

Prevención y tratamiento del maltrato infantil



J. I. Pérez Candás

Pediatra. CS de Sabugo. Avilés. Principado de Asturias. España. Coordinador del Comité de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

“Cuando se está en medio de las adversidades, ya es tarde para ser cauto”. Séneca
“Lo que vemos cambia lo que sabemos. Lo que conocemos cambia lo que vemos”. Piaget.

INTRODUCCIÓN

Muchos de los niños maltratados o en riesgo de serlo viven en situaciones donde se conjuran diversos factores favorecedores del maltrato.

La teoría ecológica de los sistemas de Uri Bronfenbrenner¹ a propósito del desarrollo humano postula que este es producto de la interacción del organismo en desarrollo con su ambiente, y que por ello una ecología del desarrollo humano debe dar cuenta de los procesos de acomodación o ajuste progresivos y recíprocos entre la persona y sus entornos, tanto mediatos como inmediatos (Figura 1). Cada persona se ve afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen (Tabla 1).

La suma de la acción de los sistemas es a la vez agente socializador e individualizador, y sirve para entender el desarrollo de la persona en diferentes contextos.

Dentro del microsistema del entorno ecológico al que se refería Bronfenbrenner¹, se pueden describir un conjunto de círculos concéntricos en los que cada uno representa un sistema que influye en el niño (Figura 2):

- En el círculo más interno está el niño.
- La segunda capa concéntrica es la familia nuclear, que tiene una influencia diaria que se extiende al menos

hasta la edad adulta, de forma que, si la interacción entre padres e hijos es mediada por el maltrato, el impacto en el niño será determinante.

- La tercera es la familia extensa, que puede tener un impacto positivo o negativo en la familia nuclear y el niño.
- La cuarta capa son los pares. Aunque no son tan influyentes como la familia, los niños pasan cada vez más tiempo con sus compañeros a medida que van creciendo, siendo determinantes también en su desarrollo.
- El quinto círculo concéntrico es la vecindad. Los jóvenes pasan tiempo en su barrio cuando no están en la escuela, por lo que existe influencia sobre ellos, compartida entre varias personas; también tiene una influencia so-

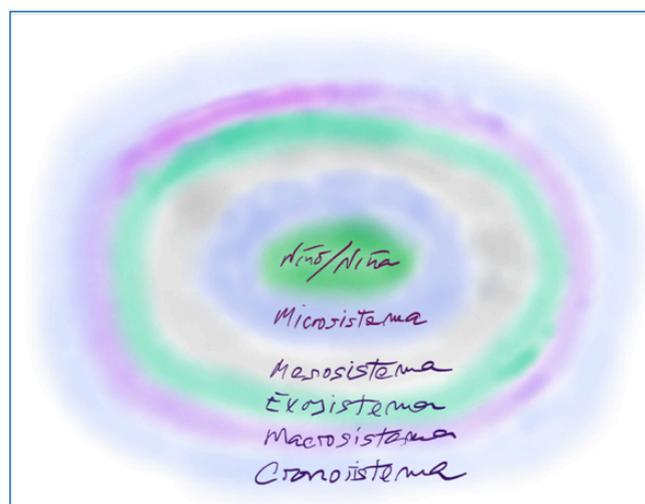


Figura 1. Teoría ecológica de los sistemas de Uri Bronfenbrenner¹.

Cómo citar este artículo: Pérez Candás JI. Prevención y tratamiento del maltrato infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2021;14(4):160-4.

Tabla 1. **Sistemas ambientales propuestos en la teoría o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1990)¹.**

Sistema ambiental	Descripción	Personas o escenarios influyentes
Microsistema	Constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla la persona. El ambiente en el que el individuo pasa más tiempo	Familia Pares Escuela Vecindario
Mesosistema	Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, es decir, vínculos entre microsistemas	Relación entre la familia y la escuela Relación entre la familia y los amigos
Exosistema	Lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero que sus decisiones o acciones influyen en él	El consejo superior de la escuela La junta de acción comunal del barrio
Macrosistema	Lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.	Valores Costumbres
Cronosistema	Condiciones sociohistóricas que influyen en el desarrollo del individuo	Según en el momento personal en el que se encuentre le afectarán los hechos de su entorno de una forma determinada. Por ejemplo, no es igual un suceso traumático en la infancia que en la madurez de la persona

