desarrollo de la comunidad, programas de vivienda y empleo, los niños seguirán creciendo en vecindades tóxicas que se caracterizan por altos niveles de pobreza, viviendas precarias, violencia y conductas criminales. Finalmente, se requiere de políticas sociales que posean una agenda de justicia social y reducción de la pobreza,

a fin de apoyar a los niños y las familias en forma más adecuada. Hay muchos modelos excelentes de políticas progresivas en Europa Occidental y del Norte, que podrían beneficiar a los niños y familias norteamericanos.¹¹ El implementar programas de prevención a un nivel todavía mayor, intervenciones comunitarias y políticas sociales destinadas a promover el bienestar de la familia y prevenir el maltrato infantil, van a requerir de un giro fundamental en cuanto a los valores sociales de los Estados Unidos; desde el individualismo y culpar a las víctimas, a un bienestar colectivo, apoyo a las estructuras comunitarias y justicia social.¹²

Referencias

1. Nelson G, Laurendeau, M-C, Chamberland C, Peirson L. A review and analysis of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of preschool and elementary school-aged children. In: Prilleltensky I, Nelson G, Peirson L, eds. *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: Fundamentals for thinking and action*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2001.
2. Nelson G, Westhues A, MacLeod J. A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention and Treatment* 2003;6:article 31. Disponible en <http://journals.apa.org/prevention/volume6/toc-dec18-03.html>. Fecha de acceso May 3, 2004.
3. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.
4. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
5. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.
6. Riley D, Salisbury MJ, Walker SK, Steinberg J. *Parenting the first year: Wisconsin statewide impact report*. Madison, WI: University of Wisconsin; 1996.
7. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1127-1149.
8. Reynolds AJ, Robertson DL. School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development* 2003;74(1):3-26.
9. Gibson LE, Leitenberg H. Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1115-1125.
10. Schorr L. *Within our reach: Breaking the cycle of disadvantage*. Toronto, Ontario: Doubleday; 1988.
11. Peters RDev, Peters JE, Laurendeau, M-C, Chamberland C, Peirson L. Social policies for promoting the well-being of Canadian children and families. In: Prilleltensky I, Nelson G, Peirson L, eds. *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: Fundamentals for thinking and action*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2001.
12. Prilleltensky I, Nelson G. Promoting child and family wellness: Priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2000;10(2):85-105.

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

Agosto 2004

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.

La Violencia Doméstica y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños

Katherine M. Kitzmann, PhD

University of Memphis, EE.UU.

Agosto 2007, Éd. rév.

Introducción

Estadísticas poblacionales de los Estados Unidos indican que un 29.4% de los niños de hogares biparentales viven en familias donde se ha producido violencia entre los padres en el curso del último año.¹ Incluso si los niños de hogares violentos no son el objeto del maltrato por parte de sus padres, a menudo están incorporados a la violencia de sus progenitores, en otras formas que los ponen en riesgo.² Los niños corren riesgo físico cuando intervienen en las peleas de sus padres o se ven atrapados accidentalmente en el “fuego cruzado”. Los niños pueden experimentar también angustia psicológica, especialmente cuando se ven enfrentados a informar sobre dicha violencia a las autoridades y deben incluso testificar en procedimientos legales relacionados con cargos contra uno de sus progenitores. Esta angustia puede combinarse con los intentos de los padres por culpar al niño de la agresión y el conflicto entre ellos.

Tema

Es importante poner atención en los niños testigos, ya que la violencia doméstica se presenta mayormente en familias donde hay niños pequeños, especialmente recién nacidos y hasta los cinco años de edad.² La violencia física estalla antes en la relación doméstica, cuando los niños son más bien pequeños.³ Los hijos de hogares violentos a menudo ven, oyen e intervienen en episodios de violencia doméstica.^{2,4,5}

Cada vez hay más evidencia de que los niños que presencian violencia doméstica corren el riesgo de presentar una serie de problemas psicosociales.⁶ De hecho, los problemas detectados en niños testigos de violencia doméstica, son muy similares a los que se han detectado en pequeños que son víctimas directas de maltrato físico.⁷ Porque presenciar la violencia doméstica puede aterrorizar a los niños y alterar significativamente la socialización infantil, algunos expertos han comenzado a considerar a la exposición a la violencia doméstica como una forma de maltrato

psicológico.^{8,9,10}

Problemas

Los niños presentan un amplio espectro de reacciones al ser testigos de violencia doméstica, incluyendo intervención, alejamiento o actitud agresiva. Estas conductas pueden ser adaptativas en el contexto de la violencia familiar pero son no adaptativas en otros escenarios.¹¹ Los pequeños que presencian violencia doméstica corren el riesgo de sufrir un amplio rango de problemas psicológicos, emocionales, conductuales, sociales y académicos.^{7,12,13,14,15,16} No todos los niños expuestos a violencia doméstica muestran niveles clínicamente significativos de desajuste.^{19, 20} Por ejemplo, esos niños pueden mostrar actitudes inapropiadas en cuanto a la violencia como una forma de resolver conflictos, mayor proclividad a utilizar ellos mismos la violencia y una mayor creencia de su propia responsabilidad ante los conflictos de sus padres.²¹

