

Artículo de revisión

Medwave 2013;13(7):e5748 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5748

Maltrato infantil en la primera infancia: una revisión panorámica sobre prevención, detección y tratamiento

Maltreatment in early childhood: a scoping review of prevention, detection and treatment

Autores: Luis Lefio Celedón⁽¹⁾, Helia Silva Bustos⁽¹⁾, Katherinne Rivas Castro⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: lefi.celedon@gmail.com

Citación: Lefio L, Silva H, Rivas K. Maltreatment in early childhood: a scoping review of prevention, detection and treatment. *Medwave* 2013;13(7):e5748 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5748

Fecha de envío: 22/7/2013

Fecha de aceptación: 9/8/2013

Fecha de publicación: 14/8/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por dos pares revisores, a doble ciego

Resumen

Objetivo: identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones destinadas a la prevención universal, detección y tratamiento en situaciones de maltrato sufridas por infantes (0-4 años). **Diseño:** revisión panorámica (Scoping Review). **Fuentes de Datos:** MEDLINE, LILACS, PsycINFO, PsycList, SciELO, ISI Web of Knowledge, Science Direct, EBSCO, EMBASE, Cochrane Library, DARE, Google Scholar y Base de la UNICEF. **Métodos de la revisión:** se utilizaron diversas palabras claves para identificar estudios cuantitativos experimentales y observacionales, que dieran cuenta de estrategias de detección, prevención y terapéuticas de las diversas situaciones de maltrato infantil. Se excluyó el abuso sexual. La cobertura temporal fue desde 2002 hasta 2012, en idioma inglés y español. **Resultados:** de 105 artículos seleccionados, 36 cumplieron con los criterios de selección. En el ámbito de la prevención del maltrato infantil las estrategias mejor evaluadas fueron los programas de habilidades de crianzas grupales, de enfoque cognitivo o cognitivo-conductual, con aprendizaje interactivo. Respecto de la detección se identificaron sólo dos instrumentos con especificidad y valor predictivo positivo óptimos. En el ámbito del tratamiento se identificaron diversas estrategias terapéuticas con efectos positivos en indicadores conductuales, funcionales y psicoafectivos. No queda clara la relevancia poblacional de las intervenciones, así como tampoco la efectividad diferencial entre las distintas aproximaciones terapéuticas. **Conclusiones:** a la fecha existen numerosas estrategias preventivas de maltrato infantil a nivel individual y familiar. Los instrumentos utilizados para la detección carecen de confiabilidad para ser usados a nivel colectivo. A nivel terapéutico no se cuenta con evidencia científica suficiente en calidad y cantidad como para privilegiar una intervención por sobre otra. Se recomienda comprender esta problemática desde la salud pública y afrontarla desde lo multisectorial e interdisciplinario.

Abstract

Purpose. To identify and synthesize the best available evidence on the effectiveness of interventions for universal prevention, detection and treatment of early childhood maltreatment (0-4 years). **Design.** Scoping Review. **Data sources.** MEDLINE, LILACS, PsycINFO, PsycList, SciELO, ISI Web of Knowledge, Science Direct, EBSCO, EMBASE, Cochrane Library, DARE, Google Scholar and UNICEF Base. **Methods.** A variety of keywords were used to identify quantitative experimental and observational studies on detection, prevention and treatment strategies in different situations of child maltreatment. Sexual abuse was excluded. The search spanned from 2002 to 2012, in English and Spanish. **Results.** Of 105 articles, 36 met the selection criteria. In prevention, the best evaluated strategies were parenting programs based on cognitive or cognitive-behavioral approach and

interactive learning strategies. In detection, only two instruments were identified with optimum specificity and positive predictive value. In treatment, a variety of treatment strategies were identified with favorable effects on behavioral, functional and psycho affective indicators. The population relevance of these interventions is unclear, as the differential effectiveness of these therapeutic approaches. **Conclusions.** There are many child maltreatment prevention strategies at the individual and family level. The instruments used for detection are not reliable for use at the collective level. Insofar as therapy, not enough evidence was found both in quality and quantity to favor one intervention over another. It is recommended to understand the problem from the public health perspective and to generate multisectoral and interdisciplinary approaches.