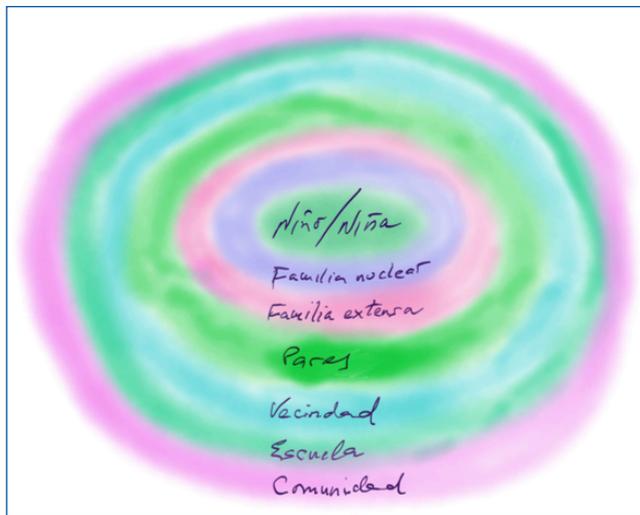


Figura 2. **Entorno ecológico del maltrato infantil (adaptación de la teoría ecológica de sistemas respecto del microsistema)².**

bre los padres porque suelen responder a las normas de crianza de la comunidad.

- La escuela es el sexto círculo concéntrico: puede afectar fuertemente a los niños de manera positiva o negativa.
- El círculo más exterior es la comunidad más grande, la ciudad o región en donde viven los niños y sus padres que también es determinante en su comportamiento.

El comportamiento del niño y el mantenimiento de la salud mental están influenciados por las interacciones entre estos sistemas².

Siguiendo a Piaget³, el aprendizaje no es la simple asimilación de paquetes de información que nos llegan desde fuera, sino que se produce por una dinámica en la que existe un encaje entre las informaciones nuevas y nuestras viejas estructuras de ideas que a su vez han sido construidas a través del tiempo. De esta manera, lo que sabemos está siendo construido permanentemente, es decir, ciertos esquemas mentales van variando, se van organizando de manera distinta a medida que crecemos y vamos interactuando con el entorno.

La Teoría Ecológica de los Sistemas y como se conforma el aprendizaje resultan muy útiles al analizar e investigar sobre las causas y las correlaciones del maltrato infantil porque obliga a considerar junto a los factores innatos a la persona aquellos que la influyen a lo largo de la vida, a saber, los padres, la familia, la red social y la comunidad. En definitiva y parafraseando a Ortega, “yo soy yo y mis circunstancias”. Estas influencias son bidireccionales y algunos factores influyen más que otros.

DETERMINANTES DEL RIESGO QUE HAY QUE PREVENIR

Salud mental de los progenitores

La salud mental de la familia nuclear resulta el entorno más influyente. Los hijos de padres con problemas de salud mental tuvieron mayores intervenciones por los servicios de protección infantil, incluso después de ajustes para otros factores de riesgo^{4,5}. Sin embargo, existen pocos estudios sobre como influyen las diferentes morbilidades psiquiátricas de los padres sobre los hijos⁶. La gravedad del trastorno mental resulta determinante⁷. El grado de estrés de las diversas situaciones condicionan el riesgo de maltrato, por ello cuando las anomalías psiquiátricas de los padres mejoran, con el tiempo disminuye el estrés y el riesgo de maltrato⁸⁻¹¹.

Factores de riesgo económicos y socioeconómicos

La privación socioeconómica de la familia nuclear y los factores de riesgo en los propios antecedentes de los padres, en gran medida, mediados por factores económicos y socioeconómicos, también son determinantes en el maltrato físico y por negligencia¹².

Violencia en la pareja

La violencia en la pareja tiene un fuerte efecto sobre la conducta y el comportamiento emocional del niño¹³. Además, las mujeres que sufren violencia de género tienen como determinante importante haber sufrido agresiones cuando eran niñas o adolescentes¹².

Intervenciones

Hay unanimidad en que para combatir el maltrato deben realizarse todos los esfuerzos centrados en el niño¹⁴.

La necesidad de abordar el maltrato infantil en múltiples niveles hace que sea el modelo ecológico el mejor abordaje para situaciones complejas que involucran graves necesidades clínicas.

