



Prevención del maltrato infantil

C. MARTÍNEZ GONZÁLEZ

Pediatra. Centro de Salud San Blas. Área 10 (Madrid)

PUNTOS CLAVE

- La prevalencia del maltrato infantil en las distintas comunidades autónomas españolas oscila entre 5 y 15,19 casos por cada 10.000 menores. Se estima que se detectan sólo un 10-20% de los casos.
- El ámbito de la atención primaria de salud constituye un observatorio privilegiado y un escenario normalizado para la prevención y la detección precoz del maltrato.
- En prevención del maltrato existe buena evidencia para recomendar la visita domiciliaria a población de riesgo.
- Hay suficiente evidencia para no recomendar el uso de cuestionarios específicos para identificar activamente a familias de riesgo.
- La insuficiente evidencia científica para recomendar determinadas actividades no debe dejar fuera de los objetivos asistenciales actividades de educación para la salud que son positivas en términos generales.

RESUMEN

El maltrato infantil es un problema con magnitud desconocida, aunque en España se estima que de 5 a 15,19 menores por cada 10.000 sufren maltrato. La atención primaria de salud es un escenario normalizado y privilegiado para la prevención y la detección precoz de problemas como el maltrato, que ocurren fundamentalmente en el ámbito familiar. En la prevención del maltrato sólo existe evidencia científica para recomendar los programas de visita domiciliaria a familias de riesgo. No se recomienda el uso de cuestionarios específicos para detectar maltrato y no hay evidencia a favor o en contra para recomendar el resto de intervenciones. Las actividades de prevención primaria son positivas en términos absolutos de salud y bienestar de los niños y las familias en general.

Se considera maltrato infantil (MTI) cualquier acción, omisión o trato negligente, cometido por individuos, instituciones o por la sociedad, que prive al niño de sus derechos y li-

bertad o que interfiera en su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o mental. Es una definición necesariamente amplia para incluir los diversos agentes causales y todas las formas de maltrato, no solo el secundario a violencia física. En contrapartida, la existencia de límites conceptuales imprecisos da cabida a un espectro muy amplio de situaciones e interpretaciones distintas de un mismo suceso. Esta realidad, unida al hecho de que el MTI ocurra habitualmente en la privacidad del ámbito familiar y a las dificultades de diagnóstico e intervención reconocidas por muchos profesionales, son factores que influyen en que sólo se detecten un 10-20% de los casos. Estas circunstancias también influyen en las dificultades para conseguir datos epidemiológicos que reflejen la realidad; en España la prevalencia estimada en las distintas comunidades autónomas oscila entre 5 y 5,19 casos por cada 10.000 menores. Sin duda, la atención primaria de salud (APS) es un observatorio privilegiado y un escenario normalizado para la detección precoz y la prevención de problemas que ocurren fundamentalmente en el ámbito familiar, como es el MTI¹.

Prevenir el maltrato requiere como enfoque complementario y transversal la promoción del buen trato en la infancia, pero ¿es necesario impulsar programas y estrategias organizadas²? En este trabajo nos vamos a referir fundamentalmente al maltrato en el ámbito familiar y a las posibilidades de prevención desde la evidencia científica.

NIVELES DE PREVENCIÓN

- **Prevención primaria o prevención universal.** Dirigida a la población general infantil con el objetivo de disminuir la incidencia de maltrato a través de medidas inespecíficas. La mayoría de las actividades de educación para la salud (EPS) son medidas de prevención primaria. Actividades estructuradas serían: programas de sensibilización y formación de profesionales en la detección y prevención del maltrato, actividades de EPS para padres que incrementen sus habilidades educativas y afectivas, como la educación maternal preparto y las escuelas de padres en general; y la educación sexual de adolescentes dentro de los programas de salud infantil y/o en centros escolares.
- **Prevención secundaria.** Dirigida a la población en riesgo de maltrato, con el objetivo de intervenir precozmente.

Factores que aumentan la vulnerabilidad son: la edad del niño (a menor edad, mayor riesgo), factores familiares como padre/madre muy joven, familia monoparental, bajo nivel educativo, enfermedad mental de un progenitor, adicciones a tóxicos, historia de violencia familiar, o factores sociales como la pobreza, el aislamiento o valores culturales que fomenten inequidades de género. Es importante puntualizar que la mayoría de estos factores se asocian estadística y retrospectivamente al maltrato, pero no nos informan de su relación causal ni temporal, por lo cual sería mejor denominarlos indicadores de riesgo. La probabilidad de maltrato aumenta con la acumulación de factores.

Actividades de prevención secundaria serían: visita domiciliaria a familias de riesgo en los primeros dos años de vida del niño, *screening* o recogida sistemática de factores de riesgo, derivación a servicios sociales e intervención precoz en casos de violencia de género, enfermedad mental de un progenitor o problemas sociales familiares importantes.

- La atención dirigida a las víctimas se denomina **prevención terciaria** y tiene el objetivo de reducir el impacto, la gravedad y las secuelas del maltrato. Es importante evitar el daño psicológico añadido por los profesionales mediante exploraciones e interrogatorios innecesarios y repetidos (victimización secundaria) y la estigmatización de la víctima, entorno familiar, etnia o barrio, que puede ocurrir con el uso informativo inadecuado del caso (victimización terciaria).