Introducción

La cantidad de infantes que ven vulnerados sus derechos básicos en el mundo es inconmensurable. Las estimaciones hechas el año 2006 por el Centro de Investigaciones Innocenti, indican que entre 500 y 1.500 millones de niños y niñas son víctimas de violencia todos los años¹.

Si bien el maltrato infantil puede ser abordado desde diversos marcos teóricos, parece de común acuerdo que este fenómeno engloba daño corporal, mental y emocional en las víctimas. De igual forma, sus consecuencias psicosociales pueden y deben ser prevenidas, pesquiasadas y tratadas².

Las respuestas para enfrentar este problema de salud pública han sido variadas. Éstas incluyen programas preventivos orientados a mejorar las habilidades de crianza de los padres. Otras se dirigen a grupos vulnerables y vulnerados de la población infantil. Por otra parte, se han desarrollado instrumentos para la pesquisa del maltrato infantil y, consecuentemente, diversas estrategias terapéuticas.

Junto con los esfuerzos por desarrollar alternativas preventivas y terapéuticas, se requieren la sistematización y análisis crítico de las evidencias que se producen, particularmente para su uso en el diseño de programas o estrategias nacionales que permitan hacer frente a este problema. Ello requiere disminuir al máximo posible las incertidumbres respecto de potenciales beneficios producidos por las diferentes alternativas de intervención³.

El maltrato en cualquier momento de la infancia es inaceptable y dañino. En todas las etapas de la vida podemos encontrar ventanas de prevención y reparación, pero la primera infancia parece ser crucial en diversos aspectos del desarrollo, donde además las oportunidades socio-sanitarias se multiplican⁴.

En este contexto hemos decidido llevar adelante una revisión panorámica, *scoping review*, que identifique y sintetice la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones destinadas a la prevención universal, detección y primera respuesta frente a situaciones de maltrato, sufridas por niños y niñas de entre 0 y 4 años y sus familias. Hemos dejado fuera explícitamente las

situaciones de abuso sexual, pues creemos que requiere de un tratamiento especial.

Materiales y métodos

Esta investigación se enmarca dentro de la lógica de las revisiones panorámicas o *scoping review*, cuyo propósito general es resumir la evidencia respecto de un tópico general, en este caso maltrato infantil, sin tener necesariamente una pregunta específica como es en el caso de una revisión sistemática. Se enfoca más bien en obtener una idea general sobre el estado de la investigación y generar evidencia sobre una temática relevante⁵.

Las bases de datos electrónicas consultadas fueron MEDLINE, LILACS, PsycINFO, Psycfirst, SciELO, ISI Web of Knowledge, Science Direct, EBSCO, EMBASE, Cochrane Library, DARE. Otros motores de búsqueda fueron Tripdatabase.com, Google Scholar, Base de la UNICEF y otras instituciones internacionales vinculadas a este tema.

Las palabras claves utilizadas fueron muy diversas y se asociaron a estudios que dieran cuenta de estrategias de *screening*, pesquisa temprana, intervenciones preventivas y terapéuticas de las diversas situaciones de maltrato infantil en menores de 4 años, excluyendo el abuso sexual. Los términos más frecuentemente utilizados fueron *Intervention Studies, Universal Precautions, Early Medical Intervention, Universal Prevention, Child Maltreatment, Shaken Baby Syndrome, Shaken Baby Syndrome/Prevention And Control, Early Medical Intervention, Child Neglect, Neglect, Diagnosis, Primary Health Care, Child Witnesses Of Violence*. Se incluyó también el término *child abuse* debido a que esta es la expresión genérica del *Medical Subject Headings* (MeSH), que se utiliza para maltrato infantil en la literatura en idioma inglés. Luego se excluyeron aquellos estudios que trataban de abuso sexual. Para todas las búsquedas se incluyeron los términos MeSH y Decs ad hoc. La cobertura temporal de la búsqueda incluyó desde enero de 2002 hasta diciembre de 2012. Los idiomas incluidos fueron inglés y español.