Dado que el primer círculo de relación, la familia nuclear, es el mayor determinante en el maltrato infantil se deben centrar las intervenciones en las relaciones entre padres e hijos¹⁵. Por ello los programas de capacitación para padres son más efectivos para reducir el maltrato infantil que los programas que solo proporcionan apoyo de otro tipo. Además, las intervenciones sobre los casos de maltrato han resultado más eficaces que la actuación sobre las familias en riesgo. Así mismo resultaron más eficaces los programas de duración moderada, entre 6 y 12 meses y con un número moderado de sesiones: entre 16 y 30¹⁶.

¿Qué tipos de programas implementar?

En una situación ideal deberían buscarse métodos y programas que:

- Centren todos los esfuerzos en lograr el máximo bienestar del menor.
- Partan de la necesidad de prestar apoyo a estas familias necesitadas.
- Funcionen en diferentes contextos culturales.
- Sean efectivos independientemente del sistema de protección oficial de menores¹⁷.

Un estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., realizado por Swenson¹⁸, concluye que la terapia multisistémica para el maltrato físico y la negligencia infantil (MST-CAN) que es una adaptación de la terapia multisistémica estándar¹⁹ cumple con aquellos requisitos. MST-CAN se ha implementado con familias que experimentan los niveles de riesgo más graves, pero también ha demostrado ser eficaz para

familias con niveles de riesgo más bajos. Ha tenido resultados satisfactorios para:

- Reducir el comportamiento maltratador de los padres.
- Reducir las dificultades de salud mental de los miembros de la familia.
- Reducir el ingreso de los menores en casas de acogida.
- Aumentar los apoyos sociales naturales¹⁸.

La Terapia Multisistémica estándar (MST estándar)¹⁹ es el origen del MST-CAN. Es un modelo de tratamiento que se desarrolló hace más de 35 años y se ha difundido en muchos países para corregir los problemas que condicionan las acciones de los jóvenes delincuentes y sus familias. Se basa en la comprensión de que las causas y las correlaciones de las conductas delictivas se dan en varios sistemas. La estrategia general es evitar que los jóvenes sean encarcelados o expulsados de sus hogares ayudando a sus familias a convertirse en la solución. El MST estándar ha demostrado ser efectivo para cumplir diversos objetivos con esta población, como reducir la actividad delictiva y el ingreso en instituciones de acogida hasta 21,9 años después de la derivación²⁰ y ha demostrado un beneficio significativo en los costes²¹.

El modelo MST estándar está definido por varias características:

- **Nueve principios:**
 - Evaluar el ajuste entre el problema identificado que llevó a la familia al tratamiento y su contexto sistémico más amplio.
 - Mantener un enfoque basado en las fortalezas y trabajar con los miembros del sistema ecológico para que sean los que realicen el cambio.
 - Usar intervenciones que promuevan el comportamiento responsable entre los miembros de la familia.
 - Utilizar intervenciones que se centren en el presente y en problemas bien definidos que permitan la identificación de cambios.
 - Utilizar intervenciones que evalúen y se centren en secuencias de comportamiento o conflicto relacionados con los problemas por los cuales se derivó a la familia.
 - Aplicar intervenciones que sean apropiadas para el desarrollo y que se ajusten a las necesidades de salud y de la familia.
 - Trabajar con la familia para aplicar intervenciones que requieran esfuerzos diarios o semanales.
 - Evaluar la efectividad de la intervención continuamente desde múltiples perspectivas y cuando existan obstáculos para el progreso, hacer que el equipo clínico asuma la responsabilidad de determinar cómo superar esos obstáculos.

– Utilizar intervenciones que permitan a los cuidadores abordar las necesidades de la familia para mantener los cambios realizados durante el tratamiento.

- **Un modelo analítico** que guía el desarrollo de la intervención.
- **Una estructura clínica** que toma en cuenta las barreras que enfrentan las familias frente a la participación en el tratamiento.
- **Unas intervenciones que cuentan con apoyo de la evidencia** (por ejemplo, terapias conductuales y cognitivo-conductuales, familia estructural/estratégica).
- **Un sistema de garantía de calidad** que respalda al equipo clínico²².

