

Prevención del Maltrato Infantil:

Qué hacer, y cómo obtener evidencias



Organización
Mundial de la Salud



Prevención

Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias



**Organización
Mundial de la Salud**

y

**SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL
MALTRATO Y EL ABANDONO DE LOS NIÑOS**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias.

1. Maltrato a los niños – prevención y control. 2. Evaluación de programas.
3. Pautas. I. Butchart, Alexander. II. Kahane, Tony. III. Organización Mundial de la Salud. IV. Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños.

ISBN 978 92 4 359436 1

(Clasificación NLM: WA 320)

El presente documento ha sido escrito por: Alexander Butchart y Alison Phinney Harvey, del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia de la OMS; Marcellina Mian, del Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá; y Tilman Fűrnis, del Hospital Universitario de Múnster, Alemania. Los aspectos técnicos de la edición estuvieron a cargo de Tony Kahane.

© **Organización Mundial de la Salud, 2009**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño: minimum graphics

Printed in France

Índice

Nota de agradecimiento	v
Prólogo	vi
Prefacio	vii
Introducción	1
¿Por qué es necesaria esta guía?	1
¿A quién está destinada esta guía?	2
Resumen de la presente guía	3
Un planteamiento sistemático y multisectorial	3
Resumen del contenido	5
Capítulo 1. Naturaleza y consecuencias del maltrato infantil	7
1.1 ¿Qué es el maltrato infantil?	7
Tipología de la violencia	8
Definiciones del concepto de maltrato infantil	9
1.2 Magnitud del problema	11
1.3 Consecuencias del maltrato infantil	11
1.4 Costos del maltrato infantil	13
1.5 Susceptibilidad y factores de riesgo	13
Factores individuales	14
Factores relacionales	15
Factores comunitarios	16
Factores sociales	16
Factores de protección	17
Capítulo 2. Información epidemiológica y casuística	18
2.1 Definiciones del maltrato infantil a efectos prácticos	20
2.2 Encuestas epidemiológicas demoscópicas	21
Escala de tácticas conflictuales progenitor–hijo	22
El “estudio sobre experiencias infantiles adversas”	22
Cuestionario de detección biográfica de violencia pasiva	24
Herramientas de detección del abuso infantil de ISPCAN (ICAST)	25
Adaptación de los métodos de encuesta a las condiciones locales	26
Estrategias de muestreo	26
Consideraciones éticas	27

2.3	Información sobre casos atendidos	28
	Vigilancia de los casos notificados	30
	Información de retorno para los organismos que suministran información	31
	La información, como medio para convencer a los responsables de políticas	32
Capítulo 3.	Prevención del maltrato infantil	34
3.1	Una agenda y un organismo para la prevención del maltrato infantil	35
3.2	Estrategias de prevención del maltrato infantil	36
	Estrategias sociales y comunitarias	38
	Estrategias relacionales	41
	Estrategias individuales	42
3.3	Evaluación de resultados de los programas de prevención del maltrato infantil	44
	Decidir los objetivos de la prevención	44
	Desarrollo de un modelo lógico	44
	Selección de resultados, y fuentes de los datos resultantes	46
	Definición de las actividades y evaluación de la intervención	48
	Análisis de la evaluación, y difusión de los resultados	52
Capítulo 4.	Servicios para los niños y familias afectados	54
4.1	Mejora del acervo de evidencias científicas	54
4.2	Respuesta al maltrato infantil: componentes clave	55
	Detección del maltrato infantil	55
	Protección del niño	63
Capítulo 5.	Conclusiones y recomendaciones	70
Apéndice 1.	Cuestionarios de estudio de experiencias negativas en la infancia	75
Apéndice 2.	Ejemplos de herramientas de medición validadas para la evaluación de resultados	96

Nota de agradecimiento

El presente documento ha sido escrito por: Alexander Butchart y Alison Phinney Harvey, del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia de la OMS; Marcellina Mian, del Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá; y Tilman Fűrnis, del Hospital Universitario de Münster, Alemania. Los aspectos técnicos de la edición estuvieron a cargo de Tony Kahane. Claire Scheurer e Ian Scott, del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia de la OMS, y Pearl Rimer y Susan Hunter, del Toronto Child Abuse Center, aportaron también una valiosa ayuda en la redacción, revisión y producción de esta obra. John Kydd ha prestado un apoyo constante durante la elaboración del documento.

La presente guía se ha beneficiado en gran medida de las aportaciones de muchas otras personas con ocasión de reuniones de expertos sobre la prevención del maltrato infantil y en el transcurso de consultas oficiosas. En particular: David Bass, Inge Baumgarten, Barbara Bonner, Kevin Browne, Marcelo Daher, Linda Dahlberg, Amaya Gillespie, Maria Herczog, Sylvester Madu, Alex Kamugisha, Paulo Sergio-Pinheiro, Jonathon Passmore y Adam Tomison.

Los autores desean expresar también su agradecimiento a: Vincent J Felitti, Fu-Yong Jiao, Bernadette Madrid, James Mercy, Gordon Phaneuf y Elizabeth Ward, por su labor de revisión en calidad de homólogos; y Michael Durfee y Mela Poonacha, por la redacción de los recuadros.

La elaboración y publicación de la presente guía ha sido posible gracias al generoso apoyo financiero del gobierno del Bélgica y del Foro Mundial de Investigaciones de la Salud.

Prólogo

El sentido común suele vincular el problema de la violencia a los sistemas de seguridad y de justicia. Sólo más recientemente, con el progresivo desarrollo y compromiso de los profesionales de salud pública, asistimos a un creciente reconocimiento de que es preciso adoptar un planteamiento disciplinario más amplio en la lucha para poner fin a la violencia. Ello permitiría conseguir no sólo una estrategia integrada para responder eficazmente a la violencia sino, lo que es más importante, una estrategia coherente para evitarla, basada en pruebas fehacientes.

Esta diversificación es aún más importante a la hora de hacer frente a la violencia contra los niños en los hogares y en el seno de las familias. Aunque es indudable la necesidad de ayudar a las víctimas y de garantizar su seguridad, hay que dar siempre prioridad a las medidas preventivas. El estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños reúne gran número de estudios y experiencias comunicadas por los gobiernos, que indican que es esencial disponer de una estrategia preventiva que aúne los conocimientos de un gran número de profesionales y que esté sólidamente sustentada en un acervo de datos fiables.

La barrera que tradicionalmente separa la vida privada de la esfera pública ha impedido desarrollar políticas e instrumentos jurídicos encaminados a impedir la violencia en el seno de la familia y a prestar servicios a los afectados por ella. La ausencia de datos exactos y completos es una de las indicaciones claras de la presencia de ese tupido velo, que ha dificultado la elaboración y evaluación de estrategias satisfactorias para hacer frente a este grave problema. A pesar de las pautas internacionales en materia de derechos humanos y del niño, algunos marcos jurídicos nacionales siguen siendo insuficientes para conseguir una prohibición inequívoca de la violencia en el hogar.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado repetidamente en la escena mundial la importancia decisiva de unas políticas preventivas que incorporen el sector de la sanidad pública, y la urgente necesidad de obtener una información más amplia. La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños (ISPCAN) integra una excepcional coalición mundial de profesionales de todas las disciplinas, que en los dos últimos decenios han impulsado el desarrollo de numerosas estrategias para que la lucha contra la violencia permita también atajar la perpetrada contra los niños.

La presente guía reúne la larga experiencia de ambas organizaciones y ofrece las herramientas de trabajo y la información necesarias para los gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales en sus esfuerzos por evitar y hacer frente a la violencia contra los niños. A ellos corresponde ahora sacar de ella el máximo provecho.

Paulo Sérgio Pinheiro

Experto independiente

Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños

Prefacio

En un número de la revista *Child Abuse and Neglect* publicado en 1999, David Finkelhor, experto internacionalmente reconocido en la prevención del maltrato infantil, señaló los elementos necesarios para impulsar un plan que permita eliminar el maltrato infantil, y enumeró los logros hasta ahora conseguidos.

En primer lugar, necesitamos datos epidemiológicos sólidos que nos permitan ubicar geográficamente el problema del abuso infantil, conocer sus causas, y observar atentamente los resultados de nuestras iniciativas. Todo esto es algo de lo que carecemos, ni siquiera en niveles mínimamente satisfactorios para un epidemiólogo de salud pública de talante generoso. En segundo lugar, necesitamos estudios experimentales que nos ayuden a evaluar las nuevas prácticas y las ya existentes, a fin de llegar a un acuerdo sobre las que son eficaces. En el momento actual no disponemos prácticamente de ninguno, si se exceptúan dos estudios sobre las visitas a los hogares y otros dos sobre el tratamiento de los abusos sexuales. Hay más ciencia experimental en el papel higiénico que utilizamos todos los días que en los recursos de que disponemos para ayudar a los niños que padecen abusos o a las familias en las que éstos pueden perpetrarse.¹

Siete años más tarde, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las asociaciones internacionales de profesionales han avanzado mucho en su labor de concienciación sobre la magnitud y las graves consecuencias del maltrato infantil en todas las sociedades. Con todo, los datos epidemiológicos válidos siguen siendo escasos, como escasas son las prácticas de prevención que han sido evaluadas. La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados desde 1999 provienen de América del Norte, y –si se exceptúan algunos estudios independientes en un pequeño número de países de Europa occidental y los estudios WORLDSAFE efectuados en Brasil, Chile, Egipto, India y Filipinas entre 1997 y 2003 – apenas existen estudios epidemiológicos metodológicamente consistentes. El acervo de datos fiables necesario para la prevención está distribuido todavía más desigualmente, y la mayor parte de los estudios hacen referencia a América del Norte.

Esta carencia en la evaluación de programas que permitan erradicar el maltrato a los niños coincide con el compromiso de gobiernos, ONG y organismos internacionales en todo el mundo para hacer frente al maltrato infantil como problema de derechos humanos en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño. En el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, publicado en octubre de 2006, se señala que numerosos gobiernos han emprendido una batería de reformas jurídicas para hacer frente al maltrato infantil. Al mismo tiempo, tales esfuer-

¹ Finkelhor D. The science. *Child Abuse and Neglect*, 1999, 23:969–974.

zos contrastan palmariamente – como los propios gobiernos han reconocido – con el nivel, frecuentemente mínimo, de inversión en políticas y programas que permitan documentar la epidemiología del maltrato infantil, acometer intervenciones para atajar sus causas profundas y observar atentamente sus resultados.

Este desajuste entre los esfuerzos de prevención en defensa de los derechos humanos y el nivel real de inversión en políticas y programas preventivos responde a varias razones:

- El maltrato infantil sigue siendo para muchos un tema delicado y fuertemente emotivo que es difícil suscitar en privado, y mucho menos debatir en público.
- La prevención del maltrato infantil no es una prioridad política, pese a la magnitud del problema y a la creciente conciencia de su elevado costo social. Esta relativa ausencia de voluntad política se ha visto agravada por un conocimiento insuficiente de los efectos, graves y duraderos, del maltrato infantil sobre la salud, de la carga sanitaria que éste representa y de sus implicaciones en términos de costos sanitarios. Como han evidenciado estudios recientes, el maltrato y otras adversidades de la infancia están asociados a muy diversos comportamientos de riesgo para la salud. De ese modo, el maltrato contribuye directamente y en gran medida a algunas de las principales causas de defunción y de enfermedades crónicas.
- No se tiene conciencia de hasta qué punto la aplicación de unas estrategias potentes de prevención de enfermedades y de fomento de la salud pública puede evitar el maltrato infantil. Este tipo de estrategias apunta a las causas profundas y a los factores de riesgo en el ámbito personal, familiar, comunitario y social. Su finalidad es reducir la incidencia del maltrato infantil en un sector de población dado. Hay ya indicaciones claras de que algunas de esas estrategias son efectivas y eficaces en términos de costo. Otras parecen prometedoras, aunque habrá que evaluar más a fondo sus resultados, y muchas otras, teóricamente eficaces, están todavía por evaluar.
- La inversión en la problemática del maltrato infantil está dificultada por la omnipresente demanda de beneficios inmediatos en la inversión pública, que no siempre es posible obtener con los programas preventivos, algunos de los cuales tardan años en conseguir los resultados deseados.

Por consiguiente, para prevenir más eficazmente el maltrato infantil es necesario comprender antes la gravedad del problema. Para ello se necesitarían estudios epidemiológicos de calidad que señalen dónde y en qué forma se producen los maltratos, que calibren sus consecuencias y sus costos, y que, con toda esa información, establezcan, impulsen y evalúen programas de prevención para atajar sus causas subyacentes y los factores de riesgo.

“Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence” es una publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños (ISPCAN). Tiene por objeto ayudar a los gobiernos, a las ONG y a los organismos internacionales a adoptar programas basados en datos científicos para impedir el maltrato infantil. Su aspiración máxima es conseguir que todos los países apliquen corrientemente programas de prevención del maltrato infantil basados en datos epidemiológicos sólidos y en estudios experimentales que determinen los métodos de prevención eficaces a nivel local.

Para ayudar a conseguir ese objetivo, los autores recomiendan estudiar la epidemiología del maltrato infantil, y aplicar estrategias de prevención orientadas explícitamente

a mejorar el acervo de evidencias científicas con respecto a la magnitud y consecuencias de ese problema y a las posibilidades de evitarlo. Por ello, tales estudios deberían estar concebidos, aplicados y expuestos de modo que sean aptos para su publicación en la prensa científica y coadyuven a los esfuerzos que se están realizando a nivel nacional e internacional por mejorar la inversión en actividades preventivas. Los resultados hasta la fecha son tan escasos que un éxito siquiera modesto en la consecución de esas metas en varios países de ingresos bajos y medios mejoraría mucho el predicamento de las iniciativas de prevención. Con ello, el maltrato infantil adquiriría la prominencia de que gozan otros problemas graves de salud pública que afectan al niño durante el resto de su vida (como el VIH/SIDA, el tabaquismo o la obesidad), y a cuya vigilancia epidemiológica y prevención se destinan ya recursos sustanciales.

Etienne Krug

Directora del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Introducción

Todos los niños tienen derecho a una vida saludable y desprovista de violencia. Cada año, sin embargo, millones de niños en todo el mundo son víctimas y testigos de situaciones de violencia física, sexual y emocional. El maltrato del niño es un gravísimo problema mundial que afecta seriamente y de por vida a la salud física y mental, al bienestar y el desarrollo de sus víctimas y, por extensión, al conjunto de la sociedad.

¿Por qué es necesaria esta guía?

Los acontecimientos de los veinte últimos años en materia de derechos humanos, legislación, medicina forense y salud pública han conferido un mayor protagonismo internacional al problema del maltrato infantil, aunque en una medida todavía muy insuficiente. La Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos Facultativos, así como el Comité de los Derechos del Niño, han ayudado mucho a sensibilizar a organizaciones internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) acerca del problema del maltrato infantil, en el contexto de una problemática más amplia vinculada a los derechos del niño. El Informe mundial de 2002 sobre violencia y salud y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2003 sobre la aplicación de las recomendaciones de ese informe subrayaban las consecuencias del maltrato infantil para la salud pública, y destacaban el papel de la salud pública en la prevención y en la ayuda a sus víctimas. Algunas ONG internacionales, como ISPCAN, han desarrollado también una campaña notoria para recabar una mayor atención al maltrato infantil y una mayor dedicación de los políticos y profesionales a su prevención. Desde 2003, el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, realizado a solicitud del Comité de los Derechos del Niño, ha ayudado a crear una mayor conciencia a nivel mundial, regional y nacional, con el apoyo de las consultas regionales y de los cuestionarios gubernamentales solicitados para el estudio. Es indudable que el informe del Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General sobre las conclusiones del estudio, previsto para finales de 2006, así como la publicación y difusión del estudio, atraerán una mayor atención acerca de ese problema.

Este proceso de sensibilización ha situado en primer plano la necesidad de evaluar más rigurosamente las intervenciones a propósito del maltrato infantil, y en particular la prestación de servicios a sus víctimas. Aunque algunas intervenciones han sido objeto de evaluaciones científicas, la inmensa mayoría de las evaluaciones siguen estando inadecuadas o, simplemente, no existen. Este limitado acervo de evidencias científicas ha permitido, no obstante, identificar algunas intervenciones preventivas eficaces, como la educación de los padres o las visitas a los hogares. Ha permitido también identificar algunas intervenciones prometedoras, y en particular un mayor acceso a los servicios pre y postnatales, y un menor acceso al alcohol. Por otra parte, es muy poco lo que se sabe sobre la eficacia de los servicios prestados a las víctimas y a los perpetradores.

En particular, apenas se conocen los resultados de ciertas intervenciones ampliamente practicadas, como los servicios de protección del niño, ciertas modalidades de procesos judiciales sensibles a la infancia, la obligatoriedad de notificar los incidentes, y el tratamiento obligatorio de los perpetradores.

Hay, pues, una mayor conciencia del problema del maltrato infantil, y una presión creciente sobre los gobiernos para que adopten medidas preventivas. Al mismo tiempo, la escasez de evidencias científicas sobre la eficacia de las intervenciones hace temer que se estén malgastando recursos al invertir en actividades preventivas bien intencionadas pero no sistemáticas, cuya eficacia no está demostrada y posiblemente nunca lo estará.

Por esa razón, la presente guía tiene por objeto, en primer lugar, ofrecer asesoramiento técnico para la implantación de políticas y programas de prevención del maltrato infantil y de servicios a sus víctimas que estén firmemente basados en la evidencia científica existente con respecto a la eficacia de las intervenciones y en los principios científicos que fundamentan la salud pública. Se fomentarán de ese modo las intervenciones científicamente demostrables y la evaluación de éstas. Es de esperar, pues, que la presente guía contribuya a ampliar el alcance geográfico de la evidencia científica, fomentando la evaluación de las intervenciones en países de ingresos bajos y medios y una mayor diversidad de las intervenciones evaluadas. A largo plazo, el objetivo es elaborar unas directrices, basadas en evidencias científicas, sobre las intervenciones vinculadas al maltrato de los niños.

¿A quién está destinada esta guía?

Buen número de casos de maltrato infantil no llegan nunca a ser conocidos por las autoridades responsables de la protección del niño y de la defensa de la ley. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios, jurídicos y sociales son los más afectados en todos los países por las consecuencias del maltrato infantil, y los más comprometidos en la lucha contra él. La presente guía está, pues, destinada a los responsables de políticas y a los planificadores de programas que actúan a nivel nacional, provincial y municipal en relación con los servicios sanitarios, sociales y jurídicos.

En el sector sanitario, las disciplinas técnicas pertinentes son las siguientes:

- políticas sanitarias y planificación sanitaria;
- epidemiología y sistemas de información sobre la salud;
- salud pública y medicina preventiva;
- salud familiar y comunitaria;
- salud reproductiva;
- pediatría;
- salud mental y abuso de sustancias;
- servicios médicos de emergencia;
- servicios de medicina jurídica.

En el sector de los servicios sociales, las disciplinas técnicas que intervienen son:

- servicios sociales;
- protección del niño.

En el sector jurídico, las disciplinas técnicas de interés son:

- justicia;
- observancia de la ley;
- medicina jurídica;
- derechos humanos.

Las investigaciones son también decisivas para desarrollar unos programas y políticas eficaces que eviten el maltrato infantil. Por ello, sería esencial conseguir una amplia participación de la comunidad científica, y en particular de:

- universidades y escuelas de medicina;
- consejos científicos;
- instituciones privadas de investigación sin ánimo del lucro, y centros de estudios teóricos, tanto estatales como independientes.

Resumen de la presente guía

El Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños¹ subraya la alarmante profusión y las formas de la violencia ejercida contra los niños en todo el mundo, deteniéndose particularmente en el problema del maltrato infantil infligido por los padres u otros familiares. El estudio es también un recordatorio de que, tal como estipula la Convención sobre los Derechos del Niño de 1991, los países están jurídicamente obligados a hacer frente al maltrato infantil en todas sus vertientes. Sus obligaciones al respecto están claramente expuestas en el artículo 19, sección 1, de dicha Convención, que indica que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Se sobreentiende que el maltrato infantil es perfectamente evitable, y que los Estados son responsables no sólo de reducir el número de casos mediante la adopción de medidas preventivas, sino de ofrecer protección, justicia y atención a los niños maltratados. Los Estados deberían adoptar medidas en muy diversos órdenes, particularmente estableciendo mecanismos que eviten el maltrato infantil, por ejemplo mediante programas sociales destinados a los niños y a quienes cuidan de ellos, e identificando, tratando y haciendo un seguimiento de los casos de maltrato conocidos.

Un planteamiento sistemático y multisectorial

Se ha adoptado en la presente guía el planteamiento intersectorial frecuentemente adoptado en la sanidad pública. Aunque está considerado a veces como sinónimo de “modelo de sanidad pública”, ha sido también adoptado en otros ámbitos, y la implantación de sus componentes conlleva siempre la colaboración entre diversos sectores. En esta perspectiva, las medidas contempladas tienen por objeto:

- evitar el problema;
- detectar el problema y actuar cuando sobrevenga;
- reducir al mínimo sus repercusiones negativas a largo plazo.

En el caso del maltrato infantil, estas medidas se traducen en:

- adopción de medidas para evitar la violencia contra los niños;
- detección de casos e intervención rápida;
- un servicio de atención continua a las víctimas y a las familias en los casos de maltrato;

¹ *Report of the Independent Expert on violence against children*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, previsto para octubre.

- medidas para evitar que la violencia se reproduzca.

Los elementos más importantes de este planteamiento sistemático pueden resumirse como sigue:

■ Definición

Los sectores implicados en la lucha contra el maltrato infantil deben desarrollar una definición común de ese tipo de maltrato y una serie de definiciones de trabajo, también comunes, para identificar y enumerar los casos de maltrato. Deberían adoptar también una metodología estadística común en relación con el problema, y en particular una serie de indicadores normalizados para cuantificar las tasas de maltrato y los factores que agravan el riesgo de estos casos.

■ Prevención

Para evitar el maltrato infantil es necesario adoptar unas políticas y programas que aborden tanto los factores de riesgo como los factores de protección.

■ Servicios

Para responder al maltrato infantil en todas sus vertientes hay que adoptar medidas y mecanismos que permitan detectar los casos de maltrato e intervenir a raíz de éstos, así como prestar servicios a las víctimas y a las familias.

■ Información para actuar eficazmente

Hay que reforzar los mecanismos necesarios para obtener información mediante encuestas epidemiológicas, vigilancia en los centros de atención, seguimiento y evaluación. La información obtenida debería ser ampliamente difundida y utilizada con el fin de definir intervenciones de prevención y de respuesta.

■ Defensa activa

La prevención del maltrato infantil debería contemplar también actividades que sensibilicen a los decisores y a la población acerca de la necesidad de invertir en programas de prevención basados en evidencias claras. Las campañas orientadas a ese fin deberían fomentar también la adopción de normas sociales y culturales no violentas, especialmente en la relación de los padres con los hijos.

Para que las actuaciones de prevención y respuesta sean eficaces, las intervenciones han de estar basadas en cuatro procesos esenciales. A saber:

- **definición del problema**, tanto en términos conceptuales como cuantitativos, basándose en datos estadísticos sobre la magnitud del maltrato y las características de los más afectados por él;
- **identificación de las causas y factores de riesgo** que influyen apreciablemente en la susceptibilidad al maltrato; por ejemplo, los factores que agravan el riesgo de abusos sexuales contra niños, o los obstáculos que dificultan la prestación de unos servicios de protección infantil y eficaces;
- una vez conocidos los factores de riesgo y de protección, **definición de intervenciones** y programas que tengan una alta probabilidad de reducir al mínimo los factores de riesgo. Tales intervenciones, tanto si son de carácter personal como comunitario, han de ser evaluadas para determinar su eficacia.
- **difusión de información** sobre la eficacia de las intervenciones, y aumento del número de intervenciones de eficacia demostrada. Es necesario disponer de información fiable y de alta calidad, tanto para evitar los maltratos como para mejorar las actuaciones de respuesta. La investigación, la recopilación de datos

como actividad normal y el seguimiento y evaluación de los programas son esenciales para poder aplicar eficazmente un planteamiento sistemático frente al maltrato infantil.

La presente guía sobre la prevención del maltrato infantil aspira por consiguiente a promover un planteamiento sistemático, basado en pruebas contrastadas, que permita obtener nuevas evidencias científicas de la eficacia de las intervenciones preventivas del maltrato infantil, y a prestar servicios a sus víctimas. En particular, deseáramos ayudar a nuestros lectores a:

- conocer a fondo los factores que influyen en el maltrato infantil, aplicando un modelo ecológico que ponga de relieve la interacción entre los distintos factores desde el punto de vista del individuo, de las relaciones, de las comunidades y de la sociedad;
- conocer las estrategias actualmente utilizadas para evitar el maltrato infantil y la información de que actualmente se dispone acerca de su eficacia;
- conocer la utilidad de los métodos epidemiológicos empleados para obtener información sobre el maltrato infantil, y de las metodologías científicas utilizadas para evaluar los resultados de los programas de prevención y los servicios prestados a sus víctimas;
- conocer a fondo los servicios que hay que prestar a los niños maltratados y a sus familias, así como los métodos de intervención necesarios para proteger a los niños en situación de maltrato.

Sin rebasar los límites de un único documento no es posible ofrecer otras sugerencias que sean igualmente válidas en todos los contextos y modalidades del maltrato infantil. La presente guía se centrará en los casos de maltrato infligido en el ámbito privado (por ejemplo, en el hogar) a niños de 0 a 14 años por sus padres u otros miembros de su familia. Se ha escogido precisamente el intervalo de 0 a 14 años porque, según los estudios, en torno a los 14 años de edad el riesgo de violencia a manos de un progenitor o de otro miembro de la familia es ya muy inferior al riesgo de padecer violencia a manos de hermanos, otros niños u otras personas. Y se ha circunscrito al ámbito privado porque, a diferencia del ámbito institucional y público, en que las políticas preventivas y las normas de conducta pueden ser aplicadas y monitorizadas, el ámbito familiar requiere una serie de estrategias de prevención específicas. Tales estrategias han de guardar un equilibrio entre la autonomía y la privacidad de la persona, por una parte, y la necesidad de intervenir por el bien de la sociedad y en defensa del niño.

Resumen del contenido

En el *capítulo 1* se describe el fenómeno del maltrato infantil y se ofrece una panorámica de su magnitud, de sus consecuencias y de sus costos. Se define también un marco ecológico para analizar la susceptibilidad al maltrato infantil en términos de causas y factores de riesgo desde el punto de vista individual y en el ámbito de la pareja, de la comunidad y de la sociedad.

El *capítulo 2* contiene algunas sugerencias sobre la manera de obtener datos que permitan orientar y observar atentamente las medidas preventivas y la prestación de servicios. Hay que diferenciar entre los datos conservados por los servicios que se ocupan del maltrato infantil y los estudios epidemiológicos basados en sondeos de población, que deberán identificar todos los casos de maltrato y no sólo los conocidos en los servicios de atención.

En este último respecto, se recomienda realizar encuestas de niños y adultos en gran escala, con el fin de obtener información sobre la exposición de ambos grupos al maltrato y a otros factores adversos, sobre sus comportamientos de riesgo para la salud y sobre su estado de salud actual. Se sugiere que, en los servicios de atención, los sistemas de información den prioridad a dos tipos de información. En primer lugar, informaciones que ayuden a tratar todos los casos de manera coherente y a seguir su evolución, con independencia de quién preste el servicio. En segundo lugar, un número relativamente pequeño de datos o grupos de datos de carácter uniforme que puedan ser obtenidos en todos los casos abordados.

El *capítulo 3* tiene por objeto promover la prevención del maltrato infantil. Se argumenta en él la necesidad de idear nuevas medidas de prevención, basadas en informaciones fiables sobre las intervenciones que resultan eficaces, prometedoras e inciertas, y la necesidad de llevarlas a cabo con arreglo a los criterios adoptados en los estudios de evaluación de resultados. Se describen también varias estrategias de prevención a nivel individual, familiar, comunitario y social. Se ofrecen recomendaciones prácticas sobre la manera de planificar una intervención adecuándose a los criterios de evaluación de resultados, y se incluye una tabla de sugerencias respecto a los resultados que podrían obtenerse con carácter inmediato y a corto y largo plazo.

El *capítulo 4* versa sobre los servicios prestados a las víctimas del maltrato infantil y a sus familias, y sobre las intervenciones para la protección de los niños afectados. Se subraya la escasez de datos contrastados sobre la eficacia de los servicios de protección del niño.

El *capítulo 5* contiene las conclusiones finales, junto con un resumen de las recomendaciones ofrecidas con respecto a la utilización de la información con fines prácticos, la planificación de programas preventivos y la prestación de servicios a las víctimas. Si se adopta una respuesta sistemática al maltrato infantil atendiendo a estas recomendaciones, las intervenciones resultantes, basadas en la evidencia científica, generarán a su vez nuevas evidencias respecto a la eficacia de las estrategias preventivas y de los servicios prestados a las víctimas.

Naturaleza y consecuencias del maltrato infantil

1.1 ¿Qué es el maltrato infantil?

El concepto de maltrato infantil designa el maltrato físico y emocional, el abuso sexual, la desatención y el tratamiento negligente de los niños, así como su explotación con fines comerciales o de otro tipo. El maltrato infantil se da en diferentes contextos. Quienes lo perpetran pueden ser:

- los padres, u otros miembros de la familia;
- los cuidadores;
- amigos;
- conocidos;
- desconocidos;
- personas investidas de autoridad (maestros, militares, funcionarios de policía, sacerdotes);
- empleadores;
- profesionales sanitarios;
- otros niños.

El maltrato infantil es un problema complejo. Tanto su dinámica como los factores que lo fomentan, así como las estrategias eficaces para su prevención, difieren notablemente en función de la edad de la víctima, del entorno en que se produce el maltrato y de la relación entre la víctima y el perpetrador.

La violencia infligida a los niños por adultos de su propia familia es una de las formas menos conspicuas de maltrato infantil, ya que en muchos casos se desarrolla en el ámbito privado del hogar, pese a ser un fenómeno prevalente en todas las sociedades. El maltrato de un niño por sus padres o cuidadores hace particularmente difícil planificar estrategias de prevención y servicios a las víctimas, ya que los perpetradores son, al mismo tiempo, quienes ejercen la mayor influencia en el niño.

Aunque no es posible determinar en términos absolutos el número de niños maltratados por sus padres u otros miembros de la familia, la gravedad del maltrato infantil como problema de salud pública, de derechos humanos, jurídico y social ha sido reconocida internacionalmente.

La naturaleza y gravedad tanto de la violencia como de sus consecuencias pueden variar enormemente. En los casos extremos, el maltrato infantil puede llegar a causar la muerte. En la mayoría de los casos, sin embargo, las lesiones físicas no son tan lesivas para el bienestar del niño como las consecuencias psicológicas y psiquiátricas agudas y sus efectos duraderos sobre el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional del niño y su salud en general.

RECUADRO 1.1

El maltrato infantil y sus efectos negativos sobre el desarrollo cerebral

En los últimos años han aumentado considerablemente las investigaciones sobre las primeras etapas del desarrollo cerebral, y en particular sobre los efectos del maltrato en el desarrollo del cerebro durante la lactancia y la primera infancia. Estas investigaciones están empezando a arrojar indicaciones claras de que el desarrollo cerebral puede resultar fisiológicamente alterado en situaciones de estrés prolongadas, severas o impredecibles – entre ellas, el maltrato – durante los primeros años del niño. Tales alteraciones pueden, a su vez, afectar negativamente al crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del niño.

Las diferentes partes del cerebro se desarrollan en respuesta a los estímulos que las activan. Con el paso del tiempo, el cerebro aumenta de tamaño y densidad, llegando a alcanzar prácticamente un 90% de su tamaño adulto cuando el niño tiene tres años de edad. En ausencia de estímulos y de cuidados (por ejemplo, cuando los padres o cuidadores son hostiles o se desinteresan del niño), el desarrollo del cerebro infantil pueden resultar disminuido. Dado que el cerebro se adapta a su entorno, se adaptará con la misma facilidad a un entorno negativo que a otro positivo.