Se incluyeron estudios en seres humanos a escala individual y grupal, ya sea comunitaria o poblacional, referidos a intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud integral de la niñez, prevención, pesquisa y tratamiento del maltrato infantil entre 0 y 4 años.

También se consideraron investigaciones originales o revisiones sistemáticas de la literatura con evaluación cuantitativa de resultados, estudios experimentales como ensayos aleatorios o cuasi aleatorios (individuales, en grupos o comunidades), estudios cuasi experimentales, series de tiempo interrumpidas, estudios no experimentales como cohortes y estudios de evaluación de test diagnósticos. Se excluyeron estudios limitados a descripción de marcos conceptuales, objetivos, procesos o impacto cualitativo de programas o intervenciones, sin análisis cuantitativo de los efectos de la intervención e investigaciones cualitativas.

La definición operacional de maltrato infantil y negligencia para efectos de esta revisión integró los conceptos de malos tratos físicos a niños y niñas de 0 a 4 años; malos tratos psicológicos y/o emocionales a niños y niñas de 0 a 4 años; negligencia o descuido de parte de los/las cuidadores primarios en la satisfacción de necesidades básicas ya sean emocionales, psicológicas y/o cognitivas fundamentales para el desarrollo integral de niños(as) de 0 a 4 años; niños(as) de 0 a 4 años que son testigos directos de violencia intrafamiliar; niños y niñas menores de un año víctimas de zamarreo. Por lo tanto, fueron excluidos el abuso sexual, el bullying, la explotación sexual y laboral.

De cada estudio se extrajeron los objetivos, el contexto de las intervenciones evaluadas (características de la población de estudio), la intervención o factor de estudio, las variables de resultado primario y los resultados principales con su respectiva significancia estadística y medidas de magnitud, en el caso de que fueran reportadas.

En el caso de revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas, ensayos clínicos aleatorios y no aleatorios, se les analizó críticamente su calidad metodológica siguiendo las guías del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford. En lo que respecta a los estudios observacionales (cohorte, transversal, analíticos, descriptivos y de evaluación de test diagnósticos) se utilizaron las recomendaciones de la iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), con las distinciones elaboradas para cada tipo de estudio. Para ambos procesos participaron dos revisores independientes.

Resultados

De la primera búsqueda de artículos en las bases ya descritas, se identificó un total de 105. Utilizando los criterios de inclusión señalados, luego de un análisis de los resúmenes de los estudios para corroborar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 36 artículos de investigación o revisión. De éstos, trece correspondían a revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas; catorce a ensayos controlados aleatorios; tres a ensayos controlados no aleatorios; dos a estudios cuasi experimentales; dos a estudios de cohorte; dos a estudios observacionales de evaluación de test diagnósticos y ocho

a estudios observacionales de corte transversal distinto del anterior.

En términos generales son escasas las investigaciones que estudian las intervenciones más efectivas en pesquisa, intervención temprana y tratamiento de maltrato infantil en menores de cuatro años. El caso de las intervenciones de carácter preventivo es relativamente diferente, aún cuando se concentran en la evaluación de estrategias cognitivo-conductuales, que en el mejor de los escenarios alcanzó un seguimiento entre los 24 meses y tres años.

Respecto de la calidad metodológica evaluada por los dos revisores independientes, quienes siguieron las guías de análisis crítico ya descritas, del total de estudios de investigación incluidos 14% fueron catalogados como de baja calidad, 48% regulares y 38% como buenos. En la Tabla 1 se sintetizan las principales intervenciones identificadas y los potenciales beneficios esperados, según el nivel de intervención y con evaluación de calidad de evidencia.