En MST estándar y en todas las adaptaciones un terapeuta mide la adherencia al modelo según el seguimiento de los nueve principios. En los ensayos aleatorios se ha demostrado que las puntuaciones en la medida de adherencia al terapeuta predicen reducciones en la contención, la reclusión, el abuso de sustancias y la agresión, y en las mejoras en el funcionamiento de la familia^{23,24}.

Varios investigadores con intereses en otras poblaciones que también tienen necesidades clínicas serias y complejas han adaptado el modelo estándar de MST para el tratamiento de estas personas en dificultades en otros ámbitos, incluso en el de violencia de género²²⁻²⁵.

También en el campo del maltrato infantil se han realizado intentos durante los últimos 20 años para aplicar el MST estándar^{2,23}. Se han realizado importantes esfuerzos no solo para desarrollar, evaluar y difundir un enfoque clínico eficaz, sino también para mejorar la práctica en los servicios de protección infantil (SPI). Especialmente con aquellas familias que han estado bajo la guía de SPI varias veces o durante varios años y continúan experimentando problemas.

Entre otros aspectos, la MST-estándar y la MST-CAN comparan los nueve principios de forma que se deben seguir cuando se interviene con esta estrategia en situaciones de maltrato infantil.

Se desarrollan estrategias basadas en la teoría ecológica de sistemas de Bronfenbrenner de manera que padres, familia, escuela, red social, los niños o jóvenes, su familia y su ecología social son vistos como clientes susceptibles de abordaje para hacer posible cambiar los factores de riesgo modificables¹². El foco principal de las intervenciones de MST-CAN radica en empoderar a los padres y cuidadores, y activar los recursos en el entorno social de la familia, apoyando la creencia de que las familias, incluso en las situaciones más difíciles pueden cambiar si se lo proponen y se les involucra, intentando modificar

los factores de riesgo que están experimentando los diferentes protagonistas de los eventos negativos.

MST-CAN tiene cuatro objetivos principales de tratamiento:

- Mantener a las familias unidas de manera segura.
- Prevenir el rechazo y el abandono de la terapia.
- Reducir las dificultades de salud mental experimentadas por adultos y niños.
- Aumentar los apoyos sociales naturales (las intervenciones son generalmente muy prácticas y de comportamiento, y las llevan a cabo los padres)¹².

MST-CAN es un tratamiento caro y muy intensivo, pero que puede producir beneficios económicos¹⁷. Los criterios de inclusión y exclusión establecidos para MST-CAN se basan en la población tratada en ensayos de investigación en los que se obtuvieron resultados clínicos. Las familias derivadas para MST-CAN deben ser las que experimentan dificultades más graves y el mayor riesgo porque el tratamiento es rentable con estas familias ya que de otra manera perderían a sus hijos teniendo que hacerse cargo los servicios sociales de los mismos²⁶⁻²⁹.

MST-CAN es un tratamiento para familias que han estado bajo seguimiento de SPI (es decir, tienen un expediente abierto por los servicios de protección de la infancia) debido a un informe de maltrato físico o negligencia cometida en los últimos 180 días. El requisito de 180 días asegura que las familias hayan experimentado un evento lo suficientemente reciente para el cual existe, por tanto, un margen para el cambio².

La implementación del MST-CAN se realiza cuando las alteraciones que llevan al maltrato proceden de los progenitores de menores de entre 6 y 17 años, aunque hay en proyecto la extensión de la edad a menores de 6 años. Se excluyen las alteraciones graves del desarrollo, como el autismo, o los casos de agresión sexual (salvo el abordaje del síndrome de estrés postraumático provocado por la misma). También se excluyen las familias de los niños que están en régimen de acogida por los organismos oficiales².

Levey *et al.*²³ señalan como las intervenciones en el hogar que involucran a todos los miembros de la familia son particularmente efectivas.

Se están realizando estudios piloto sobre la transportabilidad del programa, que examinan la factibilidad, la aceptabilidad y los resultados de la implementación de MST-CAN en diversas comunidades de Australia, Holanda, Suiza, Inglaterra y Noruega con resultados positivos².

Un nuevo modelo MST-CAN está siendo desarrollado para la protección de niños que sufren maltrato infantil y violencia de género: MST-IPV². El objetivo de MST-IPV es ofrecer una alternativa a las intervenciones tradicionales de violencia do-

méstica, que tienden a centrarse exclusivamente en sacar a la víctima de abuso de la relación en lugar de mejorar la violencia entre parejas²³.

