



---

## PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

---

Autor: Francisco Javier Soriano Faura

- **MAGNITUD DEL PROBLEMA**
    - Concepto
    - Epidemiología
    - Consecuencias del maltrato infantil
  - **CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL**
  - **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO**
  - **PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO**
    - Prevención primaria
    - Prevención secundaria
  - **EFFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN**
  - **DETECCIÓN DEL MALTRATO**
    - Actuación ante el maltrato infantil
  - **BIBLIOGRAFÍA**
  - **DIRECCIONES DE INTERNET**
  - **ÍNDICE DE TABLAS**
- 

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

**Concepto.** El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

**El maltrato infantil incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social.**

**Epidemiología en el ámbito del estado español<sup>1-6</sup>.** En España se confirma el maltrato en uno de cada 2500 niños, estimándose que solamente son detectados el 10-20% de casos de maltrato existentes (tabla 1). La edad de los menores no constituye por sí misma un factor de

riesgo. Sí acaso puede destacar el trienio comprendido entre los 12 y 14 años, en cuanto a incidencia, y el comprendido entre los 0 y los 2 años, por su elevada prevalencia. El sexo de las víctimas tampoco es determinante, sí bien hay una incidencia ligeramente más alta en chicos que en chicas; también en la prevalencia destacan los chicos. En cuanto al tipo de maltrato, los chicos sufren más maltrato físico y negligencia; las chicas más abuso sexual y maltrato emocional.

*Tabla 1. Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en España.*

	Cataluña (1988)	Cataluña (1998)	Comunidad Valenciana(1998)	Andalucía (1995)	Expedientes España (1995)
<b>Negligencia</b>	78,5%	73%	89,41%	72,2%	79,1%
<b>Maltrato emocional</b>	43,6%	39%	12,81%	45,4%	42,5%
<b>Maltrato físico</b>	27%	15%	17,25%	22%	30,1%
<b>Explotación laboral</b>	9,3%	2%	-	9,4%	4,2%
<b>Mendicidad</b>	-	9%	-	14,3%	9,3%
<b>Corrupción</b>	-	4%	-	16%	4,2%
<b>Abuso sexual</b>	2,8%	18‰	5,62%	3,6%	4,2%
<b>Maltrato prenatal</b>	3,1%		-	-	5,0%
<b>Tasa de incidencia</b>	5‰		0,9‰	15‰	0,44‰
<b>Número de casos</b>	7.590		768	4.714	8.575

Para contextualizar nuestros datos epidemiológicos podemos señalar que en Estados Unidos de América la incidencia anual de maltrato es 15 casos por 1.000 niños. En la región de Copenhague la incidencia es de 2,7 casos por 1.000 niños<sup>7</sup>.

**La incidencia anual de maltrato infantil en España es de 1 caso por 2.500 niños.**

La negligencia, maltrato emocional y el maltrato físico son los tipos de abuso que ocupan los lugares más destacados. Con respecto al abuso sexual, resultados de encuestas realizadas a población adulta, Félix López (1994), revelan que el 18,9% manifiesta haber sufrido abusos sexuales en la infancia, 15% de los varones y 22% de las mujeres.

Un rasgo característico es que no se de un solo tipo de maltrato sino que es frecuente la combinación con otros tipos de maltrato<sup>6</sup>. Igualmente es característico que el maltrato sea reiterado (97,1% de los expedientes estudiados en la Comunidad Valenciana son de niños con abuso reiterado). Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación del maltrato infantil

Tipo de maltrato	Abandono emocional	Abuso emocional	Abandono físico	Abuso físico	Abuso sexual
Abandono emocional	1,00	-----	-----	-----	-----
Abuso emocional	0,08	1,00	-----	-----	-----
Abandono físico	0,09	0,107	1,00	-----	-----
Abuso físico	-0,089	0,338	0,039	1,00	-----
Abuso sexual	-0,002	0,189	0,09	0,259	1

Tomado de Cerezo (1997)<sup>6</sup>

**Consecuencias del maltrato infantil.** Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos. La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas físicas o psíquicas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato
- Características del niño.
- El uso o no de la violencia física.
- Relación más o menos directa con el agresor.
- Apoyo intra familiar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. En la adolescencia, se observan trastornos de la capacidad de relación social, conductas adictivas (alcohol y drogas), antisociales y actos violentos.

En nuestro medio se ha comprobado en niños menores de 5 años que sufrieron abuso, retraso en el desarrollo psicológico (Osuna, 2000)<sup>8</sup>.