En el ámbito de la prevención, las estrategias mejor evaluadas y que cuentan con el mayor nivel de evidencia de resultados positivos (metaanálisis y revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos aleatorios y cuasi aleatorios), son los denominados programas de habilidades de crianza grupales (*parenting programmes*). Éstos tienen variados formatos y características, que en general comparten el estar basados en enfoques conductuales y cognitivo-conductuales. Este proceso implica un aprendizaje interactivo y colaborativo, donde los facilitadores del programa enseñan comportamientos, principios y habilidades de crianza a los padres y cuidadores. Dichos programas han demostrado efectos positivos en la sensibilidad de detección de parte de los cuidadores a las necesidades de los niños y niñas, en los patrones conductuales de los niños/as y en la interacción entre padres e hijos^{8,23,25}. Entre los factores clave de la efectividad de estos programas se encuentra el aprender cómo y en qué momento utilizar las habilidades de crianza positiva y la resignificación de percepciones cognitivas inútiles acerca de su niño/a.

Dentro de los programas específicos más evaluados y con mejor nivel de evidencia (metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios), encontramos el Triple P (*Positive Parenting Program*). En particular, en su dimensión de mejorar las habilidades de crianza de padres y en la reducción de la incidencia poblacional de maltrato infantil^{26,27,28}.

En este mismo nivel de intervención, la terapia de interacción padres-hijos (*Parent-Child Interaction Therapy* - PCIT) presenta similares resultados y nivel de evidencia en cuanto a las habilidades parentales¹⁰.

También se han evaluado con relativa frecuencia diversas intervenciones de profesionales de enfermería en formatos variados. Entre ellos destacan los programas de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal y para madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo). En

ellos se demostró reducción en la incidencia del maltrato infantil (abuso físico) y de abandono. Los resultados están respaldados por revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios^{29,30}.

Otros programas también han demostrado tener impacto en la prevención de maltrato, aunque con un menor nivel de evidencia. Entre ellos encontramos el *Parent Education Program*; el *Nurse Family Partnership*; y el *Child-Parent Centers*³¹.

Específicamente en el tema de la prevención del síndrome del niño zamarreado, se identificó el programa PURPLE que con un buen nivel de evidencia (ensayos clínicos aleatorios, no aleatorios y estudios observacionales), ha probado mejorar los conocimientos de las madres acerca de las características del llanto infantil y aumentar la conducta de alejarse ante el llanto inconsolable del bebé. Sin embargo, no demostró impacto en indicadores de incidencia de este síndrome^{32,33}. Otras intervenciones que han utilizado material audiovisual específico para prevenir este síndrome, mostraron similares resultados^{6,7,8}.

Respecto de la detección, se identificó una revisión sistemática cualitativa de buena calidad metodológica que consideró ocho estudios que evaluaban la capacidad predictiva de maltrato en menores de seis años. Estos estudios evaluaron instrumentos estandarizados, los que podían ser administrados a familias durante el periodo prenatal o postnatal a fin de predecir maltrato infantil futuro. La mayoría de los estudios metodológicamente más rigurosos tuvieron una sensibilidad superior al 50%. Esto indica que más de la mitad de los niños maltratados se incluyeron en el grupo de alto riesgo. Sin embargo, la mayoría de estos estudios tuvo un valor predictivo positivo menor que 50%, lo que significa que la mayoría de los niños clasificados como de riesgo alto no eran maltratados.

No obstante, sólo dos de estos instrumentos obtuvieron una puntuación suficientemente elevada de valor predictivo positivo que permitiese su uso clínico. Los instrumentos mencionados son el *Dundein Family Service Indicator (DFSI)* y el *Family Psycho Social Risk Inventory*. Estos mismos dos instrumentos fueron los únicos de los incluidos en el estudio que fueron probados usando la muestra entera (por sobre 98% de los examinados), obteniendo niveles aceptables de exactitud tanto para especificidad como para valor predictivo positivo, es decir por encima del 90% y 25% respectivamente. El DFSI obtuvo un valor predictivo positivo de 48%. Esto significa que más de la mitad de las familias que fueron diagnosticadas como de riesgo, en realidad no sufrían maltrato³⁶. Por otro lado, el diseño de diagramas de flujo para la toma de decisiones a partir de la sospecha de maltrato, ha demostrado permitir una mejoría en la detección del maltrato físico infantil^{34,35}. También se han evidenciado cambios en las formas y características del dibujo de los niños maltratados⁹, entre otras aproximaciones de detección de casos de menor nivel de evidencia^{10,11,12,13,14,15,16,17,18}.

