



Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura

Dra. Lidia del Carmen Gómez-Puente,* Psic. Martha Gómez-Jiménez**

RESUMEN

Antecedentes. El maltrato infantil (MI) es una patología médico-social-legal de rezago y reemergente que se ha convertido en un problema de salud pública mundial. El 10% de la población pediátrica es víctima de maltrato; sólo uno de cada 100 niños recibe atención. Se han desarrollado programas de prevención a nivel mundial pero se desconoce su eficacia. En México este problema es cada vez más visible y por ello se requiere el desarrollo de programas de atención integral y estrategias de prevención.

Objetivo. Conocer cómo han sido evaluados los programas de prevención primaria (PP) contra el MI mediante una revisión documental.

Material y Métodos. Búsqueda sobre la evaluación de programas de PP contra el MI en seis bases de datos (1970- 2007) con estas palabras clave: "child abuse", "child maltreatment", "primary prevention", "violence", "prevention". Criterios de inclusión: metaanálisis, artículos de revisión y descriptivos.

Resultados. De 154 artículos, cinco cumplieron los criterios de selección: dos metaanálisis y tres artículos de revisión. Fueron desarrollados por el área de salud mental (2), trabajo social (2) y médica (1). Tres artículos hicieron evaluación cualitativa y dos cuantitativa-cualitativa. De la evaluación cualitativa se propone una clasificación en base al modelo teórico, nivel de intervención, enfoque del programa, coordinador o replicador y escenario de aplicación. La evaluación cuantitativa no fue concluyente sobre la efectividad de los programas, excepto el de "visitas domiciliarias a familias de riesgo" $p < 0.005$.

Conclusiones. Existen programas de prevención primaria para el MI a nivel internacional. La publicación limitada de los programas, la heterogeneidad de los modelos de intervención, las deficiencias metodológicas en su desarrollo y evaluación son factores que dificultan su impacto y trascendencia.

Palabras clave: Maltrato infantil, programas, estrategias, intervenciones, prevención primaria.

ABSTRACT

Objective: To determine how the programs of primary prevention (PP) against Child Abuse (ChA) have been evaluated by means of a documentary review.

Material and Methods: The evaluation of programs of PP against ChA in six databases (1970-2007) was reviewed with these key words: "child abuse", "child maltreatment", "primary prevention", "violence", "prevention". Criteria of incorporation: goal - analysis, review articles and descriptive articles.

Results: Of 154 articles, five fulfilled the criteria of selection: two goal - analysis and three review articles. They originated in the area of mental health (2 articles), social work (2 articles) and the medical area (1 article). Three articles did a qualitative evaluation and two, quantitative-qualitative evaluation. Based on the qualitative evaluation of a theoretical model a classification was proposed on this basis, level of intervention, approach of the program, and/or argumentative and scene of application. The quantitative evaluation was not conclusive on the efficiency of the programs. Except that of "domiciliary visits to families of risk" $p < 0.005$.

Conclusions: There are programs of primary prevention for the infantile mistreatment worldwide. The limited publication of the programs, the heterogeneity of the models of intervention, the methodological deficiencies (faults) in its development are factors that difficult their impact and transcendence.

Key words: Child abuse, primary prevention, programs, strategies, intervention.

* Médico pediatra, Alumno del curso de postgrado Atención Integral al Niño Maltratado

** Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dra. Lidia del Carmen Gómez-Puente. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, 04530 México D.F. Tel 1084090 E.1411

Recibido: agosto, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Gómez PLC, Gómez JM. Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2008;29(5):280-4.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La OMS estima que 40 millones de niños en el mundo, entre cero y 14 años sufren alguna forma de maltrato físico, de negligencia o de ambos ¹. De ellos, alrededor de 53,000 niños murieron por homicidio en el año 2002 ². Por otro lado, la UNICEF informa que en el mundo, aproximadamente 133 a 275 millones de niños son testigos o están involucrados en diversas formas de violencia dentro del hogar ^{3,4}.

En EE.UU. en el año 2005 hubo tres millones de denuncias y se confirmó maltrato infantil en un millón de ellas ⁵; asimismo, alrededor de 1,400 niños fallecieron por las lesiones infligidas, en 45% de menores de 12 meses ⁶.

El MI es un problema médico-social-legal de tal magnitud, que se ha considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un asunto de salud pública mundial desde 1999. ⁷

Es un fenómeno donde el círculo vicioso de “perpetrador- víctima – factores precipitantes” debe romperse para poner un límite y lograr su prevención.