El riesgo relativo de muerte es tres veces mayor que en niños que no han sufrido maltrato (RR = 2,9 con un intervalo de confianza al 95% de 2,1 a 4,1), siendo el grupo de edad con mayor riesgo el de adolescentes (RR = 5,3 IC 95% = 2,1 - 12,5). Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces superior comparado con aquellos que no informaban de maltrato en la infancia<sup>9</sup>.

De manera global, encontramos comúnmente:

*Consecuencias físicas:*

- Pesadillas y problemas del sueño
- Cambio de hábitos de comida
- Perdidas del control de esfínteres
- Trastornos psicósomáticos

*Consecuencias conductuales:*

- Consumo de drogas y alcohol
- Fugas del domicilio
- Conductas autolesivas
- Hiperactividad
- Bajo rendimiento académico
- Trastorno disociativo de identidad
- Delincuencia juvenil

*Consecuencias emocionales:*

- Miedo generalizado
- Agresividad
- Culpa y vergüenza
- Aislamiento
- Depresión, baja autoestima
- Rechazo al propio cuerpo
- Síndrome de estrés postraumático
- Dificultad para expresar sentimientos
- Fobias sexuales, disfunciones sexuales y alteraciones de la motivación sexual (en caso de víctimas de abuso sexual)

*Consecuencias sociales:*

- Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja
- Mayor probabilidad de ser agresor en sus hijos
- Problemas de relación interpersonal

Diversos estudios sugieren que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta. Un metaanálisis publicado en Lancet (2000) encuentra evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el Riesgo Relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12,6 ( 95% IC: 1,82 - 87,2)<sup>10</sup>.

## **CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL**

La clasificación más sencilla y operativa distingue entre:

- **Maltrato físico**
- **Negligencia**
- **Abuso sexual**
- **Maltrato emocional**

Cada uno de estos subtipos de maltrato se define por separado en la tabla 3.

Además debemos incluir:

- El *maltrato prenatal*: definiéndolo como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.
- El *síndrome de Münchausen por poderes*.
- El *maltrato institucional*: cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Incluye la falta de agilidad en la toma de medidas de protección o recursos.

Tabla 3. Definición de los diferentes tipos de maltrato infantil

Típos	Definición operativa
<b>Abuso físico</b>	Acción no accidental de los padres/cuidadores que provoque daño físico, enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Están incluidos conductas de castigo físico (azotes, bofetadas, empujones, lanzarles objetos, palizas)
<b>Abandono físico</b>	Las necesidades básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar
<b>Maltrato emocional y/o psicológico (se incluyen formas de abuso y abandono)</b>	Hostilidad verbal y/o falta de respuesta de una figura estable de apego a expresiones emocionales del niño o a los intentos de interacción hacia dicho adulto (indiferencia hacia el niño) durante los seis primeros años de vida. Se incluye el ser testigo de violencia
<b>Abuso sexual</b>	Cualquier clase de contacto o actividad sexual con un menor realizado desde una posición de poder o autoridad sobre aquel. Incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de órganos sexuales a un niño

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los factores tanto personales, como familiares y culturales, provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.

Se admite que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños.

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo.

El modelo etiopatogénico que mejor explica que la presencia de factores de riesgo puedan inducir al abuso, es el **modelo integral del maltrato infantil**<sup>8</sup>. Este modelo considera la existencia de diferentes *niveles ecológicos* que están encajados unos dentro de otros interactuando en una *dimensión temporal*. Existen en este sistema *factores compensatorios*

que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los *factores estresores* que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil<sup>11</sup>. (Tabla 4)

Tabla 4. Modelo integral del maltrato infantil

(1 de 2)	Factores potenciadores		Factores compensadores	
Niveles ecológicos	Vulnerabilidad	Provocadores	Protectores	Tampones
<b>Desarrollo ontogénico</b>	Historia familiar de abuso  Disarmonía familiar  Falta de afectividad en la infancia de los padres  Baja autoestima  Pobres habilidades personales		Ambiente familiar sin exposición a violencia  Experiencia en los cuidados del niño  Habilidad interpersonal  C. I. elevado	Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
<b>Microsistema</b>				
<b>a) Padres</b>	Trastornos físicos / psíquicos (incluye ansiedad y depresión)  Drogodependencias  Padre / madre solo  Madre joven  Padre / madre no biológico	Enfermedades / lesiones  Conflictos conyugales  Violencia familiar  Falta de control de impulsos	Planificación familiar  Satisfacción personal  Escasos sucesos vitales estresantes  Intervenciones terapéuticas familiar	Armonía marital
<b>b) Hijos</b>	Hijos no deseados  Trastorno congénito  Tamaño de la fatria  Nacimiento prematuro  Bajo peso al nacer  Ausencia de control prenatal	Trastorno de la conducta del hijo  Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo	Satisfacción en el desarrollo del niño