El estrés crónico sensibiliza las conducciones nerviosas y desarrolla desproporcionadamente las regiones del cerebro asociadas a las respuestas de ansiedad y miedo. Con frecuencia, ocasiona también un desarrollo deficiente de otras conducciones nerviosas y de otras regiones del cerebro. El cerebro de un niño que experimenta estrés – en forma de abusos físicos o sexuales, o de desatención crónica – orientará sus recursos a la supervivencia y a afrontar las amenazas de su entorno. Este estímulo crónico de la respuesta del cerebro al miedo implica frecuentemente la activación de determinadas regiones del cerebro. Tales regiones, por consiguiente, serán más propensas a experimentar un desarrollo desproporcionado a expensas de otras que no pueden ser activadas al mismo tiempo, como las que intervienen en el razonamiento complejo. De resultas de ello, ciertas regiones del cerebro no relacionadas con la respuesta al miedo podrían no estar “disponibles” para permitir el aprendizaje del niño.

Los efectos de las experiencias del lactante y del niño sobre el desarrollo de su cerebro sientan las bases para la expresión de la inteligencia, de las emociones y de la personalidad. Cuando esas primeras experiencias son esencialmente negativas, el niño puede padecer problemas emocionales, conductuales o de aprendizaje que persisten durante toda su vida, especialmente en ausencia de intervenciones específicas. Por ejemplo, los niños que han padecido abusos y desatención crónicos durante sus primeros años pueden vivir en un estado permanente de alerta exacerbada o de disociación, atentos a las amenazas que pudieran surgir en cualquier tipo de situación. Su capacidad para beneficiarse de las experiencias sociales, emocionales y cognitivas puede resultar disminuida. Para poder aprender e incorporar nueva información, tanto en el aula como ante una nueva experiencia social, el cerebro del niño debe encontrarse en un estado de “calma atenta”, que el niño traumatizado rara vez conoce. Los niños que no han conseguido desarrollar unos vínculos saludables con sus cuidadores y cuyas primeras experiencias emocionales, perjudiciales para su cerebro, no hayan sentado las bases necesarias para un desarrollo emocional positivo podrían ver limitada su capacidad de empatía. El remordimiento y la empatía son sentimientos que nacen de la experiencia. En los casos extremos, cuando un niño no se siente emocionalmente vinculado a ningún ser humano, no cabrá esperar que experimente remordimientos por dañar o incluso dar muerte a alguien.

Cuando los maltratos ya se han producido, hay indicaciones de que una intervención intensa y temprana puede ayudar a reducir los efectos a largo plazo de ese trauma sobre el desarrollo del cerebro. Sin embargo, aunque una intervención temprana en niños maltratados puede reducir al mínimo los efectos de los abusos y desatenciones, es considerablemente más beneficioso evitar el maltrato antes de que sobrevenga. El costo que entrañan – tanto en términos humanos como económicos – los esfuerzos por curar a esos niños superan con mucho a los que acarrearía la prevención del maltrato y, consiguientemente, el fomento de un desarrollo saludable del cerebro durante los primeros años de vida.

Adaptado de: *In focus: understanding the effects of maltreatment on early brain development*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Washington, DC, 2001. Disponible en: <http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/focus/earlybrain/index.cfm> (visitado el 5 de mayo de 2006).

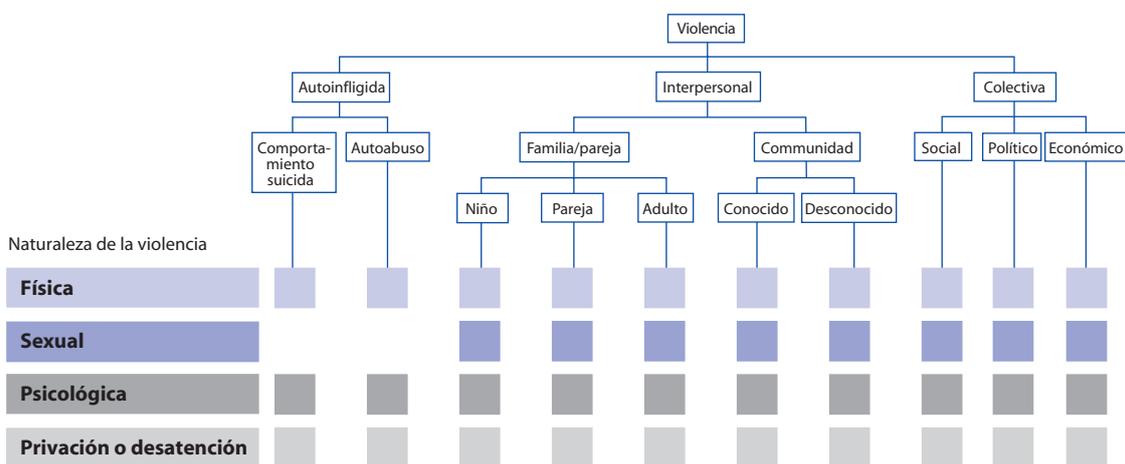
Tipología de la violencia

El maltrato infantil está vinculado a otras formas de violencia (conyugal o de pareja, juvenil, suicidio), tanto en términos causales como por la existencia de factores de riesgo comunes. Por ello, es útil insertar el maltrato infantil en una clasificación más general de las formas de violencia. Atendiendo a la tipología expuesta en el Informe mundial sobre violencia y salud, la violencia puede clasificarse en tres grandes grupos, en función del contexto en que es infligida.

- La **violencia autoinfligida** es aquella en que el perpetrador y la víctima son una misma persona. Puede clasificarse en: autocastigo y suicidio.
- La **violencia interpersonal** es aquella que se ejerce entre distintas personas. Puede clasificarse en: violencia familiar y de pareja, y violencia de grupo. La primera abarca el maltrato infantil, la violencia de pareja y el abuso de ancianos. La violencia de grupo puede, a su vez, estar causada por conocidos o por desconocidos. Abarca la violencia juvenil, los asaltos, la violencia asociada a los delitos contra la propiedad, y la violencia en los lugares de trabajo y otras instituciones.
- La **violencia colectiva** es la ejercida por grupos de personas más numerosos, y puede clasificarse en tres grupos: social, política y económica.

La naturaleza de los actos violentos es independiente de esta clasificación. Los actos violentos puede ser físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, o ejercerse por desatención. Como se indica en la figura 1.1, la clasificación de la violencia en función del tipo y naturaleza del acto violento ofrece un marco adecuado para situar el maltrato infantil en el complejo mundo de la violencia.

Figura 1.1 Una tipología de la violencia



El maltrato infantil suele ir acompañado de otros tipos de violencia. Por ejemplo, el infligido por adultos de la propia familia está frecuentemente vinculado a situaciones de violencia de pareja. En su vida adulta, el propio niño maltratado esta expuesto a un mayor riesgo de perpetrar o ser víctima de la violencia en forma de suicidio, violencia sexual, violencia juvenil, violencia de pareja o maltrato infantil. Se ha podido comprobar que ese mismo conjunto de factores (niveles excesivos de consumo de alcohol, aislamiento familiar y exclusión social, altos niveles de desempleo, desigualdades económicas) subyacen a diversos tipos de violencia. Por ello, las estrategias que tratan de prevenir determinado tipo de violencia combatiendo factores comunes a otras formas de violencia podrían también evitar casos en ámbitos diferentes.

Definiciones del concepto de maltrato infantil

Maltrato infantil

El maltrato infantil puede definirse como cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo

o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.^{1,2}

Como ya se ha indicado, el Informe mundial sobre la violencia y la salud y la Consulta de la OMS sobre la prevención del abuso infantil (1999) distinguen cuatro tipos de maltrato infantil:

- abusos físicos;
- abusos sexuales;
- abusos emocionales y psicológicos;
- desatención.

Abusos físicos

El abuso físico de un niño puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Se incluyen en este concepto los golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia. Gran parte de la violencia infantil en el hogar responde al propósito de castigar al niño.

Abusos sexuales

El abuso sexual puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.

Abusos emocionales y psicológicos

Los abusos emocionales y psicológicos pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como en una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo dañarán muy probablemente la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Se incluyen en esta categoría: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil.

Desatención

La desatención abarca tanto incidentes aislados como la reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia – cuando están en condiciones de ofrecérselo – con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes:

- salud;
- educación;
- desarrollo emocional;
- nutrición;
- hogar y condiciones de vida seguras.

¹ *Report of the consultation on child abuse prevention*, 29 a 31 de marzo de 1999. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.1).

² Krug EG et al., eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Los padres de un niño desatendido no son necesariamente pobres. Pueden disfrutar también de una situación financiera desahogada.

1.2 Magnitud del problema

Según estimaciones de la OMS, en el año 2002 sobrevivieron 31.000 defunciones consideradas como homicidio en menores de 15 años. Posiblemente, hay cierto número de defunciones por maltrato que no han sido contabilizadas, incluso en los países de alto nivel de ingresos que registran tales casos, por lo que la cifra anterior subestima el número real de muertes por maltrato infantil. Las estimaciones de los casos de homicidio infantil en todo el mundo indican que el mayor riesgo recae sobre los lactantes y niños pequeños, con unas tasas para el grupo de 0 a 4 años que duplican con creces las del grupo de 5 a 14.

Los lactantes y niños en edad preescolar son los más expuestos a fallecer a causa de un maltrato, y ello debido a su dependencia, a su vulnerabilidad y a la atención social que suscitan, que es relativamente escasa. Estos casos son los que menos probablemente atraerán el interés de quienes deberían vigilar el trato que se les dispensa y su seguridad, y de quienes no son ni miembros de su familia ni sus cuidadores. En los países de ingresos bajos y medios, el riesgo de abuso con consecuencias mortales es dos o tres veces mayor que en los países de alto nivel de ingresos. Es también más alto en las sociedades con grandes desigualdades económicas que en otras en que la riqueza está distribuida más equitativamente. La causa más común de defunción son las lesiones de la cabeza, seguidas de las lesiones abdominales y de la asfixia intencionada. Aunque no es posible especificar la proporción de homicidios infantiles cometidos por padres u otros miembros de la familia, ciertos estudios realizados principalmente en países de alto nivel de ingresos indican que los miembros de la familia son responsables de la mayoría de los homicidios en niños de 0 a 14 años.

Las muertes representan sólo una pequeña parte del problema del maltrato infantil. Todos los años, millones de niños son víctimas de abusos y desatenciones que no llegan a causarles la muerte. Varios estudios internacionales revelan que, en función del país, entre una cuarta parte y la mitad de los niños declaran padecer abusos físicos graves y frecuentes en forma de palizas, patadas o inmovilización por ataduras. Una gran parte de la violencia física descargada sobre los niños responde a fines de castigo, y está aceptada tanto por los padres como por las normas sociales vigentes, e incluso en las legislaciones, como forma de disciplina adecuada (véase el recuadro 1.2). Diversos estudios realizados en todo el mundo indican también que aproximadamente un 20% de las mujeres y entre un 5% y un 10% de los varones declaran haber sido víctimas de abusos sexuales en su infancia. Gran número de niños son objeto de abusos psicológicos y emocionales y de desatención, aunque se desconoce el alcance de estos comportamientos a nivel mundial. En algunos países, la desatención representa la mayor parte de los casos de maltrato infantil conocidos. Por lo general, las niñas están más expuestas a los abusos sexuales, mientras que los niños lo están al castigo físico severo. En algunas regiones, la desigualdad de género y la discriminación conllevan para las niñas un riesgo adicional de muerte como consecuencia de algún maltrato. Pertenecen a este grupo el infanticidio de niñas, el asesinato “en defensa del honor”, o la desatención específicamente vinculada a la circunstancia de ser niña.

1.3 Consecuencias del maltrato infantil

Las consecuencias sanitarias y sociales del maltrato infantil van mucho más allá de la defunción y las lesiones, ya que abarcan también los casos graves de daño a la salud y al

RECUADRO 1.2

¿Disciplina o castigo?

La disciplina en los niños implica impartirles formación y ayudarlos a desarrollar un criterio, la conciencia de unos límites, el autocontrol, la autosuficiencia y una conducta social positiva. Frecuentemente, la disciplina es confundida con el castigo, particularmente entre los cuidadores que se valen del castigo corporal para corregir y modificar el comportamiento del niño. Hay varias diferencias entre uno y otro concepto.

Las estrategias de disciplina positiva reconocen el valor personal de cada niño. Su finalidad es reforzar su fe en sí mismo y su capacidad para comportarse adecuadamente y para entablar relaciones positivas.

Por otra parte, el castigo físico o emocional refleja frecuentemente la ira o la desesperación del cuidador, y no una estrategia para dar a entender al niño lo que se espera de él. Tales castigos implican un control externo y una relación de poder y de dominación. Frecuentemente, además, no se adecuan a la edad y estado de desarrollo del niño.

El castigo corporal conlleva el uso de la fuerza física. Ha sido habitual en muchas sociedades en tiempos pretéritos, y adopta formas diferentes en función de la cultura y de la religión. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que no es un medio eficaz para conseguir el cambio de comportamiento deseado de modo duradero. Las consecuencias comportamentales y emocionales del castigo corporal varían en función de la frecuencia y severidad del castigo infligido, así como de la edad, el estado de desarrollo, la vulnerabilidad y la resiliencia del niño. El castigo corporal puede llegar a destruir una relación. Es humillante para el niño, y puede ocasionarle lesiones físicas y graves trastornos de desarrollo.

Todos los niños necesitan disciplina, y lo ideal sería ayudar al niño a disciplinarse a sí mismo. Habría que fomentar modalidades de disciplina que no estén basadas en el castigo corporal. Por ejemplo, la desviación o la reorientación, el establecimiento de un período de “enfriamiento”, el establecimiento de normas y límites apropiados a la edad y fase de desarrollo del niño, la resolución de problemas, o la retirada de privilegios.

RECUADRO 1.3

El maltrato infantil y otras experiencias infantiles adversas, y su relación con las principales causas de defunción en los adultos: Estudio sobre experiencias infantiles adversas

El estudio sobre experiencias infantiles adversas (EIA), en el que participaron aproximadamente 17.300 residentes del estado de California de edades intermedias, de clase media y, en su mayoría, empleados, parece indicar que el maltrato infantil y la disfunción de la unidad familiar contribuyen al desarrollo – decenas de años más tarde – de las enfermedades crónicas que son las causas más comunes de defunción y discapacidad en Estados Unidos.

En el estudio se examinaron los efectos a largo plazo del maltrato y de la disfunción de la unidad familiar durante la infancia, y en particular: el abuso psicológico, físico y sexual; la violencia contra la madre; y la convivencia con miembros de la unidad familiar que han abusado del consumo de sustancias, que padecen enfermedades mentales o impulsos suicidas, o que han estado en la cárcel.

Se apreció una clara relación entre el número de experiencias adversas (en particular, los abusos físicos y sexuales en la infancia) y las declaraciones de tabaquismo, obesidad, inactividad física, alcoholismo, consumo de estupefacientes, depresión, intentos de suicidio, promiscuidad sexual y enfermedades de transmisión sexual en la vida adulta. Además, las personas que comunicaron un mayor número de experiencias negativas en su infancia eran mucho más propensas a diversos tipos de comportamiento peligroso para la salud, que, según el estudio, parecían responder a actitudes defensivas. Análogamente, cuanto mayor era el número de experiencias infantiles adversas comunicadas, más propenso era el comunicante a padecer enfermedades cardíacas, cáncer, infarto, diabetes, fracturas óseas, enfermedades hepáticas y salud deficiente en su edad adulta.

Así pues, el maltrato y otras experiencias infantiles adversas pueden ser algunos de los factores básicos causantes de riesgos para la salud, enfermedades y muerte, y podrían ser identificados mediante una selección protocolaria de todos los pacientes.

Aunque el estudio EIA y sus conclusiones están vinculados a una población específica de los Estados Unidos, es razonable suponer que se apreciarán idénticas tendencias similares en países con diferentes niveles de desarrollo económico y social.

Fuente: entre Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction and many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.

desarrollo físico y mental de las víctimas. Diversos estudios indican que la exposición al maltrato y a otras formas de violencia durante la infancia está asociada a factores y comportamientos de riesgo en la edad adulta. Este tipo de comportamientos abarca: victimización con violencia y perpetración de actos violentos, depresión, tabaquismo, obesidad, comportamiento sexual de alto riesgo, embarazo no deseado, y consumo de alcohol y de estupefacientes. Estos factores de riesgo y comportamientos pueden traer aparejadas algunas de las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad, como las enfermedades cardíacas o de transmisión sexual, el cáncer o los suicidios. Por ello, el maltrato infantil contribuye a una gran diversidad de consecuencias adversas para la salud física y mental que entrañan un costo, tanto para el niño como para la sociedad, durante toda la vida de sus víctimas (véase el recuadro 1.3).

1.4 Costos del maltrato infantil

Además de los costos sanitarios y sociales que conlleva, las consecuencias económicas del maltrato infantil son enormes. Éstas se manifiestan en forma de costos médicos directos, pérdida de ingresos personales y fiscales por muerte prematura, educación especial, servicios psicológicos y de atención social, servicios de protección, adopciones, servicios de prevención, o criminalidad adulta con penas de prisión por maltrato infantil. Son pocos los estudios que han tratado de incorporar en sus estimaciones los costos de atención sanitaria soportados por la población en términos históricos. Las conclusiones existentes subestiman, por consiguiente, el verdadero costo económico del maltrato infantil. Según un estudio realizado en Estados Unidos¹ en base a diversas fuentes, los costos anuales, tanto directos como indirectos, como consecuencia del maltrato infantil ascienden a un total de 94.000 millones de dólares, que representan un 1% del producto interno bruto del país. De esa cifra, las hospitalizaciones representaron 3.000 millones de dólares, los tratamientos psiquiátricos sumaron 425 millones de dólares, y los costos de atención infantil totalizaron 14.400 millones de dólares. El concepto más gravoso fue la criminalidad adulta en víctimas de abusos infantiles, estimada en 55.400 millones anuales.

1.5 Susceptibilidad y factores de riesgo

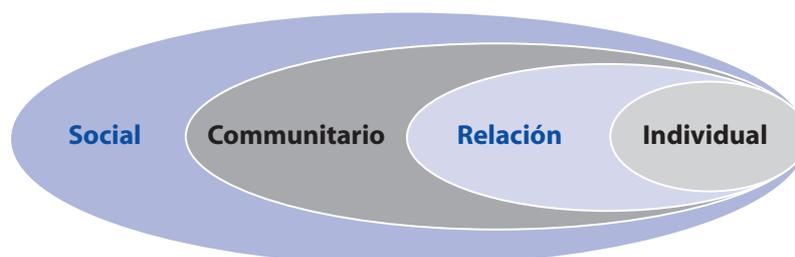
Ningún factor de riesgo puede explicar por sí solo por qué algunas personas se comportan de manera violenta con los niños, o por qué el maltrato infantil parece ser más prevalente en unas comunidades que en otras. Al igual que sucede con otras formas de violencia, para comprender a fondo el fenómeno del maltrato infantil hay que analizar la compleja interacción entre diversos factores y a distintos niveles; este tipo de análisis es esencial para poder hacer frente de manera eficaz al problema del maltrato infantil. En la figura 1.2 se ha representado un modelo ecológico que refleja el juego de fuerzas entre esos diversos factores.

El primer nivel del modelo, que se refiere al individuo, incorpora variables biológicas tales como la edad o el sexo, así como factores de la trayectoria personal que pueden influir en la susceptibilidad de un individuo al maltrato infantil.

El nivel relacional contempla las relaciones sociales de un individuo con las personas próximas (por ejemplo, miembros de la familia o amigos) que influyen en la probabilidad de que esa persona inflija o sea víctima de maltratos.

¹ Fromm S. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence*. Chicago, IL, Prevent Child Abuse America (PCAA), 2001. Disponible en: http://member.preventchildabuse.org/site/PageServer?pagename=research_reports_and_surveys (visitado el 1º de junio de 2006).

Figura 1.2 Modelo ecológico descriptivo de los factores de riesgo del maltrato infantil



En el nivel comunitario, los factores contemplados son las circunstancias en que se desenvuelven las relaciones sociales (por ejemplo, el barrio, el lugar de trabajo o la escuela) y las peculiaridades específicas del entorno que contribuyen al maltrato infantil.

Los factores sociales están vinculados a las características de la sociedad que influyen en el maltrato; por ejemplo, normas sociales que fomentan el castigo físico severo del niño, desigualdades económicas, o inexistencia de redes de protección social.

Aunque es necesario seguir investigando para conocer a fondo la dinámica de estos factores en todos los niveles del modelo ecológico y en todas las culturas, se dispone ya de un acervo de conocimientos considerable acerca de los factores que pueden agravar la susceptibilidad al maltrato infantil.

Los factores que pueden agravar la susceptibilidad al maltrato infantil se conocen con el nombre de ‘factores de riesgo’, en contraposición a los factores de protección, que atenúan la susceptibilidad. Los factores de riesgo indicados a continuación no son necesariamente suficientes para diagnosticar el maltrato infantil en los casos detectados. Sin embargo, cuando los recursos son limitados, los niños y las familias en que se identifiquen varios de estos factores deberían tener prioridad para la prestación de servicios.

Factores individuales

Factores de riesgo en padres y cuidadores

El riesgo de maltrato infantil es mayor cuando concurren ciertos factores en alguno de los progenitores u otros miembros de la familia. Agrava este riesgo el progenitor o cuidador que:

- tiene dificultades para establecer vínculos con un recién nacido, por ejemplo como consecuencia de un embarazo difícil, de complicaciones durante el parto o de su desilusión con respecto al niño;
- no parece estar en condiciones de atender al niño;
- fue maltratado en su infancia;
- no es consciente de lo que significa el desarrollo de un niño, o abriga expectativas irreales que le impiden comprender las necesidades y comportamientos del niño, por ejemplo cuando interpreta su mal comportamiento como una actitud intencional, y no como una etapa de su desarrollo;
- responde a lo que él o ella entiende como mal comportamiento con castigos o medidas inapropiadas, excesivos o violentos;
- aprueba el castigo físico como medio para disciplinar a los niños, o cree en su eficacia;
- inflige castigos físicos para disciplinar a los niños;

- padece problemas de salud física o mental, o deficiencias cognitivas que interfieren en su capacidad para ejercer la función parental;
- no sabe controlarse cuando se irrita o enfada;
- practica un consumo inadecuado de alcohol o estupefacientes, en particular durante el embarazo, que afecta a su capacidad para ocuparse del niño;
- participa en actividades delictivas que afectan negativamente la relación entre progenitor e hijo;
- vive aislado de la sociedad;
- está deprimido o abriga sentimientos de baja autoestima o de ineptitud, que pueden agravarse si no está en condiciones de responder cabalmente a las necesidades del niño o de la familia;
- manifiestamente no es apto para ejercer la paternidad, por ser demasiado joven o por no haber sido enseñado;
- atraviesa dificultades económicas.

Factores de riesgo en el niño

Afirmar que ciertos factores de riesgo están relacionados con el niño no implica que el niño sea responsable del maltrato que padece, sino que el papel del progenitor podría ser más difícil, debido a que el niño:

- ha sido un hijo no deseado, o no respondía a las expectativas o deseos de sus padres, por ejemplo debido a su sexo, a su aspecto, a su temperamento o a alguna anomalía congénita;
- requiere mucha atención en sus primeros años, por haber nacido prematuramente, llorar constantemente, estar discapacitado mental o físicamente o padecer una enfermedad crónica;
- llora persistentemente, sin que sea fácil acallararlo;
- presenta rasgos físicos (por ejemplo, anormalidades faciales) repulsivos para el progenitor, que reacciona apartándose del niño;
- evidencia síntomas de desequilibrio mental;
- presenta rasgos de personalidad o de temperamento que constituyen un problema para el progenitor (por ejemplo hiperactividad, o impulsividad);
- ha nacido de un parto múltiple, y sus padres tienen dificultades para atenderlo;
- tiene un hermano o hermanos (posiblemente de edad cercana a la suya) que acaparan la atención de los padres;
- exhibe o es propenso a exhibir problemas de comportamiento peligrosos, por ejemplo en forma de violencia hacia su pareja, comportamiento delictivo, autoabusos, abusos a animales, o agresividad persistente hacia otros niños.

Factores relacionales

La composición de las familias puede variar ampliamente en función de sus circunstancias específicas y de las normas de la sociedad que las rodea. En muchas comunidades, la familia nuclear “tradicional”, consistente en un padre y una madre con niños, no siempre es la norma. El cabeza de familia puede ser la madre, un padre soltero, una pareja de un mismo género, un hermano o un abuelo. Algunos factores de riesgo de maltrato del niño presentes en las relaciones con la familia, los amigos o la pareja con las personas de su entorno son:

- inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño;
- problemas de salud física, de inmadurez o de salud mental de un miembro de la familia;

- ruptura familiar, por ejemplo a causa de problemas matrimoniales o de pareja que ocasionen la inestabilidad mental del hijo en la infancia o en la edad adulta, infelicidad, sentimiento de soledad, tensión, o disputas sobre su custodia;
- violencia en la familia, entre los padres, entre los niños, o entre padres e hijos;
- adopción de roles de género o de pareja irrespetuosos con una o más integrantes del hogar;
- aislamiento social;
- inexistencia de una red de apoyo que ayude en las situaciones difíciles o tensas de una relación;
- interrupción de la ayuda prestada por la familia para la crianza del niño;
- discriminación contra la familia por razones de raza, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o forma de vida;
- participación en actividades delictivas o violentas en el ámbito comunitario.

Factores comunitarios

Algunas de las características de los entornos sociales vinculados a un mayor riesgo de maltrato infantil son:

- tolerancia de la violencia;
- desigualdad de género o social en la comunidad;
- inexistencia o insuficiencia del hogar;
- carencia de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones, o para atender a determinadas necesidades especiales;
- altos niveles de desempleo;
- pobreza;
- niveles nocivos de plomo u otras sustancias tóxicas en el medio ambiente;
- cambios de entorno frecuentes;
- fácil acceso al alcohol;
- comercio de estupefacientes en el entorno cercano;
- políticas y programas institucionales inadecuados que propician el maltrato infantil.

Factores sociales

Algunos de los factores sociales que pueden contribuir a la incidencia del maltrato infantil son:

- políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, desigualdades, o inestabilidad socioeconómica;
- normas sociales y culturales que promueven o glorifican la violencia hacia los otros, y en particular los castigos físicos, tal como se transluce en los medios de comunicación, la música popular o los videojuegos;
- normas sociales y culturales que imponen unos roles de género rígidos para varones y hembras;
- normas sociales y culturales que rebajan la importancia del niño en las relaciones entre padres e hijos;
- existencia de pornografía infantil, prostitución infantil o trabajo infantil.

Factores de protección

Del mismo modo que hay factores que agravan la susceptibilidad del niño y de la familia al maltrato infantil, hay también otros que pueden aportar un elemento de protección. Por desgracia, es muy poco lo que se ha investigado sistemáticamente sobre ese tipo de factores, insuficientemente conocidos. Hasta la fecha, las investigaciones se han centrado principalmente en los factores de coriacidad, que atenúan los efectos del maltrato infantil en su víctima. Algunos de los factores que parecen facilitar esta característica son:

- vinculación sólida del lactante a un familiar adulto;
- buena atención de los padres durante la infancia;
- alejamiento de los círculos de delincuencia o del abuso de sustancias;
- una relación afectuosa y de apoyo de un progenitor respetuoso;
- ausencia de tensiones causadas por abusos.

No es mucho lo que se sabe acerca de los factores que protegen a la familia y al niño frente a la eventualidad del maltrato infantil. Varios estudios han evidenciado que vivir en comunidades unidas por una fuerte cohesión social conlleva un efecto protector y puede reducir el riesgo de violencia, incluso en presencia de otros factores de riesgo familiares.

A juzgar por nuestros conocimientos actuales sobre las primeras etapas del desarrollo infantil, por los factores de riesgo de padecer maltrato infantil y por la evidente eficacia de ciertas estrategias de prevención, es evidente que las unidades familiares estables pueden tener un efecto muy protector sobre los niños. Un ejercicio correcto de las funciones parentales, un vínculo sólido entre padres e hijos, y la utilización de técnicas disciplina-rias positivas sin castigo físico deberían constituir factores de protección. Convendría fomentar estos elementos aparentemente protectores, especialmente en comunidades en que la cohesión social es deficiente.

Información epidemiológica y casuística

La epidemiología es el estudio de la frecuencia y de las causas de determinado problema de salud en determinados grupos de personas. En el caso del maltrato infantil, se necesita información epidemiológica para planificar y evaluar estrategias que permitan evitar el problema. Ese tipo de información se utiliza también en relación con las personas y familias en que el maltrato infantil es ya una realidad. Son muchos los lugares del mundo en que no existe información epidemiológica sobre el maltrato infantil. Por ello, los decisores y el público en general se niegan frecuentemente a aceptar que el maltrato infantil sea un problema grave en su sociedad. Se han creado también mitos en torno a los factores de riesgo, a las características de los perpetradores, a los probables efectos de los abusos y a otros aspectos del maltrato. Ofrecer una información correcta es la única manera de evitar ese tipo de distorsiones y de sustituir las conjeturas por datos reales.

La información epidemiológica sobre el maltrato infantil y sus consecuencias puede contribuir directamente a evitar este fenómeno cuando:

- ofrece una definición cuantitativa del problema que pueda ser compartida por diversos grupos y sectores interesados;
- aporta datos actuales y sistemáticos sobre la incidencia, causas y consecuencias del maltrato infantil a nivel local, regional y nacional;
- permite identificar tempranamente las nuevas tendencias y facetas problemáticas del maltrato infantil, de modo que puedan emprenderse intervenciones apropiadas antes de que sea demasiado tarde;
- sugiere una serie de prioridades preventivas en los grupos más expuestos a padecer o perpetrar maltrato infantil, y con el fin de hacer frente a los factores de riesgo asociados;
- permite evaluar el impacto de los esfuerzos de prevención;
- informa sobre la evolución estacional y longitudinal de la prevalencia y características del maltrato infantil y de los factores de riesgo a éste asociados;
- ofrece una panorámica de la distribución geográfica de los casos de maltrato infantil que puede ayudar a decidir dónde habría que prestar servicios de protección infantil y otros servicios de apoyo a las víctimas.

La alternativa a la información epidemiológica son los datos obtenidos en los servicios o centros que atienden casos de maltrato infantil (servicios de protección infantil, líneas de atención telefónica, hospitales, o policía). La posibilidad de acceder a esos servicios es siempre muy desigual para distintos grupos de población. La información obtenida caso a caso de este tipo de instituciones no puede utilizarse, por consiguiente, para determinar el alcance del problema en los casos de maltrato infantil sin consecuencias mortales. Por ello, cuando un informe de este tipo es basado en datos no sistemáticos debería señalarse el carácter limitado y la falta de representatividad de la información que contiene.

RECUADRO 2.1

¿Cuáles son los rasgos distintivos de la información epidemiológica?

Demasiado a menudo, la obtención de datos estadísticos sobre el maltrato infantil no responde a los criterios básicos de los estudios epidemiológicos. Este tipo de actividad puede absorber un volumen sustancial de recursos y de personas, y puede dar la impresión de suministrar una información objetiva y acertada – y, por consiguiente, útil – con miras a adoptar medidas. Sin embargo, a menos que las tareas hayan sido definidas con arreglo a criterios epidemiológicos, es improbable que sus conclusiones resistan un análisis crítico. En el peor de los casos, podrían ofrecer una panorámica tendenciosa y posiblemente contraproducente del fenómeno del maltrato infantil. El respeto a unas normas rigurosas y un planteamiento investigativo del control de la calidad son un elemento esencial de la información epidemiológica. La aplicación de los principios epidemiológicos ayuda a corregir el desenfoque de la información recopilada, e incrementa su utilidad. Si se aprecia una diferencia aparente en las tasas de maltrato infantil, lo primero que hay que preguntarse es: ¿podrían estar sesgadas las comparaciones? La información epidemiológica esta basada en los principios siguientes.