A partir de la década de 1960, los esfuerzos a nivel internacional para prevenir el fenómeno se han incrementado, mediante una difusión más amplia del problema, así como la implementación de estrategias de prevención primaria (PP) a diferentes niveles y alcances. A pesar de ello, se desconoce con precisión la eficacia de tales acciones ^{8,9}.

OBJETIVO

Conocer si los programas de PP contra el MI han sido evaluados mediante una revisión documental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo una búsqueda de la literatura sobre la evaluación de programas de PP contra el MI en las bases de datos electrónicas: PUBMED, MEDLINE, EMBASE, REDALYC, EBSCOHOST, PSYCOINFO de 1970 a 2007 utilizando las palabras clave: “CHILD ABUSE”, “CHILD MALTREATMENT”, “PRIMARY PREVENTION”, “VIOLENCE”, “PREVENTION”. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: metaanálisis, ensayos clínicos, artículos de revisión y estudios descriptivos que expusieran los resultados de la evaluación y revisión de programas, estrategias o modelos en el área de PP. Se excluyeron artículos con enfoque específico en alguna forma de maltrato.

NOT “SEXUAL ABUSE”, “NEGLECT”, “PHYSICAL ABUSE”, “PSYCHOLOGICAL ABUSE”.

Se hizo un análisis descriptivo y se desarrollaron cuadros para registrar los resultados de cada artículo en base a diferentes categorías: área que investiga, diseño del estudio y su calidad metodológica; el material revisado y los métodos para la evaluación de los programas; el modelo de prevención utilizado; nivel y tipo de intervención detectados en los programas evaluados; conclusiones y propuestas para futura investigación. (Cuadro 1)

RESULTADOS

La búsqueda arrojó 154 artículos con el uso de las palabras clave. Cinco cumplieron con los criterios de selección; hubo tres metaanálisis ^{10,11} y dos artículos de revisión. ¹²⁻¹⁴

Dos de los artículos provenían del área médica (pediatría y psiquiatría); dos, del área de psicología y uno, del área de trabajo social.

La selección de los programas a evaluar en estos cinco artículos se hizo con los datos de la revisión electrónica. Todos los artículos analizaron programas de prevención primaria (PP) sin importar a quién estaba dirigido (niños, padres, personas o familias de riesgo) y su lugar de aplicación (familia, institución, comunidad o sociedad).

De los metaanálisis, Mc Millan ¹² realizó la evaluación de los programas de manera cuantitativa y utilizó una puntuación de 1 a 25 en función al rigor metodológico (método de selección de muestra, grupo control, criterios de inclusión y exclusión, seguimiento y evaluación de resultados) y se calculó el riesgo relativo de recurrencia de maltrato en la población de cada programa para determinar la efectividad de la prevención. Se concluyó que la evidencia de efectividad no es concluyente en la mayoría de ellos. Únicamente el programa de “seguimiento con visitas domiciliarias a familias de riesgo” tuvo evidencia de prevención estadísticamente significativa $p < 0.005$.

El trabajo de MacLeod J y Geoffrey N ¹⁰ también metaanálisis, basó su evaluación en una metodología cuantitativa y utilizó el modelo ecológico (ME) de prevención para su análisis.

De esta manera, se establecieron los niveles de intervención y duración de la prevención. De acuerdo al resultado de las proporciones y porcentajes de reincidencia de maltrato informados de cada programa, se calculó el

índice de dimensión del efecto (*size effect*) para evaluar su impacto en la población.

Los artículos de revisión evaluaron los programas de prevención en base al modelo ecológico de prevención. En ellos destaca la importancia de la influencia del ambiente sobre el agresor para que ocurra el MI ya que este modelo permite identificar las diversas áreas de acción.

Godenzi y cols¹¹ señalan la importancia de clasificar los programas basados en este modelo que considera la interacción de los tres elementos básicos: individuo, sociedad y ambiente, para que ocurra el MI. En este sentido, se toman en cuenta las diferentes áreas de oportunidad para implementar estrategias de prevención a nivel micro social (individuos, parejas y familias), mesosocial (instituciones y comunidades) y macrosocial (sociedad).

Otro análisis¹⁴ se basó en el escenario: familia, escuela, comunidad e institución y el tipo de acercamiento o estrategia utilizado: identificación de factores de riesgo, medidas generales de promoción, fortalecimiento y trabajo para el desarrollo de competencias y factores protectores, programas de carácter educativo y de entrenamiento para padres (Cuadro 2).

Rosenberg¹³ evalúa los programas y resalta la importancia de la intervención para el desarrollo de competencias en el individuo afectado y el enfoque a grupos de riesgo.