(2 de 2)	Factores potenciadores		Factores compensadores	
Niveles ecológicos	Vulnerabilidad	Provocadores	Protectores	Tampones
<b>Exosistema</b>				Condición financiera
<b>a) Sociolaboral</b>	Bajo nivel social / económico	Desempleo Insatisfacción laboral		
<b>b) Vecindario</b>	Aislamiento social			Apoyo social Buena experiencia con iguales
<b>Macrosistema</b>				
<b>a) Sociales</b>	Alta criminalidad Baja cobertura servicios sociales Alta frecuencia desempleo Pobreza de grupo social	Alta movilidad geográfica		Programas de mejora , de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables Programas sanitarios
<b>b) Culturales</b>	Aceptación castigo corporal		Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad	

Así, por ejemplo en nuestro contexto, sobre familias monoparentales se pone de manifiesto el papel protector del apoyo social con una *razón de ventaja* de 5,6 sobre las familias monoparentales sin apoyo social. Por otra parte, las dificultades económicas aparecen como muy significativamente asociadas al maltrato en familias biparentales, *razón de desventaja* 6,3. El bajo nivel educativo en familias monoparentales tiene una *razón de desventaja* de 28,7 y de 11,4 en biparentales<sup>12</sup>.

Estudios observacionales del tipo casos-control realizados en EE. UU. confirman que :

- Las madres de mayor riesgo para que ocurra algún tipo de maltrato infantil muestran baja autoestima y disminución en el reconocimiento de las necesidades emocionales en las interacciones entre padres e hijos<sup>13</sup>; percepción negativa de la conducta de su hijo, escasa paciencia y tolerancia a las situaciones de estrés producidas por la conducta del niño<sup>14</sup>.
- Mayor asociación del maltrato en niños con maltrato prenatal y existencia de complicaciones perinatales<sup>15</sup>.
- La prevalencia de algún tipo de maltrato aumenta con la presencia de 4 ó más factores de riesgo<sup>16</sup>.
- Se encuentra una relación muy significativa entre maltrato y desempleo en hombres<sup>17</sup>.
- Relación entre maltrato a la infancia y vivir en áreas de pobreza y escasez de recursos sociales<sup>18</sup>.

- Efecto moderador/protector del apoyo social sobre el maltrato<sup>19</sup>.
- La edad de la madre es un factor de riesgo, a menor edad de la madre aumenta el riesgo de algún o varios tipos de abuso a menores<sup>20</sup>.

Wilson (1995) en un metaanálisis encuentra una buena evidencia (clase A) entre abuso infantil y bajo soporte social, recientes sucesos vitales estresantes, enfermedad psiquiátrica en la madre, embarazo no deseado e historia de abuso en la infancia de la madre o el padre<sup>21</sup>.

## PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y enfermeras de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niño considerado de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato.

**Niveles de actuación:** (Tabla 5)

- **Prevención primaria**, dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Se recomienda<sup>22,23</sup>:

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto), incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.
- Intervenir en las "escuelas de padres" u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y en el Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria), facilitar recursos de planificación familiar.
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. (ver tabla 4) de la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos

positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.

- Utilizar "La Guía Anticipadora" dentro del Programa del Niño Sano (citado en la tabla 5) para discutir a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
  - Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.
- **Prevención secundaria**, dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar la situación de negligencia y consultar con Servicio de Protección al Menor.<sup>24</sup>
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil<sup>25</sup>, 30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores.(AAP, 1998)<sup>26</sup>.
- Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas, etc.). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres-hijos. Considerar remitir a la familia a centro de psicología para educar en el "manejo del enfado y la ira"<sup>27-30</sup>.
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos<sup>22</sup>.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica<sup>23</sup>.
- Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.<sup>31-33</sup>
- Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo. Se incluyen las recomendaciones del nivel anterior referido a la "Guía Anticipadora", métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos<sup>34</sup>.