Todas las conclusiones deberán estar referidas a un grupo de población definido. Los estudios epidemiológicos cuantifican el maltrato infantil en relación con un grupo de población expuesto a ese riesgo. Este importante aspecto significa que no es posible extraer conclusiones epidemiológicas de una serie de datos sobre individuos y familias en que el maltrato infantil está ya presente. Para empezar, hay que definir claramente un grupo de población, y seguidamente obtener respuestas de todos los individuos del grupo, a fin de identificar en qué casos se han producido maltratos. Los segmentos de población pueden definirse con arreglo a muy distintos criterios. Puede haber, por ejemplo, grupos de población definidos en términos geográficos (por ejemplo, todos los residentes en una ciudad o país), grupos definidos mediante un indicador socioeconómico (por ejemplo, aquellas familias en que un miembro adulto recibe prestaciones de desempleo), o grupos de población definidos mediante un criterio diagnóstico (por ejemplo, todos los lactantes de peso inferior a un valor dado). Una vez definido un grupo de población genérico, pueden establecerse subdivisiones, por ejemplo por tramos de edades o por sexos.

Las observaciones no se efectúan en términos de individuos, sino de grupos. Las observaciones epidemiológicas están referidas fundamentalmente a grupos de población. Su capacidad para describir y predecir comportamientos y situaciones futuras es limitada. En otras palabras, los datos epidemiológicos son útiles para predecir en cuáles de los subgrupos de la población estudiada podría manifestarse un problema si no se atajan sus causas, pero no son útiles para predecir si una persona resultará o no afectada.

Las conclusiones están basadas en comparaciones. Para analizar los factores de riesgo que propician el maltrato infantil, se compara la incidencia del maltrato en grupos con diferentes niveles de exposición a uno o más de esos factores. Por ejemplo: la incidencia de abusos sexuales infligidos a lactantes con madres adolescentes solteras, en comparación con esos mismos abusos para el grupo de madres adultas y emparejadas; o bien, la incidencia de abusos físicos a niños en familias en está presente o ausente violencia de pareja. Ha de ponerse mucho cuidado al efectuar las comparaciones, para asegurarse de que no favorecen o perjudican a uno u otro grupo a la hora de decidir si ha habido abusos, y si el grado de exposición a tales abusos ha sido correctamente clasificado.

Pese a estas limitaciones, la información obtenida en los servicios de atención es útil en dos importantes aspectos:

- ayuda a sistematizar la información, tanto cronológicamente como en términos de los distintos organismos que se ocupan de cada caso;
- ayuda a planificar la prestación de servicios, por ejemplo informando sobre las horas de mayor demanda, el tipo de personal necesario, o la procedencia de sus usuarios.

Las muertes por maltrato infantil constituyen una categoría especial, ya que no son fáciles de identificar mediante estudios epidemiológicos demográficos o mediante sistemas de información basados en los casos atendidos. Únicamente la implantación en los centros de un sistema de vigilancia de la mortalidad permitiría cuantificar esas muertes en términos fiables (véase en la sección 2.3 *infra* el apartado dedicado a los casos de maltrato infantil con consecuencias mortales).

Para comprender en todos sus aspectos el maltrato infantil en un contexto geográfico determinado se necesitan los elementos siguientes:

- Respecto al maltrato sin consecuencias mortales:
 - encuestas epidemiológicas demográficas;
 - información obtenida caso por caso y comunicada al propio organismo y a otros organismos;
 - recopilación día a día de los casos atendidos en los servicios médicos de emergencia, en los servicios de protección del niño y en otros servicios.
- Respecto al maltrato con consecuencias mortales:
 - sistemas de investigación médico-jurídica de todas las defunciones conocidas y presumidas por causas externas y de todas las muertes inesperadas de niños pequeños.

2.1 Definiciones del maltrato infantil a efectos prácticos

Para poder clasificar y enumerar los casos de maltrato infantil, las definiciones teóricas indicadas en la sección 1.1 han de traducirse en definiciones prácticas, basadas en un sistema de clasificación universalmente aceptado. A efectos epidemiológicos y, en gran parte, de gestión sanitaria, la clasificación internacional de diagnósticos habitualmente utilizada es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Esta clasificación se utiliza para monitorizar la incidencia y prevalencia del maltrato infantil y para evaluar su asociación a otras variables, y en particular a las características y circunstancias que rodean a los niños y a las familias afectadas. En la presente guía se recomienda utilizar la CIE para el registro de los casos de maltrato infantil, sean o no de consecuencias mortales, constatados en los servicios de atención sanitaria.

La mayoría de los países han publicado directrices oficiales para la codificación y presentación de informes, basadas en la novena o décima versión revisada de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, tales directrices sólo pueden ser utilizadas en un número limitado de servicios – y aún así con carácter selectivo-, y la clasificación resultante puede no ser fiable. En tales casos, probablemente sería útil crear un grupo de trabajo que se encargue de mejorar la clasificación y de desarrollar un conjunto convenido de directrices sobre la manera de asignar los códigos de la CIE a los casos conocidos y presumibles de maltrato infantil.

La clasificación con arreglo a la CIE sólo será posible si previamente uno o varios profesionales médicos han aplicado un tratamiento y han hecho todo lo posible por determinar de manera concluyente las causas externas del problema en cuestión. La clasificación de las causas de la defunción suele estar basada en los informes de los forenses y en sus conclusiones declaradas ante el juez. Cuando las consecuencias no son mortales, las causas de las lesiones suelen clasificarse en base a la información contenida en los ficheros sobre los pacientes internos de los hospitales y sobre los pacientes ambulatorios de los departamentos de urgencias.

Los dos componentes principales de una clasificación CIE están determinados por el estado del paciente (por ejemplo, cuando presenta una hemorragia subdural traumática) y por sus causas externas. Cuando ello es posible, se indica asimismo la relación entre el perpetrador y su víctima (por ejemplo, una paliza propinada por un padre adoptivo). El maltrato infantil puede tener consecuencias muy diversas para la salud: embarazos, enfermedades de transmisión sexual, caries dentales, fracturas de la bóveda craneana, o quemaduras en las piernas. Aunque en algunos casos el estado del paciente apunta más claramente que en otros al maltrato infantil, la clasificación de determinado caso como un episodio de maltrato o de presunto maltrato se establece mediante la asignación de una causa externa: el denominado código E.

A efectos de atención sanitaria y de clasificación, para la asignación de los códigos

RECUADRO 2.2

Normas del Departamento de Sanidad y Servicios Humanos del Gobierno Federal de Estados Unidos para la asignación de códigos E de tipo CIE-9 a los casos de maltrato infantil conocidos y presumibles

A. Directrices sobre los abusos en niños y adultos

1. Cuando la causa de una lesión o desatención sea el abuso intencional de un niño o adulto, se asignará el primer código E indicador en las categorías E960 a E968: "Homicidio y lesiones infligidos deliberadamente por otras personas" (exceptuando la categoría E967). Se añadirá un código E de la categoría E967: "Palizas a niños y adultos y otros maltratos", con el fin de identificar al perpetrador, si fuese conocido.
2. En los casos de desatención en que se haya determinado que las causas son accidentales, el primer código E indicador será E904.0: "Abandono o desatención de un lactante o persona desprotegida".

B. Directrices cuando la intención sea desconocida o sospechada

1. Cuando no se conozca o no se especifique la intención (consecuencia no intencionada, daños autoinfligidos o asalto) de la causa de determinada lesión o envenenamiento, se utilizará el código "No determinado" (E980 a E989).
2. Cuando la intención (consecuencia no intencionada, autoagresión o asalto) de la causa de ciertas lesiones o envenenamiento sea cuestionable, probable o presumible, se aplicará el código "No determinado" (E980 a E989).

C. Causa no determinada

Cuando la intención de una lesión o envenenamiento sea conocida pero se desconozcan sus causas, se utilizarán los códigos E928.9: "Accidente no especificado", E958.9: "Suicidio y lesiones autoinfligidos por medios no especificados", y E968.9: "Asalto por medios no especificados".

de causa externa de la CIE podrían aplicarse las reglas elaboradas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, que figuran en el recuadro 2.2.

2.2 Encuestas epidemiológicas demoscópicas

La información sobre el maltrato infantil obtenida de los casos notificados y de los estudios cualitativos proporciona un buen punto de partida para establecer la existencia o no de un problema. Sin embargo, no permite comprender los efectos del maltrato infantil sobre el conjunto de la población. Una gran parte del maltrato infantil no llega a ser nunca detectada o notificada. No cabe esperar que el maltrato recibido por la totalidad de los niños de una población sea de la misma magnitud que el oficialmente reconocido, o que el considerado en las muestras de conveniencia frecuentemente utilizadas en la investigación cualitativa. Para conocer más a fondo la escala del maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo, las fuentes de información no deberían limitarse al seguimiento de casos individualizados y a la investigación cualitativa, sino que deberían hacer uso de encuestas de población basadas en muestreos probabilísticos. En ellas debería recabarse información acerca de:

- la imposición de castigos físicos severos y moderados;
- la exposición al maltrato infantil;
- los comportamientos actuales que revisten riesgo para la salud;
- el estado de salud actual.

Convendrá repetir estas encuestas para cada grupo de edad a intervalos periódicos, o utilizar diferentes grupos de edad como muestra en una sola oleada de recopilación de datos. Además de aportar información sobre la escala y consecuencias del maltrato infantil, las encuestas permitirán además conocer la respuesta de ese fenómeno ante

los esfuerzos de prevención. Además, las preguntas referentes a los factores de riesgo y de protección pueden ser integradas en otras encuestas ya existentes sobre los factores de riesgo conductual, proporcionando de ese modo valiosos datos sobre ese tipo de factores.

De los numerosos instrumentos conceptuales utilizados en las encuestas de población sobre el maltrato infantil, cuatro son particularmente adecuados para obtener información útil con miras a la planificación de políticas y programas preventivos. Estos cuatro instrumentos son:

- la escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo;
- los cuestionarios sobre experiencias infantiles adversas;
- el cuestionario de detección biográfica de violencia pasiva;
- las herramientas de detección de abusos infantiles de ISPCAN.

Escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo

La escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo¹ es una subescala de la denominada “escala de tácticas conflictuales”, basada en 80 preguntas y desarrollada por Straus² con el fin de explorar los conflictos y la violencia en el seno de la familia. La escala está particularmente orientada a los adultos de la familia. De las 80 preguntas, 20 están dirigidas a los padres y exploran la relación de éste con el niño. Otras 20 preguntas a los progenitores hacen referencia a su pareja o cónyuge y a las interacciones de esta persona con el niño. Cuando no hay pareja, estas preguntas se omiten. Las 40 últimas preguntas se refieren a las interacciones entre uno de los progenitores y su pareja o cónyuge.

La escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo evalúa la reacción de uno de los progenitores ante el comportamiento del niño. Se trata de averiguar si en caso de conflicto el progenitor optará, por ejemplo, por conversar serenamente sobre el tema, gritar al niño o insultarlo, salir enfurecido de la habitación, amenazarlo con una azotaina o intentar golpearlo. Las preguntas exploran de manera gradual distintos comportamientos crecientemente coercitivos y agresivos. Las respuestas puntúan en una escala de 0 a 7, donde 0 corresponde a “nunca”, y 6 a “casi a diario”.

La escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo ha sido ampliamente utilizada en muchos países de alto nivel de ingresos. Se ha aplicado también con éxito en el contexto de los estudios de WORLDSAFE, para obtener datos sobre el comportamiento de los padres u otros miembros de la familia en países tales como Brasil, Chile, Egipto, India y Filipinas.

El “estudio sobre experiencias infantiles adversas”

Como se ha señalado en la Introducción, uno de los acontecimientos científicos más importantes del último decenio ha sido la demostración de los vínculos entre el maltrato infantil, los comportamientos de riesgo sanitario y determinadas enfermedades crónicas. Los cuestionarios de estudio sobre experiencias infantiles adversas (EIA) (véase en el apéndice 1 el texto de los cuestionarios) proporcionan un modelo de base para cualquier nuevo estudio que investigue esos vínculos. Los cuestionarios aparecen en dos versiones (para varones y para hembras), e incluyen a su vez un cuestionario sobre el “historial de salud familiar” y otro sobre “evaluación de la salud física”, orientados al

¹ Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:249–270.

² Straus MA et al. The revised Conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 1996, 17:283–316.

maltrato infantil, las disfunciones domésticas y otros factores socioconductuales.¹ No están sujetos a derechos de autor, y su utilización es gratuita, aunque CDC y Kaiser Permanente (una organización que presta servicios sanitarios sin ánimo de lucro en Estados Unidos) solicitan un ejemplar de todos los artículos de investigación basados en tales cuestionarios.

El historial de salud familiar consta de 68 preguntas que abordan diversos tipos de maltrato infantil, adversidades infantiles resultantes de disfunciones domésticas, y factores de riesgo. Todas sus preguntas comienzan haciendo referencia a la etapa en que el entrevistado estaba desarrollándose, durante los primeros 18 años de vida. Seguidamente, se exploran los distintos tipos de posibles maltratos, disfunciones domésticas y factores de riesgo mediante las preguntas siguientes.

- **Maltrato, por categorías**

- *Psicológico*

- Preguntas: ¿alguno de sus padres u otro adulto de la unidad familiar...**

- profiere exabruptos o insultos contra usted o lo ha humillado, con frecuencia o con mucha frecuencia?
 - se ha comportado, con frecuencia o con mucha frecuencia, de tal modo que ha temido usted ser físicamente agredido?

- *Físico*

- Preguntas: ¿alguno de sus progenitores u otro adulto de la unidad familiar...**

- lo ha empujado, agarrado o abofeteado con frecuencia o con mucha frecuencia?
 - lo ha golpeado, con frecuencia o con mucha frecuencia, tan fuerte que le ha dejado marcas en el cuerpo o lesiones?

- *Sexual*

- Preguntas: ¿alguno de sus progenitores u otro adulto de la unidad familiar...**

- lo ha tocado o acariciado de manera libidinosa?
 - ha tocado su cuerpo de manera libidinosa?
 - ha intentado practicar relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?
 - ha tenido relaciones orales, anales o vaginales con usted?

- **Disfunciones domésticas, por categorías**

- *Abuso de sustancias*

- Preguntas: ¿ha vivido usted con alguien...**

- que fuera alcohólico o bebedor compulsivo de alcohol?
 - que consumiera estupefacientes?

- *Enfermedades mentales*

- Preguntas:**

- ¿alguno de los miembros de su unidad familiar estaba deprimido o padecía una enfermedad mental?
 - ¿alguno de los miembros de su unidad familiar ha intentado suicidarse?

- *Trato violento por parte de la madre*

- Preguntas: ¿con respecto a su madre (o madrastra) ...**

- ¿ha sido a veces, frecuentemente o muy frecuentemente empujado, agarrado o abofeteado, o le han arrojado objetos?

¹ Estos cuestionarios pueden descargarse del sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), en <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/> (visitado el 7 de junio de 2006).

- ¿ha sido a veces, frecuentemente o muy frecuentemente objeto de patadas, mordiscos, puñetazos, o golpes con un objeto contundente?
- ¿ha sido golpeado repetidamente como mínimo durante varios minutos?
- ¿ha sido alguna vez amenazado o herido con un cuchillo o una pistola?

— *Conductas delictivas en la unidad familiar*

Preguntas:

- ¿alguno de los miembros de su unidad familiar ha estado alguna vez en prisión?

• **Factores de riesgo**

— *Preguntas sobre:*

- tabaquismo;
- obesidad severa;
- inactividad física;
- depresión;
- intentos de suicidio;
- alcoholismo;
- consumo de estupefacientes;
- consumo de estupefacientes por vía parenteral (por ejemplo, de drogas inyectables);
- promiscuidad sexual elevada (“se entiende por “elevada” el contacto sexual con 50 o más personas);
- un historial con enfermedades de transmisión sexual.

El cuestionario de evaluación de la salud física contiene preguntas pormenorizadas sobre el estado de salud del entrevistado, según su propia valoración, y de otros tipos, con el fin de averiguar si ha padecido:

- enfermedades coronarias isquémicas (en particular, ataques al corazón o consumo de nitroglicerina para el dolor pectoral durante la realización de un esfuerzo);
- algún tipo de cáncer;
- ataques cerebrovasculares;
- bronquitis crónica, asma o enfisema (enfermedad pulmonar obstructiva crónica);
- diabetes;
- hepatitis o ictericia;
- alguna fractura ósea (como indicador del riesgo de lesiones involuntarias);
- cefaleas crónicas, dolores de espalda o abdominales.

En el momento de redactarse el presente texto, los cuestionarios de estudio EIA han sido aplicados en China y en Estados Unidos.

Cuestionario de detección biográfica de violencia pasiva

El cuestionario de detección biográfica de violencia pasiva¹ está basado en un subconjunto de preguntas del cuestionario sobre violencia pasiva juvenil, recientemente elaborado, que recaba datos sobre la violencia pasiva en la infancia. Contiene 20 preguntas, que abarcan cuatro grandes aspectos del maltrato a niños y jóvenes:

- abusos físicos y desatención por parte de los padres o miembros de la familia (cuatro preguntas);
- violencia pasiva de naturaleza sexual (ocho preguntas);

¹ Turner HA, Finkelhor D, Omrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*. 2006, 62:13–27.

- contemplación presencial de violencia familiar (dos preguntas);
- otras formas importantes, directas o indirectas, de exposición a la violencia (seis preguntas).

Estas preguntas tienen por objeto obtener información sobre la exposición a determinadas formas de maltrato a lo largo de toda la vida. Cada una de ellas va seguida de otras destinadas a clasificar el tipo de maltrato. Con estas preguntas adicionales, se trata de averiguar:

- las características del perpetrador o perpetradores;
- si se ha utilizado un arma;
- si se han inferido lesiones;
- si el maltrato se ha producido en el contexto de otro suceso.

El cuestionario determina también la adversidad en la vida del niño en términos acumulativos, mediante una serie de preguntas diversificadas quince de las cuales hacen referencia a episodios traumáticos no causados por abusos y a fuentes de estrés crónicas, particularmente en relación con:

- traumas no causados por agresiones o abusos (por ejemplo, enfermedades graves, lesiones involuntarias, encarcelamiento de padres, desastres naturales);
- adversidades de carácter más crónico (por ejemplo, consumo continuado de sustancias por miembros de la familia, disputas constantes entre los padres, o actitudes persistentes de mofa por el aspecto físico).

En el momento de redactar el presente artículo, este cuestionario ha sido aplicado únicamente en Estados Unidos, mediante entrevistas telefónicas a una muestra de más de 2000 niños y adultos, representativa a nivel nacional.

Herramientas de detección del abuso infantil de ISPCAN (ICAST)

Con el apoyo de UNICEF, ISPCAN ha aunado las fuerzas de más de 120 expertos de más de 40 países, muchos de ellos en desarrollo, para diseñar unas herramientas aplicables a nivel internacional que cuantifiquen el maltrato infantil.¹ Se han desarrollado tres instrumentos basados en preguntas dirigidas:

- a los padres, sobre diferentes comportamientos que éstos podrían utilizar para imponer disciplina;
- a los jóvenes de 18 a 24 años, sobre su exposición a la violencia durante su infancia;
- a los niños mayores, sobre sus experiencias recientes en relación con la violencia.

La finalidad principal de esas herramientas es estimar la escala del problema en base a un muestreo de población, y calcular las tasas de incidencia o de prevalencia. Pueden ser utilizadas como tales, o pueden ser integradas en encuestas más amplias que evalúen otros tipos de abusos y analicen los factores de riesgo y las consecuencias para la salud, por ejemplo mediante los cuestionarios sobre experiencias infantiles adversas anteriormente indicados. Han sido sometidos a prueba en condiciones reales en siete países en desarrollo pertenecientes a cinco regiones, y traducidos a varios idiomas.

La herramienta ICAST-P (para progenitores) tiene por objeto recabar información de progenitores con hijos menores de 18 años. Contiene 46 preguntas sobre las prácticas empleadas durante el último año y a lo largo de la vida del niño, y en particular sobre

¹ Para una más amplia información sobre ICAST, véase: Des Runyan, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, Estados Unidos de América drunyan@med.unc.edu; Michael Dunne, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia; ISPCAN.

las posibles situaciones de desatención y actos de disciplina o violencia. Estas preguntas hacen también referencia al comportamiento de otro progenitor o cuidador. Las preguntas abarcan actitudes disciplinarias tanto positivas como negativas. Con el fin de evaluar las tasas de desatención, contiene también preguntas sobre las necesidades básicas del niño. Para estimar las tasas de abuso sexual, se pregunta al progenitor si tiene conocimiento de que el niño haya sido tocado de manera libidinosa, o de que haya tenido relaciones sexuales con un adulto.

El instrumento ICAST-R (retrospectivo), que contiene 26 preguntas, está destinado a jóvenes de entre 18 y 24 años. Contiene preguntas sobre las experiencias de abusos sexuales, físicos y emocionales con anterioridad a los 18 años. El cuestionario trata también de establecer en qué fechas y con qué frecuencia han sucedido los hechos, y quién ha infligido los abusos.

La herramienta ICAST-C (para niños) está pensada para niños de 12 a 17 años, a los que se pregunta por sus experiencias de violencia o abuso pasivos, tanto a lo largo de su vida como durante el último año. Ha sido el más difícil de desarrollar, a causa de los problemas que entraña el consentimiento argumentado de los niños, la notificación a las autoridades judiciales, y otros aspectos éticos. Aunque consta de 82 preguntas, el investigador puede limitarse a preguntar por los actos de violencia padecidos en un entorno dado, por ejemplo el hogar o la escuela. Las preguntas abarcan diversos tipos de violencia verbal, física y sexual, así como las situaciones de desatención. El carácter delicado de las cuestiones que en él se abordan aconseja el anonimato de los entrevistados.

Adaptación de los métodos de encuesta a las condiciones locales

Para poder comparar directamente los resultados de encuestas realizadas en medios diferentes, lo ideal sería utilizar en todas ellas los mismos cuestionarios, métodos de investigación y técnicas de entrevista. En la realidad, sin embargo, las diferencias en cuanto al nivel cultural, al grado de familiaridad con ese tipo de entrevistas y a la disposición del entrevistado a hablar de temas delicados obligarán a adaptarse, al menos en cierta medida, a las condiciones locales.

Tales modificaciones, que deberían reducirse al mínimo posible, se determinarán mediante una serie de pruebas meticulosas con personas y grupos específicos de la población abarcada por la encuesta. El carácter delicado de las preguntas aconseja preparar a fondo a los entrevistadores para que las entrevistas sean absolutamente confidenciales y la base de datos no contenga ningún dato identificativo.

Al presentar los resultados, se indicarán claramente las modificaciones introducidas en los métodos de encuesta. Además, las conclusiones extraídas de los resultados de la encuesta deberían tener presentes los posibles efectos de tales modificaciones.

Estrategias de muestreo

Las estrategias de muestreo probabilístico tienen por objeto seleccionar una muestra lo más representativa posible del conjunto de la población, de modo que sus conclusiones sean generalizables en la mayor medida posible a la totalidad de la población. Algunas de estas estrategias están basadas, por ejemplo, en técnicas de muestreo aleatorio simple, muestreo sistemático, muestreo estratificado, muestreo por conglomerados, o muestreo multietapa, que es una variante compleja del muestreo por conglomerados. La muestra probabilística – o representativa – seleccionada determinará los recursos humanos y financieros necesarios para realizar la encuesta. Asimismo, afectará a la significancia estadística de los resultados y a la mayor o menor posibilidad de generalizarlos. El inves-

tigador que carezca de experiencia en la selección de muestras debería consultar a un experto antes de decidirse por una estrategia de muestreo.

Tamaño de las muestras

La estrategia de muestreo no es el único aspecto de la metodología demoscópica que afecta a la validez de las conclusiones. El tamaño de la muestra influye sobremedida en la precisión de los resultados. Por ello, hay que determinarlo con extremo cuidado. Cuanto menos frecuente sea el fenómeno estudiado, mayor deberá ser la muestra de población para poder detectarlo. Los estudios epidemiológicos de tipo demoscópico deberán abarcar una muestra de tamaño suficiente para cuantificar la fiabilidad de los distintos tipos de maltrato y de sus diversas consecuencias. Diferentes tipos de maltrato y diferentes factores de riesgo suceden con frecuencias diferentes. Dado que todos estos aspectos suelen abordarse en una única entrevista, convendrá siempre calcular el tamaño de la muestra atendiendo al tipo de maltrato o de factor de riesgo que (según otros estudios realizados en condiciones similares) sea menos frecuente.

Antes de calcular el tamaño apropiado de una muestra, es necesario conocer:

- la **estrategia de muestreo** que se va a utilizar. El tamaño correcto de la muestra no suele ser el mismo, por ejemplo, cuando se utiliza un muestreo por conglomerados que cuando el muestreo es aleatorio simple;
- una estimación de la **frecuencia esperada del fenómeno** y del **margen de error máximo aceptable**;
- el **grado de precisión** deseado. El grado de precisión suele aumentar con el tamaño de la muestra;
- el **método de análisis de los datos**. El tipo de análisis estadístico que se aplique podría obligar a modificar el tamaño de la muestra. Por ejemplo, para estimar simplemente la prevalencia de los abusos físicos en la población observada se necesitará una muestra menor que para detectar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de los abusos físicos de los diferentes subgrupos de población.

A título de ejemplo, las relaciones sexuales orales, anales o vaginales completas serán probablemente, en la mayoría de las circunstancias, las formas menos frecuentes de abuso sexual sin consecuencias mortales. La prevalencia mundial de estos abusos es de aproximadamente un 6% en mujeres y de un 2% en varones.¹ Por ello, se recomienda utilizar esas cifras como punto de partida para calcular el tamaño de la muestra en aquellos contextos en que no sea posible disponer de una estimación más acertada obtenida mediante estudios de ámbito local.

El tamaño de la muestra puede calcularse mediante fórmulas matemáticas o aplicaciones informáticas de cálculo estadístico. Una de ellas es, por ejemplo, el programa STATCALC, de Epi Info™.² La importancia de calcular correctamente el tamaño de la muestra y la complejidad que ello conlleva aconsejan seriamente consultar los cálculos con un estadístico profesional.

Consideraciones éticas

Dado que abordan episodios de maltrato graves, las encuestas que indagan en el presente y en el pasado reciente de niños y adultos deberían ser una opción sólo cuando

¹ Andrews G et al. Child sexual abuse. In Ezzati M et al, eds. *Comparative quantification of health risk (Volumen 2)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004:1851–1940.

² Epi Info™ puede descargarse gratuitamente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

se disponga de recursos adecuados para garantizar la resolución del problema o para poner éste en conocimiento de las autoridades pertinentes. Tanto la escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo como el cuestionario de detección biográfica de violencia pasiva pueden revelar casos de maltrato actual o reciente. En cambio, los cuestionarios de estudio EIA, orientados a experiencias acaecidas muchos años antes de la entrevista, tienen menos probabilidades de descubrir situaciones de violencia o abusos graves que precisen de una intervención inmediata. En cualquier caso, las encuestas deberían realizarse de manera que no comprometan al entrevistado. Por ello, el planteamiento del estudio deberá ser siempre supervisado por un comité de ética.

2.3 Información sobre casos atendidos

Este término designa la información obtenida de personas y familias que han protagonizado situaciones de maltrato y que están siendo atendidas para contrarrestar sus efectos. Reuniendo y dando a conocer la información básica sobre los casos atendidos se mejorará la protección de los niños maltratados y se contribuirá a la vigilancia del maltrato infantil. Incluso en comunidades en que los sistemas de protección del niño se consideran muy adelantados, la omisión de esa información en las comunicaciones internas y externas de las unidades de servicio se traduce normalmente en situaciones – evitables – de sufrimiento, e incluso defunción, del niño.

Los niños expuestos a posibles maltratos, al igual que los padres y otros miembros de sus familias, interactúan frecuentemente con diversas entidades de prestación de servicios. Puede darse el caso de ser tratados repetidamente por lesiones en uno solo o en distintos centros de atención sanitaria. Sus familias pueden entrar en contacto con organismos de servicio social en relación con la vivienda, la educación, el bienestar social o la protección del niño. Cada una de esas interacciones es una oportunidad para detectar el maltrato e intervenir. Siempre que una familia o un niño acuda a un organismo de servicio social, sea cual sea su ámbito de actuación, y se confirme o presuma un caso de maltrato infantil, convendría documentar la información básica en relación con el caso.

Es importante tomar constancia de más de una variable, tanto para la conducción del caso como con fines de vigilancia. Sin embargo, la utilización de información personal sobre el niño y sus cuidadores plantea problemas de confidencialidad. Por ello, la información debería anotarse de manera que pueda ser excluida a efectos de vigilancia. En ocasiones, la obligación de confidencialidad podría impedir a los organismos intercambiar información sobre ese tipo de casos. Convendría abordar con urgencia ese tipo de situaciones, a fin de eliminar los obstáculos que impidan comunicar la información esencial, y sin por ello dejar de observar una estricta confidencialidad.

En la Figura 2.1 se han representado las variables que convendría registrar en cada caso. Según el tipo de entidad que presta el servicio y la naturaleza de la interacción con el niño y la familia, algunas de esas variables podrían quedar en blanco. Con todo, es importante reunir el mayor volumen de información posible. La utilización de formularios a tal fin podría mejorar la calidad y cantidad de la información anotada. Un ejemplo valioso de ello es el formulario de evaluación de maltratos utilizado en un estudio canadiense sobre la incidencia de casos de abuso y desatención infantil notificados.¹ Por sí sola, la documentación de estos casos no será suficiente para mejorar la protección de los niños; los organismos y sectores concernidos deberían compartir también información sobre los niños susceptibles.

¹ Trocmé N et al. Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2003. Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services, Canada, 2005. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/index.html> (visitado el 28 de junio de 2006).

Figura 2.1 Datos que convendrá obtener en casos confirmados y no confirmados de maltrato infantil

Tanto en los casos confirmados como no confirmados de maltrato infantil convendrá tomar constancia de la información siguiente.

■ Características del niño

- Edad
- Sexo
- Raza o etnicidad
- Situación en el hogar
- Situación educativa
- Dirección
- Maltratos anteriormente notificados
- Discapacidades físicas o de desarrollo

■ Datos relativos al maltrato

- Fuente y fecha de la alegación
- Forma o formas del maltrato
- Grado de certidumbre del informe (por ejemplo, “presumible” o “fundamentado”)
- Gravedad de los daños
- Duración del maltrato
- Organismos que lo investigan

■ Características del presunto perpetrador o perpetradores

- Relación con el niño
- Historial de abusos
- Edad
- Sexo
- Situación laboral
- Dirección
- Raza o etnicidad
- Alegaciones anteriores de maltratos similares
- Historial de abuso de estupefacientes o de alcohol

■ Características del cuidador, cuando éste sea distinto del presunto perpetrador

- Edad
- Sexo
- Relación con el niño
- Historial de abusos
- Situación laboral
- Estado civil
- Nivel de educación
- Raza o etnicidad
- Interacción con organismos dispensadores de servicios

■ Características del hogar

- Ingresos de la unidad familiar
 - Número de integrantes del hogar
 - Descripción de otros niños de la unidad familiar y de su relación con el niño
 - Distribución de los alojamientos
 - Informes anteriores de maltrato
 - Discapacidades físicas o de desarrollo
-

Adaptado de: *A Conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*. Ottawa: Ministerio de Obras Públicas y Servicios Estatales de Canadá, 2001.