Contexto de Investigación

Resultados en Niños: Los primeros estudios sobre casos de niños testigos aparecieron en los años setenta, y los primeros estudios empíricos en los años ochenta. Pocos estudios se han concentrado específicamente en los efectos en niños muy pequeños. La investigación empírica incluye estudios de correlación (examina correlaciones entre extensión y exposición a la violencia doméstica y los resultados de los niños) y estudios grupales comparativos (comparar grupos de niños que estuvieron expuestos a la violencia doméstica con aquéllos que no lo estuvieron). Los resultados de los niños se definen habitualmente en términos de informes parentales o informes de los propios niños, internalizando y externalizando problemas. Una línea menor de investigación ha examinado las respuestas de los niños a incidentes simulados o hipotéticos de conflicto interadulto, en ambientes de laboratorio.

Tratamiento: Los programas de tratamiento, como los del Boston City Hospital's Child Witness to Violence Project, (Proyecto sobre Niños Testigos de la Violencia, del Hospital de la Ciudad de Boston), han sido desarrollados para orientarse hacia los requerimientos especiales de los niños testigos de la violencia entre adultos.²² Sin embargo, hay muy pocos informes publicados respecto a estudios de grupos de control, que evalúen la efectividad de esos programas.²³ Prometedores son los resultados de un programa de 10 semanas, diseñado para ayudar a testigos entre los ocho y los trece años de edad, a desarrollar formas más efectivas para enfrentar a y responder ante la violencia doméstica.^{24,25} En comparación con el grupo de control, los niños en el programa demostraban mejores actitudes con respecto a la violencia interparental y un reducido sentido de

responsabilidad por la violencia de los padres. Otro programa, el Proyecto SUPPORT, (APOYO), también fue evaluado en un estudio aleatorio. Dos años después del tratamiento, los niños participantes, entre los cuatro y los nueve años, demostraron una tasa significativamente más baja de problemas de conducta, que los pequeños que recibían los servicios existentes.²⁶

Preguntas Clave de Investigación

¿Habría que distinguir entre una agresión suave/ moderada de una agresión más severa? En muchos estudios, las formas más extremas de violencia (sofocar, golpear) no se diferencian de formas de agresión más suaves (empujar, molestar). Esta distinción puede ser útil, tanto para documentar los efectos de la violencia como para comprender los mecanismos de esos efectos.²⁷

¿Cuáles son los mecanismos mediante los cuales ser testigo de violencia doméstica altera el desarrollo? La exposición a formas menos severas de agresión puede afectar a los niños mediante el mismo proceso identificado en las investigaciones sobre conflictos familiares en general, incluyendo los efectos directos debido a desregulaciones conductuales y emocionales de los niños, así como efectos indirectos debidos a interrupciones (alteraciones) parentales.^{19,28} Es posible que las agresiones más severas sean más traumáticas para los niños, y como tal, sus efectos pueden ser más parecidos a los identificados en investigaciones sobre maltrato infantil y negligencia, que aquéllos identificados en investigaciones sobre conflictos familiares.

¿Cómo deberían medirse los resultados de los niños? Es importante documentar no sólo los niveles clínicos de angustia, sino que también el nivel de angustia infantil sub clínico, al igual que una resiliencia frente a la violencia familiar.^{8,29} La resiliencia se definiría no solamente como la ausencia de patología, sino también como la presencia de competencia frente a estresores asociados con la agresión interparental. Por tanto, será importante en futuras investigaciones evaluar las competencias más sobresalientes para cada etapa en las tareas de desarrollo como el apego, la relación con sus pares y su exitosa adaptación a la escuela.

Resultados Recientes de Investigación

Kitzmann y sus colegas condujeron una meta análisis de 118 estudios empíricos, examinando los ajustes psicológicos de niños testigos de violencia doméstica. Los resultados demostraron que 63% de los niños testigos obtenían resultados menores que un niño promedio que no hubiese estado expuesto a violencia interparental. Los problemas incluían agresión, ansiedad, dificultades con sus pares y problemas académicos, todo a similar nivel. La limitada evidencia entregada por

un limitado número de estudios sugería un mayor riesgo en preescolares. En cuanto a niños de todas las edades, se comprobaron niveles similares de problemas de ajuste en aquéllos que presenciaron violencia doméstica, los físicamente abusados y otros que habían sido testigos y a la vez experimentado la agresión física.

Conclusiones

Los niños expuestos a la violencia doméstica corren el riesgo de sufrir una serie de problemas psicosociales, incluso cuando ellos no son propiamente el objeto de la agresión física. Estos problemas son similares a los que se constatan en niños físicamente abusados, lo cual sugiere que la violencia en cualquier persona de la familia puede alterar el desarrollo del pequeño. Aunque los niños muy pequeños están desproporcionadamente expuestos a la violencia doméstica, muy poca investigación se ha orientado hacia la adaptación de los niños en estos grupos etarios. Hay alguna evidencia que sugiere que los más pequeños corren mayor riesgo, posiblemente por su limitada comprensión de conflicto y limitadas estrategias para lidiar con ello. Pocos programas de tratamiento se han testeado en pruebas al azar. La investigación necesita incluir medidas más precisas de violencia (por ej. distinguir la agresión suave de la severa), múltiples factores de riesgo (por ej. controlar la presencia de abuso de alcohol de los padres) y resultados (por ej.: identificar la angustia sub clínica que puede significar un riesgo para futuros problemas del niño).