Tabla 5. Prevención del maltrato infantil

Prevención Primaria	Prevención Secundaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de los profesionales.</li> <li>• Incrementar habilidades en los padres mediante la educación sanitaria (accidentes, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor, disciplina constructiva).</li> <li>• Preparación al parto.</li> <li>• Escuelas de padres.</li> <li>• Prevenir embarazo no deseado sobre todo en mujeres jóvenes.</li> <li>• Guía Anticipadora*.</li> <li>• Programa del Niño Sano.</li> <li>• Modificar actitudes de los padres ante el establecimiento de normas y límites.</li> <li>• Consultas de pediatría.</li> <li>• Promocionar las capacidades innatas de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de familias de riesgo.</li> <li>• Reconocer e intervenir en casos de violencia doméstica entre adultos.</li> <li>• Remitir a Salud Mental padres con toxicomanías o trastornos psiquiátricos.</li> <li>• Información sobre redes de apoyo institucional o no gubernamental.</li> <li>• Coordinación con trabajador social.</li> <li>• Visita domiciliaria prenatal y hasta los dos años.</li> <li>• Aumentar el número de visitas de seguimiento.</li> <li>• Incrementar capacidades y habilidades en los padres.</li> <li>• Guía Anticipadora*.</li> <li>• Promocionar las capacidades innatas de los padres.</li> <li>• Promover la estimulación del niño.</li> </ul>

### EFFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL<sup>35</sup> (Tabla 6)

Buena parte de las recomendaciones enumeradas en el apartado de "prevención del maltrato infantil", son lo que denominamos en términos de *gradación de calidad de la evidencia científica*, recomendaciones de tipo III, es decir las obtenidas de opiniones de reconocidos expertos o informes de comités de expertos. El resto de las intervenciones propuestas son de tipo I o tipo II-2 por haber sido obtenidas a partir de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas o meta-análisis y estudios de cohortes. Desde el punto de vista de *la fuerza de la evidencia científica*, la mayor parte de las recomendaciones son de tipo C, es decir, existe pobre evidencia para excluir o incluir la recomendación. Hay que subrayar que la falta de evidencia no constituye una evidencia de ineffectividad, tan solo que no se han encontrado estudios con resultados clínicamente importantes o diferencias estadísticamente significativas o bien que proceden de recomendaciones de expertos sin apoyarse en ensayos clínicos.

El análisis de efectividad que presentamos agrupa todas las recomendaciones en cuatro grupos de actividades que resumen el nivel de evidencia de la mayor parte de ellas.

Tabla 6. Efectividad de la prevención del maltrato infantil

Intervención	Efectividad	Nivel de evidencia	Recomendación
Formación de profesionales	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos <sup>5,22</sup> (Tipo III)	Insuficiente evidencia para excluir o incluir, pero se cree que aumentaría el diagnóstico apropiado de familias de riesgo (Recomendación C)
Educación para la salud en grupos o individual (incluye Guía Anticipada, escuela de padres)	Estos programas educativos pueden aumentar los conocimientos pero no se ha podido establecer si reducen la incidencia o recurrencias del maltrato. Si bien Briner <sup>45</sup> encuentra reducción significativa del maltrato en programas educativos a mujeres jóvenes	Ensayos clínicos y metanálisis <sup>44,45</sup> (Tipo I)	Insuficiente evidencia para excluirla de los exámenes periódicos de salud (Recomendación C)
Identificación de familias de riesgo	Identificación inadecuada de familias de riesgo (probabilidad alta de falsos positivos)	Estudios de cohortes <sup>36</sup> (Tipo II-2)	Existe evidencia para excluir los cuestionarios para identificar familias de riesgo. (Recomendación D)
Intervenir en familias con problemas psíquicos (incluido violencia doméstica y coordinación con trabajador social)	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos <sup>5,22,23,25,26</sup> (tipo III)	Insuficiente evidencia para excluirlas de las intervenciones preventivas. (Recomendación C)
Visita domiciliaria prenatal y durante los dos primeros años	Reducen la frecuencia de accidentes pero no son concluyentes los efectos sobre la reducción de la incidencia del maltrato	Metanálisis <sup>37-43</sup> (Tipo I)	Existe suficiente evidencia para incluir la intervención (Recomendación B)
Aumentar el número de visitas de seguimiento	No se ha hallado reducción significativa de la incidencia del maltrato infantil	Estudios clínicos aleatorizados <sup>36</sup> (Tipo I)	Existe poca evidencia para excluirlo o incluirlo en la prevención (Recomendación C)

### Cribado del riesgo de maltrato infantil.

Debemos tener presente que hay evidencias para no recomendar (**recomendación tipo D**) el uso de cuestionarios para identificar familias que eventualmente pudieran maltratar a su hijo. El maltrato infantil es difícil de predecir, los cuestionarios diseñados para identificar a familias

de riesgo que maltratarían eventualmente a sus hijos se han revelado ineficaces, valor predictivo positivo del 6,6% y sensibilidad del 55,6% para detectar abuso físico<sup>36</sup>. Sin embargo, el profesional de atención primaria debe conocer los indicadores de riesgo y así poder recomendar intervenciones para estos grupos.