La evidencia científica encuentra pocas estrategias efectivas en la prevención del maltrato. Existe buena evidencia^{3,4} para recomendar la visita domiciliaria por personal de enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los 2 años de vida, con frecuencia mensual y duración de al menos 30 minutos. Canadian Task Force no recomienda el uso de cuestionarios específicos para identificar activamente a familias de riesgo, por la probabilidad de falsos positivos. No hay suficiente evidencia para recomendar ni prohibir el resto de intervenciones (tabla 1). Hay factores que se asocian de forma consistente con la recurrencia de maltrato, como el número de episodios previos, negligencia, conflicto entre padres y problema de salud mental⁵; el riesgo de maltrato es 6 veces superior en estos hijos respecto a familias sin antecedentes de maltrato, siendo fundamental la coordinación de atención primaria con servicios sociales.

La ausencia de estrategias claramente efectivas desde la evidencia científica para prevenir el maltrato no implica abandonar los programas de EPS generales ni aquellos dirigidos a prevenir el abuso sexual^{6,7}. El análisis cualitativo y los consensos y opiniones de expertos tienen gran legitimidad. Por otra parte, hay motivos para replantearse otras formas de valorar la evidencia científica, ya que el patrón de referencia utilizado habitualmente, el ensayo controlado aleatoriamente, no puede emplearse en todas las ocasiones debido a la complejidad de las actividades, al coste de los ensayos y a la dificultad para evaluar contenidos definidos y repetibles que disminuyan la variabilidad de los resultados. Otro punto a tener en cuenta es la escasa financiación de la investigación

Tabla 1
RESUMEN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA
PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO

Intervención o estrategia	Resumen de la evidencia
Formación de profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • No hay estudios de evidencia • Opinión de expertos
Escuela de padres y actividades de EPS en general	<ul style="list-style-type: none"> • No hay estudios de evidencia • Opinión de expertos
Programas educativos en escuelas para la prevención del ASI ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoran el conocimiento y los comportamientos autoprotectores, pero pueden producir aumento de ansiedad
Screening rutinario de padres o cuidadores para maltrato o negligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesitan más estudios y validación de los tests. Los resultados pueden ser malinterpretados • Canadian Task Force⁴ recomienda excluir los cuestionarios específicos • USPSTF^{3,8} no encuentran evidencia para recomendar o prohibir
Programas de visita domiciliaria dirigidos a población de riesgo ^{4,9}	<ul style="list-style-type: none"> • Obtiene una reducción significativa de maltrato • Existe suficiente evidencia para recomendar estos programas
Visita domiciliaria para prevenir recurrencia de maltrato ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • No reduce el maltrato en familias donde ya ha ocurrido maltrato previo
Programas de parentalidad dirigidos a padres con antecedentes de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones relativamente breves y estructuradas dirigidas a cambiar las prácticas de parentalidad; algunos programas pueden ser efectivos para mejorar resultados asociados al maltrato • Insuficiente evidencia para recomendar o prohibir

EPS: educación para la salud; ASI: abuso sexual infantil; USPSTF: US Preventive Services Task Force.

en estas líneas de trabajo frente a otras. Etiquetas de «no suficiente evidencia» no deberían dejar fuera de los objetivos asistenciales actividades que mejoren las habilidades parentales en la crianza o promuevan medidas educativas que no utilicen violencia física ni verbal, o programas de servicios sociales a familias con riesgo. Todas ellas, intervenciones positivas en general sobre la salud psicosocial y el bienestar de los niños y las familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano Faura FJ. Prevención y detección del maltrato infantil. Recomendación. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado en abril de 2005 [consultado el 13-04-09]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_maltrato.htm.
2. WHO and International society for prevention of child abuse and neglect. Preventing child abuse maltreatment: a guide to taking

- action and generating evidence [monografía en Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2006 [consultado el 13-04-09]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
3. Nygren P, Nelson H, Klein J. Screening Children for family violence. A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004;2:161-9.
 4. MacMillan HL. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000;163:1451-8.
 5. Hindely N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child* 2006;91:744-52.
 6. Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW. Programas educativos en escuelas para la prevención del abuso sexual infantil (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 7. Finkelhor D. Prevention of Sexual Abuse Through Educational Programs Directed Toward children. *Pediatrics* 2007;120:640-5.
 8. US Department of Health & Human Services [sede web]. Agency for Health care Research and Quality. The Guide to Clinical Preventive Services 2008. Recommendations of the US Preventive Services Task Force [consultado el 10-04-09]. Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd08/pocketgd08.pdf>.
 9. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep* 2003;52:1-9.
 10. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Programas de parentalidad individuales y grupales para el tratamiento del abandono y el maltrato físico infantil (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

LECTURAS RECOMENDADAS

- Soriano Faura FJ. Prevención y detección del maltrato infantil. Recomendación. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado en abril de 2005 [consultado el 13-04-09]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_maltrato.htm. Excelente y exhaustiva revisión de la mejor evidencia en prevención del maltrato infantil desde APS, del grupo PrevInfad.
- WHO and International society for prevention of child abuse and neglect. Preventing child abuse maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [monografía en Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2006 [consultado el 13-04-09]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Publicación conjunta de la OMS y la Sociedad Internacional para la prevención del maltrato infantil y la negligencia (ISPCAN). Interesante obra que ofrece una visión muy completa y contextualizada del maltrato infantil desde una orientación multidisciplinar.
- US Department of Health & Human Services [sede web]. Agency for Health care Research and Quality. The Guide to Clinical Preventive Services 2008. Recommendations of the US Preventive Services Task Force [consultado el 10-04-09]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd08/pocketgd08.pdf>. Guía de la Agencia Federal de los EE.UU. responsable de la mejora de la calidad de la Atención Médica (AHRQ). Recoge y actualiza desde hace 24 años las recomendaciones «gold-standard» de US Preventive Services Task Force (USPSTF) en prevención primaria y secundaria en el ámbito de APS.