Vigilancia de los casos notificados

Casos sin consecuencias mortales

La vigilancia – o la recopilación metódica de datos sobre el maltrato infantil – está supe-
ditada a los casos notificados a las autoridades o detectados por éstas. Escapan, pues, a
su conocimiento gran número de incidentes de maltrato infantil que no son notificados.
La vigilancia de los casos notificados puede revelar tendencias respecto a la prestación o
utilización de un servicio, pero no proporciona una panorámica adecuada del problema.
Siempre que sea posible, convendría pues suplementar los sistemas de vigilancia con
encuestas demoscópicas, como se indica en la sección 2.1. La incorporación de sus resul-
tados es especialmente importante cuando no existe un sistema de protección infantil
consistente que aporte información sobre los casos notificados, o cuando la mayoría de
éstos no son puestos en conocimiento de las autoridades.

La recopilación metódica de datos sobre el maltrato infantil ha de estar basada en
unas definiciones aceptadas y de uso común, a fin de que las categorías de datos sean
uniformes y los grupos de datos puedan ser eficazmente comparados. Para mantener una
vigilancia adecuada, habría que establecer unas definiciones de trabajo claras, de común
acuerdo entre los diferentes sectores que recopilan datos. No obstante, el proceso de
determinación y aceptación común de las definiciones prácticas llevará probablemente
un tiempo, y debería abordarse con cautela. Estas definiciones deberían ser sensibles y
específicas (es decir, arrojarían un pequeño número de falsos negativos y falsos posi-
tivos, respectivamente), y deberían ser simples e inequívocas. Para obtener un número
mínimo de falsos positivos y pasar por alto un número mínimo de casos verdaderos,
sería útil clasificar los casos en “fundamentados”, “presumibles” y “no fundamentados”,
e incluir estas categorías en los informes.

En muchos países existen uno o más organismos que recopilan y procesan informa-
ción sobre los casos de maltrato infantil notificados. Siempre que sea posible, los siste-
mas de vigilancia deberán apoyarse en ellos; lo ideal sería que coordinaran los sistemas
actualmente utilizados en distintos sectores cuando tales sistemas sean independientes
entre sí. Se han identificado ya en buena parte los componentes de que debería constar
un sistema eficaz para la vigilancia del maltrato infantil, así como la manera de estable-
cer éste.

En el cuadro 2.1 se indican los atributos de un sistema de vigilancia eficaz. Para
una más amplia información, véase la publicación OMS/CDC “Injury Surveillance
Guidelines”¹ y el marco conceptual y epidemiológico de Canadá para la vigilancia del
maltrato infantil.²

Maltrato infantil con consecuencias mortales

Como ya se ha indicado, no es fácil objetivizar este tipo de casos ni mediante encues-
tas demoscópicas ni mediante la información obtenida en los servicios de atención.
Preguntando a los adultos sobre los casos de niños fallecidos por actos deliberados de
un progenitor u otro miembro de la familia será difícil obtener respuestas sinceras.
Algunas muertes por maltrato pueden suceder tan rápidamente que, aunque el familiar
tenga intención de llevar al niño a un servicio médico de emergencia, no tiene ocasión
de hacerlo, y el cuerpo del niño es eliminado sin dar parte a las autoridades. Por ello,
sólo será posible obtener información exacta sobre las muertes por maltrato infantil en
aquellos lugares en que:

¹ Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

² *A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*. Ottawa: Ministerio de Obras Públi-
cas y Servicios Estatales de Canadá, 2001.

Cuadro 2.1 ¿De qué elementos consta un sistema de vigilancia adecuado?

Simplicidad	El sistema debería obtener los datos necesarios de la manera más simple y directa posible.
Flexibilidad	El sistema debería poder adaptarse, con un costo mínimo, a los cambios de las condiciones de trabajo y de los requisitos en materia de datos.
Aceptabilidad	Las personas de las que se recabe información, mediante entrevistas o por otros medios, deberían estar dispuestas a participar y, de ser posible, a opinar sobre el tipo de sistema que se adoptará.
Fiabilidad	Un sistema fiable es aquel que detecta una proporción abrumadora de casos confirmados en la población seleccionada, excluyendo la mayoría de los casos no confirmados; en otras palabras, el sistema debería ser extremadamente sensible y específico y tener una alta capacidad predictiva. Ello permitirá al usuario final confiar en la exactitud de los datos.
Utilidad	El sistema debería ser práctico y abordable en términos de recursos, y arrojar luz sobre el problema.
Sostenibilidad	El sistema debería ser fácil de mantener y actualizar, asignando unos recursos humanos y financieros adecuados para mantener las actividades.
Puntualidad	El sistema debería generar información actualizada con la menor dilación posible.

Adaptado de: *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, OMS, 2004.

- sea obligatorio por ley comunicar esas defunciones;
- la obligación se haga cumplir;
- existan mecanismos para el examen médico-jurídico de todas las defunciones confirmadas o presumibles por lesiones o causas externas, y en particular de todas las muertes inesperadas de niños pequeños.

Para ser efectivos, tales mecanismos deberán abordar todas las defunciones sospechosas, y no sólo las que evidencian ser consecuencia de un maltrato. Hay un alto porcentaje de defunciones, particularmente en los grupos de menor edad, en que la causa exacta de la muerte no es fácil de descubrir, incluso en un examen postmortem. En tales casos es necesario investigar más a fondo antes de llegar a una conclusión definitiva. Son relativamente pocos los países que cuentan con leyes y mecanismos a tal efecto. Por ello, la mayoría de los países tienen una perspectiva incompleta de esos casos, en la que suelen predominar los casos más publicitados por los medios de comunicación. Por consiguiente, no es aconsejable utilizar ese tipo de información para planificar los programas de prevención del maltrato infantil o los servicios destinados a sus víctimas.

El establecimiento de mecanismos médico-jurídicos que abarquen todos los aspectos de la identificación forense, investigación, clasificación y registro de las defunciones es un proceso arduo y costoso. Aunque la obtención de información epidemiológica sobre los casos fatales de maltrato infantil plantea un problema difícil cuando no existen los mecanismos médico-jurídicos necesarios, algunos países han considerado útil crear equipos de trabajo para el estudio de la mortalidad infantil (véase el recuadro 2.3).

Información de retorno para los organismos que suministran información

Con el fin de mejorar la continuidad de los mecanismos de vigilancia del maltrato infantil, es aconsejable que los organismos que suministran la información reciban frecuentemente información de retorno. Ésta puede consistir en informes periódicos que contengan un análisis básico de los datos enviados por cada organismo. Este tipo de informes pueden ayudar a los organismos a gestionar mejor sus recursos humanos o de otro tipo, y a adaptar el servicio que prestan a la demanda de los usuarios. En tales informes puede indicarse también en qué manera han contribuido los datos de cada organismo a conseguir determinados objetivos, por ejemplo en materia de desarrollo de políticas, planificación de programas, evaluación de resultados o campañas contra el maltrato.

RECUADRO 2.3

Un sistema internacional para las defunciones infantiles

Se acaba de recibir un aviso indicando que un niño se ha caído de un sofá y no respira. El personal de emergencia trata de salvar su vida, pero el niño fallece en el hospital local. En otro hospital hay fichas que registran caídas y lesiones en ocasiones anteriores. Los vecinos han oído disputas. El padre está fichado por la policía. Un grupo de mujeres ha oído a la madre decir que tenía miedo de situaciones violentas. Sin embargo, nadie tiene más información que la que ha obtenido directamente.

Las radiografías efectuadas y un examen postmortem revelan indicios de abusos físicos que no pueden deberse a la caída de un sofá. El cómo y el porqué de la muerte, sin embargo, sólo empiezan a esclarecerse cuando diversos organismos y profesionales comparten información mediante un equipo de trabajo que examina los casos de muerte infantil. Lo que en un principio parecía ser una lesión accidental termina siendo declarado un caso de homicidio.

El Equipo de estudio de casos de muerte infantil (CFRT) fue constituido en Los Angeles, Estados Unidos, en 1978, con el patrocinio del Consejo interorganismos sobre abusos y desatención infantil (ICAN) de la circunscripción de Los Angeles. Posteriormente, el ICAN fue nombrado Centro nacional de estudio de casos de muerte infantil de Estados Unidos (NCFR). Se han constituido también otros equipos de trabajo con una estructura similar, integrados por médicos forenses, oficiales de policía, representantes de servicios sociales y tribunales, y funcionarios de atención sanitaria y de salud pública. Algunos de ellos incluyen también representantes de escuelas y del sector de la sanidad mental y, ocasionalmente, también miembros de la comunidad.

En el año 2001 existían aproximadamente 1000 equipos de esas características en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos. En Filipinas se ha incorporado recientemente un modelo, basado en la atención hospitalaria, que podría ser más apropiado para los países en desarrollo. Una red internacional conecta actualmente ICAN y NCFR en Los Angeles, y están previstos o ya en sus primeras fases programas al respecto en China, Estonia, Islandia, Irán, Japón, Jordania, Líbano, Países Bajos y Reino Unido, mientras en muchos otros países aumenta el interés sobre este particular.

Las víctimas mortales de los abusos son jóvenes; aproximadamente un 40% de ellos son lactantes, y un 80% son menores de seis años. La causa más común de la muerte es el traumatismo en la cabeza, seguido de los traumatismos por golpes en el cuerpo. La mayoría de las lesiones han sido causadas con las manos o con los pies, sin intervención de otras armas. En tales casos, los datos que se trata de obtener hacen referencia a la raza, el sexo, la edad, el abuso de sustancias y la relación con el perpetrador. Puede suceder que un grupo de estudio comience con un caso evidente de maltrato infantil con consecuencias letales para, seguidamente, identificar otras muertes infantiles causadas por lesiones. Todas las muertes infantiles, sea cual fuere su causa, suelen ser examinadas por pequeños grupos de estudio de ámbito local. Estas actividades redundan siempre en una mejor cooperación entre organismos, y los informes del grupo de estudio aportan material de utilidad para los programas de educación pública y prevención.

Algunos grupos cooperan con equipos de otros países. Aunque el modelo básico es siempre el mismo, las actividades de esos grupos reflejarán los intereses, la cultura y los recursos locales. Algunos países cuentan con programas desarrollados por organismos de prevención del abuso infantil, mientras que otros se dedican más bien a la familia extensa y a la comunidad.

Secundando la iniciativa de estos grupos que estudian los casos de muerte infantil, se están creando unidades de trabajo para analizar otros tipos de violencia, y en particular de violencia doméstica y de abuso de ancianos con consecuencias mortales. Hay también planes para estudiar las lesiones sin consecuencias mortales en niños hospitalizados.

La información, como medio para convencer a los responsables de políticas

Para que una iniciativa contra el maltrato infantil sea eficaz es necesario analizar e interpretar correctamente los datos obtenidos de las encuestas y de los servicios de atención, y exponer y difundir adecuadamente sus resultados. Para persuadir a los responsables de políticas de la necesidad de actuar decididamente contra el maltrato infantil, el análisis y la notificación de los datos deberán poner de relieve tres elementos importantes:

- **la magnitud del problema en comparación con otros.** Para tener una idea de la magnitud del maltrato infantil, será útil comparar éste con:
 - la magnitud de otros peligros para la salud pública;

- la magnitud del maltrato infantil en otros países;
- el costo humano que acarrear los desastres y tragedias colectivas que aparecen en los medios de comunicación.

- **las relaciones entre el maltrato infantil y diversos factores socioeconómicos y medioambientales.** Si se desea evidenciar que la magnitud del maltrato infantil depende de factores sociales, económicos y medioambientales es necesario analizar los datos en función del lugar geográfico en que se ha producido el maltrato y del lugar de residencia de las víctimas o perpetradores. Para ello, habrá que agrupar los casos con arreglo a las mismas unidades geográficas que las utilizadas en los censos nacionales, o en otras encuestas demográficas que representen en términos geográficos el tamaño y el grado de bienestar y salud de la población. A partir de ese momento, será posible tratar de encontrar una correlación entre la magnitud del maltrato infantil y los factores socioeconómicos o medioambientales imperantes.
- **la posibilidad de evitar los maltratos.** Los beneficios nada desdeñables que puede reportar un programa de prevención adecuado son una baza importante a la hora de convencer a los responsables de políticas. A título de ejemplo, si un estudio de evaluación de resultados a nivel comunitario evidenciase que un programa de visitas al hogar reforzado con un programa de instrucción de los padres podría reducir en un 30% el número de nuevos casos de maltrato infantil notificados, la ampliación de ese programa al conjunto de la población en un país en que los servicios de protección infantil reciben todos los años 250 000 notificaciones de nuevos casos podría reducir en 75 000 el número de casos notificados anualmente.

Al mismo tiempo, es esencial que los informes sobre el maltrato infantil hagan referencia a este problema exclusivamente. En ocasiones, las oficinas estadísticas que informan sobre los delitos y la salud incluyen algunos datos sobre el maltrato infantil, pero éstos suelen estar inmersos en un cúmulo de informaciones sobre casos delictivos o sanitarios, con lo que resulta difícil captar el alcance del problema. Si se analizan los datos como se ha indicado más arriba para exponerlos después en un informe específico, redactado en lenguaje llano y acompañado de gráficos y tablas explicativos, el problema podrá ser percibido claramente por los responsables de políticas u otros destinatarios. Del mismo modo, deberían facilitarse a los medios de comunicación y a las organizaciones de la sociedad civil informes específicamente dedicados al maltrato infantil, explicados en términos simples y claros. Con el fin de proteger el anonimato de cada individuo, todos los datos contenidos en tales informes estarán desprovistos de números de identificación o de cualquier otro dato que permita identificar a una persona.

Prevención del maltrato infantil

La evidencia de que se dispone, particularmente en las publicaciones científicas, permite afirmar con plena confianza que el maltrato infantil es evitable. Pese a ello, la prevención ha sido objeto de escasa atención tanto en las investigaciones como en las políticas.

Frecuentemente, la labor de prevención consiste en identificar rápidamente los casos de maltrato infantil para, seguidamente, emprender intervenciones de protección de los niños afectados. Esta estrategia es, ciertamente, una forma de prevención, y puede ser beneficiosa para determinados niños y familias. Sin embargo, no ayudará a reducir sustancialmente la incidencia del maltrato infantil, que sí podría conseguirse si se utilizan estrategias que aborden las causas profundas y los factores coadyuvantes.

Al decidirse por esas estrategias, es importante averiguar – basándose en evidencias científicas – cuáles de ellas han conseguido los resultados deseados. Cuanto más escasos sean los recursos, más importante será averiguar qué líneas de actuación serán efectivas. Una estrategia basada en datos anecdóticos y en las normas vigentes podría parecer eficaz, pero un examen más atento revelará que no afecta sustancialmente al número de nuevos casos de maltrato infantil. Por ello, las estrategias de prevención han de estar basadas en un conocimiento a fondo de los factores de riesgo, y acompañadas de un mecanismo que permita evaluar sus resultados.

Basándose en estudios científicos que cuantifican el impacto de los programas de prevención, se han identificado algunas estrategias que permitirían reducir eficazmente las tasas de maltrato infantil. Otras estrategias de prevención presentan resultados prometedores, aunque son muchas más las que arrojan indicaciones dudosas. La eficacia demostrada de una estrategia se puede clasificar con arreglo a los tres niveles siguientes.

- Se considerará que un programa de prevención es efectivo cuando reduzca la incidencia del maltrato infantil en la población seleccionada o, como mínimo, cuando reduzca la tasa de aumento de su incidencia. Se han propuesto varios criterios para determinar la efectividad. Tales criterios abarcan los elementos siguientes:
 - evaluación del programa mediante una investigación a fondo, de tipo experimental o cuasiexperimental;
 - pruebas fehacientes de que sus efectos preventivos son reales;
 - pruebas fehacientes de que sus efectos son continuados;
 - replicación del programa cuando sus efectos preventivos estén demostrados.

Pocos son los programas que cumplen todos estos criterios. En la presente guía se considerará que un programa es “efectivo” cuando su evaluación esté firmemente asentada en investigaciones que evidencien su eficacia preventiva.

- Se considerará que un programa de prevención es prometedor cuando haya sido rigurosamente evaluado y evidencie una cierta eficacia preventiva, aunque insuficientemente comprobada.

- Se considerará que los efectos de un programa de prevención son dudosos cuando hayan sido laxamente evaluados o escasamente comprobados.

En las estrategias efectivamente evaluadas, casi todos los estudios de evaluación de resultados reflejan entornos sociales con altos niveles de ingresos. Para hacer extensivas a todos los países las estrategias de prevención del maltrato infantil se necesita urgentemente un mayor número de estudios sobre sus resultados, especialmente en los países con niveles de ingresos bajos y medios. A tal efecto, podrían replicarse programas probadamente efectivos, adaptándolos al contexto local, o podrían evaluarse los resultados de programas innovadores basados en estrategias de prevención prometedoras o dudosas.

Se ofrece en el presente capítulo una panorámica de las estrategias de prevención del maltrato infantil, acompañada de directrices prácticas sobre la manera de planificar, seleccionar, diseñar y llevar a cabo las estrategias de prevención, de manera que permitan obtener pruebas contrastadas de su efectividad.

3.1 Una agenda y un organismo para la prevención del maltrato infantil

En la mayoría de los países, las intervenciones se emprenden después de haber identificado un caso de maltrato infantil. Por ello, los sistemas de protección del niño se han desarrollado, en ocasiones, a expensas de las iniciativas orientadas preferentemente a la prevención del maltrato. En tales casos, la prevención suele encomendarse a organismos de protección de la infancia y de defensa de la ley, cuya capacidad profesional podría ser limitada, y cuyo mandato no contempla la posibilidad de influir en las políticas de prevención o de abordar los diversos factores de riesgo y de protección. En consecuencia, la prevención del maltrato infantil suele entenderse como sinónimo de protección del niño y de servicios a las víctimas.

En la presente guía se recomienda confeccionar una agenda nacional para la prevención del maltrato infantil con objeto de corregir ese desequilibrio. Una tal agenda incorporaría las aportaciones de los diversos sectores que operan en ese ámbito, y establecería responsabilidades con miras a la creación de un organismo dedicado fundamentalmente a la prevención. Lo ideal sería que la agenda se enmarcase en un plan de ámbito nacional que contemplara igualmente la protección del niño. Sin embargo, si no fuera posible desarrollar conjuntamente medidas de prevención y de protección, convendría hacerlo al menos en paralelo y de manera no competitiva.

Una vez identificado un organismo apropiado, procederá incorporar a profesionales en la materia que procedan de diversos sectores y tengan experiencia en la prevención de los factores de riesgo. Habría que dialogar, en particular, con grupos de la sociedad civil, muchos de los cuales trabajan en problemas de maltrato infantil y de protección del niño. Habría que hacer también un esfuerzo por incorporar a organismos y grupos de población que tradicionalmente se han considerado ajenos al maltrato infantil, pero cuyas actividades pudieran influir de alguna manera en los factores de riesgo. Algunos ejemplos son:

- servicios de planificación familiar y de salud reproductiva;
- autoridades del sector de la vivienda;
- servicios de atención infantil;
- centros de barrio;
- servicios de enfermería de ámbito comunitario;
- programas de prevención de VIH;
- autoridades reglamentadoras en materia de alcohol y estupefacientes;

- organismos de lucha contra la contaminación del medio ambiente;
- programas contra la violencia infligida a las mujeres y contra la violencia juvenil;
- instituciones religiosas;
- medios de comunicación.

Quienes trabajan para esas instituciones no siempre considerarán que su labor es de prevención del maltrato infantil, aunque posiblemente estarán relacionados con políticas y programas que influyen en sus factores de riesgo. Así pues, la prevención del maltrato infantil puede aparecer como un beneficio imprevisto de un programa dedicado a otros fines, como la prevención del alcohol o del consumo inapropiado de sustancias.

Con el fin de definir una estrategia de prevención del maltrato infantil y de tener la impresión de perseguir un fin común, podrían adoptarse algunas medidas de orden práctico como, por ejemplo:

- designar un único organismo impulsor que tenga como objetivo explícito la prevención del maltrato infantil;
- asignar cometidos a los diversos sectores implicados en la prevención del maltrato infantil, consultándolos previamente sobre la manera más adecuada de hacer frente a los factores de riesgo;
- preparar un informe de ámbito nacional sobre el estado actual de los conocimientos epidemiológicos acerca del maltrato infantil y sobre las actividades de prevención desplegadas en todos los sectores;
- exponer en un documento la estrategia de prevención del maltrato infantil, y en particular un plan de acción que contenga objetivos, iniciativas e indicadores específicos.

3.2 Estrategias de prevención del maltrato infantil

Las estrategias de prevención del maltrato infantil tienen por objeto reducir las causas últimas y los factores de riesgo y reforzar los factores de protección, con el fin de evitar la aparición de nuevos casos de maltrato. Aunque los conocimientos científicos sobre la efectividad de tales estrategias provienen, en su mayoría, de países con alto nivel de ingresos, el conocimiento de las líneas de actuación seguidas para hacer frente a las causas últimas y a los factores de riesgo facilitaría la planificación de intervenciones en los países con menores ingresos. Los servicios de protección infantil y de otros tipos (por ejemplo, de asesoramiento o de terapia familiar), que aparecen descritos en el capítulo 4, intervienen una vez identificado el maltrato infantil. Aunque su objetivo es dar una respuesta a los casos de maltrato conocidos, son también preventivos, ya que pueden evitar la aparición de nuevos casos.

Ciertas características comunes – en términos de epidemiología y de factores de riesgo – a diferentes formas de maltrato parecen indicar que podrían adoptarse metodologías de prevención similares en los casos de abuso físico, sexual o emocional y de desatención. Es útil disponer de una tipología de estrategias de prevención que aborden este problema en toda su complejidad. En el presente documento se propone una tipología basada en las etapas del desarrollo humano y en el modelo ecológico expuesto en el capítulo 1.

En el cuadro 3.1 se describe una tipología de estrategias de prevención, tanto si su eficacia ha quedado demostrada como si es sólo prometedora o dudosa. Los ejemplos no son exhaustivos, pero permiten ilustrar las distintas posibilidades. Además, ponen de relieve la necesidad de abordar el maltrato infantil simultáneamente en diferentes etapas del desarrollo humano y en diferentes contextos sociales. En muchos casos,

Cuadro 3.1 Estrategias para prevenir el maltrato infantil, por estadios de desarrollo y niveles de influencia

Nivel de la intervención	Estadio de desarrollo			
	Lactancia (menores de 3 años)	Infancia (de 3 a 11 años)	Adolescencia (de 12 a 17 años)	Edad adulta (18 años o más)
Nivel social y comunitario	<p>Introducción de reformas jurídicas y cumplimiento de los derechos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Plasmación de la Convención sobre los Derechos del Niño en leyes de ámbito nacional Reforzamiento de los sistemas policial y jurídico Promoción de los derechos sociales, económicos y culturales <p>Introducción de políticas sociales y económicas beneficiosas</p> <ul style="list-style-type: none"> Prestación de servicios de educación y atención para la primera infancia Educación primaria y secundaria universal Adopción de medidas para reducir el desempleo y atenuar sus consecuencias adversas Inversión en sistemas de protección social adecuados <p>Modificación de las normas sociales y culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificación de las normas sociales y culturales que permiten la violencia contra niños y adultos <p>Reducción de las desigualdades económicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Lucha contra la pobreza Reducción de las desigualdades de ingresos y entre géneros <p>Reducción de los factores de riesgo medioambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> Restricciones a la disponibilidad de alcohol Observación continua de los niveles de plomo, y eliminación de toxinas medioambientales 			
				Centros de acogida y de crisis para mujeres maltratadas y para sus hijos Formación de profesionales de atención sanitaria para identificar adultos que hayan sobrevivido al maltrato infantil y remitirlos a otros servicios
Relación	Programas de visita al hogar Formación en las funciones parentales	Formación en las funciones parentales		
Individuo	Reducción del número de embarazos no deseados Mayores facilidades de acceso a los servicios prenatales y postnatales	Orientación a los niños para que puedan reconocer y evitar posibles situaciones abusivas		

una intervención puede repercutir en diferentes tipos de maltrato. En el momento de redactar estas líneas, se carece de datos acerca de la efectividad de la mayoría de esas intervenciones; los casos en que se dispone de datos suficientes provienen, en su mayoría, de países con alto nivel de ingresos. Los pormenores concretos con respecto a la definición y aplicación de las distintas estrategias de prevención han sido expuestos en varias publicaciones y en Internet. Por ello, la presente sección está dedicada a los elementos y principios esenciales de tales intervenciones.

Estrategias sociales y comunitarias

A nivel social, la gestación de un medio propicio a los maltratos depende de factores tales como:

- políticas económicas, sociales, sanitarias y educativas que perpetúan o acentúan las desigualdades económicas y sociales;
- normas sociales y culturales que admiten el recurso a la violencia;
- políticas infantiles y familiares ineficaces o inexistentes;
- servicios de salud preventiva deficientes;
- prestaciones sociales inadecuadas;
- sistemas de justicia penal endebles.

El nivel comunitario abarca los distintos contextos en que se desenvuelven las relaciones sociales; por ejemplo, el barrio, la escuela, el lugar de trabajo u otras instituciones. En ellos, la concentración de pobreza, el cambio frecuente de residencia y el desempleo, el hacinamiento y la deficiencia de capital social son factores que incrementan el riesgo de maltrato.

En el cuadro 3.1 se exponen cuatro grupos de estrategias de prevención del maltrato infantil válidas para todas las etapas del desarrollo, y un grupo de estrategias específico para la edad adulta. Los cinco grupos serán probablemente eficaces para distintos tipos de maltrato infantil. La eficacia preventiva de las estrategias comunitarias puede potenciarse vinculando los programas de prevención a otros programas de ámbito comunitario que lleguen a los grupos de “alto riesgo”. Por ejemplo, los servicios de rehabilitación de alcohólicos o drogadictos, los programas para niños con discapacidades, o los servicios de salud mental.

Introducción de reformas legales y promoción de los derechos humanos

Los marcos jurídicos constituyen un punto de partida importante para hacer frente al maltrato infantil en todas sus vertientes y para conformar las normas sociales sobre este particular.

Los sistemas judiciales estrictos aspiran a prohibir todas las formas de violencia contra los niños. Su adopción en un país dado no tiene por objeto conseguir la detención de gran número de padres progenitores, sino dar a entender claramente a los padres y otros miembros de la familia que no tienen derecho a abusar de sus niños. Las leyes contra el maltrato infantil pueden tener también un efecto disuasorio y contribuir, de ese modo, a la prevención.

Los países signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño se comprometieron a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para evitar la violencia contra los niños y para protegerlos de ella. Su plasmación en leyes nacionales, y la conformación de los sistemas policial y judicial de modo que hagan cumplir tales legislaciones, son estrategias generalmente recomendadas. Su eficacia, sin embargo, es dudosa, ya que no se han evaluado rigurosamente sus efectos preventivos. Con todo, la prohibición de los castigos físicos rigurosos y la obligatoriedad de comunicar los casos de maltrato infantil han sido decisivos para sacar a la luz pública estas cuestiones, desafiando la idea de que el maltrato infantil es un asunto familiar privado. En este respecto, las leyes han sido elementos importantes de transformación de las normas sociales.

Los derechos sociales, económicos y culturales, en tanto en cuanto estén realmente vigentes, influyen de manera directa en los factores últimos de riesgo de maltrato infantil. Algunos de estos derechos son:

- el derecho a un nivel de vida adecuado;
- el derecho a una seguridad social;
- el derecho a la educación;
- el derecho a la igualdad y a no ser discriminado.

La adopción por los gobiernos de estrategias que hagan respetar, proteger y cumplir esos derechos reducirá probablemente en gran medida las tasas de maltrato infantil aunque, como sucede con la observancia de las leyes contra el maltrato infantil, no existen hasta la fecha estudios que evidencien su efecto preventivo.

Adopción de políticas sociales y económicas beneficiosas

El cumplimiento de los derechos humanos puede mejorar si se aplican unas políticas sociales y económicas acertadas que permitan un acceso igualitario y un nivel adecuado de ciertos elementos básicos, como la atención sanitaria, la educación, el empleo, la vivienda o las prestaciones sociales. Una mejora cualitativa de estos aspectos permitirá hacer frente a algunos de los principales factores de riesgo del maltrato infantil, lo cual redundaría en un descenso de las tasas de tales comportamientos. Algunas de las políticas sociales y económicas que pueden ayudar a evitar el maltrato infantil son:

- educación y servicios de atención para la primera infancia;
- educación primaria y secundaria universal;
- medidas contra el desempleo;
- sistemas de protección social sólidos que contemplen, por ejemplo, la prestación de beneficios a los discapacitados, seguros sanitarios, cuidados infantiles, suplementos monetarios o alimentarios, y beneficios por desempleo.

Modificación de las normas sociales y culturales

Las normas sociales y culturales son factores que contribuyen en gran medida al maltrato infantil. Frecuentemente, sirven para justificar la violencia contra los niños. La reforma de las leyes puede influir en las normas, aunque es improbable que surta por sí sola un efecto apreciable si no va acompañada de un cambio de las normas en lo referente a la consideración debida a los niños, la aceptabilidad y eficacia del castigo violento, los roles de género y la privacidad del ámbito familiar. Un medio muy útil para ayudar a modificar las normas sociales y culturales son las campañas de concienciación del público y las emprendidas en los medios de comunicación. Gracias a ellas se puede dar a conocer el alcance y la naturaleza del maltrato infantil, fomentando la prestación de servicios a los niños y a las familias.

No hay todavía pruebas fehacientes de que los esfuerzos por modificar las normas consigan reducir la incidencia del maltrato infantil. Sin embargo, algunos estudios basados en intervenciones de gran escala han observado cambios en las actitudes y normas con respecto a la utilización de la violencia contra lactantes y niños. En los Estados Unidos se aplica, para evitar el abuso sexual de los niños, un tipo de programa que ofrece ayuda a los perpetradores en potencia. Además, incita a los adultos a estar alerta – y, si se diera el caso, actuar – frente a posibles indicios de abusos sexuales en niños antes de que se cometa la ofensa. En tales programas, algunas personas se prestan voluntariamente al tratamiento, evitando con ello posibles abusos.

Reducción de las desigualdades económicas

Numerosos estudios evidencian que el maltrato infantil es más frecuente en las comunidades y hogares más pobres, y en las sociedades con grandes desigualdades económicas.

Así pues, las medidas adoptadas para reducir la pobreza y las desigualdades económicas deberían tener un efecto apreciable en la reducción del maltrato infantil.

Los programas que favorecen la movilidad residencial son un ejemplo de este tipo de medidas. Tales programas tienen por objeto reducir la concentración de pobreza en un área determinada entregando a las familias con escasos ingresos vales para la vivienda o subsidios de alquiler que les permitan cambiar de residencia. Aunque no se ha evaluado todavía el efecto de esos programas en el maltrato infantil, parecen prometedores, ya que han permitido constatar efectos positivos en el rendimiento escolar y académico, en las pautas de comportamiento conflictivas y en la salud mental y física. Parecen ser también eficaces en la prevención del delito en los barrios y en la prevención de agresiones y desórdenes sociales.

Las políticas y programas económicos que reducen con carácter más general los efectos de la desigualdad de ingresos pueden ser útiles para prevención del maltrato infantil, aunque todavía no se ha demostrado científicamente la utilidad de tales intervenciones.

Reducción de los factores de riesgo ambientales

Son factores de riesgo ambientales la densidad habitacional, la dificultad de acceder a lugares de recreo no peligrosos, la presencia de plomo u otras toxinas en el medio ambiente, y ciertas sustancias nocivas, como el alcohol o los estupefacientes.

El consumo inapropiado de alcohol por los adultos está claramente asociado al síndrome alcohólico fetal y a un mayor riesgo de abusos físicos y sexuales del niño por parte de los padres u otros miembros de la familia. Sería, pues, de esperar que un menor acceso al alcohol tuviera un efecto preventivo, y parece haber indicios de que los impuestos sobre el alcohol pueden ser eficaces en la reducción del maltrato infantil.

La presencia de niveles excesivos de plomo en el medio ambiente está asociada a la aparición de lesiones cerebrales en el feto y de los consiguientes trastornos cognitivos – por ejemplo, déficit de atención e hiperactividad-, que son factores de riesgo del maltrato infantil. Así pues, reduciendo los niveles de plomo en el medio ambiente debería disminuir también el número de lactantes expuestos al maltrato infantil.