En relación a las intervenciones efectivas para el tratamiento del maltrato infantil, se identificó una revisión sistemática con metaanálisis de regular calidad metodológica. Incluye intervenciones terapéuticas de diversa índole, evidentemente no comparables entre sí, pero que concluye y estima efectos positivos estadísticamente significativos del tratamiento³⁹. Engloba como resultados una diversidad muy amplia, entre ellos proceso cognoscitivo del niño, auto-informe de personalidad infantil, entrevista de personalidad del niño y los padres, calificaciones de niño, calificaciones de maestros y observaciones objetivas del comportamiento de niños, de los padres y auto-reporte de observaciones de comportamiento de la familia. También realiza un análisis estadístico con una medida de tamaño de efecto (d+). Es decir, todos los tratamientos evaluados demuestran un efecto positivo estadísticamente significativo en los resultados medidos, pero resulta dificultoso estimar la relevancia clínico-poblacional de dicho efecto. Además, el mismo estudio no identifica el que un acercamiento terapéutico específico tenga un mejor o mayor efecto positivo en maltrato infantil.

Por otro lado, hay evidencia que demuestra que la atención primaria de salud puede ser un espacio propicio para la educación en habilidades de crianza, mejorando a ocho semanas de seguimiento las prácticas parentales e indicadores de maltrato¹⁹. Otras estrategias terapéuticas, basadas en el juego interactivo y en el modelo de procesamiento de la información social, han sido probadas sin demostrar efectos positivos en niños maltratados^{20,21}.

En este mismo nivel de intervención se identificó el *Kinship Care* o colocación bajo cuidado familiar o de parentesco a niños maltratados menores de 18 años en Estados Unidos. Éste fue comparado con la colocación habitual en hogares transitorios, resultando ser una intervención efectiva en cuanto a demostrar mejoras en problemas de conducta, trastornos adaptativos y psiquiátricos con un buen nivel de evidencia³⁷, al igual que en lo que respecta al bienestar y estabilidad de la colocación.

Mediante un ensayo clínico aleatorizado³⁸ se evaluó una intervención breve domiciliar de ocho semanas, la cual fue diseñada en Canadá para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos. Se encontró que mejora la sensibilidad parental y la seguridad del apego infantil, al mismo tiempo que se evidencia una reducción en la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12 a 71 meses). No se identificaron intervenciones efectivas probadas para el tratamiento de negligencia en niños menores de cuatro años²².

Discusión

En esta revisión panorámica hemos identificado una serie de programas preventivos efectivos, cuyo marco general de intervención se basa en promover habilidades de crianza en padres y cuidadores, poniendo entonces al centro el nivel familiar de intervención. Por otro lado, no se identificaron programas con características

comunitarias. Ello no indica necesariamente que no existan, sino que tal vez no es ésta la estrategia metodológica de búsqueda más eficiente para tal objetivo. Esto se deba probablemente a que la estandarización de actividades, característica vital para ser incluido en una revisión de este tipo, no sea del todo pertinente para un programa con enfoque comunitario.

Los instrumentos que se han desarrollado hasta la fecha de búsqueda de esta revisión, no parecen tener las propiedades básicas para ser lo suficientemente confiables como para su uso poblacional. En el mejor de los casos los falsos positivos siguen siendo demasiado frecuentes, por lo que si tomamos en cuenta las consecuencias sociales y el estigma de ser catalogado dentro del encuadre del maltrato infantil, parece razonable su utilización en acciones no punitivas.

En el ámbito terapéutico las conclusiones básicas indican que es mejor tratar que no tratar. No hay evidencia para apoyar una estrategia metodológica por sobre otra y se requiere una mayor cantidad y calidad de investigación para llegar a tales conclusiones. Existe evidencia de algunas estrategias con efectos positivos en grupos más vulnerables y específicos de la población. En relación al maltrato infantil y sus consecuencias, también hay alguna otra evidencia con indicadores de proceso más que de resultados.