Implicaciones

Políticas

El análisis respecto a definiciones de consenso sobre el maltrato infantil y la distinción entre abuso infantil y maltrato infantil, requieren expandirse a fin de incluir consideraciones sobre niños que son testigos de violencia en casa, pero que no son personalmente objeto de la misma.^{23,27} Esta interrogante tiene implicaciones directas para las decisiones sobre el arresto, la ubicación de los niños y la intervención de los servicios sociales, en casos de violencia doméstica.³⁰ En 2001, legisladores federales estadounidenses propusieron pero no llegaron a promulgar, la Ley de Protección para, "*Children Who Witness Domestic Violence Protection Act*" (Niños Testigos de Violencia Doméstica). Versiones menos completas de esta legislación se incluyeron en la Ley "No Child Left Behind", (Que Ningún Niño se Quede Atrás), del año 2002 y la Ley "*Keeping Children and Families Safe*" (Manteniendo a los Niños y Familias a Salvo), del año 2003.

Ambas proporcionan fondos para programas que se enfocan a las necesidades de los niños testigos de violencia doméstica. Varias provincias canadienses han adoptado medidas legales similares.

Tratamiento

Las intervenciones deberían orientarse tanto a los efectos directos de la exposición a la violencia doméstica (por ejemplo, ayudar a los niños para que aprendan a encarar los factores tensionantes asociados con la violencia doméstica) como a los efectos indirectos, mediante una actitud hacia los padres (por ej.: ayudar a los padres a proporcionar nutrición y disciplina constantes, pese a las alteraciones causadas por la violencia). Una aproximación multisistémica al tratamiento puede ser importante para enfocarse en las múltiples influencias sociales que aumentan o disminuyen el riesgo entre los niños expuestos a la violencia doméstica.³¹

Referencias

1. McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, Caetano R, Green CE. Estimating the number of American children living in partner-violence families. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):137-142.
2. Fantuzzo JW, Boruch R, Beriama A, Atkins M, Marcus S. Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(1):116-122.
3. O'Leary KD, Barling J, Arias I, Rosenbaum A, Malone J, Tyree A. Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):263-268.
4. Holden GW, Ritchie KL. Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development* 1991;62(2):311-327.
5. Rosenberg MS. Children of battered women: The effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities. *Behavior Therapist* 1987;10(4):85-89.
6. Osofsky JD. The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist* 1995;50(9):782-788.
7. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(2):339-352.
8. McGee RA, Wolfe DA. Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology* 1991;3(1):3-18.
9. Peled E, Davis D. *Groupwork with children of battered women: a practitioner's guide*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
10. Somer E, Braunstein A. Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated? *Aggression and Violent Behavior* 1999;4(4):449-456.
11. Emery RE. Family violence. *American Psychologist* 1989;44(2):321-328.
12. Fantuzzo JW, Lindquist CU. The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence* 1989;4(1):77-94.
13. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990.

14. Kolbo JR, Blakely EH, Engleman D. Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence* 1996;11(2):281-293.
15. Margolin G, Gordis EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology* 2000;51:445-479.
16. Wolak J, Finkelhor D. Children exposed to partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998:73-112.
17. Grych JH, Jouriles EN, Swank PR, McDonald R, Norwood WD. Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(1):84-94.
18. Hughes HM, Luke DA. Heterogeneity of adjustment among children of battered women. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington DC: American Psychological Association; 1998:185-221.
19. Cummings EM. Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:55-93.
20. Graham-Bermann SA. The impact of woman abuse on children's social development: Research and theoretical perspectives. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:21-54.
21. Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe DA. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990;35(6):466-470.
22. Groves BM, Zuckerman B. Interventions with parents and caregivers of children who are exposed to violence. In: Osofsky JD, ed. *Children in a violent society*. New York, NY: Guilford Press; 1997:183-201.
23. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
24. Jaffe P, Wilson S, Wolfe DA. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1986;18(4):356-366.
25. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence* 1995;10(3):295-306.
26. McDonald R, Jouriles EN, Skopp NA. Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):127-136.
27. Emery RE, Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist* 1998;53(2):121-135.
28. Owen AE, Thompson MP, Kaslow NJ. The mediating role of parenting estrés in the relation between intimate partner violence and child adjustment. *Journal of Family Psychology* 2006;20(3):505-513.
29. Cicchetti D, Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Risk, disorder, and adaptation*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1995:32-71. *Developmental Psychopathology*; vol 2.
30. Chalk R, King PA, eds. *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
31. Henggeler SW, Mihalic SF, Rone L, Thomas C, Timmons-Mitchell J. *Blueprints for violence prevention: Multisystemic therapy*. Boulder, Colo: University of Colorado; 1998.