En la segunda parte abordaremos otro tipo de intervenciones y las actividades preventivas e implicaciones para el desempeño profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo-Andrade H, Ruvalcaba Romero N, Orozco Solís M, González-Gaxiola YE, Hernández Paz MTJ. Introducción al modelo ecológico del desarrollo humano. En: Salud Mental. Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional [en línea] [consultado el 10/12/2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328584009_Introduccion_al_modelo_ecologico_del_desarrollo_humano
2. Swenson CC, Schaeffer CM. A Multisystemic Approach to the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect. *Int J Child Maltreat*. 2018;1:97-120.
3. Piaget P. Psicología y pedagogía: Barcelona: Crítica; 2001.
4. O'Donnell M, Maclean MJ, Sims S, Morgan VA, Leonard H, Stanley FJ. Maternal mental health and risk of child protection involvement: mental health diagnoses associated with increased risk. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:1175-83.
5. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2018;77:198-210.
6. Maclean MJ, Sims SA, O'Donnell M. Role of pre-existing adversity and child maltreatment on mental health outcomes for children involved in child protection: population-based data linkage study. *BMJ Open*. 2019;9:e029675.
7. Lizardi H, Klein DN. Parental psychopathology and reports of the childhood home environment in adults with early-onset dysthymic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:63-70.
8. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Abajobir AA. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2018;82:23-33.
9. Stith S, Smith D, Penn CE, Ward DB, Tritt D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;10:65-98.
10. Hefti A, Heinke S, Schneider F. (Mental capabilities, trading styles, and asset market bubbles: theory and experiment, No 234, ECON - Working Papers. En: University of Zurich [en línea] [consultado el 10/12/2021]. Disponible en: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:zur:econwp:234>
11. Wiegand-Grefe S, Cronemeyer B, Plass A, Schulte-Markwort M, Petermann F. Psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Perspektivenvergleich. *Kindheit und Entwicklung*. 2013;22:31-40.
12. Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Abuse Negl*. 2006;30:497-522.
13. Whitaker MP. Community Context and Men's Control-Seeking in Intimate Relationships. *Violence Vict*. 2015;30:884-901.
14. Gilbert N, Parton N, Skivenes M. Child Protection Systems: International Trends and Orientations. En: Oxford Scholarship Online [en línea] [consultado el 10/12/2021]. Disponible en: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199793358.001.0001/acprof-9780199793358>
15. Huth-Bocks AC, Hughes HM (2008). Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of Family Violence*. 2008;23:243-51.v
16. Cyr C, Alink LR. Child maltreatment: the central roles of parenting capacities and attachment. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:81-6.
17. Euser, S., Alink, I. R. A., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*. 2015;15:1068.
18. Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *AMJ Fam Psychol*. 2010;24:497-507.
19. Gillespie ML, Huey SJ Jr, Cunningham PB. Predictive validity of an observer-rated adherence protocol for multisystemic therapy with juvenile drug offenders. *J Subst Abuse Treat*. 2017;76:1-10.
20. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol*. 2009;23:89-102.
21. Dopp AR, Schaeffer CM, Swenson CC, Powell JS. Economic Impact of Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:876-87.
22. Vohs KD, Aaker JL, Catapano R. It's not going to be that fun: negative experiences can add meaning to life. *Curr Opin Psychol*. 2019 Apr;26:11-14.
23. Levey EJ, Gelaye B, Bain P, Rondon MB, Borba CP, Henderson DC, Williams MA. A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child Abuse Negl*. 2017;65:48-57.
24. Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 2009.
25. Henggeler SW, Cunningham PB, Pickrel SG, Schoenwald SK, Brondino MJ. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *J Adolesc*. 1996;19:47-61.
26. Cyr C, Alink LR. Child maltreatment: the central roles of parenting capacities and attachment. *Curr Opin Psychol*. 2017 Jun;15:81-6.
27. Dopp Alex R, Borduin MCH, White M, Kuppens S. Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:335-54.
28. Borduin CM, Dopp AR. Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *J Fam Psychol*. 2015;29:687-96.
29. Schoenwald SK, Burns B, Santos AB. Comprehensive Community-Based Interventions for Youth with Severe Emotional Disorders: Multisystemic Therapy and the Wraparound Process. *Journal of Child and Family Studies*. 2000;9:283-314.