MALTRATO INFANTIL

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 victimas 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 poblema total del maltrato infantil en países y comunidades. Un excesivo énfaisis 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

©2004-2025 ABILIO | MALTRATO INFANTIL

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 el 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 educacionales. 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 prometedores 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 social[27] 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. Theordore 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.