Creación de centros de acogida y de crisis

Ciertos estudios, principalmente de países con alto nivel de ingresos, indican que la violencia en la pareja y el maltrato infantil suelen ser concurrentes. Cuando existe un riesgo de maltrato vinculado a la violencia en la pareja, la existencia de centros de acogida y de crisis para las mujeres golpeadas y sus hijos podría ayudar a evitar esos maltratos. Sin embargo, no se han realizado todavía estudios de evaluación que permitan establecer la utilidad preventiva de ese tipo de medidas. Es más, ciertos datos aislados obtenidos en centros de acogida de mujeres agredidas y de sus hijos indican que, a menos que reciban un apoyo y supervisión adecuados, las propias mujeres pueden llegar a maltratar a sus hijos durante su estancia en el centro.

Formación de profesionales de atención sanitaria

Sólo un pequeño porcentaje de víctimas de maltrato infantil cometen maltratos en su edad adulta. En cualquier caso, sería útil identificar a los posibles perpetradores, con la ayuda de profesionales sanitarios, y remitirlos a los servicios terapéuticos apropiados para ayudar a romper el ciclo de la violencia y reducir el número de nuevos casos de maltrato. Esta estrategia ha de someterse todavía a estudios de evaluación de resultados, y su utilidad preventiva es aún incierta.

Estrategias relacionales

Algunos de los factores de riesgo comprobados en relación con el maltrato infantil son:

- un rol parental inadecuado, particularmente cuando no se establecen vínculos entre el progenitor y el lactante;
- unas expectativas irreales con respecto al desarrollo del niño;
- la creencia de que el castigo físico severo es eficaz y socialmente aceptable;
- la imposibilidad de cuidar satisfactoriamente del niño cuando el progenitor está ausente.

Hay, en cambio, otras estrategias que han resultado eficaces en la prevención del maltrato infantil; éstas fomentan el establecimiento de vínculos sólidos entre los padres y el niño y los métodos de disciplina no violentos, y crean en el seno de la familia las condiciones adecuadas para un desarrollo mental positivo del niño.

Hay evidencias de que los programas orientados a mejorar y apoyar el rol parental son eficaces en la prevención del maltrato infantil. Los dos modelos más evaluados y utilizados para la aplicación de esas estrategias son los programas de visita a los hogares y la formación para el ejercicio de la función parental.

Implantación de programas de visita al hogar

Los programas de visita al hogar, que llevan los recursos de la comunidad a las familias en el propio hogar, han resultado eficaces en la prevención del maltrato infantil. Recientemente, un inventario sistemático de los estudios de evaluación de resultados, principalmente de Estados Unidos, revela en promedio una disminución del 40% en el maltrato infantil infligido por padres u otros miembros de la familia que participan en los programas de visita al hogar. Estos programas parecían ser también prometedores en la prevención de la violencia juvenil. Durante las visitas al hogar se ofrece información y apoyo, además de otros servicios encaminados a mejorar el funcionamiento de la familia. Se han desarrollado y estudiado varios modelos diferentes de visitas al hogar.¹ En algunos, las visitas recaen en todas las familias, con independencia del nivel de riesgo. En otros, se circunscriben a las familias en que existe riesgo de violencia, como en el caso de los padres primerizos o solteros, o de los padres adolescentes que viven en comunidades pobres. Las investigaciones actuales sobre la eficacia de estos diferentes modelos indican que los programas más efectivos contienen los elementos siguientes:

- un interés especial por las familias más necesitadas de servicios (frente a los programas en que se visita a todas las familias, sea cual sea su nivel de riesgo), particularmente cuando en ellas hay:
 - lactantes de bajo peso al nacer y prematuros;
 - niños con enfermedades crónicas y discapacidades;
 - madres solteras muy jóvenes y con escasos ingresos;
 - un historial de consumo inapropiado de sustancias;
- intervención social ya desde el embarazo hasta, como mínimo, el segundo y, posiblemente, hasta el quinto año de edad del niño;
- flexibilidad en la duración y frecuencia de las visitas y en los tipos de servicios prestados, con el fin de adaptarlos a las necesidades y niveles de riesgo a que esté expuesta la familia;

¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52:1-9. disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5214a1.htm> (visitado el 7 de junio de 2006).

- fomento activo de comportamientos positivos con respecto a la salud física y mental, y de determinadas características de los cuidados dispensados al lactante;
- diversificación de las perspectivas adoptadas para abordar las necesidades específicas de la familia, en lugar de centrarse en un aspecto concreto, como el aumento de peso del recién nacido o la reducción de los abusos al niño;
- medidas encaminadas a aliviar la tensión en el seno de la familia mediante una mejora del entorno social y físico;
- utilización de enfermeras o de semiprofesionales con formación.

Puesta en marcha de programas de formación parental

Los programas de formación parental tienen por objeto educar a los padres en el desarrollo de sus hijos y ayudarlos a mejorar su aptitud para controlar el comportamiento de éstos. Los programas pueden aplicarse en el hogar o en otros lugares (por ejemplo, escuelas o clínicas) en los que sea posible entrar en contacto con los padres futuros y recientes. Aunque tales programas están orientados, en su mayoría, a familias de alto nivel de riesgo o en las que ya ha habido maltratos, crece la impresión de que la educación y formación de todos los padres o futuros padres podría ser beneficiosa.

La evaluación de los programas de formación destinados a los padres ha arrojado resultados prometedores en cuanto a la eficacia de esos programas en la reducción de la violencia juvenil, pero son pocos los estudios que han abordado específicamente sus efectos sobre las tasas de maltrato infantil. En muchas de esas intervenciones, por el contrario, la eficacia se ha determinado en base a resultados indirectos – por ejemplo, la competencia y aptitud de los padres, los conflictos entre padres e hijos o la salud mental de los progenitores. Diversos estudios de los programas de formación parental que han resultado eficaces revelan que éstos contienen los elementos siguientes:

- están orientados a los padres de niños preadolescentes de 3 a 12 años;
- los padres examinan el material didáctico destinado a sus hijos, y se comprueba que lo recuerdan y lo han comprendido;
- la enseñanza de los cuidados del niño procede paso a paso, y cada enseñanza aprendida sirve de base para la siguiente.

Además, se ha constatado que tales programas contienen los elementos básicos de unas pautas apropiadas de cuidados al niño, en la medida en que:

- identifican y registran los comportamientos problemáticos en el hogar;
- utilizan técnicas de reforzamiento positivo, por ejemplo mediante elogios y sistemas de puntuación;
- aplican métodos de disciplina no violentos, como la supresión de privilegios o de permisos para salir;
- supervisan y monitorizan el comportamiento infantil;
- utilizan estrategias de negociación y de resolución de problemas.

Estrategias individuales

A nivel individual, las estrategias de prevención del maltrato infantil tienen por objeto modificar directamente las actitudes, convicciones y comportamientos de determinada persona, y pueden utilizarse en cualquier contexto.

Disminución de los embarazos no deseados

Los embarazos no deseados parecen estar vinculados a factores tales como: niveles de atención prenatal deficientes, bajo peso al nacer, mayor riesgo de mortalidad infantil,

RECUADRO 3.1

Intervención en múltiples vertientes: el Programa Parental Positivo (también conocido como “Triple P”)

Un programa puede abarcar estrategias de prevención en distintas vertientes, vinculadas entre sí por una compleja trama de relaciones. Tal es el caso del “Programa Parental Positivo (Triple P)” desarrollado en Australia. El programa, estructurado en varios niveles, tiene por objeto orientar la prestación de información, asesoramiento y apoyo profesional a las necesidades de determinadas familias, teniendo presente que tales necesidades pueden ser muy diversas.

Las intervenciones del programa Triple P suelen actuar en los niveles siguientes:

- Nivel 1: Difusión en los medios de comunicación de mensajes positivos sobre la función parental;
- Nivel 2: Recursos informativos, por ejemplo en forma de consejos impresos y vídeos;
- Nivel 3: Intervenciones ante problemas de comportamiento muy específicos, a cargo de profesionales de atención primaria;
- Nivel 4: Programas de formación más intensivos para los padres;
- Nivel 5: Problemas familiares de carácter más general, como los conflictos de pareja, la depresión parental, la ira o el estrés.

Varias evaluaciones independientes de los resultados del programa Triple P han evidenciado que mejoran eficazmente las técnicas de organización familiar, la confianza de los padres en su propia capacidad para cuidar de los niños, y los comportamientos ulteriores, particularmente en relación con la salud y la agresividad. El programa – o, en algunos casos, ciertas partes de él – ha sido aplicado en China (Región Administrativa Especial de Hong Kong), Alemania, Nueva Zelandia, Singapur, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos de América.

Fuente: Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P Positive Parenting Program: a population approach and the promotion of parenting competence*. Santa Lucía, The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland, 2003. (Parenting Research and Practice Monograph No. 1). Disponible en: http://www.triplep.net/files/pdf/Parenting_Research_and_Practice_Monograph_No.1.pdf (visitado el 7 de junio de 2006).

maltrato infantil, o carencias en el desarrollo del lactante y del niño. La disminución de los embarazos no deseados podría ayudar a reducir el maltrato infantil, aunque la eficacia de tales programas a ese respecto no ha sido adecuadamente evaluada.

Mejora del acceso a los servicios prenatales y postnatales

Los programas que dispensan – y alientan a las mujeres a recibir – cuidados prenatales y postnatales adecuados parecen prometedores en la prevención del maltrato de niños de hasta tres años. El objetivo es reducir la proporción de recién nacidos prematuros, o que presenten bajo peso, enfermedades o minusvalías físicas o mentales, ya que todos esos aspectos pueden dificultar el establecimiento de vínculos y hacer al niño más susceptible al maltrato. Se considera, pues, que promover la prestación de cuidados prenatales y postnatales adecuados es esencial para la obtención de buenos resultados con posterioridad al parto. Aunque estas intervenciones no han sido aún adecuadamente evaluadas, es posible que constituyan una buena forma de prevención, especialmente si se tiene en cuenta que son aplicables al conjunto de la población con independencia de sus niveles de riesgo, tanto en términos individuales como colectivos. La prestación de cuidados prenatales y postnatales ofrece también la oportunidad de atraer a los padres recientes y futuros a los programas de visitas al hogar y de formación parental, que son dos tipos de intervención relacional probadamente efectivos en la prevención del maltrato infantil.

Preparación a los niños para evitar situaciones de abuso

Este tipo de programas tiene por objeto enseñar a los niños a reconocer las situaciones peligrosas y prepararlos para protegerse de ellas. Se trata de enseñar a los niños que su cuerpo es suyo, que la posibilidad o no de tocarlo depende de ellos o de ellas, y que hay

diferentes tipos de contacto físico. Así, los niños aprenden cómo reaccionar ante un adulto cuando éste les pida hacer algo que les desagrade. Los investigadores están de acuerdo en que los niños pueden adquirir conocimientos teóricos y prácticos para protegerse de los abusos. Sin embargo, no se tienen la seguridad de que esos conocimientos vayan a perdurar, ni de que realmente protejan al niño en todo tipo de situaciones de abuso, particularmente si el perpetrador es alguien que el niño conoce y en quien confía. Es, pues, necesario demostrar científicamente que los conocimientos adquiridos son verdaderamente eficaces en la prevención de los maltratos en la vida real.

3.3 Evaluación de resultados de los programas de prevención del maltrato infantil

Un examen de la evidencia disponible con respecto a la eficacia real o potencial de las estrategias de prevención ayudará a determinar estrategias posiblemente efectivas frente al maltrato infantil. Por ello, será importante ampliar el acervo de evidencias científicas y, a tal efecto, planificar y realizar la intervención de modo que permita evaluar sus resultados. Es ésta una tarea científica que convendría planificar antes de iniciar el proyecto. Abarca las etapas siguientes:

- asegurarse de que hay capacidad científica suficiente para el proyecto, por ejemplo colaborando con una institución docente o de investigación;
- decidir los objetivos de la prevención;
- desarrollar un modelo lógico;
- seleccionar los resultados y las fuentes de los datos resultantes;
- planificar la realización y la evaluación de la intervención;
- efectuar la intervención y la evaluación de sus resultados;
- analizar las conclusiones y difundir los resultados.

Decidir los objetivos de la prevención

Un buen punto de partida consistiría en decidir los objetivos de la prevención. En ese sentido, lo más importante es asegurarse de que es posible alcanzar los objetivos de la prevención, teniendo en cuenta la capacidad de la organización para influir en los correspondientes factores de riesgo y de protección. Su consecución dependerá de los recursos propios de la organización y de su capacidad para capitalizar otros recursos.

Así, por ejemplo, es probable que solamente un organismo estatal de ámbito nacional pueda realmente conseguir el objetivo de “reducir de 6’5 por 100.000 a 6’0 por 100.000 las tasas de homicidio en niños de 0 a 14 años”. Hay, en cambio, ejemplos de organización comunitaria que, en colaboración con instituciones gubernamentales y docentes de ámbito local, consiguen evaluar satisfactoriamente intervenciones emprendidas en entornos de escasos recursos, como las visitas al hogar o los programas de formación parental.

Desarrollo de un modelo lógico¹

Una herramienta de trabajo habitualmente utilizada para aprender a conocer un programa (qué actividades emprender y cuándo, y qué se espera conseguir) es el denominado “modelo lógico”. El modelo lógico es una descripción sinóptica de la estructura de un programa. Describe las relaciones entre:

¹ El texto de esta sección ha sido adaptado de un libro sobre modelos lógicos publicado por Innovation Network. El libro puede descargarse de <http://www.innonet.org/> (visitado el 19 de enero de 2006).

- las aportaciones de las que se nutre el programa: los **recursos**;
- las **actividades y resultados** del programa;
- los **resultados** del programa a corto y largo plazo.

El modelo lógico suele representarse en forma gráfica o tabular. Un modelo lógico responde a varias finalidades, entre ellas:

- **Planificación del programa.** Un modelo lógico puede utilizarse a medida que se desarrolla el programa. Ayuda a analizar la estrategia de principio a fin, y a averiguar en qué punto se encuentra uno y en qué punto debería encontrarse.
- **Gestión del programa.** Dado que conjuga los recursos con las actividades y los resultados, un modelo lógico puede ayudar a desarrollar un plan más detallado para administrar las actividades. Cuando se utiliza conjuntamente con los datos de la evaluación, el modelo lógico ayuda a analizar paso a paso el desarrollo de las operaciones.
- **Evaluación.** Un modelo lógico es útil para determinar los aspectos que hay que evaluar y en qué momento hay que hacerlo, con objeto de hacer un uso efectivo y eficaz de los recursos.
- **Comunicación.** Un modelo lógico es una potente herramienta para dar a conocer las actividades y resultados del programa, que pone de relieve la relación entre ambos.
- **Capacidad de consensuación.** El modelo lógico permite a todos los participantes, tanto internos como externos, llegar a un acuerdo acerca del significado y funcionamiento del programa, y de sus objetivos.

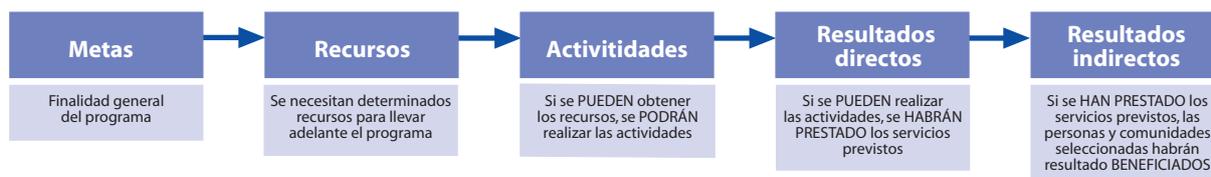
Aunque un modelo lógico incluye los componentes esenciales del programa, es necesario simplificarlo. El modelo no es estático; puede y debe cambiar a lo largo del tiempo a medida que se acumulan experiencia y conocimientos acerca del programa.

Los componentes del modelo lógico son:

- **metas:** la finalidad general del programa;
- **recursos:** los medios necesarios para llevarlo a término;
- **actividades:** iniciativas que se adoptarán para cumplir el programa;
- **resultados inmediatos:** resultados directos y tangibles de las actividades del programa;
- **resultados generales:** cambios que se espera conseguir gracias al programa.

Como se indica en la figura 3.1, los componentes del modelo lógico están conectados mediante una serie de relaciones de tipo “antecedente-consecuente”: si se dispone de recursos para el programa, sus actividades podrán llevarse a cabo; si se llevan a cabo las actividades del programa, cabrá esperar ciertos resultados inmediatos y generales. Es importante analizar en todas sus etapas el modelo lógico para cada objetivo programático y para el programa en su conjunto.

Figura 3.1 Un modelo lógico para la planificación de un programa preventivo



Este modelo lógico ha sido reproducido del manual para la elaboración del modelo lógico publicado por Innovation Network. El manual puede descargarse de <http://www.innonet.org/> (visitado el 19 de enero de 2006).

A medida que se definen los distintos elementos del modelo lógico, es conveniente examinarlo con detenimiento y tener siempre en mente la relación antecedente-consecuente. Si no fuera posible conectar cada elemento del modelo lógico, habría que identificar las lagunas existentes y modificar la línea de actuación. En particular, tal vez sería necesario revisar algunos elementos del programa para estar seguros de que es posible conseguir sus metas.

El desarrollo de un modelo lógico ofrece también la oportunidad de analizar el programa conjuntamente con los grupos y personas que en él participan. En particular, el personal del programa, los destinatarios de las intervenciones, los aliados, los proveedores de fondos, los miembros de los consejos directivos, los representantes sociales y los voluntarios. Las perspectivas que ellos aporten pueden mejorar el modelo lógico del programa y, al mismo tiempo, ayudar a identificar las diferentes expectativas en él depositadas.

Innovation Network, una organización sin afán de lucro, es un útil recurso ofrecido mediante Internet que, mediante una serie de preguntas sobre los distintos elementos del modelo lógico, ayuda al usuario a desarrollar un modelo para un programa específico. *Innovation Network* dispone también de otros recursos para la evaluación de programas.¹

Selección de resultados, y fuentes de los datos resultantes

Una vez establecidos unos objetivos de prevención acordes a la capacidad organizativa, el siguiente paso consiste en seleccionar los aspectos que el programa se propone modificar. Idealmente, todos los estudios de evaluación de resultados deberían proporcionar, ante todo, indicaciones objetivas de la gravedad del maltrato; por ejemplo, el número y tasa de:

- defunciones infantiles causadas por maltratos;
- niños que reciben asistencia de emergencia en hospitales por lesiones debidas a maltratos;
- adultos que exhiben comportamientos atentatorios para la salud y que presentan características asociadas al maltrato;
- adultos condenados por maltratos a un niño de la familia.

En la práctica, sin embargo, sólo algunos países de alto nivel de ingresos disponen de sistemas de información adecuadamente desarrollados para cuantificar esos resultados. Además, dado que las lesiones y defunciones infantiles causadas por el maltrato infantil son relativamente raras, es difícil detectar cambios apreciables en ellos cuando las pruebas se efectúan en pequeña escala. Por consiguiente, los encargados de la prevención deberían considerar la posibilidad de seleccionar resultados más generales, además de las indicaciones objetivas anteriormente señaladas; por ejemplo, los cambios con respecto a los conocimientos, las actitudes, las convicciones y las prácticas (véase el recuadro 3.2).

Habría que considerar también otros tipos de resultados. En particular, los referentes a los factores de riesgo y protección y a otras consecuencias sanitarias vinculadas al maltrato infantil, como depresión, trastornos de estrés postraumático, consumo inapropiado de alcohol o sustancias, trastornos de la alimentación y comportamientos de riesgo. En el cuadro 3.2 se indican algunos resultados que convendría tener en cuenta para diseñar la evaluación de los resultados de un programa de prevención del maltrato infantil. Antes de seleccionar los resultados de un programa, convendría tener en cuenta:

¹ Puede consultarse en: <http://www.innonet.org> (visitado el 19 de enero de 2006).

RECUADRO 3.2

Selección de múltiples resultados para evaluar un programa de visitas a los hogares

Los programas de visitas al hogar para evitar el maltrato infantil deberían actuar, como mínimo, en cuatro frentes:

- mejorando los conocimientos de los padres, o modificando sus expectativas, con respecto al desarrollo del niño;
- modificando las actitudes de los padres con respecto a la crianza del niño;
- modificando la interacción entre el progenitor y el hijo;
- intensificando la vigilancia profesional de la familia – que permite detectar a tiempo un problema, o evitar que llegue a suceder.

Aunque el objetivo último es la reducción de las tasas de maltrato, la cuantificación de este resultado es difícil por varias razones. En particular, la renuencia de las personas a dar a conocer los maltratos, y la gran variabilidad en la respuesta de los organismos de protección infantil a tales comunicaciones. Por ello, si se evalúa simplemente la variación de las tasas de maltrato infantil podría parecer que un programa es menos eficaz de lo que realmente es, ya que los evaluadores no perciben los cambios experimentados en los resultados intermedios – por ejemplo, la interacción entre progenitores e hijos – logrados gracias al programa. Así pues, entre los resultados estudiados habría que incluir las medidas adoptadas en relación con las metas intermedias, y no sólo con la meta final, como se indica en los ejemplos siguientes.

- **Los conocimientos y expectativas de los padres con respecto al desarrollo** del niño pueden cuantificarse mediante cuestionarios que permiten evaluar sus conocimientos acerca de los cuidados, el desarrollo y el comportamiento del niño; uno de ellos es el “Inventario sobre conocimientos acerca del desarrollo infantil”.
- **Las actitudes parentales con respecto a la crianza del niño** pueden cuantificarse basándose en escalas que permitan evaluar las actitudes con respecto a la función parental y la confianza en la capacidad de ejercerlas; por ejemplo, la “Escala de percepción de competencia parental”.
- **Las interacciones entre padres e hijos** pueden cuantificarse basándose en escalas que permitan evaluar los comportamientos violentos hacia el niño; por ejemplo, la “Escala de tácticas conflictuales progenitor-hijo”.
- **Los efectos de una vigilancia más intensa de la detección temprana y de la disuasión frente al maltrato** pueden cuantificarse comparando las tasas de maltrato notificadas en familias que han recibido la intervención con las tasas notificadas en familias de control que no la han recibido.

- el *interés* del resultado desde el punto de vista de la prevención;
- el *tipo y frecuencia* con que se produce el resultado;
- la *disponibilidad* de datos acerca del resultado.

Importancia del resultado desde el punto de vista de la prevención

El modelo lógico de prevención requiere que los resultados seleccionados sean indicadores válidos de uno o más factores de riesgo y protección, y de una o más consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Si los indicadores no hacen específicamente referencia a esos factores, es posible que se pase por alto la evidencia de sus efectos preventivos.

Tipo y frecuencia de los resultados

Los resultados pueden consistir en:

- **sucesos:** por ejemplo, defunciones, lesiones, comportamientos violentos, episodios de enfermedad, o visitas a un doctor;
- **condiciones de salud:** por ejemplo, depresiones, trastornos de estrés postraumático, alcoholismo;
- **atributos individuales:** por ejemplo, conocimientos, actitudes, convicciones o prácticas.

Cuando los resultados son sucesos o condiciones de salud, su frecuencia influirá en el tamaño de la población necesaria para la intervención. Cuanto menor sea la frecuencia de un resultado, mayor será el tamaño de la población necesaria para su evaluación. Cuanto más frecuente sea el resultado, menor será el tamaño de población necesario.

Las lesiones y defunciones rara vez son consecuencia de maltratos, y han de ser evaluadas en gran escala para detectar en qué medida han respondido a los efectos del programa de prevención. Por ejemplo, en la prevención de homicidios en niños de 0 a 14 años, los estudios de evaluación deberían abarcar un período de muchos años a nivel nacional en los países de menor tamaño, y como mínimo a nivel provincial y urbano en los países más grandes.

Cuando los resultados son atributos individuales, los estudios pueden ser de menor escala. Dado que los estudios de evaluación efectuados son en su mayoría de menor alcance, han estado preferentemente orientados a los conocimientos, actitudes, convicciones y prácticas.

Para calcular el tamaño de la población destinataria de modo que los resultados de la evaluación sean válidos se necesitan conocimientos de estadística especializados.

Disponibilidad de datos sobre los resultados

Los datos sobre los resultados pueden obtenerse mediante métodos específicamente concebidos para el estudio de evaluación o, cuando existan sistemas adecuados de vigilancia de la violencia y de las lesiones a nivel comunitario, directamente de estas fuentes de información. En muchos lugares, sin embargo, no se dispone de tales sistemas, por lo que sólo será posible obtener tales datos utilizando instrumentos específicamente diseñados para ello.

En tales casos, las encuestas epidemiológicas descritas en el capítulo 2 aportarían datos sobre los resultados obtenidos cuando las intervenciones sean de gran escala o cuando sea necesario monitorizar sus efectos durante varios años. Cuando los resultados sean conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos, será necesario elaborar cuestionarios específicos basados, siempre que sea posible, en estudios de evaluación previamente comprobados (véanse algunos ejemplos en el cuadro 3.2 y en el apéndice 2).

Definición de las actividades y evaluación de la intervención

Una vez definidos los objetivos de la prevención, los indicadores de resultados y las fuentes de datos, será necesario definir la manera en que se desarrollarán y evaluarán las actividades. En concreto, habría que especificar:

- el tipo de intervención;
- el alcance de la intervención;
- las personas que efectuarán la intervención;
- los destinatarios de la intervención;
- la forma en que se monitorizará y documentará el proceso.

Tipo de intervención

En primer lugar, será necesario decidir cuáles de las numerosas estrategias de prevención posibles tienen por objeto la consecución de los objetivos fijados y son acordes a la capacidad organizativa de la organización que las aplique. Esta decisión debería adoptarse a tenor de la información epidemiológica existente y de las evidencias que validen la efectividad real, posible o incierta de las estrategias, como se indica en el cuadro 3.1. Con ello, se tendrá la seguridad de que los recursos irán destinados a las estrategias más prometedoras para la consecución de los objetivos.

Cuadro 3.2 Ejemplos de indicadores de evaluación de resultados, por niveles ecológicos

(Véanse en el apéndice 2 algunos ejemplos de recursos validados para cuantificar los resultados)

Tiempo transcurrido entre la measurement intervención y la cuantificación	Nivel ecológico		
	Lactantes y niños	Padres y familiares	Comunidad y sociedad
<p>Corto plazo</p> 	<p>Desarrollo del lactante y del niño (físico, verbal e intelectual)</p> <p>Salud – Por ejemplo, visitas de atención preventiva; inmunización</p> <p>Comportamientos externalizadores e internalizadores</p> <p>Departamento de urgencias y otras admisiones hospitalarias para lesiones intencionales</p> <p>Competencia social</p> <p>Avances educativos y, en particular, nivel de rendimiento escolar</p> <p>Encuentros con el sistema de justicia penal, como víctima o como perpetrador</p> <p>Utilización de los servicios de salud, sea cual sea la causa, y en particular como paciente ambulatorio o interno, o mediante visitas al médico generalista</p> <p>Comportamientos de riesgo para la salud comunicados por iniciativa propia (por ejemplo, consumo de alcohol y estupefacientes en niveles peligrosos; relaciones sexuales con distintas parejas; tabaquismo; violencia de pareja)</p> <p>Conocimientos, actitudes y comportamiento de los padres en relación con la disciplina</p>	<p>Vinculación entre progenitor e hijo</p> <p>Competencia en las funciones parentales; actitudes con respecto a la paternidad/ maternidad</p> <p>Conocimientos y expectativas de los padres con respecto al desarrollo del lactante y del niño, y particularmente en relación con los procesos físicos, emocionales, cognitivos y sexuales</p> <p>Conocimientos, actitudes y comportamiento de los padres en relación con la disciplina</p> <p>Encuentros con el sistema de justicia penal y con los servicios de atención infantil a causa de maltratos infantiles</p> <p>Contactos con organismos de servicio comunitario</p>	<p>Fe en la aceptabilidad social de los castigos físicos infligidos a los niños</p> <p>Bajas hospitalarias de menores de cinco años admitidos por maltrato infantil o agresiones</p> <p>Disponibilidad de servicios comunitarios para hacer frente a las consecuencias del maltrato infantil</p> <p>Visitas al departamento de urgencias como consecuencia de un maltrato infantil o agresión a un menor de cinco años</p> <p>Adultos (por tramos de edades) que comuniquen haber padecido experiencias infantiles adversas</p> <p>Homicidios de niños menores de cinco años¹</p> <p>Defunciones por maltrato infantil en menores de cinco años</p>
Largo plazo			

¹ Idealmente, habría que incluir también como indicadores las tasas de homicidio en niños de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. Con todo, el indicador más sensible será probablemente la tasa de homicidio en menores de cinco años. Se utilizará este indicador cuando no se disponga de recursos suficientes para cuantificar y notificar las tasas de homicidio en los tres grupos de edades.

Una vez decididas las estrategias apropiadas, hay en líneas generales dos maneras de definir los métodos de intervención y de evaluación. La primera consiste en tratar de reproducir una intervención ya comprobada, adaptada al medio en cuestión. La segunda estriba en definir la intervención desde un principio, basándose en iniciativas que hayan dado ya resultado en otros contextos, aunque de manera que refleje las peculiaridades del contexto propio.

Reproducción de una intervención de eficacia demostrada

Para reproducir una intervención que haya demostrado su eficacia en un contexto diferente será necesario conocer en detalle la manera en que se ha realizado. Los procedimientos adoptados para monitorizar y evaluar la intervención deberán ser reproducidos con la mayor exactitud posible. Si hubiera alguna desviación respecto al programa original, será difícil establecer en qué medida la eficacia de sus resultados se ha debido al programa o al nuevo contexto. Los estudios de replicación tratan de averiguar si un programa es efectivo en contextos diferentes de aquel en el que ha dado buenos resultados.

Diseño de una nueva intervención

Frecuentemente, habrá diferencias notables en los recursos y en las normas sociales y culturales entre el lugar en que se ha efectuado originalmente una intervención y aquel en que se prevé efectuar una nueva. Por ejemplo, en los entornos en que se valore mucho la privacidad podría encontrarse oposición a los programas de visita al hogar, alegándose que son demasiado intrusivos. En tales casos, habrá que encontrar otra manera de tomar contacto con los padres y con sus hijos, por ejemplo mediante programas de formación parental en clínicas que ofrezcan servicios ante y postnatales. Además, convendrá planificar las intervenciones en base a los principios que hayan propiciado el éxito de otras estrategias concebidas para factores de riesgo idénticos o similares y fundamentadas en consideraciones teóricas apropiadas.

Alcance de la intervención

Como ya se ha indicado en relación con el cuadro 3.1, es posible diseñar estrategias para todo tipo de comunidades, familias o individuos, con independencia de las diferencias en cuanto al nivel de riesgo, o bien únicamente para personas cuya situación de riesgo es conocida. En estrategias basadas, por ejemplo, en las visitas al hogar, en que la evidencia indica que son de máxima eficacia cuando están orientadas a grupos de riesgo, la segunda modalidad sería la adecuada. En estrategias en que la evidencia es incierta, la decisión de optar por los grupos de riesgo o por el conjunto de la población dependería de la naturaleza de la intervención, de la intensidad de las actividades y de la magnitud de los recursos necesarios.

Por norma general, las estrategias que implican un alto grado de intervención profesional activa y constante serán probablemente menos eficaces cuando se aplican a todo tipo de destinatarios que cuando consisten en intervenciones aisladas o periódicas, como es el caso de las reformas jurídicas. Además, por su propia naturaleza, algunas intervenciones están destinadas al conjunto de la población; tal es el caso de las reformas jurídicas, de las políticas fiscales y de precios para reglamentar el consumo de alcohol, y de las campañas de concienciación con respecto a las normas sociales y culturales.