DISCUSIÓN

El MI se ha convertido en un serio problema de salud pública mundial, con elevados índices de morbilidad infantil y juvenil. Por ello, es indispensable desarrollar, en diversos ámbitos de acción profesional, una serie de estrategias que permitan sospechar, diagnosticar y atender integralmente los casos así como implementar programas de prevención primaria y secundaria¹⁵⁻¹⁷

Respecto a la prevención, es importante reconocer que mundialmente se han puesto en marcha numerosos programas para lograr su objetivo; todos muestran gran diversidad de enfoques y grados de complejidad; sin embargo, la gran falla en ellos es la enorme dificultad para poder evaluar su eficacia y por lo tanto, su impacto en la sociedad.

Ante esta gran heterogeneidad, es necesario establecer en cualquier programa preventivo una metodología de evaluación específica; los autores deben tener presente que en esta compleja problemática médico-social-legal

existen muchas maneras en las que los niños y adolescentes pueden ser agredidos.¹⁶

En general, los médicos y otros profesionales que atienden pacientes de este grupo de edad, casi siempre tienen en mente que sólo existe maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico o negligencia. Sin embargo, hay otras formas de agresión a los menores, que también pueden causar lesiones físicas, como daño genitoanal o psicológico aunque el mecanismo de provocación es diferente a las formas tradicionales. En estas formas poco conocidas o poco consideradas intervienen personas, instituciones o sociedades.^{16,18} Tal es el caso del síndrome de Munchausen por poder¹⁹; "bullying"²⁰, alienación parental,^{21,22} condiciones en las que intervienen personas, sean familiares o no. Cuando participan instituciones, cuyo objetivo es atender a ciertos grupos humanos como niños trabajadores, los niños indígenas o inmigrantes.²³ Finalmente, si el problema lo genera una sociedad puede citarse los niños en situación de guerra o las víctimas de ritualismo satánico.^{24,25}

Otra condición que debe ser considerada es la expresión clínica del menor agredido, que puede ser muy variada y frecuentemente se enmascara cuando el adulto señala que es consecuencia de un accidente, por una estrategia disciplinaria o educativa. Puede ser resultado de "usos y costumbres" de una comunidad.²⁶

Ante tal diversidad de condiciones, los médicos, los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) trabajadores sociales, maestros, abogados o cualquier profesional que interactúa con niños y adolescentes que pertenecen a una institución gubernamental o civil, siempre deben considerar esta enorme variabilidad ante un cuadro clínico sugestivo de MI en la acción cotidiana; sospechar, diagnosticar y atender integralmente a las víctimas de maltrato y a su familia. Asimismo, deben establecer o interactuar con otros profesionales en el desarrollo de programas de PP.²⁷

A pesar de que la información de los artículos revisados muestra que tienen deficiencia en los aspectos metodológicos, ayudó a considerar que la estrategia de "seguimiento de los casos con visitas domiciliarias en familias de riesgo" permite precisar información específica sobre prevención con un valor estadísticamente significativo $p < 0.005$.^{7,8,28}

La revisión también permitió precisar que pediatras, psicólogos y trabajadores sociales fueron los principales

autores de los cinco trabajos que cumplieron con los criterios de selección. En este sentido, se comprende que la heterogeneidad de autores probablemente es consecuencia de que diversos profesionales u organizaciones civiles enfocadas en este tema ponen en acción sus propios programas. A pesar de ello, este hallazgo apoya la noción de que son básicamente estos profesionales quienes pueden implementar una estrategia preventiva con más probabilidad de éxito. Sin embargo, ninguno de los trabajos tuvo una estrategia de evaluación a corto, mediano o largo plazo.

Dos artículos de revisión, evaluaron los programas de prevención en base al modelo ecológico de prevención. En ellos, se recalca la importancia de la influencia del factor ambiental sobre el posible agresor para el desarrollo de MI. Es importante recordar que este elemento participa en este fenómeno con una responsabilidad del 70%.

Ante este señalamiento, es necesario insistir en la necesidad de precisar en cada investigación, el sitio de intervención. De esta manera debe quedar claro si el enfoque es hacia el hogar, la escuela, la vía pública o en un ambiente académico. Considerando el sitio de enfoque, parece ser que la acción directa en el hogar, mediante la práctica de visita domiciliaria por el trabajador social y en ocasiones por el médico, es una estrategia con resultados benéficos.

En este modelo, otro elemento que es necesario precisar es hacia quién va dirigida la estrategia de prevención. La gran diversidad de enfoques en los trabajos publicados, obliga a insistir que el objetivo humano debe considerar a los escolares, adolescentes o padres de familia con o sin riesgo de generar MI. Asimismo, es indispensable precisar la duración del programa. Finalmente, al parecer ningún artículo permitió precisar en cuántos casos se evitó MI a los pacientes atendidos.