### **Programas de visita domiciliaria<sup>37-43</sup>.**

Existe suficiente evidencia para proponer la visita a domicilio a familias de riesgo (madres jóvenes, madres solteras, o bajo nivel socioeconómico) en la prevención del maltrato infantil (**recomendación B**). Las discrepancias encontradas en los diversos metaanálisis o ensayos clínicos se deben más a las diferencias de estos programas en los diferentes estados de EE. UU. o países que a factores propios de la intervención<sup>43</sup>. Es fundamental que el personal que intervenga sea profesional (enfermeras) y no paraprofesional, especializado en este tipo de visitas, con especial dedicación a este programa. Las visitas se inician en la etapa prenatal y durante al menos los dos primeros años, con visitas mensuales y una duración media de 45 minutos<sup>33</sup>.

### **Educación dirigida a padres.**

Wekerle y Wolfe<sup>44</sup> reúnen diversos ensayos clínicos con grupos control dedicados a programas de educación de padres para aumentar su competencia, habilidad y manejo de situaciones difíciles, tanto en padres con factores de riesgo, como en padres jóvenes, como en nuevos padres. La mayoría de estos estudios muestran consistencia y significación en que esta medida es útil en la prevención del maltrato, es decir la actividad educativa está asociada a cambios positivos en la conducta, las actitudes y los conocimientos de los padres, encontrándose menor número de informes de accidentes, visitas a las urgencias hospitalarias o de expedientes de servicios sociales de protección al menor.

Britner et al<sup>45</sup> en un estudio observacional encuentra similares resultados en madres jóvenes que intervienen en un programa de educación, reducción del número de informes de abuso o trato negligente en el grupo de riesgo.

Desde la perspectiva de la atención primaria de salud parece impracticable en nuestro medio esta tarea por su dedicación y necesidad de preparación de los formadores o educadores y no se encuentran estudios en nuestro país que avalen esta recomendación. Existe insuficiente evidencia para recomendar esta actividad en el programa de actividades preventivas del niño sano (**Recomendación C**).

### **Programa de actividades específicas en el centro de salud para niños o familias de riesgo.**

Brayden et al<sup>36</sup> no encuentra diferencias significativas en el número de abusos en la infancia entre el grupo control de mujeres de riesgo (154) y el grupo de mujeres de riesgo con intervención de un programa de mayores visitas, y participación de enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales durante los dos primeros años de vida del niño. Existe insuficiente evidencia para incluir o excluir esta actividad del programa de actividades preventivas (**Recomendación C**).

## **DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL** <sup>5, 6, 8, 22</sup>

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias.

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional. Los pediatras identifican el abuso físico en niños en el 0,5% de los casos frente a las madres que informan en el 21,6% de las veces que son preguntadas por este fenómeno<sup>46</sup>.

Nuestros esfuerzos deberán ir encaminados a buscar la existencia de abuso en (tabla 7):

- La conducta del niño.
- El comportamiento de los padres .
- La exploración clínica .
- La historia social (Tabla 4).
- Si los padres informan más casos de violencia doméstica que los pediatras se recomienda preguntar directamente sobre la existencia de violencia domestica y de las pautas de disciplina severa en el medio familiar<sup>25, 26, 46</sup>

*Tabla 7. Indicadores físicos y comportamentales del niño y del agresor.*

	<b>Indicadores físicos del niño</b>	<b>Indicadores comportamentales del niño</b>	<b>Conducta del cuidador</b>
<b>MALTRATO FÍSICO POR ACCIÓN</b>	Magulladuras o moretones	Cauteloso respecto al contacto físico con adultos	Ha sido objeto de maltrato en la infancia
	Quemaduras	Se muestra aprensivo cuando lloran otros niños	Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño
	Fracturas	Muestra conductas extremas (llanto inconsolable,...)	No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas o no convincentes
	Heridas o raspaduras	Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela	Parece no preocuparse del niño
	Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes	Dice que su padre le ha causado alguna agresión	Percibe al niño de manera negativa
	Mordedura humana		Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de la lesión
	Intoxicaciones		
	Síndrome de Münchausen por poderes		