Aliados en las intervenciones

Como ya se ha indicado, es importante que las estrategias y objetivos de prevención sean acordes a la diversidad de sectores, organizaciones y personas que participaron en

la intervención. La selección de los participantes estará determinada por los factores de riesgo que se desee abordar, por el papel que los distintos sectores pudieran desempeñar para influir en esos factores, y por la necesidad de compartir la información, las conclusiones de las investigaciones y los resultados de las evaluaciones finales.

Para tener la seguridad de que los aliados cumplirán sus obligaciones durante el tiempo que dure el proyecto, sería útil formalizar un contrato en el que se expliciten sus funciones.

Destinatarios de la intervención

La decisión acerca de quiénes serán los destinatarios de la intervención dependerá de la estrategia de prevención seleccionada y de si la intervención va a estar destinada a toda la población o únicamente a los grupos de riesgo. Si se opta por las personas y grupos de riesgo, habrá que elaborar unos criterios y procedimientos de selección rigurosos para identificar la población expuesta. Tales procedimientos deberían aplicarse escrupulosamente, a fin de que se beneficien de la intervención únicamente quienes presenten un nivel de riesgo especificado.

Con independencia de quiénes sean los destinatarios, es importante contar con representantes del grupo seleccionado antes de decidir la modalidad de la intervención y la manera en que se efectuará. Con ello se tendrá la seguridad de que es aceptable para el grupo, y se podrá avanzar sin encontrar oposición. Además, resultará más fácil decidir si se va a adoptar una intervención ya emprendida en un contexto diferente o si se planificará una intervención de nuevo cuño.

Identificación de un grupo de control

La mayoría de los estudios de evaluación de resultados utilizan, a efectos comparativos, un grupo de control para determinar si los destinatarios de la intervención han evolucionado mejor que en ausencia de intervenciones. El problema es cómo determinar el grupo de control de manera que sea lo más parecido posible al grupo que recibe los servicios. Si de entrada los dos grupos son muy similares, y si además la única diferencia en sus vidas ha sido la asistencia recibida, será mucho más fácil concluir que ha sido la intervención la causante de los cambios observados. Por lo general, los grupos de control se determinan de una de las tres maneras siguientes:

- con posterioridad a las actuaciones;
- al comienzo del programa, mediante algún tipo de proceso que establezca correspondencias;
- aleatoriamente.

Algunas intervenciones, sin embargo, están destinadas al conjunto de la población, como sucede con las campañas de concienciación sobre el maltrato infantil emprendidas en los medios de comunicación. En tales casos, existe la posibilidad de comparar las situaciones existentes antes y después de la intervención. En tales casos, el grupo de control sería la propia población en el estado en que se encontraba antes de la intervención.

La identificación de un grupo de control es una tarea técnicamente compleja, para la que se necesitan los conocimientos de un especialista en la planificación de investigaciones.

Seguimiento de las actividades

En cualquier tipo de estudio de evaluación de resultados es esencial monitorizar y documentar adecuadamente el proceso seguido en la intervención. Hay que mantener un fichero detallado, ordenado cronológicamente, en el que se indicará pormenorizada-

mente el contenido, frecuencia y naturaleza de todas las interacciones entre el personal del programa y los destinatarios de la intervención. Además, las fichas deberán mantenerse actualizadas, con el fin de identificar y subsanar rápidamente toda desviación respecto del plan establecido. Las fichas serán también necesarias en una fase posterior, con el fin de elaborar las conclusiones de la evaluación.

El seguimiento y la documentación de las actividades podrían verse dificultados a causa de:

- resistencias de los directivos o del personal del programa, que podrían temer que ese tipo de métodos ponga en peligro sus puestos;
- renuencia del gobierno y de los organismos financiadores a proporcionar recursos con fines de seguimiento y documentación, por considerar estas actividades de “investigación” y, por lo tanto, no esenciales;
- insuficiencia de recursos humanos, cuando las responsabilidades del programa conllevan una sobrecarga de trabajo para el personal.

Aunque estos problemas son comunes, es posible superarlos. Integrando desde el primer momento las actividades de seguimiento y documentación en el programa, será posible asignar los recursos humanos y financieros apropiados y reducir posteriormente la carga de trabajo para personal. Las alianzas entre centros y programas investigativos o docentes permitirán obtener asistencia técnica para conseguir una calidad satisfactoria de las actividades de seguimiento y documentación. Por último, la participación del personal del programa en la planificación del ejercicio y la división de tareas harán, posiblemente, que el proceso parezca menos amenazante. Además, la comunicación recíproca de los resultados positivos entre los miembros del personal podría hacer comprender a éstos la importancia de los procesos de seguimiento y documentación.

Análisis de la evaluación, y difusión de los resultados

La utilización de la evidencia científica durante la planificación y puesta en práctica de la prevención del maltrato infantil permitirá obtener mejores resultados y ayudará a los trabajadores, a los planificadores del programa y a los órganos financiadores a abordar las estrategias y actividades de prevención del maltrato infantil. Por ello, un objetivo central de la presente guía, que tanta importancia otorga a los estudios de evaluación de los resultados, consistiría en ampliar la evidencia en que se sustenta la prevención de modo que no se limite a unos pocos tipos de intervenciones en unos cuantos países con alto nivel de ingresos.

La evidencia en que se fundamentan las intervenciones, tanto en los sectores de atención sanitaria como de bienestar social, educación u otros, consistirá en análisis sistemáticos de un gran número de evaluaciones de un resultado específico, con el fin de evitar determinados problemas, como el abuso físico del niño a manos de sus padres. Tales estudios deberán haber sido realizados por diferentes investigadores de manera independiente y en distintas partes del mundo. Los análisis sistemáticos, mediante procedimientos transparentes, buscan, evalúan y recopilan todos los resultados de las investigaciones relativos a un tema determinado. Tales procedimientos:

- son explícitos, a fin de poder ser reproducidos por terceros;
- han sido definidos antes de efectuar el análisis;
- aplican unos criterios claros con respecto al material que se incluirá o no en el análisis;
- especifican la estructura del estudio, los sectores de población, las intervenciones y los resultados que serán estudiados.

Constantemente están publicándose nuevos estudios de evaluación referentes a intervenciones; por ello, los análisis sistemáticos de un problema o de un tipo de intervención dado se actualizan con regularidad. Sus conclusiones se difunden entre quienes deben decidir los programas que se desarrollarán. Cuando se dispone de análisis sistemáticos, se está en una situación mucho mejor para recabar un mayor compromiso político y financiero en favor de una estrategia de eficacia probada.

Para poder incluirlos en un análisis sistemático, es esencial que los métodos de diseño, análisis y comunicación de los estudios de evaluación se ajusten a unos criterios científicos tipificados. En particular, deberán cumplir unos requisitos específicos con respecto a las metodologías utilizadas para analizar los datos, y contendrán un examen de las conclusiones de otros científicos de esa misma disciplina. La publicación de las conclusiones en una revista científica revisada por homólogos no es un elemento esencial, pero permitirá identificar y extraer conclusiones más fácilmente y éstas serán, por consiguiente, más aptas para ser incluidas en un análisis sistemático. Así pues, el análisis y difusión de tales resultados deberían responder a la finalidad explícita de elaborar unos informes suficientemente rigurosos, en términos científicos, para ser incluidos en un análisis sistemático. Ello, no obstante, no debería impedir la difusión de los resultados en términos fácilmente comprensibles para muchos otros sectores de audiencia interesados.

Servicios para los niños y familias afectados

Cuando se tiene conocimiento de un caso de maltrato infantil, es necesario prestar ayuda tanto al niño como a la familia. El maltrato infantil puede salir a la luz por haber dejado marcas (por ejemplo, ciertas lesiones) en el cuerpo del niño, o por las declaraciones del niño o de algún testigo o participante en los abusos, o por el descubrimiento de alguna prueba material, como un diario o una cinta de vídeo. La misión del dispensador de servicios es reducir al mínimo las consecuencias de los abusos o desatenciones padecidos, y determinar qué tipo de medidas podrían impedir nuevos maltratos en el futuro. Las reformas jurídicas, las políticas y los programas deberían estar orientados a ayudar a éstos en el desempeño de su labor. Las intervenciones de ayuda a niños maltratados deberían ocuparse del bienestar inmediato del niño, y hacer frente a los costos sanitarios y sociales que el maltrato acarreará a largo plazo.

Como ya se ha indicado, es escasa la evidencia disponible respecto a la efectividad de las estrategias de prevención del maltrato infantil, pero menos se sabe todavía respecto a la eficacia de las intervenciones. Así pues, con algunas excepciones, resulta difícil formular recomendaciones a ese respecto. En cualquier caso, la aplicación de un plan de apoyo es absolutamente necesaria para los niños maltratados.

En el presente capítulo se examinan algunos elementos necesarios en las intervenciones de respuesta a los casos de maltrato infantil conocidos. Lo que se intenta es que la prestación de los servicios permita valorar objetivamente sus resultados y, con ello, aportar un mayor número de pruebas de la eficacia de los servicios prestados. Dado el cuantioso volumen de recursos humanos y financieros que actualmente se destina a los sistemas de protección infantil, urge disponer de información acerca de la eficacia de las intervenciones efectuadas mediante esos servicios en los distintos países.

4.1 Mejora del acervo de evidencias científicas

Para ser de buena calidad, la atención sanitaria y los servicios sociales dispensados en respuesta al maltrato infantil deben efectuar sus intervenciones de manera adecuada. Cuando los protocolos de un servicio están basados únicamente en la intuición, en informaciones anecdóticas o en consideraciones políticas sin tener en cuenta la evidencia científica, el servicio no sólo puede ser ineficaz, sino posiblemente incluso perjudicial. Por consiguiente, es importante que las intervenciones estén fundamentadas en una teoría apropiada, y planificadas en función de la evidencia científica más sólida disponible.

Es también importante valorar objetivamente los resultados de las intervenciones, para averiguar si logran o no los efectos deseados. Por ello, se necesitan estudios objetivos con respecto a los resultados de las intervenciones de atención sanitaria y de los servicios sociales y jurídicos orientados al maltrato infantil. La información indicada en el capítulo 3 sobre las evaluaciones de los programas de prevención es igualmente válida

para las intervenciones dispensadas a los niños maltratados y a sus familias. Al igual que las estrategias de prevención, los servicios deben estar planificados de manera que:

- estén basados en un modelo lógico;
- la capacidad de la organización, y en particular sus recursos humanos, se corresponda con los objetivos del servicio;
- se identifiquen unos indicadores de resultados apropiados.

Con el fin de mejorar constantemente la calidad y de orientar las actividades de administración y planificación, es importante evaluar los procesos en base a los indicadores de prestación del servicio, pero la evaluación de los servicios prestados al niño y a su familia debería abarcar no sólo los procesos, sino también los efectos, a corto y largo plazo, de tales servicios sobre sus destinatarios.¹

El Departamento de Sanidad del Reino Unido señala que la eficacia en los servicios prestados al niño y a su familia se consigue aunando una práctica basada en la evidencia científica y un “criterio profesional sabiamente equilibrado”.² Según ese Departamento, para poder dispensar servicios e intervenciones basados en evidencias científicas el dispensador debería:

- hacer uso, con sentido crítico, de los conocimientos teóricos y prácticos sobre las necesidades del niño y de su familia, y sobre los resultados de los servicios e intervenciones;
- registrar y actualizar sistemáticamente la información, diferenciando entre sus distintas fuentes (por ejemplo, observaciones directas, registros de otra entidad, o entrevistas con miembros de la familia);
- aprender de los usuarios de los servicios, y en particular de los niños y sus familias;
- evaluar permanentemente el grado de efectividad de una intervención en respuesta a la necesidades del niño y de su familia, y modificar la intervención en consonancia;
- evaluar rigurosamente la información, los procesos y los resultados de las intervenciones efectuadas por el dispensador.

Los servicios de protección infantil fallan en muchos casos, incluso en países con altos niveles de ingresos e infraestructura desarrollada. No es conveniente desarrollar sistemas de protección infantil complejos y costosos a expensas de las inversiones en prevención. Sería preferible que las políticas y programas de protección del niño avanzaran paralelamente a las actividades de prevención del maltrato infantil. Además, siempre que sea posible los servicios dispensados en los casos de maltrato infantil deberían integrarse en los servicios de atención sanitaria y social.

4.2 Respuesta al maltrato infantil: componentes clave

Detección del maltrato infantil

Los investigadores y los dispensadores son conscientes de que gran número de casos de maltrato infantil quedan sin detectar, y de que los niños afectados no reciben ni ayuda ni protección institucional. Dada la amplitud del maltrato infantil y sus consecuencias sanitarias y sociales a largo plazo, es muy probable que los docentes, los profesionales

¹ Determinadas incidencias, como la adopción, la custodia adoptiva o el cambio de domicilio, pueden servir como indicadores de resultados indirectos, pero su influencia en la evolución del niño debe ser abordada con prudencia.

² *Framework for the assessment of children in need and their families*. Londres, Departamento de Sanidad del Reino Unido, 2000:16.

sanitarios y sociales y otros profesionales “de primera línea” interactúen cada año, sin saberlo, con numerosos niños y adultos que son o han sido víctimas de maltrato infantil.

En los casos de maltrato infantil, la detección e intervención a tiempo puede ayudar a reducir al mínimo la probabilidad de ulteriores comportamientos violentos y las consecuencias sanitarias y sociales a largo plazo. Los niños muy pequeños no son capaces de denunciar la violencia por sí mismos, pese a lo cual son los más expuestos a padecer lesiones graves o daños neurológicos, o incluso a perecer. Por ello, es muy importante mejorar la capacidad de los profesionales de primera línea para detectar el maltrato infantil en los niños menores de cinco años.

A tal efecto, los profesionales que están cotidianamente en contacto con los niños y las familias han de estar atentos a las señales de alerta que indiquen que un niño o su familia podría necesitar asistencia, y deberían ser capaces de dar una respuesta. Para poder contar con esta capacidad de detección e intervención temprana será necesario, en primer lugar, impartir una formación especial a los profesionales. En ella deberían abordarse los temas siguientes:

- mitos en torno al maltrato infantil;
- señales físicas y comportamentales de maltrato en grado posible, probable e inequívoco, y señales no indicativas de maltrato;
- cómo responder cuando se aprecian señales de posible maltrato y, en particular, protocolos a seguir para dar parte a los supervisores, notificar los casos y reenviar a los atendidos.

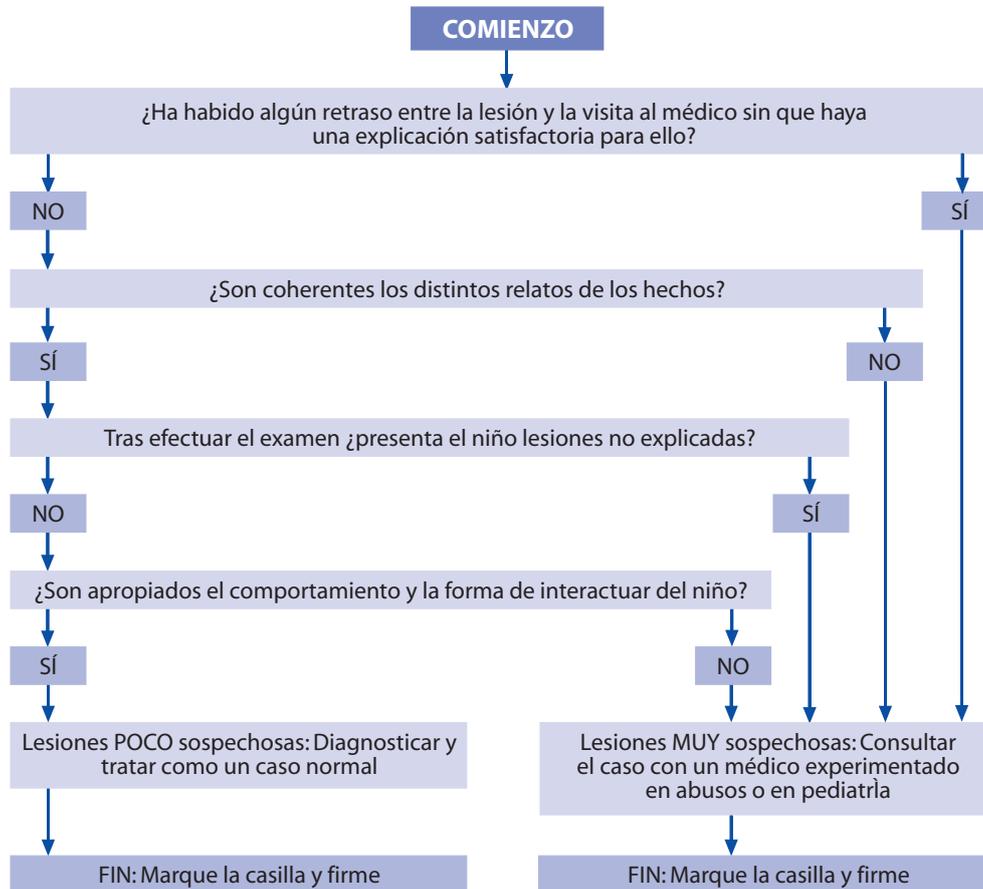
A muchos profesionales les inquieta lo que pudiera sucederles – a ellos, y a los niños y familias afectados – si intervienen en un caso de posible maltrato. Hay que combatir esas aprensiones. Los dispensadores de servicios sanitarios y sociales han de conocer también los tratamientos médicos y psicosociales disponibles para los afectados por maltratos.

En los sistemas sanitarios de atención primaria, la interacción regular entre los padres e hijos y los profesionales sanitarios ofrece la valiosa oportunidad de detectar los casos de maltrato infantil y de emprender intervenciones. Lo mismo cabe decir de las interacciones entre las familias y los profesionales sanitarios en los departamentos de emergencias. Aunque el maltrato puede tener consecuencias diversas para la salud y manifestarse en cualquier etapa de la vida, se está procurando que los profesionales sanitarios aprendan a conocer los indicadores de lesiones, enfermedades y comportamientos con el fin de identificar posibles casos de maltrato infantil. La detección será aún más eficaz si los profesionales sanitarios – especialmente los pediatras y los médicos y enfermeras de los departamentos de urgencias – aprenden a utilizar algoritmos, flujogramas y listas de comprobación. En la figura 4.1 puede verse un ejemplo del tipo de algoritmos que podrían ser útiles a tal efecto. Es importante que los profesionales sanitarios sean plenamente conscientes de las consecuencias sanitarias que puede traer consigo el maltrato infantil, y no sólo de las señales de alerta, de modo que puedan prestar la adecuada atención a los niños maltratados.

Los procedimientos para mejorar la pronta detección del maltrato – entre ellos, la formación de los profesionales – no han sido rigurosamente evaluados, y no deberían considerarse necesariamente una solución por sí sola. Algunos tipos de maltrato infantil (por ejemplo, la violencia psicológica, o las formas más graves de violencia física y sexual) pueden pasar inadvertidos para los profesionales, ya que no siempre dejan señales inconfundibles en las víctimas de escasa edad.

Figura 4.1 Ejemplos de intervención simple orientada a mejorar la detección del abuso infantil en las unidades de urgencias

Flujograma de las lesiones pediátricas: marque un itinerario de respuestas en relación con todos los niños menores de seis años que visitan las unidades de urgencia con lesiones causadas por abusos



Tomado de: Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 2002, 324:780.

La detección del maltrato infantil tropieza también con obstáculos sistémicos difíciles de superar. La formación suplementaria constituye un problema para los profesionales, frecuentemente desbordados de trabajo. Además, en algunos casos podrían ser reacios a internarse en un terreno delicado que, en su opinión, pertenece al ámbito privado de la familia.

El mayor problema de todos es, posiblemente, conseguir la intervención de los profesionales cuando no hay servicios sociales o de protección para la infancia. No tendrá sentido invertir en una pronta detección del maltrato infantil si seguidamente no se adoptan medidas para ayudar y proteger al niño.

Atención de salud integrada y evaluación forense

Cuando un caso suscite sospechas de maltrato será necesario, por el bien del niño, evaluar su salud física y mental. Si pudiera haber responsabilidades penales, sería necesaria la valoración de un médico forense. En algunas jurisdicciones, se plantea un conflicto inherente entre los cuidados que el niño necesita y la obtención de pruebas. Esta situación suele darse en sistemas jurídicos orientados a la persona adulta, que no

RECUADRO 4.1

Respuesta a las revelaciones de los niños

Cuando se revela un caso de maltrato infantil, ya sea voluntaria o involuntariamente, suele producirse una situación de crisis. Los niños no saben cómo se acogerá la noticia, e ignoran si serán creídos, si recibirán apoyo o si serán culpabilizados. Los niños pequeños, en particular, posiblemente no comprendan las consecuencias de su revelación, y podrían resultar impresionados o asustados ante la reacción de los adultos.

Cuando un niño revela un caso de abuso o desatención, es esencial que la persona que recibe la noticia responda adecuadamente y apoye al niño. Con ello se evitará debilitar la investigación posterior, que podría agravar los riesgos a que está expuesto el niño. Lo habitual es que éste empiece revelando una parte de la información, para ver cómo reaccionan los adultos, con la intención de ampliarla después si se siente seguro.

Se ofrecen a continuación algunas sugerencias sobre la manera de responder a un niño que ha revelado un maltrato.

- Trate al niño con dignidad y respeto.
- Mantenga la calma y no evidencie reacciones de escándalo, repulsión o indignación moral. La influencia de quien escucha es menor cuando se deja embargar por las emociones, especialmente si éstas son diferentes de las que el niño esperaba percibir.
- Evite las expresiones de desaprobación del supuesto perpetrador, ya que podría tratarse de una persona a quien el niño ama o por quien siente afecto, pese a los abusos o desatenciones posiblemente padecidos.
- Escuche atentamente al niño que está revelando un maltrato, y evite interpretar sus silencios en voz alta. Permita al niño expresar sus pensamientos con sus propias palabras, aunque se exprese en una jerga inapropiada. No corrija ni haga dudar al niño, por ejemplo preguntándole “¿Estás seguro de que era tu tío?”.
- Permita que el niño exprese y comunique por sí mismo sus emociones, sin hacer suposiciones, posiblemente inexactas, acerca de sus sentimientos.
- Nunca obligue al niño a mostrar sus lesiones físicas o a revelar sentimientos que no está dispuesto a expresar.
- Evite vocablos que pudieran perturbar o asustar al niño, como, por ejemplo, “violación”, “incesto” o “agresión”.
- Tranquilice al niño y ofrézcale su apoyo con expresiones como, por ejemplo:
 - “Has sido muy valiente atreviéndote a hablar de esto.”
 - “Me alegro de que me cuentes todo esto.”
 - “Me duele que te haya sucedido esto.”
 - “No te sientas solo: a otros niños les ha sucedido también.”
 - “Haré todo lo que pueda por ayudarte”
- Evite hacer comentarios sobre el incidente, y en particular haciendo referencia al supuesto perpetrador o a los efectos del abuso con frases como:
 - “¿Cómo puedes decir cosas así de..?”
 - “¡Qué mentiroso!”
 - “Ese hombre abominable ha echado a perder tu vida”
 - “¿Cómo pudiste dejar que te hiciera esas cosas?”
 - “¿Por qué no me lo dijiste antes?”
- No haga ninguna conjetura sobre la identidad del supuesto perpetrador.
- Responda a las preguntas del niño en términos simples y con franqueza. Si el niño pregunta, por ejemplo, “¿Meterán a papá en la cárcel?”, una posible respuesta sería: “No lo sé. Eso lo decidirán otras personas”
- No haga promesas que no pueda cumplir. No prometa, por ejemplo, guardarle el secreto. Si el niño así lo pide, explíquele que algunos secretos deben ser divulgados para obtener ayuda o para evitar que alguien sufra. Dígale que únicamente conocerán su historia personas que tratan de ayudarlo y protegerle.

tienen presentes las necesidades de desarrollo y salud mental del niño. Con todo, las necesidades del niño deben primar sobre las de la investigación forense, y este aspecto ha de quedar claro en todas las esferas de actuación. Si el niño se negase a someterse a un examen médico que no estuviera justificado en base a su estado, a sus revelaciones o a sus síntomas, será importante no obligarlo a someterse a exámenes físicos o entrevistas, aunque ello signifique la pérdida de evidencias científicas. Para ahorrar sufrimientos al niño, los exámenes médico y forense, así como la entrevista forense, deberían estar coordinados y asumidos por profesionales especialmente preparados para trabajar con víctimas infantiles. Y los servicios deberían estar armonizados con el fin de reducir al mínimo el número de veces que se solicite de un niño el relato de los hechos.

En una valoración sanitaria deberían contemplarse, como mínimo, los aspectos siguientes:

- consentimiento del niño y de su cuidador;
- historial médico o de salud, obtenido del cuidador y del niño;
- un examen físico “de pies a cabeza”, incluida la región genitoanal;
- documentación y tratamiento de las lesiones;
- valoración de la salud mental;
- búsqueda o tratamiento de infecciones de transmisión sexual y causadas por el VIH;
- prevención del embarazo, si se diera el caso.

Cuando haya una acusación que investigar y sea por consiguiente necesaria una valoración forense, la evaluación de salud debería incluir también la realización de un examen forense al mismo tiempo que el examen físico, con objeto de obtener pruebas válidas a efectos judiciales. La obtención y conservación de las pruebas deberá atenerse a las prácticas vigentes.¹

Hay que procurar reunir las pruebas judiciales necesarias para conseguir la protección del niño y el resultado deseado del proceso penal. Las pruebas prioritarias serán las que tengan un mayor valor probatorio ante los tribunales. En las tareas de localización, análisis, evaluación e interpretación de las pruebas será importante la cooperación y una comunicación fluida entre los agentes del orden, el estamento judicial, los profesionales sanitarios y los científicos forenses.

Además del examen forense, la valoración forense incluirá entrevistas con la persona que ha denunciado el abuso, con el niño o niños que presuntamente lo han padecido, con el presunto perpetrador y con cualquier otra persona pertinente. Tales entrevistas serán necesarias para determinar las versiones de cada una de las partes, con objeto de establecer si el niño ha sido o no objeto de abusos. Las entrevistas al niño con fines forenses son un trabajo especializado que, cuando sea posible, deberá ser realizado por un profesional capacitado y experimentado. En algunos países, estas entrevistas incumben a los sectores jurídico o social, y los agentes de salud no están ni capacitados ni autorizados a realizarlas. Siempre que sea posible, la entrevista forense deberá ir acompañada de una valoración de la salud mental, con objeto de limitar al mínimo el número de entrevistas a las que deba someterse el niño.

Cuando el niño presente problemas de salud mental graves, posiblemente se le pedirá que responda a las preguntas de los investigadores, con el fin de obtener las pruebas necesarias para incriminar al perpetrador y para ayudar a proteger a su víctima. Tanto los agentes jurídicos como los sanitarios deberán tener presentes las necesidades del

¹ En la publicación *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, Ginebra, 2004, se ofrecen directrices con respecto a la obtención de pruebas forenses.

niño maltratado, que podría estar afectado por trastornos mentales u otros síntomas de origen traumático causados por el maltrato recibido. El bienestar del niño debe ser la consideración más importante. Hay que evitar presionar a éste indebidamente para que relate los presuntos abusos. Este tipo de proceder, además de ser potencialmente perjudicial para el niño, podría afectar negativamente a la credibilidad de la información obtenida.

En algunos casos, podría ser necesario someter al niño maltratado a un tratamiento psiquiátrico con el fin de obtener una descripción más útil – a efectos jurídicos – de sus experiencias, especialmente cuando ha habido abusos sexuales. Al mismo tiempo, los encargados de la atención psiquiátrica deben ser conscientes de los peligros que entraña la inacción ante un caso de presunto maltrato, o por miedo a traumatizar al niño, o por la posibilidad de que ciertos tipos de tratamiento interfieran en la investigación. Por consiguiente, el dispensador de atención psiquiátrica debe adoptar una actitud neutral, inquisitiva y ajustada a los hechos cuando solicite del niño un relato de los abusos cometidos, sin por ello dejar de ser sensible a la situación. Análogamente, los abogados o asesores jurídicos y evaluadores forenses deberían ser capaces de reconocer las situaciones en que los sentimientos y emociones del niño pudieran causar a éste malestar, o impedirle hacer manifestaciones válidas desde el punto de vista jurídico y cognitivo. Debido a esta contraposición de intereses, en los casos de presunto abuso, especialmente si éste es de tipo sexual, podría ser necesario un intercambio de opiniones entre los diferentes sectores antes de proceder a una intervención.

Apoyo psicosocial

Todas las variantes del maltrato infantil pueden tener efectos negativos importantes y duraderos sobre la salud mental y el desarrollo del niño. Por ello, el apoyo psicosocial es esencial para su recuperación. La presencia de un cuidador respetuoso y de confianza que aborde seriamente la situación del niño representará para éste un sólido apoyo psicosocial. Lo ideal sería que, al recibir tratamiento médico, el niño recibiese también apoyo y tratamiento de profesionales competentes. En muchos grupos sociales, sin embargo, no es posible acceder a servicios institucionales de salud mental. Cuando el acceso a tales servicios sea limitado, habrá que procurar proporcionar al niño y a su familia apoyo comunitario, posiblemente no institucional. Institucional o no, tanto el apoyo como el tratamiento mental deberá contar con los cuidadores o la familia del niño, y deberá dispensarse en estrecha coordinación con las diligencias judiciales que se emprendan para proteger al niño. En los casos graves, podría ser necesario anteponer la terapia al proceso judicial. Esta consideración es procedente en los casos de trastorno mental grave, comportamientos suicidas o de autocastigo, disociación severa y trastornos de estrés postraumático.

Las intervenciones de salud mental que empíricamente han demostrado mayor eficacia suelen hacer uso de técnicas de intervención conductuales y cognitivas y trabajar conjuntamente con el niño y con la familia. Los tratamientos validados empíricamente suelen adoptar también una metodología estructurada y basada en objetivos. Su centro de atención es la enseñanza de prácticas repetitivas para controlar los trastornos emocionales y conductuales. En el caso de los niños, sería importante aprender a:

- identificar, tratar y regular las emociones;
- controlar la ansiedad;
- identificar y modificar las apreciaciones incorrectas;
- resolver problemas.

Es importante que los padres y otros cuidadores enseñen a aplicar técnicas de control de la conducta que refuercen el comportamiento positivo en lugar de castigar las acciones negativas. Las intervenciones conductuales de orden cognitivo específicamente orientadas a los trastornos traumáticos parecen ser un medio particularmente eficaz para aliviar los estados de ansiedad, depresión y malestar sexual, y los síntomas del trastorno de estrés postraumático de las víctimas.

Servicios de apoyo a las familias

El maltrato infantil es una experiencia que puede ocasionar graves tensiones y conflictos en las familias. El niño y sus hermanos pueden sentir miedo ante lo que va a suceder, o sentirse culpables de lo que ya ha sucedido en el hogar. Es también posible que haya otros miembros de la familia que hayan padecido abusos o negligencias. El dispensador de los servicios deberá ser consciente de la importancia de determinadas intervenciones como medio para ayudar a la familia a hacer frente a la situación, y para tranquilizar y ayudar a la rehabilitación de los afectados. Apoyar a los miembros de una familia presuntamente maltratadora de sus hijos puede ser una tarea difícil de asumir, pero la ayuda a la familia será muchas veces una ayuda para el niño. Es, pues, necesario apoyar específicamente a los padres y al conjunto de la familia.

Este tipo de asistencia podría ser necesaria desde el momento en que se sospecha o se ha descubierto la existencia de maltratos, y hasta el término del proceso de curación. Se prestará asistencia hasta que todos los miembros de la familia hayan sido reenviados a los servicios apropiados, atendiendo a sus necesidades específicas. Los servicios de apoyo deberían abarcar todos los sectores y mantener una comunicación y colaboración eficaz, de manera que cada sector tenga pleno conocimiento de su cometido y de sus responsabilidades principales y no se planteen conflictos entre ellos.

El número de dispensadores de servicios en contacto con la familia debería circunscribirse a los responsables directos de los cuidados al niño y a su familia y de la gestión del caso. Ello permitirá mantener la continuidad y la coherencia en la prestación del servicio. Además, preservará la integridad del caso a efectos jurídicos y la confidencialidad de la familia.