La identificación, consideración y evaluación de los elementos que intervienen en este fenómeno, seguramente van a favorecer la implementación y desarrollo de programas específicos para atender esta estrategia tan necesaria en esta patología.

CONCLUSIONES

Existen programas específicos a nivel mundial para prevenir el MI. Sin embargo, ninguno cuenta con una metodología de clasificación y evaluación que permita sustentar su utilidad.

Se insiste en la conveniencia de considerar el modelo ecológico en el desarrollo de este tipo de proyectos

Es indispensable que en el diseño de una estrategia de prevención, se precise el enfoque humano, el escenario, el nivel de intervención y señalar si los objetivos son a corto, mediano o largo plazo; que el coordinador (es), conozca (n) muy bien el tópico y se involucre fehacientemente en su desarrollo para ofrecer al término del mismo datos útiles en una publicación

El desarrollo de una estrategia de PP adecuadamente constituida, seguramente permitirá establecer acciones útiles para frenar el avance de esta patología médico-social-legal que afecta a todos los niños del mundo.

REFERENCIAS

1. W.H.O. Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Secretary-General's Study on Violence against Children. WHO: Genova 2006.
2. Boudreaux MC LW. Combating child homicide: Preventive policing for the new millennium. *J Interpersonal Violence* 2005;20:380-7.
3. UNICEF, Behind Closed Doors. The Impact of Domestic Violence on Children. London 2006.
4. UNICEF, Programa de las Naciones Unidas para la Infancia. Child maltreatment deaths in rich nation in Innocent Report Card 5., UNICEF Florence 2003.
5. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr* 2006;148:711-2.
6. Colleen HJ. Child abuse: Approach and management. *Am Fam Physician* 2007;74:221-8.
7. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;353:1340.
8. Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. *Amer Psychologist* 1980;35:320-35.
9. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding. St. Louis, MO: C.V Mosby. 1976.
10. MacLeod J, Geoffrey N. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect* 2000;24:1127-49.
11. Godenzi A, de Puy J. Overcoming Boundaries: A cross-cultural inventory of primary prevention programs against abuse and child abuse. *J Primary Prevention* 2001;21:455-75.
12. Mac Millan H, Mac Millan J. Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review Part I. *J Child Psychiat* 1994;35:835-56.
13. Rosenberg M, Reppucci D. Primary prevention of child abuse. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:576-85.
14. Henao J. La Prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención. *Infancia Adolescencia y Familia* 2006;1:315-39.
15. Loredó-Abdalá A, Cisneros MM, Rodríguez MJ, Trejo-Hernández J. Multidisciplinary care for the battered child. An evaluation

- of three years in Mexican children. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;56:483-9.
16. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
 17. Buriel K, Loya P, Gonda T, Klessen KL. Child abuse and neglect referral patterns of Anglo and Mexican Americans. *Hisp J Behav Sci* 1979;3:215-27.
 18. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J y cols. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001;58:251-58.
 19. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:252-7.
 20. Olweus D. Aggression in the schools: bullies and whipping boys. Washington, D.C. Hemisphere 1978.
 21. Prieto QT. La violencia escolar. *Rev Mex Inv Educ* 2005;10:1027-45.
 22. Weigel DJ, Donovan KA. Parental alienation syndrome. Diagnostic and triadic perspectives. *Fam J* 2006;14:274-82.
 23. Loredó Abdalá A. Los niños tarahumaras, un nuevo enfoque de maltrato al menor: el maltrato étnico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53:209-10.
 24. López Navarrete GE, Perea Martínez A, Loredó Abdalá A, Trejo HJ, Jordán GN. Niños en situación de guerra. *Acta Ped Mex* 2007;28:74-80.
 25. Lundberg-Love PK. Update on cults. I. Satanic cults. *Fam Biol Bull* 1989;2:9-10.
 26. Risser AL, Mazur LJ. Use of folk remedies in a Hispanic population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:978-81.
 27. Wallace GH, Makoroff KL, Malott HA, Shapiro RA. Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. *Child Abuse & Neglect* 2007;31:623-9.
 28. Olds DL, Eckenrode MD y cols. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-52.



Consulte **Acta Pediátrica de México** en internet:

www.imbiomed.com.mx
www.actapediatrmex.entornomedico.org
www.intramed.net
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
www.artemisa.org.mx

E-mail:
actapediatrmex@entornomedico.org