	Indicadores físicos del niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
<b>NEGLIGENCIA</b>	<p>Falta de higiene</p> <p>Retraso del crecimiento</p> <p>Infecciones leves recurrentes o persistentes</p> <p>Consultas frecuentes a los servicios de urgencias</p> <p>Hematomas inexplicados</p> <p>Accidentes frecuentes por falta de supervisión</p> <p>Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica</p> <p>Ropa inadecuada para las condiciones climáticas</p> <p>Alimentación o hábitos horarios inadecuados</p> <p>Retraso en todas las áreas madurativas</p> <p>Problemas de aprendizaje escolar</p>	<p>Comportamientos autogratificantes</p> <p>Somnolencia, apatía, depresión</p> <p>Hiperactividad, agresividad</p> <p>Tendencia a la fantasía</p> <p>Absentismo escolar</p> <p>Se suele quedar dormido en clase</p> <p>Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde</p> <p>Dice que no hay quién le cuide</p> <p>Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto</p> <p>Comportamientos antisociales</p>	<p>Vida en el hogar caótica</p> <p>Muestra evidencia de apatía o inutilidad</p> <p>Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual</p> <p>Tiene una enfermedad crónica que impida la correcta atención al niño</p> <p>Fue objeto de negligencia en la infancia</p>

	Indicadores físicos del niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
<b>ABUSO SEXUAL</b>	<p>Dificultad para andar o sentarse</p> <p>Ropa interior rasgada o manchada o ensangrentada</p> <p>Se queja de dolor o picor en la zona genital</p> <p>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</p> <p>Tiene una enfermedad de transmisión sexual</p> <p>Tiene la vulva hinchada o roja</p> <p>Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa</p> <p>Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano</p> <p>Embarazo en la adolescencia</p> <p>Infecciones urinarias de repetición</p>	<p>Dice que ha sido atacado sexualmente</p> <p>Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales</p> <p>Trastornos del sueño y alimentación</p> <p>Miedos, fobias, histeria</p> <p>Síntomas inespecíficos (algias, respiratorios,,,) que originan intenso consumo médico sin que se aclare la causa</p> <p>Depresión</p> <p>Intento de autolisis</p> <p>Desvalorización corporal ( anorexia)</p> <p>Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar)</p> <p>Promiscuidad sexual</p> <p>Criminalidad bajo forma de abuso sexual y/o violencia</p>	<p>Extremadamente celoso del niño</p> <p>Alienta al niño a implicarse en actos sexuales</p> <p>Sufrió abuso sexual en su infancia</p> <p>Experimenta dificultades en su matrimonio</p> <p>Abuso de drogas o alcohol</p> <p>Esta frecuentemente ausente del hogar</p>

	Indicadores físicos del niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
<b>EMOCIONAL</b>	<p>Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático</p> <p>Retraso en varias áreas madurativas</p>	<p>Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas</p> <p>Asustadizos, tímidos, pasivos</p> <p>Comportamientos agresivos o negativistas</p> <p>Ausencia de respuesta a estímulos emocionales</p> <p>Retraso del lenguaje</p> <p>Fracaso escolar</p> <p>Inmadurez socioemocional</p> <p>Conductas autolesivas</p> <p>Problemas graves de control de esfínteres en niños mayorcitos</p>	<p>Culpa o desprecia al niño</p> <p>Es frío o rechazante</p> <p>Niega amor</p> <p>Trata de manera desigual a los hermanos del niño</p> <p>Parece no preocuparse de los problemas del niño</p> <p>Exige al niño por encima de sus capacidades</p> <p>Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.</p>

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

1. No acudir a las citas concertadas.
2. Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
3. Cambios frecuentes de médicos.
4. Acudir a consulta sin motivo aparente
5. Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

## Actuación ante la detección del abuso del menor

Se realizará una primera **entrevista** con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad.

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. Nuestra actitud será de escucha.

Debemos recabar información sobre:

- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- Estado de salud de los convivientes. Conductas adictivas.
- Condiciones laborales y socioeconómicas.
- Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales.

**El examen clínico** del menor debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, como se observa en la tabla 2, los casos de maltrato apenas se dan solos, así, menores que sufren trato negligente o abandono físico sufren también abuso emocional; o también el abandono físico está correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional<sup>6</sup>.

Otra tarea importante es **evaluar la gravedad**, que hace referencia a la intensidad del daño sufrido por un menor en una situación de abandono o abuso. Y la **valoración del riesgo**, que hace referencia a que teniendo en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales, se pueda volver a producir una situación de desprotección.<sup>6</sup> Tabla 8.

Es importante considerar que en todos los programas de atención al menor está consensuado que la evaluación del riesgo y la gravedad del maltrato corresponde a los servicios de Protección al Menor<sup>5,6</sup>. Lo que no es obstáculo para que en el análisis de sospecha de abuso, el profesional sanitario de Atención Primaria utilice estos conocimientos para colaborar más eficazmente en la protección al niño.