Al finalizar esta revisión nos parece relevante resaltar las limitaciones en cuanto a la cantidad de evidencia empírica sistemáticamente evaluable. Por lo mismo, vale la pena volver a las recomendaciones de organizaciones y expertos en esta materia. Entre ellas destacan las elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006, que promueven un enfoque de salud pública para la comprensión de esta problemática y una perspectiva multisectorial de afrontamiento. Entre otras recomendaciones encontramos la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia, a través de encuestas de población (prevalencia de maltrato infantil, asociación entre maltrato pasado y comportamiento actual de alto riesgo), y los mecanismos para investigar las muertes infantiles conocidas y sospechosas. Desde una perspectiva ecológica promueve intervenciones en todos los niveles de este modelo. Entre ellas destacan como las estrategias de mejor evidencia de efectividad para prevenir maltrato, el apoyo a las familias con visitas domiciliarias y programas de capacitación para padres.

Al priorizar se sugiere un enfoque de riesgo y vulnerabilidad. Como elementos básicos de la normativa en este tema se debería incluir la atención médica para los niños maltratados (documentación de las lesiones, evaluación forense, apoyo psicosocial), servicios de protección de menores (gestión de casos coordinada, procedimientos judiciales con testigos menores de edad, intervenciones con las familias, colocaciones alternativas) y que las políticas, planes, programas y servicios estén basados en la mejor evidencia disponible. Por otra parte la respuesta integrada, sistémica y multisectorial, debe ser eficientemente coordinada, con todos los roles de los

actores implicados claros y con un comité de coordinación nacional^{40,41}. En este mismo tipo de estudios, otros organismos y autores plantean además la necesidad de involucrar a la comunidad, de capacitar y fortalecer las habilidades de los equipos de salud y el desarrollo de protocolos de atención en las diversas puertas de entrada para este problema de salud^{42,43,44}.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE en su más reciente versión en inglés y declaran lo siguiente:

- Dr. Lefio has nothing to disclose.
- Dr. Silva Bustos has nothing to disclose.
- Dr. Rivas has nothing to disclose.

Financiamiento

La búsqueda bibliográfica se realizó en el marco de la ejecución del estudio "Revisión sistemática de literatura sobre la efectividad de intervenciones para la prevención, detección, primera respuesta y tratamiento en niños y niñas de 0 a 4 años que viven situación de maltrato", comisionado por el Ministerio de Salud de Chile y ejecutado por *Medwave Estudios Limitada*, y en el cual se desempeñaron como investigadores LLC y HSB. El Ministerio no tuvo ningún rol en el diseño de la presente revisión, en la recolección y análisis de los artículos, en la decisión de publicar o en la preparación del manuscrito.

Referencias

1. UNICEF. Progreso para la infancia: un balance sobre la protección de la niñez. 2009 Sep;8:1-7. | [Link](#) |
2. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* 2000 Sep;24(9):1127-49. | [PubMed](#) |
3. Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006. | [Link](#) |
4. Organización de los Estados Americanos. Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia. OEA, Cartagena de Indias, 2007.[on line] | [Link](#) |
5. Brien SE, Lorenzetti DL, Lewis S, Kennedy J, Ghali WA. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci.* 2010 Jan 15;5:2. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
6. Bailey M, Gress T, Bolden D, Pfitzer L. Testing educational strategies for Shaken Baby Syndrome. *W V Med J.* 2008 Nov-Dec;104(6):22-3. | [PubMed](#) |
7. Russell BS, Trudeau J, Britner PA. Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury: event history analysis results. *Child Abuse Negl.* 2008 Oct;32(10):949-57. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E. Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge

- of shaken baby syndrome. *Acad Pediatr.* 2011 Nov-Dec;11(6):481-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Veltman MW, Browne DT. The assessment of drawings from children who have been maltreated: a systematic review. *Child Abuse Review.* 2002;11(1):19-37. | [CrossRef](#) |
 10. Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, et al. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics.* 2009 Aug;124(2):509-16. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 11. Sege R, Flaherty E, Jones R, Price LL, Harris D, Slora E, et al. To report or not to report: examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Acad Pediatr.* 2011 Nov-Dec;11(6):460-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 12. Sidebotham P, Biu T, Goldsworthy L. Child protection procedures in emergency departments. *Emerg Med J.* 2007 dic;24(12):831-5. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 13. Levi BH, Crowell K. Child abuse experts disagree about the threshold for mandated reporting. *Clin Pediatr (Phila).* 2011 abr;50(4):321-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 14. Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T. Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child.* 2005 abr;90(4):406-10. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 15. Schneiderman JU, Hurlburt MS, Leslie LK, Zhang J, Horwitz SM. Child, caregiver, and family characteristics associated with emergency department use by children who remain at home after a child protective services investigation. *Child Abuse Negl.* 2012 ene;36(1):4-11. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 16. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics.* 2008 sep;122(3):611-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 17. Smeekens AEFN, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, Russel IMB, ten Cate OTJ, Turner NM, et al. Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child.* 2011 abr;96(4):330-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 18. Guenther E, Olsen C, Keenan H, Newberry C, Dean JM, Olson LM. Randomized prospective study to evaluate child abuse documentation in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 mar;16(3):249-57. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 19. Oveisi S, Ardabili HE, Dadds MR, Majdzadeh R, Mohammadkhani P, Rad JA, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: a randomized-controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2010 mar;34(3):206-13. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 20. Fantuzzo J, Manz P, Atkins M, Meyers R. Peer-mediated treatment of socially withdrawn maltreated preschool children: cultivating natural community resources. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005 jun;34(2):320-5. | [PubMed](#) |
 21. Sawadhipanich N, Srisuphan W, Yenbut J, Tiansawad S, Humphreys JC. Effects of a cognitive adjustment program for Thai parents. *Nurs Health Sci.* 2010 sep;12(3):306-13. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 22. Allin H, Wathen CN, MacMillan H. Treatment of child neglect: a systematic review. *Can J Psychiatry.* 2005 jul;50(8):497-504. | [PubMed](#) |
 23. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(3):CD002964. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 24. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6:CD002020. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 25. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD008225. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 26. Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2008 sep;11(3):114-44. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 27. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2007 jun;35(3):475-95. | [PubMed](#) |
 28. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial. *Prev Sci.* 2009 mar;10(1):1-12. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 29. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ.* 2000 Nov 28;163(11):1451-8. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 30. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2000 nov;24(11):1399-429. | [PubMed](#) |
 31. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreat.* 2009 may;14(2):182-206. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 32. Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, et al. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2009 mar;123(3):972-80. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 33. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ.* 2009 mar 31;180(7):727-33. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 34. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, et al. Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers.

- Acad Emerg Med. 2010 feb;17(2):117–25. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
35. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJH, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FAFSR, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch. Dis. Child.* 2011 may;96(5):422–5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
36. Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal. *Child Abuse Review.* 2003;12(6):416-439. | [CrossRef](#) |
37. Winokur M, Holtan A, Valentine D. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD006546. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
38. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev. Psychopathol.* 2011 feb;23(1):195–210. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
39. Skowron E, Reinemann D H. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy.* 2005;42(1):52-71.
40. World Health Organization, International Society for Prevention of Child. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006. | [Link](#) |
41. WHO/Europe. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Policy briefing. WHO, 2007. | [Link](#) |
42. Stirling J Jr, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting *Pediatrics.* 2007 May;119(5). | [CrossRef](#) |
43. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2007 jun;119(6):1232–41. | [PubMed](#) |
44. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Acad Pediatr.* 2011 dic;11(6):474–80. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Tablas