El momento exacto en que se consideren necesarias las intervenciones de apoyo dependerá de:

- la edad y las capacidades de desarrollo del niño;
- la salud física y mental del niño y del progenitor o progenitores;
- los obstáculos que, a juicio de la familia, dificulten su capacidad para hacer frente al problema y el tratamiento que dispensan al niño;
- los recursos materiales y sociales disponibles para el niño y su familia;
- la capacidad de los sistemas profesionales y no institucionales existentes para hacer frente eficazmente a la situación.

Por lo general, las familias deberán ser remitidas a los servicios apropiados, en particular para el tratamiento especializado de la persona responsable del maltrato. Sería conveniente en estos casos un sistema de reenvíos estructurado que permita definir el tipo de asistencia apropiado y determinar el momento en que procedería recurrir a servicios más especializados, por ejemplo de valoración del trauma psicológico o de intervención de salud mental. A la hora de decidir un reenvío, se tendrán también en cuenta las necesidades básicas de todo ser humano (alimentos, vivienda y transportes) además de la asistencia específicamente relacionada con los abusos. En algunas situaciones, una familia o alguno de sus miembros podría negarse a recibir ayuda. En tales casos, los dispensadores del servicio deberían asegurarse de que la familia está informada de los

servicios disponibles y de la manera de acceder a ellos. Sea cual sea la actitud de la familia, la prioridad máxima es el bienestar y la protección del niño.

Además de los servicios de protección frente a futuros maltratos, los niños maltratados y sus familias suelen necesitar intervenciones que los ayuden a recuperarse y a integrarse nuevamente como miembros productivos en la sociedad. Este tipo de rehabilitación podría abarcar diversos sectores y requerir la prestación de servicios continuos o intermitentes. Tanto en el caso del niño como del perpetrador, deberían evaluarse la susceptibilidad de éstos y los factores de protección como elementos integrantes de tales servicios. En la rehabilitación social y en las intervenciones de salud mental se tendrán presentes las estructuras comunitarias existentes y la cultura específica del entorno.

Los servicios de rehabilitación abarcan:

- **intervenciones de salud;** por ejemplo: atención médica continua; intervenciones de salud mental; terapia antitraumática; y asesoramiento individual, grupal o familiar;
- **intervenciones sociales:** curas de reposo, asistencia en las tareas cotidianas del hogar (por ejemplo, para la limpieza o la preparación de alimentos) adopción institucional, o supervisión mediante servicios de protección del niño;
- **intervenciones educativas:** por ejemplo, cursos escolares o formativos de carácter especial;
- **intervenciones jurídicas:** por ejemplo, encausamiento de los perpetradores; protección del niño, gestiones para la reclamación de daños y perjuicios;
- **asistencia financiera:** por ejemplo, fondos de compensación para la víctima que sirvan de ayuda en las intervenciones precedentemente indicadas.

Cuánto más eficaz sea la colaboración entre esos servicios, más probable será obtener resultados satisfactorios. Aunque también en estos casos es muy importante una buena comunicación entre los distintos sectores, deberán tenerse igualmente presentes los límites de la confidencialidad. Por ejemplo, desde el punto de vista del rendimiento del niño, podría ser útil que la escuela tuviese conocimiento del estado en que éste se encuentra; esa información, sin embargo, podría perjudicar el bienestar del niño y dificultar su situación en la escuela. También los niños y las familias deben ser advertidos del peligro que entraña divulgar demasiada información.

La creación de una red de proveedores de servicios directos permitiría poner en contacto a todos los proveedores de servicios sanitarios, jurídicos y sociales disponibles que están especializados en el maltrato infantil. Para que este mecanismo sea eficaz, deberá contemplar el estudio conjunto del caso con otros proveedores de servicios. Cuando proceda, se invitará a las familias y a los niños a participar en tales conversaciones, con lo que se ayudará a obtener su colaboración. La red permitiría compartir y hacer uso de material de referencia impreso y electrónico, y en particular información existente en Internet sobre los procesos jurídicos, las intervenciones preventivas y los servicios de apoyo.

Actividades de seguimiento

Si la persona que dispensa servicios primarios de salud al niño y a su familia tuviera conocimiento del maltrato, sería necesaria su presencia cada vez que se reanude el contacto con el niño y su familia (por ejemplo, si se produjeran nuevos incidentes de maltrato).

El profesional de atención primaria de salud ayudará a contrarrestar los efectos traumáticos producidos por los abusos y por la intervención, tanto en el niño como en su familia.

En futuras visitas, el profesional de atención primaria debería tener presente el grado de afectación de la familia ya que, si ésta estuviera muy afectada, la prestación de cuidados al niño enfermo podría resultar más difícil. Puede darse el caso de que la familia no desee comentar con esa persona un asunto tan delicado como es el maltrato infantil. En tales casos, habrá que tranquilizar a los miembros de la familia y hacerles saber que el agente de atención primaria los ayudará a seguir recibiendo los servicios de atención.

Cuando los servicios estén a cargo de un equipo integrado por representantes de diversos organismos o sectores, será esencial disponer de un plan de seguimiento completo en el que se indiquen claramente los cometidos de cada integrante. La eficacia de estos planes será máxima cuando cada sector conozca su área de responsabilidad y el momento en que deberá actuar. Convendría documentar los planes respecto a las distintas personas afectadas por los abusos o desatenciones y respecto al conjunto de la familia, exponiéndolos claramente e indicando los aspectos de los que habrá que seguir ocupándose. El establecimiento de vínculos entre los profesionales de los distintos sectores permitirá compartir información rápidamente y con exactitud, respetando al mismo tiempo la confidencialidad. Ello será particularmente importante por si volvieran a darse situaciones de abuso o de desatención que hubiera que notificar a las autoridades. Para cada niño debe haber un responsable del caso al que la familia pueda siempre recurrir, y que coordine los distintos servicios.

Servicios para los adultos que han sido víctimas de maltrato infantil

Las investigaciones en adultos que han padecido maltratos en su infancia confirman que, aunque este tipo de casos es bastante común, rara vez suelen ser revelados o denunciados. Por ello, un profesional sanitario podría estar tratando a un adulto sin saber que éste ha sido víctima de maltratos infantiles. Como puede verse en el recuadro 1.3, hay cada vez más evidencias de que existe una relación entre la violencia padecida durante la infancia y los comportamientos de riesgo para la salud, las enfermedades y los trastornos en la edad adulta. Por consiguiente, la ayuda a estos adultos para que superen el trauma y sus efectos a largo plazo constituirá un paso importante para conseguir su salud y bienestar general. Cuando se disponga de recursos, los servicios de atención a adultos deberían incorporar también actividades de formación y procedimientos de intervención que ayuden a identificar a las víctimas de maltrato infantil. De ese modo, los adultos afectados podrán ser enviados a los servicios de apoyo psicosocial correspondientes.

Protección del niño

Siempre que se sospeche o se tenga conocimiento de un caso de maltrato infantil, habrá que adoptar medidas para proteger al niño. En muchos países se han creado sistemas de protección o de atención infantil con potestad para ofrecer protección. La estructura jurídica y el marco de políticas, así como el contenido de los servicios de protección del niño, varían según el país. Cada modalidad de actuación será más eficaz en unos aspectos que en otros. Con todo, ningún país dispone de unos servicios de protección infantil enteramente eficaces. Por ello, será necesario reformar o establecer este tipo de servicios con carácter universal, y así se ha empezado ya a hacer en varios países. Aunque un análisis pormenorizado de las ventajas y desventajas relativas de los diferentes sistemas rebasa el alcance de la presente guía, en esta sección se exponen algunas de las cuestiones más importantes que habrá que considerar, sea cual sea el sistema de protección infantil.

Algunas modalidades de protección infantil están firmemente asentadas en la confrontación y el castigo. En tales sistemas, es obligatorio investigar cada uno de los casos

comunicados mediante métodos forenses, con el fin de determinar si ha habido o podría haber maltrato infantil. Tales investigaciones abarcan numerosos aspectos, requieren una gran dedicación y, en muchos casos, no permiten concluir la existencia de maltratos. Por consiguiente, convendría proceder con cautela antes de adoptar una línea de actuación demasiado centrada en la investigación, ya que, que al absorber tal cantidad de recursos, no siempre permitirá ofrecer a las familias otros servicios además de la investigación.

Algunas comunidades que tradicionalmente han dado gran importancia a la notificación de los casos y a su investigación han comenzado ya a reformar sus sistemas para ofrecer otro tipo de respuestas a los niños y a las familias menos preocupados por la seguridad como primera medida. Estudios realizados en los Estados Unidos indican que, cuando se adopta este tipo de respuestas alternativas, las familias reciben más servicios que cuando las investigaciones y la gestión de los casos son la única forma de intervención. Urge definir nuevas metodologías para la protección del niño, basadas en la prestación de apoyo, asistencia y tratamiento, y estudiar la manera de aplicarlas en contextos sociales de alto y bajo nivel de recursos.

Cuando se haya notificado un caso de maltrato, habrá que mantener un equilibrio entre la seguridad y la protección otorgadas por imperativo legal y el apoyo y tratamiento dispensados en el marco de un sistema de apoyo social y sanitario. La prestación de asistencia exenta de medidas de protección pone en peligro el bienestar y el desarrollo infantil, y contraviene la Convención sobre los Derechos del Niño. Cuando no van acompañadas de unas medidas adecuadas de seguimiento, tratamiento y atención, las medidas de protección y el cumplimiento estricto de la normativa legal pueden ocasionar daños graves y duraderos en la salud y el desarrollo del niño. Por consiguiente, es esencial una estrecha colaboración entre diversos sectores y un planteamiento conjunto tanto de las investigaciones como del tratamiento dispensado al niño, a su familia y al perpetrador. En ese proceso, los sectores sanitario, social y jurídico tienen importantes papeles que desempeñar. En la medida de lo posible, los organismos que prestan servicios al niño y a su familia deberían compartir la información sobre los casos. Aunque las leyes sobre privacidad y confidencialidad pueden limitar las posibilidades a este respecto, el libre flujo de información entre organismos puede ser decisivo para una protección eficaz del niño. La colaboración podría mejorar si se instituyese un comité local con representantes de cada uno de los organismos que prestan servicios a las familias y a los niños.

En las intervenciones en que participan diversos sectores, la eficacia máxima está limitada por el componente más débil de todos. Por ello, es importante que todos los planes estén a un mismo nivel. Un planteamiento multisectorial equilibrado, con recursos escasos pero bien distribuidos, puede producir resultados mucho mejores que un sistema descompensado que asigne un alto nivel de exigencia y de recursos a un solo sector en detrimento de los restantes.

Notificación de los maltratos infantiles

En muchos lugares, cuando los dispensadores de servicios (enfermeras, médicos, agentes sociales o maestros) identifican un presunto caso de maltrato infantil, tienen la obligación de notificar sus sospechas a las autoridades de protección de la infancia. A este respecto, los países han adoptado diferentes líneas de actuación. En algunos casos (por ejemplo, en Australia, Canadá, Sudáfrica y Estados Unidos) se ha optado por un sistema de notificación obligatoria a las autoridades responsables de la protección jurídica del niño. En otros casos, se ha optado por la presentación de informes confidenciales

RECUADRO 4.2

Un planteamiento multisectorial para la prestación integral de servicios: la unidad de protección infantil del Hospital General de Filipinas¹

La unidad de protección infantil del Hospital General de Filipinas (CPU), fundada en 1997, adopta un planteamiento multisectorial para la prestación de servicios médicos y psicosociales de carácter integral a los niños maltratados y a sus familias. Su finalidad es evitar ulteriores maltratos e iniciar el proceso de curación.

La CPU está en funcionamiento 24 horas al día, los 7 días de la semana. La mayor parte de sus pacientes son reenviados a organismos judiciales, y un grupo algo menos numeroso de pacientes ambulatorios son reenviados a otras dependencias hospitalarias. La inmensa mayoría son niños que han padecido abusos sexuales. En 2005, la CPU atendió 972 nuevos casos de niños maltratados, de los que un 81% habían sufrido abusos sexuales.

Desde el primer contacto, y a lo largo de un prolongado seguimiento, la CPU presta servicios de calidad desde una perspectiva multisectorial. Las actuaciones de los sectores sanitario, jurídico y social se coordinan mediante un sistema de gestión de casos de la CPU. Se indican a continuación las etapas seguidas en el tratamiento de un caso típico.

- Cuando llega el paciente, se pide el consentimiento de la persona que acompaña al niño, que es entrevistada por el asistente social y por el médico, mientras el niño conversa con la enfermera en la sala de juegos.
- Un doctor realiza una entrevista forense, que el asistente social y el policía observan a través de un monitor.
- Si el niño no es muy pequeño y está dispuesto a interponer una demanda, el policía se encarga de la entrevista mientras el asistente social observa por el monitor.
- El doctor efectúa un examen médico consistente en una evaluación general de salud, con obtención de especímenes forenses y clasificación de la etapa de desarrollo, y en caso necesario administra un tratamiento.
- El doctor y el asistente social efectúan una evaluación de riesgos con respecto al niño y su familia. De todo ello se obtiene un plan de seguridad que se encomendará al asistente social. Tanto éste como el doctor prestarán asesoramiento.
- Durante una visita al hogar, el asistente social evalúa la situación del niño y de su familia y efectúa una segunda evaluación de riesgos, revisando en consonancia el plan de seguridad.
- El niño y sus cuidadores son reenviados a un servicio de salud mental apropiado. Un psicólogo o psiquiatra de la CPU efectúa una evaluación de salud mental, con la que se elabora un plan de tratamiento. La CPU ofrece una terapia específica – individual, de grupo o lúdica – para los casos de abuso infantil, así como para los padres y la familia.
- Se celebran con regularidad reuniones sobre el caso, con participación de diversos sectores, bajo la dirección del médico de la CPU que examinó por primera vez al paciente y del asistente social que realizó la visita al hogar. Participan también en ella psiquiatras infantiles de la propia unidad y de otros centros, y se invita a participar a otros organismos que trabajan en temas familiares.
- Cada niño cuenta, en la unidad, con un encargado del caso que coordina todos los servicios recibidos por él y por su familia, y que facilita y sigue de cerca las medidas de seguridad, la asistencia jurídica y los cuidados de salud mental prestados al niño. Los encargados del caso trabajan con el niño y con las familias el tiempo que sea necesario.

La CPU dispone también de servicios jurídicos y policiales. Sus abogados se ocupan del caso ante los tribunales, y preparan a los niños antes de prestar testimonio. La Child Justice League presta también servicios jurídicos adicionales. Durante el juicio, los doctores de la CPU, los asistentes sociales y los psiquiatras aportan evidencias en la fase testifical. Desde 2004, se ha asignado a la CPU un oficial de la policía nacional que ayuda a la tramitación de los casos en esas dependencias.

La CPU presta también otros servicios sociales, entre ellos:

- asistencia a niños maltratados de familias muy pobres, en forma de subsidios para el pago de las tasas escolares, para el transporte entre el hogar y la escuela, y para los uniformes escolares;
- asistencia para la subsistencia, en forma de préstamos sin interés, a familias necesitadas que desean crear pequeñas empresas;
- clases a los padres para ayudarlos a racionalizar sus expectativas con respecto a sus hijos, a comprender mejor el comportamiento de éstos y a reajustar sus métodos de disciplina.

¹ Puede solicitarse más información de la Red de Unidades de Protección Infantil, en el sitio web: <http://www.cpu-net.org.ph> (visitado el 28 de junio de 2006), o de su directora, la Dra. Bernadette Madrid, en madridb@cpu-net.org.ph.

al sistema de atención de salud, sin que ello implique automáticamente repercusiones jurídicas. En algunos países, la notificación es la norma profesional y deontológica. En muchos otros casos, no existen mecanismos para la notificación o para la adopción de medidas ante la sospecha de un caso de maltrato infantil. Sea cual sea el sistema, los proveedores de servicios deben conocer con claridad sus responsabilidades y los protocolos a seguir en sus respectivos ámbitos de actuación. Los mecanismos de notificación deberán ir siempre acompañados de estructuras igualmente bien desarrolladas que dispensen protección, apoyo y tratamiento a los niños y a sus familias.

Antes de definir un mecanismo de notificación, deberá llegarse a un acuerdo acerca de los elementos que estarán regulados por ley, los que serán de carácter orientativo (basándose en las prácticas más acertadas), y los que constituirán normas deontológicas. Habrá que considerar también la capacidad de los servicios de protección y asistencia jurídica para el niño, y la probabilidad de que los maltratos notificados sean realmente atendidos. En concreto, habrá que responder a las preguntas siguientes.

- ¿Cuál es la finalidad del proceso de notificación, atendiendo tanto a sus posibles consecuencias jurídicas como a sus efectos sobre los servicios de apoyo sanitario y social?
- ¿Cómo habrá que integrar los aspectos del proceso de notificación en los diferentes sectores, y qué relación habrá entre dicho proceso y las respuestas adoptadas en los sectores sanitario, social y jurídico?
- ¿Qué dispensadores de servicios estarán obligados a notificar los casos, y cómo se les informará de sus responsabilidades?
- Cuando la notificación sea obligatoria, ¿cómo y cuándo se informará a los clientes de su obligación de dar parte de los presuntos abusos?
- ¿Qué criterios determinarán la obligación de notificar? En otras palabras, ¿qué grado de preocupación o de sospecha será necesario para dar parte de un caso?
- ¿Será posible consultar a las autoridades competentes sobre la conveniencia o no de notificar un caso?
- ¿Qué datos contendrá el informe? (Por ejemplo, documentación acerca de los indicadores de abuso o desatención, fecha y hora del informe, destinatario del informe u otras recomendaciones)
- ¿Estará obligado el dispensador del servicio a preparar un informe aun cuando su supervisor no lo considere necesario? Si los profesionales no tienen libertad para dar cuenta de sus sospechas, algunos casos de maltrato infantil podrán pasar inadvertidos.
- ¿Qué hacer cuando es el propio perpetrador quien informa del caso, dado que tal proceder equivale a una confesión?
- ¿Qué hacer cuando la notificación es anónima, teniendo en cuenta que limitará las posibilidades de investigar a fondo la situación?
- ¿Qué protección habrá que ofrecer al informante y a quienes participen en la investigación para evitar represalias de miembros de la familia o del presunto perpetrador?
- Si el informante ha actuado de buena fe pero la investigación concluye que no ha habido maltrato infantil, ¿qué apoyo podrá ofrecerse a aquél para protegerlo de las posibles repercusiones?
- ¿En qué momento se informará al niño y a su familia de la existencia de la notificación, y en qué manera se dará la noticia?
- ¿Qué mecanismos habrá que establecer para que los niños expusieran sus quejas con carácter confidencial?

Son cada vez más los que piensan que, en los países en que la notificación es obligatoria por ley, debería facilitarse a los niños y a sus familias el acceso a unos servicios confidenciales que les presten apoyo con carácter voluntario. La obligación de notificar suscita animadversión entre las familias y las autoridades de protección infantil hasta el punto de que, en ocasiones, el simple hecho de expresar una preocupación es interpretado como una queja y no como una solicitud de asistencia. El miedo a informar de un caso y a las consecuencias de tal proceder podría ser disuasorio para muchas familias que, en otras circunstancias, accederían posiblemente a los servicios institucionales. La utilidad de la notificación obligatoria es particularmente cuestionable cuando no existe un mecanismo legislativo que prevea las medidas a adoptar para la protección del niño.

Al mismo tiempo, hay numerosas indicaciones de que tanto el público como los profesionales son reacios a actuar cuando tienen conocimiento o sospechan de un maltrato. Ello es preocupante, ya que, en ausencia de leyes que obliguen a notificar esos casos, habrá niños necesitados de protección que pasen inadvertidos, y no se implantarán mecanismos que permitan evitar ulteriores maltratos. Son las comunidades las que han de decidir si, atendiendo a su situación, prefieren un sistema de notificación obligatoria de los casos con intervenciones apropiadas, o si consideran preferible un sistema de identificación voluntaria con intervenciones terapéuticas. Incluso en este último caso, si las familias no pudieran beneficiarse de las intervenciones, la notificación obligatoria podría ser, pese a todo, necesaria para la protección del niño. Sea cual sea la modalidad seleccionada, deberá estar fundamentada en un contexto de apoyo sanitario y social, y no ser básicamente punitiva. Será también necesario evaluar su efectividad, y todas sus posibles consecuencias no deseadas.

Evaluación integrada de las familias en situación de riesgo

Cuando una familia supuestamente proclive a situaciones de maltrato es remitida a las autoridades de protección de la infancia, puede ser necesario evaluar de manera conjunta los riesgos y las necesidades. En tales casos, habría que evaluar las necesidades generales del niño y de la familia en términos de protección, apoyo social y salud física y mental, con miras a adoptar unas decisiones coherentes y correctas acerca de los servicios y de los plazos para su prestación. En las familias que reciben servicios específicos o especializados, será necesario evaluar la capacidad de los padres para proporcionar seguridad y bienestar a sus hijos. Cuando un niño ha sido maltratado, los demás niños de la familia podrían ser también susceptibles. Por ello, hay que evaluar la seguridad y el estado de salud y desarrollo de cada niño. Este tipo de evaluación no se limita a los factores de susceptibilidad y de protección anteriormente señalados, sino que analiza la situación más a fondo considerando, en particular:

- un historial individual del progenitor o progenitores;
- un historial individual del niño o niños;
- un historial familiar;
- los síntomas físicos, sociales y mentales del progenitor o progenitores;
- los síntomas físicos, sociales y mentales del niño o niños;
- una evaluación del desarrollo del niño o niños;
- la dinámica familiar, y en particular la idoneidad de los vínculos e interacciones entre el progenitor y el hijo;
- los conocimientos y actitudes con respecto al desarrollo y a la crianza del niño, y la manera en que se interpreta su comportamiento;
- la situación desde el punto de vista de los familiares, y si los progenitores creen o no al niño maltratado y le dan su apoyo;

RECUADRO 4.3

Investigación colaborativa y coordinada

Cuando la investigación es uno de los principales elementos de la protección dada al niño, podría crearse un equipo de investigadores especialmente preparados y experimentados para indagar en el supuesto maltrato infantil. Por ejemplo, las autoridades de protección de la infancia y los agentes de la ley podrían realizar investigaciones conjuntas en casos que revistan aspectos de protección y de justicia penal, o cuando un niño haya sido testigo de actos de violencia delictivos. Para determinar la línea a seguir antes de emprender la investigación sería conveniente la participación de todos los servicios afectados. Un planteamiento colaborativo y coordinado entre los distintos sectores propicia la adopción de medidas oportunas y la prestación de los servicios apropiados al niño y a su familia. La investigación conjunta puede ser más eficaz, aunque requiere flexibilidad y cooperación.

Un proceso formalmente establecido, en virtud del cual todas las partes intervinientes en las pesquisas se reúnan para planificar una investigación conjunta, debería abarcar:

- Un análisis del historial conocido del niño, de su familia y del presunto causante del daño (por ejemplo, los datos registrados por las autoridades de protección del niño, policiales y sanitarias).
- Un examen general de los componentes de la investigación, y en particular de las entrevistas forenses a la persona que ha sospechado el maltrato, al niño, al presunto maltratador y a otros testigos pertinentes.
- Una evaluación de la salud física y mental del niño, con obtención de especímenes y pruebas forenses del lugar de los hechos y del presunto perpetrador.
- Determinación del tiempo de respuesta, atendiendo a los requisitos judiciales o a las recomendaciones clínicas, y una propuesta para el cumplimiento de los plazos de respuesta asignados o recomendados, que podrían variar en función de las circunstancias.
- Una decisión que determine el responsable principal y las circunstancias de su actuación.
- Una decisión que determine en qué momento se informará a los padres de los datos obtenidos en el transcurso de la investigación, o si existen datos que debieran ser confidenciales.
- Procedimientos para una ulterior investigación, cuando el presunto perpetrador tenga acceso a otras víctimas potenciales.
- Una decisión que determine en qué manera se identificarán las autoridades ante la persona o el organismo que han notificado el caso, ante el niño y su familia, ante otros testigos, y ante el presunto perpetrador.
- Una decisión sobre la eventual modificación de los procedimientos en consonancia con el tipo de maltrato, o por razones de seguridad o de salud apremiantes. Así, por ejemplo, los agentes de la ley suelen realizar entrevistas con fines de investigación, pese a que esta iniciativa puede sustituirse por otra o aplazarse cuando un niño ha sufrido graves lesiones o ha experimentado emociones particularmente intensas.
- Una serie de plazos para la conclusión de las investigaciones. Los plazos establecidos dependerán del tipo de sistema; por ejemplo, para determinar si un niño necesita protección los plazos serán menores que si se tratase de una investigación penal, que podría permanecer abierta hasta que se reúnan todas las pruebas. En cualquier caso, convendrá agilizar las investigaciones en las que el niño haya desempeñado un papel, con el fin de perturbarlo lo menos posible y ante la posibilidad de que olvide determinados detalles.
- Un examen de las circunstancias en que se podrán aplazar los casos; por ejemplo, cuando la salud mental del niño prevalezca sobre el proceso jurídico.

- el entorno físico en que el niño se desenvuelve o recibe atención;
- las condiciones para el desarrollo físico, social y mental;
- la persistencia o no de las circunstancias en que se ha producido el maltrato y, si se ha producido algún cambio, en qué medida afecta éste a la susceptibilidad del niño;
- los aspectos positivos de la familia.

Las intervenciones por el bien del niño

Las evaluaciones del dispensador de servicios sociales y sus intervenciones en nombre del niño, particularmente cuando decida apartarlo de su hogar, deberán velar siempre

por el bien del niño. La decisión más beneficiosa para éste estará determinada por los elementos siguientes:

- respeto al contexto étnico, religioso, cultural y lingüístico de la familia;
- estado físico y de desarrollo del niño y de sus cuidadores;
- estado de salud mental del niño y de sus cuidadores;
- necesidad de apoyar la integridad, estabilidad y autonomía de las familias en base a un consentimiento mutuo;
- respeto a la continuidad de los cuidados que se dispensan, a la formación y a la estabilidad del niño, y a unas relaciones familiares enriquecedoras;
- un plan para reducir el riesgo de maltrato en el futuro;
- eliminación de obstáculos para atender a las necesidades del niño;
- conciencia de los deseos y preocupaciones del niño, particularmente en lo referente a los cuidados temporales que reciba, a la atención de salud física y mental, a la educación, y a los aspectos religiosos y culturales, atendiendo al nivel de comprensión del niño. En cualquier caso, habrá que tener en cuenta los deseos expresados por el pequeño, teniendo en cuenta su estado de desarrollo y su salud emocional, y la naturaleza de los vínculos existentes entre él y otros miembros de la familia.

Deberá adoptarse el proceder que sea menos perjudicial para el niño y menos intrusivo para la familia, siempre y cuando la seguridad del niño esté asegurada. Muchos problemas pueden ser resueltos sin intervención legal. Se indican a continuación los posibles tipos de intervención que podrían adoptarse, de menor a mayor grado de injerencia. Ninguna de estas medidas es de aplicación exclusiva.

- Asistencia a las familias abrumadas por la situación, que sin embargo podrían ejercer adecuadamente su responsabilidad parental si recibieran apoyo. El apoyo podría consistir en servicios ocasionales de sustitución por horas, servicios de atención diaria, o servicios de custodia periódica del niño.
- Asistencia en las tareas cotidianas del hogar, por ejemplo para la gestión de la contabilidad familiar, o mediante una formación laboral específica.
- Preparación para el ejercicio de la función parental.
- Intervenciones terapéuticas, por ejemplo de asistencia mediante programas contra el abuso de sustancias, tratamiento de las enfermedades mentales o asesoramiento matrimonial.
- Supervisión del hogar, con visitas periódicas de un profesional para evaluar los progresos del niño y de la familia. Esta supervisión puede ser ejercida con carácter voluntario por los custodios legales del niño, o por orden de la autoridad oficial.
- Apartamiento del hogar del presunto perpetrador, sin que ello afecte al resto de la familia.
- Apartamiento del hogar para trasladar al niño al domicilio de un pariente, a un hogar de adopción o, en última instancia, a una residencia. La orden de supervisión del niño o su separación temporal del hogar puede estar acompañados de ciertas condiciones. Por ejemplo, la asistencia de los padres a un programa contra el abuso de sustancias, o para el tratamiento de los estados irritables, la prestación de servicios de salud mental destinados a los padres, o las comprobaciones periódicas de la salud del niño.

Conclusiones y recomendaciones

El maltrato infantil no es un problema de fácil solución. Sin embargo, mejorar la prevención, la protección y el tratamiento del niño no constituye un objetivo inalcanzable. En todos los países se dispone ya de conocimientos y experiencia suficientes para empezar a abordar ese problema. Uno de los principales obstáculos para hacer frente eficazmente al maltrato infantil ha sido la falta de información. En la presente guía se ha analizado la posibilidad de elaborar estrategias y programas basados en evidencias científicas y se han aportado los elementos para obtener otras nuevas, de modo que en el futuro resulte más fácil definir otras respuestas al maltrato infantil sobre unas bases científicas.

Cada vez que los investigadores han estudiado el maltrato infantil infligido por adultos de la propia familia, este fenómeno – influido por factores que operan a distintos niveles – se ha revelado alarmantemente habitual. La manera más eficaz de abordar un problema tan extendido y complejo como éste estará basada en la aplicación de la metodología sistemática expuesta en la introducción. El presente trabajo se ha centrado en los tres componentes principales de esa metodología:

- **información** para adoptar medidas efectivas;
- **prevención** del maltrato infantil;
- **servicios de atención** a las víctimas y a sus familias, y en particular protección del niño.

Para conocer más a fondo el maltrato infantil y las respuestas a ese fenómeno, los sistemas de **información** deberán asumir la vigilancia de los casos notificados, y producir información relativa a los centros de atención. Los sistemas de vigilancia deberán ir acompañados de:

- *encuestas de población*, con objeto de averiguar:
 - la prevalencia del maltrato infantil;
 - la relación entre los maltratos padecidos anteriormente y los comportamientos de alto riesgo;
 - la relación entre los maltratos padecidos anteriormente, los comportamientos de alto riesgo y el estado de salud actual;
- *mecanismos que permitan investigar* todos los casos de defunción infantil causados o presuntamente causados por lesiones.

Las encuestas de población deberían estar diseñadas y realizadas mediante instrumentos convenientemente comprobados, y deberían responder a los criterios epidemiológicos de objetividad, validez, fiabilidad y tamaño de la muestra. La información proporcionada por estos indicadores debería permitir una estimación más acertada del maltrato infantil en el conjunto de la población, de las tendencias en la notificación de los maltratos y de la utilización de los servicios. Asimismo, deberá sentar las bases para la evaluación de sus resultados.

Una estrategia de **prevención** del maltrato infantil en todas sus vertientes conlleva la intervención en todos los niveles del modelo ecológico. Tales intervenciones abarcan toda una serie de factores de riesgo, desde las normas culturales que pudieran ocasionar el maltrato infantil hasta los embarazos indeseados. El apoyo a las familias mediante visitas al hogar y programas de formación parental son las estrategias de prevención que han demostrado ser más eficaces. Por ello, constituyen un buen punto de partida para evitar el maltrato infantil. Los programas de prevención deberían estar orientados prioritariamente a los subgrupos de población más expuestos a posibles maltratos. Ello permitiría canalizar unos recursos escasos hacia las actividades de prevención, que se ejercerían en el nivel adecuado y durante el tiempo necesario para alcanzar sus fines, como se desprende de los estudios científicos realizados sobre la eficacia de intervenciones similares.