Los casos podrían agruparse en "alto riesgo/gravedad máxima-media", "riesgo medio/gravedad media" y "riesgo nulo-bajo/gravedad mínima".

Si el caso pertenece al grupo de "alto riesgo/gravedad máxima-media" conlleva la apreciación de desamparo por incumplimiento del ejercicio de los deberes de protección al niño, aplicándose por ello la tutela automática.

El "riesgo medio/gravedad media" comprende los casos de guarda por decisión administrativa o judicial. Se establecería el tipo de acogimiento más idóneo para el niño.

Por último, los casos de "riesgo nulo-bajo/gravedad mínima" comprende la no apreciación de desamparo. Las propuestas de trabajo en este grupo comprenderían tratamiento con objetivos y requisitos para reducir el riesgo (prevención secundaria).

*Tabla 8. Variables que evalúan la gravedad y el riesgo del maltrato infantil*

<p><b>Factores que evalúan la gravedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Severidad de las lesiones y/o frecuencia del maltrato</li><li>• Cercanía temporal del incidente con respecto a la fecha de investigación</li><li>• Localización de las lesiones</li><li>• Historia previa de informes de maltrato o abandono</li></ul>
<p><b>Factores que evalúan el riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso del perpetrador al menor</li><li>• Comportamiento del niño</li><li>• Conducta antisocial del cuidador</li><li>• Capacidad del cuidador</li><li>• Habilidades del cuidador</li><li>• Relación de la pareja</li><li>• Fuentes de apoyo social</li><li>• Condiciones del hogar</li><li>• Respuesta ante la intervención protectora</li></ul>

**La notificación**<sup>47</sup> del caso es una condición necesaria para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es además una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262. Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13. Código Penal Artículo 407,450. Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30.2).

Cuando se encuentre gravedad de las lesiones o necesidad de recoger pruebas forenses se remitirá a un centro hospitalario donde se procederá a la intervención policial y/o judicial.

Cuando se sospeche alto de riesgo de desamparo familiar se asegurará el ingreso en un centro hospitalario.

No sólo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En este supuestos se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

Dentro del "*Plan de Acción Contra la Violencia*", el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con las Comunidades Autónomas ha editado un *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos*<sup>48</sup> donde se establece un sistema unificado de notificación de casos.

Desde el ámbito sanitario **la intervención** sobre la sospecha de maltrato infantil comprende:

- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas.
- Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).
- Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infantojuvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas, realizando informes periódicos del estado de salud física del niño.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- Realizar intervención preventiva terciaria, tal como la referida en el epígrafe de prevención secundaria.
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Se valorará remitir a las familias a grupos de ayuda mutua, educadores familiares o psicoterapeutas de familia.
- Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

**La intervención debe ser sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de la presentación, intensidad y recurrencia del maltrato.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanmartin J. (editor) Violencia contra niños. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Ed. Ariel SA. Barcelona. 1999.
2. Inglés A. et al. Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual. Generalitat de Catalunya. 1991.
3. Inglés et al. El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, com i perquè. Departament de Justícia. Col. Justícia y Societat, 22. Generalitat de Catalunya. 2000.
5. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Ed. Consejería Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, Abril 1999:49-72,167-72.
6. Cerezo MA, Más E, Simó S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. (Memoria final de proyecto). Dirección General de Servicios Sociales. Generalitat Valenciana. Valencia.1998:27,39-53.
7. Riis L, Bodelsen H, Knudsen FU. Incidence of child neglect and child abuse in the region of Copenhagen. Ugeskrift for Laeger 1998;160(37):5358-62.
8. Osuna MJ, Cabrera JH, Morales MC. Child Abuse Negl 2000;24(7):911-24.
9. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. Gac Sanit 1997 Sep-Oct;11(5):231-41.

10. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergeneracional continuity of child physical abuse. How good is the evidence? *Lancet* 2000;356(9232):814-9.
11. Gracia E. Visible but unreported: a case for the "not serious enough" cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1083-1093.
12. Zunzunegui MV, Morales JM, Martinez. Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 1997 Jul;47(1):33-41.
13. Balge KA, Milner JS. Emotion recognition ability in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse Neg.* 2000; 24(10): 1289-98.
14. Dopke CA, Milner JS. Impact of child noncompliance on stress appraisals atributions, and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse Neg.* 2000; 24(4): 494-504.
15. Zelenko M, Lock J, Kraemer HC, Steiner H. Perinatal complications and child abuse in a povert sample. *Child Abuse Neg.* 2000; 24(7):939-50.
16. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officialy recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Neg.*1998; 2(11): 1065-78.
17. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, Freeman I, Rooney M, Lambie A. Unemployment rates, single aprent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse Neg.*1998; 22(2): 79-90.
18. Drake B, Pandey S. Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996 Nov;20(11):1003-18
19. Kotch JB, Browne DC, Ringwalt CL, Dufort V, Ruina E, Stewart PW, Jung JW Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse Negl* 1997 Nov;21(11):1025-37
20. Flanagan P, Coll CG, Andreozzi L, Riggs S. Predicting maltreatment of children of teenage mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 Apr;149(4):451-5
21. Wilson LM; Reid AJ; Midmer DK; Biringer A; Carroll JC; Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996 Mar 15;154(6):785-99.
22. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999 Mar 15;59(6):1577-85, 1591-2.
23. Nester CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998 Sep;23(9):61-2, 67-70, 73.
24. Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Abandono infantil: Guía para pediatras. *Ped Review* (ed. español) 2000; 21(5): 182-7.
25. Siegel R, Hill T, Henderson V, Ernst H, Boat B. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999;104(4): 874-7.
26. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998 Jun;101(6):1091-2.
27. Whipple EE, Richey CA. Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? *Child Abuse Negl.* 1997;21:431-444.
28. Jackson S, Thompson RA, Christiansen EH, Colman RA, Wyatt J, Buckendahl CW, Wilcox BL, Peterson R. Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample *Child Abuse Negl* 1999 Jan;23(1):15-29.
29. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence. I: Parental use of corporal punishment. *Child Abuse Negl* 1998 Oct;22(10):959-73.

30. Fetsch RJ; Schultz CJ, Wahler JJ: A preliminary evaluation of the Colorado RETHINK parenting and anger. *Child Abuse Neg.* 1999;23(4): 353-60.
31. American Academy of Pediatrics. Committee on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics.* 1998;101(3): 486-9.
32. Gomby D, Culross P, Behrman R. Home visiting: recent program evaluations. Analysis and recommendations. *Future Of Children* 1999;9(1): 4-26.
33. Olds D, Henderson Ch, Kitzman H, Eckenrode JJ, Cole R, Tatelbaum R. Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The future of Children* 1999; 9(!): 44-63.
34. Rushton FE. The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 1996 Mar;92(3):133-6.
35. MacMillan H. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. (Canadian Task Force on Preventive Health Care). *CMAJ* 2000; 163(11): 1451-8.
36. Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr.* 1993;122:511-516.
37. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 1999.* Oxford: Update Software.
38. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 1996;312:29-33
39. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA.* 1997;278:637-643.
40. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J. Pediatrics and Child Health* 1999; 35(3): 237-44.
41. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson Ch, Smith E, Olds D, Powers J, Cole R; Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation. *JAMA* 2000;284(11): 1385-91.
42. Guterman NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse Neg.* 1999;23(9):863-90.
43. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Neg* 2000;24(9):1127-49.
44. Wekerle C, Wolfe D, A. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. *Clinical Psychology Review.* 1993;13:501-540.
45. Britner, Preston A; Reppucci, N. Dickon. Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child & Family Studies.* Vol 6(2), Jun 1997, 165-175.
46. Kerker BD, Horwitz SM, Leventhal JM, Plichat S, Leaf PJ. Identification of violence in the home: pediatric and parenteral reports. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(5): 457-62.
47. Díaz JA, Casado J, García E, Ruiz M, Esteban J. Niños maltrados. El papel del pediatra. *An Esp Ped* 2000; 52(6):548-53.
48. Consejo Interterritorial. Sistema Navcional de Salud. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998/2000). Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1999.

**DIRECCIONES DE INTERNET** (revisadas el 7 de noviembre de 2002)

**Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Maltratos Domésticos (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud – España)**

- URL: [www.carm.es/cpre/dgjm/protocolo.htm](http://www.carm.es/cpre/dgjm/protocolo.htm)

**Child Maltreatment Division.**

- URL: [www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/brch/maltreat/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/brch/maltreat/index.html)

**Child Abuse Prevention Network.**

- URL: [child.cornell.edu/bookmarks.html](http://child.cornell.edu/bookmarks.html)

**FAPMI Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil**

- URL: [derecho.org/comunidad/fapmi](http://derecho.org/comunidad/fapmi)

**Save the Children.**

- URL: [www.savethechildren.es/](http://www.savethechildren.es/)