Nivel de intervención	Intervención	Resultado esperado	Calidad de la evidencia
Prevención	Programas de habilidades de crianza grupales (<i>Parenting programmes</i>) en padres adolescentes.	Mejora de resultados en relación a la capacidad de los padres de responder e interactuar con las necesidades de lactantes y niños, particularmente lo que se refiere a la claridad para comprender las señales del bebé y el niño, la respuesta del niño a los padres y una medida de interacción padres-hijos.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ²³ .
		Mejora los indicadores de depresión, ansiedad, culpa, confianza y satisfacción con la relación de pareja a 6 meses de seguimiento.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados aleatorios ^{24,25} .
		Mejora los indicadores de problemas de conducta del niño.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados aleatorios ⁸ .
	Triple P, <i>Positive Parenting Program</i> .	Mejora las habilidades de crianza de los padres y bienestar parental.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ^{26,27} .
		Disminución de la incidencia poblacional de maltrato infantil.	Ensayo poblacional de alta calidad ²⁸ .
	Terapia de interacción padres-hijos (<i>Parent-Child Interaction Therapy - PCIT</i>).	Mejora las habilidades de crianza de los hijos, la calidez paternal, disminuye la hostilidad paterna, aumenta la auto-eficacia y reduce el estrés de los padres.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ¹⁰ .
	Programa de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal, entre las madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo), que se extendió a través de la infancia.	Reducción en la incidencia del maltrato infantil en cuanto a abuso físico y abandono.	Revisión sistemática cualitativa con 2 ensayos clínicos aleatorios y un ensayo clínico aleatorio adicional ^{29,30} .
<i>Parent Education Program</i> ; <i>Nurse Family Partnership</i> ; y <i>Child-Parent Centers</i> .	Reducción de las tasas de maltrato infantil en seguimiento a dos años plazo.	Revisión sistemática cualitativa de estudios de evaluación prospectiva de programas, en su mayoría ensayos poblacionales ³¹ .	
Programa PURPLE.	Mejora los conocimientos de madres acerca de las características del llanto infantil y aumenta la conducta de alejarse ante llanto inconsolable.	Dos ensayos controlados aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ^{32,33} .	
Detección	Implementación de diagramas de flujo decisional ante la sospecha de maltrato físico en servicios de urgencia (comparado con práctica habitual - Canadá).	Aumentaron la documentación de lesión física no accidental.	Revisión sistemática cualitativa de estudios prospectivos, con limitaciones metodológicas relevantes. Estudios observacionales de corte transversal ^{34,35} .
	Los instrumentos <i>Dundein Family Service Indicator</i> (DFSI) y el <i>Family Psycho Social Risk Inventory</i> son aplicados en el período ante y postnatal.	Presentaron los mejores indicadores de sensibilidad/especificidad y valores predictivos de maltrato infantil.	Revisión sistemática cualitativa de estudios prospectivos, con limitaciones metodológicas relevantes ³⁶ .
Tratamiento y rehabilitación	Introducción de un equipo especializado y de intervención en crisis en servicios de urgencia (Canadá).	Aumentó la participación de los servicios de protección infantil (intersector)	Revisión sistemática cualitativa de estudios controlados aleatorios, cuasi-aleatorios y observacionales ³⁶ .
	<i>Kinship Care</i> colocación bajo cuidado familiar (o de parentesco) en comparación con los centros de cuidado (o de guarda), en niños con diagnóstico de maltrato menores de 18 años (Estados Unidos).	Mejores resultados en lo que respecta a problemas de conducta, trastornos adaptativos y psiquiátricos, bienestar, estabilidad de la colocación y en la tutela <i>versus</i> los niños puestos en hogares transitorios.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos clínicos aleatorios, no aleatorios y estudios cuasi-experimentales, con limitaciones metodológicas relevantes ³⁷ .
	Intervención breve domiciliaria (8 semanas) diseñada para mejorar la sensibilidad parental y apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos (Canadá).	Mejora de la sensibilidad parental, la seguridad del apego infantil y la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12 a 71 meses).	Un ensayo clínico aleatorio ³⁸ .
	Diversos enfoques terapéuticos de niños maltratados.	Estimación de tamaño efecto medio (d).	Una revisión sistemática con metaanálisis ³⁹ .

Tabla I. Resumen de principales intervenciones y evidencias identificadas por nivel de intervención y evaluación de calidad

Correspondencia a:
(¹)Av. Independencia 939
Independencia
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.