Deberían reforzarse los **servicios de atención** y apoyo a los niños maltratados y a sus familias, y se necesita también un mayor acervo de evidencias científicas que demuestren su efectividad. Los profesionales adecuadamente formados y habituados a trabajar con niños pueden representar un recurso inestimable en la detección del maltrato infantil. El establecimiento de protocolos para la prestación de los servicios ayudará a uniformizar el nivel de atención y a mejorar su calidad. Convendría desarrollar normas con respecto a:

- *atención de salud para niños maltratados*, y en particular:
 - documentación de las lesiones;
 - evaluación forense;
 - apoyo psicosocial;
- *servicios de protección del niño*, entre ellos:
 - gestión coordinada de los casos;
 - actas judiciales de testimonios infantiles;
 - intervenciones de servicio social en las familias;
 - lugares de residencia alternativos para los niños.

De todo lo que antecede se desprenden varios principios prácticos, que abarcan:

- Políticas, planes, programas y servicios basados en evidencias científicas, obtenidas tanto de estudios locales como mundiales, sobre la magnitud, consecuencias, causas y posibilidades de prevenir el maltrato infantil y la eficacia de diversas intervenciones. Cuando no se disponga de evidencias o éstas sean dudosas, habría que adoptar medidas innovadoras basadas en consideraciones teóricas.
- Las intervenciones estarán planificadas y efectuadas de tal modo que sea posible evaluar su eficacia y vigilar de cerca los progresos en la prevención del maltrato infantil.
- Siempre que sea posible, los programas de vigilancia y prevención del maltrato infantil y los servicios de atención a los niños y a sus familias deberían estar integrados en servicios y sistemas ya existentes.
- Las intervenciones y los sistemas de información deberían definir el maltrato infantil tomando como referencia normas internacionales, y en particular las definiciones comportamentales utilizadas en encuestas suficientemente probadas. Para la clasificación de los casos de maltrato identificados en los centros de atención convendría utilizar los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Aunque una respuesta eficaz al maltrato infantil implica una línea de actuación basada en evidencias, que proporcione a su vez otras pruebas y que incorpore información útil para la prestación de servicios preventivos y de atención, ello no es por sí solo suficiente.

Para poder definir una respuesta eficaz y sistemática que sea al mismo tiempo sostenible y de largo alcance, sus componentes básicos deberán operar simultáneamente como elementos de un único sistema. La labor de los diferentes sectores, grupos e individuos participantes deberá estar interrelacionada de tal modo que reduzca al mínimo la duplicación de tareas y optimice su eficacia. Los principios siguientes podrían ayudar a definir y aplicar eficazmente una respuesta sistemática.

- Una respuesta sistemática tendrá máxima eficacia cuando sea multisectorial y esté coordinada mediante algún tipo de mecanismo institucional, como un plan de acción nacional o una política de ámbito nacional.
- Los cometidos de los diferentes sectores que intervienen en la prevención del maltrato infantil deberán estar claramente especificados, con arreglo a la capacidad de cada sector para:
 - reunir datos y realizar investigaciones;
 - influir en una o más de las causas y factores de riesgo que determinan el maltrato infantil;
 - prestar servicios de atención a los niños y a las familias.
- Un comité de coordinación nacional, en el que participen representantes de todos los sectores implicados, ayudaría a facilitar la adopción de una respuesta sistemática. Para conseguir ese fin sería deseable, sin embargo, un organismo director. Éste debería ser capaz de coordinar tareas complejas desempeñadas simultáneamente en distintos niveles.
- Una respuesta sistemática debería delimitar claramente los sectores y organismos responsables de la creación y vigilancia de los sistemas de información sobre el maltrato infantil, de las estrategias de prevención y de los servicios de atención. No basta simplemente con identificar los cometidos de los distintos órganos.
- El establecimiento, cumplimiento y vigilancia de los programas de prevención del maltrato infantil deberían estar inequívocamente encomendados a departamentos estatales de ámbito central y local que dispongan de recursos especializados para desempeñar las tareas de prevención.
- Al definir los planes, políticas, programas y servicios necesarios habrá que tener en cuenta la diferente susceptibilidad de los niños y de las niñas a diversas formas de maltrato. Habría que atender especialmente a las necesidades de los niños particularmente susceptibles y marginados, y en particular a los que padecen discapacidades, a los desplazados y refugiados, a los afectados por VIH/SIDA y a los pertenecientes a minorías étnicas.
- Para la investigación del maltrato infantil y para la prestación de programas de prevención y de servicios de atención se necesitarán unos recursos adecuados, adecuadamente distribuidos. Los beneficios individuales y sociales que reporte la protección del niño frente a los abusos y negligencias justificarán con creces la inversión necesaria.

Se avanzará en esa dirección si se adoptan estos principios, con el fin de definir un planteamiento coordinado y sistemático de la prevención del maltrato infantil. Las tasas de maltrato infantil disminuirán, y mejorará la atención prestada a los niños y a las familias en que se padece violencia. A medida que aumente el número de organismos que respondan al maltrato infantil mediante los métodos y principios expuestos en la presente guía, el acervo de evidencias científicas irá aumentando. Se dispondrá de información científica sólida para el desarrollo de políticas y programas, y para ayudar a la asignación de recursos.

Un planteamiento del maltrato infantil basado en evidencias científicas es esencial para conseguir un éxito duradero en la prevención de ese fenómeno. En el momento actual, sin embargo, el acervo de evidencias científicas no es suficientemente voluminoso ni extenso en términos geográficos para que los decisores confíen plenamente en sus criterios. Por ello, es esencial multiplicar las respuestas al maltrato infantil de forma tal que sea posible obtener nuevas evidencias, a fin de poder utilizar algún día una metodología basada en pruebas fehacientes.

Cuestionarios de estudio de experiencias negativas en la infancia¹

Historial de salud familiar para mujeres

Estos cuestionarios son reproducciones literales de las versiones utilizadas en el estudio de experiencias infantiles adversas efectuado en California, Estados Unidos de América; algunos de sus elementos (por ejemplo, las preguntas demográficas 1b, 3a y 3b, y las preguntas sobre educación 4, 11a y 11b) deberán ser modificados a tenor de las circunstancias locales.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Fecha de nacimiento
Mes Año</p> <p>1b. ¿En qué Estado nació usted?
Estado
<input type="checkbox"/> Nací fuera de EE.UU.</p> <p>2. Sexo
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>3a. ¿Cuál es su raza?
<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia
<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Otra</p> <p>3b. ¿Es usted de origen mexicano, latino o hispano?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Cuál es su nivel de estudios? (Marque una casilla)
<input type="checkbox"/> Sin estudios secundarios
<input type="checkbox"/> Estudios secundarios incompletos
<input type="checkbox"/> Estudios secundarios completos o certificado equivalente
<input type="checkbox"/> Estudios superiores o técnicos incompletos
<input type="checkbox"/> Graduación de nivel superior</p> | <p>5. ¿Cuál es actualmente su estado civil?
<input type="checkbox"/> Casada
<input type="checkbox"/> No casada, pero conviviendo con otra persona
<input type="checkbox"/> Viuda
<input type="checkbox"/> Separada
<input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Soltera</p> <p>6a. ¿Cuántas veces ha estado casada?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más
<input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p>6b. ¿En qué mes y año se casó por primera vez?
Mes Año
<input type="checkbox"/> Soy soltera</p> <p>7a. ¿Cuál de las respuestas siguientes describe mejor su situación laboral actual?
<input type="checkbox"/> A tiempo completo (35 horas o más)
<input type="checkbox"/> A tiempo parcial (de 1 a 34 horas)
<input type="checkbox"/> No trabajo fuera del hogar</p> <p>7b. Si está trabajando fuera del hogar, ¿cuántos días se ha ausentado del trabajo en los últimos 30 días por sentirse agobiada o deprimida?
Número de días:</p> <p>7c. Si está trabajando fuera del hogar, ¿cuántos días de trabajo se ha ausentado en los últimos 30 días a causa de dolencias físicas?
Número de días:</p> |
|--|---|

¹ Estos cuestionarios pueden obtenerse en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), en <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/> (visitado el 7 de junio de 2006). No están sujetos a derechos de autor y son, por consiguiente, gratuitos, aunque el CDC y Kaiser Permanente (una organización de prestación de servicios de salud sin ánimo de lucro de los Estados Unidos) ruega el envío de copias de todo artículo de investigación realizado en base a los cuestionarios.

- 8. Durante la mayor parte de su infancia, ¿era su familia la propietaria del hogar?**
 Sí No
- 9a. Durante su infancia, ¿cuántas veces cambió de domicilio, incluso en una misma ciudad?**
 Número de veces:
- 10. ¿Qué edad tenía su madre cuando nació usted?**
 Edad:
- 11a. ¿Qué nivel de educación tiene o tenía su madre? (Marque una casilla)**
 Sin estudios secundarios
 Estudios secundarios incompletos
 Estudios secundarios completos o certificado equivalente
 Estudios superiores o técnicos incompletos
 Graduación de nivel superior
- 11b. ¿Qué nivel de educación tiene o tenía su padre? (Marque una casilla)**
 Sin estudios secundarios
 Estudios secundarios incompletos
 Estudios secundarios completos o certificación equivalente
 Estudios superiores o técnicos incompletos
 Graduación de nivel superior
- 12. ¿Ha estado alguna vez embarazada?**
 Sí No

En caso negativo, pase a la pregunta 16.

- 13a. ¿Está embarazada actualmente?**
 Sí No No lo sé
- 13b. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?**
 Número:
- 13c. ¿Cuántos de esos embarazos llegaron al parto?**
 Número:
- 13d. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que se quedó embarazada?**
 Edad:
- 13e. ¿La primera vez que se quedó embarazada, ¿qué edad tenía la persona con la que concibió?**
 Edad:
- 13f. En qué mes y año terminó su primer embarazo?**
 Mes Año

- 13g. ¿Cómo terminó su primer embarazo?**
 Uno o más nacidos vivos
 Nacido(s) muerto(s)/aborto espontáneo
 Embarazo tubárico o ectópico
 Aborto voluntario
 Otros
- 13h. Cuando se quedó embarazada por primera vez, ¿tenía intención de concebir en aquel momento?**
 Sí No Me era indiferente
- 14. ¿Se quedó embarazada una segunda vez?**
 Sí No

En caso negativo, pase a la pregunta 16.

- 15a. En qué mes y año terminó su segundo embarazo?**
 Mes Año
- 15b. ¿Cómo terminó su segundo embarazo?**
 Uno o más nacidos vivos
 Nacido(s) muerto(s)/aborto espontáneo
 Embarazo tubárico o ectópico
 Aborto voluntario
 Otros
- 15c. Cuando comenzó su segundo embarazo, ¿tenía intención de concebir en aquel momento?**
 Sí No Me era indiferente

Para tener una idea más completa de la salud de nuestros pacientes, responda por favor a las tres preguntas siguientes sobre experiencias sexuales, únicamente voluntarias.

- 16. ¿Qué edad tenía la primera vez que mantuvo relaciones sexuales?**
 Edad:
 Nunca he tenido relaciones sexuales
- 17. ¿Con cuántas parejas diferentes ha tenido relaciones sexuales en toda su vida?**
 Número de parejas:
- 18. Durante el último año, ¿con cuántas parejas diferentes ha tenido relaciones sexuales?**
 Número de parejas:
- 19a. ¿Ha fumado como mínimo 100 cigarrillos en toda su vida?**
 Sí No
- 19b. ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar cigarrillos con regularidad?**
 Edad:

20c. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

- Sí No

20d. Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántos cigarrillos fuma al día, en promedio?

Número de cigarrillos:

Si ha fumado cigarrillos tiempo atrás, pero ya no fuma:

21a. ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos al día fumaba?

Número de cigarrillos:

21b. ¿A qué edad lo dejó?

Edad:

Durante los primeros 18 años de su vida:

22a. ¿Fumaba su padre?

- Sí No

22b. ¿Fumaba su madre?

- Sí No

23a. Durante el mes pasado, ¿cuántos días a la semana, aproximadamente, ha hecho ejercicio por diversión o para mantenerse en forma?

- 0 1 2 3
 4 5 6 7

23b. Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo solía dedicar a hacer ejercicio por diversión o para mantenerse en forma (minutos)?

- 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 o más

24a. ¿Cuál es el mayor peso que ha llegado a tener?

Peso, en libras:

24b. ¿Qué edad tenía entonces?

Edad:

25a. ¿Qué edad tenía cuando bebió por primera vez algo más que unos tragos de alcohol?

Edad:

- Nunca he bebido alcohol

En los intervalos de edades siguientes, ¿cuántas veces por semana solía beber alcohol?

25b1. Entre los 19 y los 29 años

- Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

25b2. Entre los 30 y los 39 años

- Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

25b3. Entre los 40 y los 49 años

- Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

25b4. A partir de los 50 años

- Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

25c. Durante el mes pasado, ¿ha bebido en alguna ocasión cerveza, vino, sangría, cócteles o licores?

- Sí No

25d. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana ha bebido algún tipo de bebida alcohólica, en promedio?

- 0 1 2 3
 4 5 6 7

25e. En la época en que bebía, ¿aproximadamente cuántas bebidas diarias se servía, en promedio?

- 1 2 3 4 o más
 No bebí en el mes pasado

25f. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha ingerido cinco o más bebidas seguidas de algún tipo de bebida alcohólica?

Número de veces:

25g. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha manejado un automóvil después de haber bebido posiblemente demasiado?

Número de veces:

25h. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha viajado en un automóvil u otro vehículo manejado por alguien que había bebido alcohol?

Número de veces:

26. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el consumo de alcohol?

- Sí No

27. ¿En alguna ocasión ha pensado que es una alcohólica?
 Sí No
- 28a. Hasta cumplir los 18 años, ¿ha vivido con alguien que tuviera problemas con el alcohol o fuera alcohólico?
 Sí No
- 28b. En caso afirmativo, indique si se trataba de:
 Padre Otro pariente
 Madre Otro no pariente
 Hermanos Hermanas
29. ¿Ha estado alguna vez casada (o ha vivido en pareja) con alguien que tuviera problemas con el alcohol o fuera alcohólico?
 Sí No
- 30a. ¿Ha consumido alguna vez drogas?
 Sí No
- 30b. En caso afirmativo: ¿qué edad tenía la primera vez que las consumió?
 Edad:
- 30c. ¿Cuántas veces ha consumido drogas, aproximadamente?
 0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100 o más
- 30d. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el consumo de drogas?
 Sí No
- 30e. ¿Alguna vez se ha considerado adicta a las drogas?
 Sí No
- 30f. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?
 Sí No
31. Ha acudido alguna vez a la consulta de un psicólogo, psiquiatra o terapeuta?
 Sí No
- 32a. ¿Le ha preguntado alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario si ha tenido problemas familiares o en el hogar durante su infancia?
 Sí No
- 32b. ¿Cuántos amigos íntimos o parientes estarían dispuestos a prestarle ayuda si tuviera problemas emocionales o sentimentales?
 Ninguno 1 2 3 o más

Durante los primeros 18 años de su vida:

33. ¿Ha vivido con alguien que consumiera drogas?
 Sí No
- 34a. ¿Han estado sus padres separados o divorciados alguna vez?
 Sí No
- 34b. ¿Ha vivido alguna vez con un padrastro?
 Sí No
- 34c. ¿Ha vivido alguna vez con una madrastra?
 Sí No
35. ¿Ha vivido alguna vez en un hogar adoptivo?
 Sí No
- 36a. ¿Se ha escapado alguna vez de casa durante más de un día?
 Sí No
- 36b. ¿Alguno de sus hermanos o hermanas se ha escapado alguna vez de casa durante más de un día?
 Sí No
37. ¿Había alguien en su hogar que padeciera depresiones o enfermedades mentales?
 Sí No
38. ¿Había alguien en su hogar que hubiera intentado suicidarse?
 Sí No
- 39a. ¿Había alguien en su hogar que hubiera estado preso alguna vez?
 Sí No
- 39b. ¿Había alguien en su hogar que cometiera alguna vez un delito grave?
 Sí No
- 40a. ¿Ha intentado usted alguna vez suicidarse?
 Sí No
- 40b. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía la primera vez que intentó suicidarse?
 Edad:
- 40c. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía la última vez que intentó suicidarse?
 Edad:
- 40d. ¿Cuántas veces ha intentado suicidarse?
 Número de veces :

40e. **¿Alguno de sus intentos de suicidio le ha causado lesiones, envenenamientos o sobredosis que tuvieran que ser tratados por un médico o enfermera?**

- Sí No

A veces, algunos padres se golpean. Cuando usted tenía menos de 18 años, ¿con qué frecuencia maltrataba a su madre (o a su madrastra) su padre (o su padrastro) o el hombre que vivía con ella?

41a. **Empujándola, agarrándola, abofeteándola o arrojándole objetos**

- Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

41b. **Dándole patadas, mordiéndola, dándole puñetazos o golpeándola con un objeto contundente**

- Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

41c. **Golpeándola una y otra vez durante por lo menos varios minutos**

- Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

41d. **Amenazándola con un cuchillo o pistola, o utilizando un cuchillo o una pistola para agredirla**

- Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

Algunos padres dan azotes a sus hijos para disciplinarlos. Hasta que cumplió los 18 años:

42a. **¿Cuántas veces le dieron azotes?**

- Nunca
 Una o dos veces
 Varias veces al año
 Muchas veces al año
 Una vez a la semana o más

42b. **¿Eran muy fuertes los azotes?**

- Flojos Bastante fuertes
 Un poco fuertes Muy fuertes
 Medianamente fuertes

42c. **¿Qué edad tenía la última vez que recuerda haber sido azotada?**

Edad:

Antes de cumplir los 18 años, ¿hasta qué punto han sido ciertas las afirmaciones siguientes:

43. **No tenía suficiente que comer.**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

44. **Sabía que había alguien que se ocupaba de usted y la protegía.**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

45. **En su familia la menospreciaban con expresiones tales como “holgazana” o “fea”**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

46. **Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para ocuparse de la familia**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

47. **Había alguien en su familia que la ayudaba sentirse importante o especial.**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

48. **La ropa que tenía que ponerse estaba sucia**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

49. **Se sintió amada**

- Nunca fue cierto
 Casi nunca fue cierto
 Fue cierto a veces
 Fue cierto a menudo
 Fue cierto muy a menudo

- 50. Pensaba que sus padres deseaban que no hubiese nacido.**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 51. Los miembros de su familia se ocupaban los unos de los otros**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 52. Sentía que alguien de su familia la odiaba**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 53. Alguien de su familia le decía cosas dolorosas o insultantes**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 54. Su familia se sentía muy unida**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 55. Cree haber sido objeto de abusos emocionales**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo
- 56. Había alguien que la habría llevado al médico si lo necesitara.**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo

- 57. Su familia le daba seguridad y apoyo**
- Nunca fue cierto
 - Casi nunca fue cierto
 - Fue cierto a veces
 - Fue cierto a menudo
 - Fue cierto muy a menudo

A veces sucede que los padres u otros adultos hacen daño a los niños. Cuando usted estaba creciendo, es decir, durante sus primeros 18 años, ¿con qué frecuencia alguno de sus padres, padrastros o adultos que vivieron en su hogar se comportaba de la forma siguiente?

- 58a. Le dirigía palabras malsonantes, la insultaba o la humillaba**
- Nunca
 - Una o dos veces
 - En ocasiones
 - A menudo
 - Muy a menudo

- 58b. Amenazaba con golpearla o con arrojarle algún objeto, sin llegar nunca a hacerlo**
- Nunca
 - Una o dos veces
 - En ocasiones
 - A menudo
 - Muy a menudo

- 58c. Llegó a empujarla, agarrarla, zarandearla, abofetearla o arrojarle algún objeto**
- Nunca
 - Una o dos veces
 - En ocasiones
 - A menudo
 - Muy a menudo

- 58d. La golpeaba tan fuerte que le dejaba marcas o le hacía heridas**
- Nunca
 - Una o dos veces
 - En ocasiones
 - A menudo
 - Muy a menudo

- 58e. Su comportamiento le hacía temer que le hiciese daño físicamente**
- Nunca
 - Una o dos veces
 - En ocasiones
 - A menudo
 - Muy a menudo

Algunas personas, cuando están en edad de crecer, durante sus primeros 18 años, tienen alguna experiencia sexual con un adulto u otra persona por lo menos cinco años mayor que ellas. Estas experiencias pueden haber sucedido con un pariente, un amigo de la familia o un desconocido. Hasta que cumplió 18 años, ¿le sucedió alguna vez que un adulto u otro pariente, amigo de la familia o desconocido se comportara como sigue?

	La primera vez que sucedió, ¿qué edad tenía usted?	La primera vez, ¿sucedió contra su voluntad?	La última vez que sucedió, ¿qué edad tenía usted?	¿Cuántas veces le sucedió, aproximadamente?	¿Cuántas personas diferentes hicieron eso con usted?	¿De qué sexo era la persona o personas que lo hicieron?
59a. Tocó o acarició su cuerpo con intención sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años						
60a. La obligó a tocar su cuerpo con intención sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años						
61a. Intentó practicar algún tipo de relación sexual (oral, anal o vaginal) con usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años						
62a. Llegó a tener algún tipo de relación sexual (oral, anal, o vaginal) con usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años						

Si ha respondido “no” a cada una de estas cuatro preguntas (59a–62a) sobre experiencias sexuales con personas de mayor edad, pase directamente a la pregunta 67a.

Si ha tenido alguna experiencia sexual con un adulto o con una persona por lo menos cinco años mayor que usted, describa por favor el tipo de persona que era:

- 63a. Un pariente que vivía con su familia**
 Sí No
- 63b. Alguien que no era pariente pero vivía con su familia**
 Sí No
- 63c. Un pariente que no vivía con su familia**
 Sí No
- 63d. Un amigo de la familia o una persona conocida de usted, pero que no vivía con su familia**
 Sí No
- 63e. Un desconocido**
 Sí No
- 63f. Alguien que cuidaba de usted**
 Sí No

63g. Alguien en quien usted confiaba
 Sí No

Indique si alguna de estas experiencias sexuales sucedió en las circunstancias siguientes:

- 64a. Con engaño, persuasión verbal o presiones para conseguir su consentimiento**
 Sí No
- 64b. Haciéndole beber alcohol o ingerir drogas**
 Sí No
- 64c. Amenazando con hacerle daño si no colaboraba**
 Sí No
- 64d. Forzándola o imponiéndose físicamente para que colaborara**
 Sí No
- 65a. ¿Alguna vez ha hablado de estas experiencias sexuales con un médico, enfermera u otro profesional sanitario?**
 Sí No

65b. ¿Alguna vez le ha indicado un terapeuta o consejero que ha sido víctima de abusos sexuales en su infancia?

Sí No

66. ¿Cree haber sido objeto de abusos sexuales en su infancia?

Sí No

Independientemente de otras experiencias sexuales indicadas en respuestas anteriores, hasta que cumplió los 18 años:

67a. ¿Alguna vez se vio obligada o amenazada por un niño o un grupo de niños para acceder a tener contacto sexual?

Sí No

67b. En caso afirmativo: ¿el contacto consistió en tocamientos de sus partes sexuales, o en un intento de mantener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted?

Sí No

67c. En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha tenido este tipo de experiencias?

Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

67d. ¿En esas ocasiones, ¿alguien llegó a tener relación sexual (oral, anal o vaginal) con usted?

Sí No

67e. En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha tenido este tipo de experiencias?

Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

68a. En su edad adulta (a partir de los 19 años), ¿ha sido alguna vez forzada o amenazada físicamente para mantener contactos sexuales?

Sí No

68b. En caso afirmativo, ¿el contacto consistió en tocamientos de sus partes sexuales o en intentos de tener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted ?

Sí No

68c. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le han sucedido estas cosas?

Una vez De 6 a 10 veces
 2 veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

68d. ¿En tales situaciones, ¿alguien llegó a tener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted?

Sí No

68e. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ha sucedido esto?

Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

Historial de salud familiar para varones

Estos cuestionarios son reproducciones literales de las versiones utilizadas en el estudio de experiencias infantiles adversas efectuado en California, Estados Unidos de América; algunos de sus elementos (por ejemplo, las preguntas demográficas 1b, 3a y 3b, y las preguntas sobre educación 4, 11a y 11b) deberán ser modificados a tenor de las circunstancias locales.

- 1. Fecha de nacimiento**
Mes Año
- 1b. ¿En qué Estado nació usted?**
Estado
 Nací fuera de EE.UU.
- 2. Sexo**
 Varón Mujer
- 3a. ¿Cuál es su raza?**
 Asiática Amerindia
 Negra Blanca
 Otra
- 3b. ¿Es usted de origen mexicano, latino o hispano?**
 Sí No
- 4. ¿Cuál es su nivel de estudios? (Marque una casilla)**
 Sin estudios secundarios
 Estudios secundarios incompletos
 Estudios secundarios completos o certificado equivalente
 Estudios superiores o técnicos incompletos
 Graduación de nivel superior
- 5. ¿Cuál es actualmente su estado civil?**
 Casada
 No casada, pero conviviendo con otra persona
 Viuda
 Separada
 Divorciada
 Soltera
- 6a. ¿Cuántas veces ha estado casado?**
 1 2 3 4 o más
 Ninguna
- 6b. ¿En qué mes y año se casó por primera vez?**
Mes Año
 Soy soltero
- 7a. ¿Cuál de las respuestas siguientes describe mejor su situación laboral actual?**
 A tiempo completo (35 horas o más)
 A tiempo parcial (de 1 a 34 horas)
 No trabajo fuera del hogar
- 7b. Si está trabajando fuera del hogar, ¿cuántos días se ha ausentado del trabajo en los últimos 30 días por sentirse agobiada o deprimida?**
Número de días:
- 7c. Si está trabajando fuera del hogar, ¿cuántos días de trabajo se ha ausentado en los últimos 30 días a causa de dolencias físicas?**
Número de días:
- 8. Durante la mayor parte de su infancia, ¿era su familia la propietaria del hogar?**
 Sí No
- 9a. Durante su infancia, ¿cuántas veces cambió de domicilio, incluso en una misma ciudad?**
Número de veces:
- 9b. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su residencia actual?**
 Menos de seis meses
 Menos de un año
 Menos de dos años
 Dos años o más
- 10. ¿Qué edad tenía su madre cuando nació usted?**
Edad:
- 11a. ¿Qué nivel de educación tiene o tenía su madre? (Marque una casilla)**
 Sin estudios secundarios
 Estudios secundarios incompletos
 Estudios secundarios completos o certificado equivalente
 Estudios superiores o técnicos incompletos
 Graduación de nivel superior
- 11b. ¿Qué nivel de educación tiene o tenía su padre? (Marque una casilla)**
 Sin estudios secundarios
 Estudios secundarios incompletos
 Estudios secundarios completos o certificado equivalente
 Estudios superiores o técnicos incompletos
 Graduación de nivel superior
- 12a. ¿Ha fumado como mínimo 100 cigarrillos en toda su vida?**
 Sí No

12b. ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar cigarrillos con regularidad?
Edad:

12c. ¿Fuma cigarrillos actualmente?
 Sí No

12d. Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántos cigarrillos fuma al día, en promedio?
Número de cigarrillos:

Si ha fumado cigarrillos tiempo atrás, pero ya no fuma:

13a. ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos al día fumaba?
Número de cigarrillos:

13b. ¿A qué edad lo dejó?
Edad:

Durante los primeros 18 años de su vida:

14a. ¿Fumaba su padre?
 Sí No

14b. ¿Fumaba su madre?
 Sí No

15a. Durante el mes pasado, ¿cuántos días a la semana, aproximadamente, ha hecho ejercicio por diversión o para mantenerse en forma?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

15b. Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo solía dedicar a hacer ejercicio por diversión o para mantenerse en forma (minutos)?
 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 o más

16a. ¿Qué edad tenía cuando bebió por primera vez algo más que unos tragos de alcohol?
Edad:
 Nunca he bebido alcohol

En los intervalos de edades siguientes, ¿cuántas veces por semana solía beber alcohol?

16b1. Entre los 19 y los 29 años
 Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

16b2. Entre los 30 y los 39 años
 Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

16b3. Entre los 40 y los 49 años
 Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

16b4. A partir de los 50 años
 Ninguna
 Menos de 6 por semana
 De 7 a 13 por semana
 13 por semana
 14 o más por semana

16c. Durante el mes pasado, ¿ha bebido en alguna ocasión cerveza, vino, sangría, cócteles o licores?
 Sí No

16d. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces a la semana ha bebido algún tipo de bebida alcohólica, en promedio?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

16e. En la época en que bebía, ¿aproximadamente cuántas bebidas diarias se servía, en promedio?
 1 2 3 4 o más
 No bebí en el mes pasado

16f. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha ingerido cinco o más bebidas seguidas de algún tipo de bebida alcohólica?
Número de veces:

16g. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha manejado un automóvil después de haber bebido posiblemente demasiado?
Número de veces:

16h. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha viajado en un automóvil u otro vehículo manejado por alguien que había bebido alcohol?
Número de veces:

17. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el consumo de alcohol?
 Sí No

18. ¿En alguna ocasión ha pensado que es un alcohólico?
 Sí No
- 19a. Hasta cumplir los 18 años, ¿ha vivido con alguien que tuviera problemas con el alcohol o fuera alcohólico?
 Sí No
- 19b. En caso afirmativo, indique si se trataba de:
 Padre Otro pariente
 Madre Otro no pariente
 Hermanos Hermanas
20. ¿Ha estado alguna vez casada (o ha vivido en pareja) con alguien que tuviera problemas con el alcohol o fuera alcohólico?
 Sí No
- 21a. ¿Ha consumido alguna vez drogas?
 Sí No
- 21b. En caso afirmativo: ¿qué edad tenía la primera vez que las consumió?
 Edad:
- 21c. ¿Cuántas veces ha consumido drogas, aproximadamente?
 0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100 o más
- 21d. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el consumo de drogas?
 Sí No
- 21e. ¿Alguna vez se ha considerado adicta a las drogas?
 Sí No
- 21f. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?
 Sí No
22. Ha acudido alguna vez a la consulta de un psicólogo, psiquiatra o terapeuta?
 Sí No
- 23a. ¿Le ha preguntado alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario si ha tenido problemas familiares o en el hogar durante su infancia?
 Sí No
- 23b. ¿Cuántos amigos íntimos o parientes estarían dispuestos a prestarle ayuda si tuviera problemas emocionales o sentimentales?
 Ninguno 1 2 3 o más

Durante los primeros 18 años de su vida:

24. ¿Ha vivido con alguien que consumiera drogas?
 Sí No
- 25a. ¿Han estado sus padres separados o divorciados alguna vez?
 Sí No
- 25b. ¿Ha vivido alguna vez con un padrastro?
 Sí No
- 25c. ¿Ha vivido alguna vez con una madrastra?
 Sí No
26. ¿Ha vivido alguna vez en un hogar adoptivo?
 Sí No
- 27a. ¿Se ha escapado alguna vez de casa durante más de un día?
 Sí No
- 27b. ¿Alguno de sus hermanos o hermanas se ha escapado alguna vez de casa durante más de un día?
 Sí No
28. ¿Había alguien en su hogar que padeciera depresiones o enfermedades mentales?
 Sí No
29. ¿Había alguien en su hogar que hubiera intentado suicidarse?
 Sí No
- 30a. ¿Había alguien en su hogar que hubiera estado preso alguna vez?
 Sí No
- 30b. ¿Había alguien en su hogar que cometiera alguna vez un delito grave?
 Sí No
- 31a. ¿Cuál es el mayor peso que ha llegado a tener?
 Peso, en libras:.....
- 31b. ¿Qué edad tenía entonces?
 Edad:
- 32a. ¿Ha intentado usted alguna vez suicidarse?
 Sí No
- 32b. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía la primera vez que intentó suicidarse?
 Edad:

32c. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía la última vez que intentó suicidarse?
Edad:

32d. ¿Cuántas veces ha intentado suicidarse?
Número de veces:

32e. ¿Alguno de sus intentos de suicidio le ha causado lesiones, envenenamientos o sobredosis que tuvieron que ser tratados por un médico o enfermera?
 Sí No

Para tener una idea más completa de la salud de nuestros pacientes, responda por favor a las tres preguntas siguientes sobre experiencias sexuales, únicamente voluntarias.

33a. ¿Qué edad tenía la primera vez que mantuvo relaciones sexuales?
Edad:
 Nunca he tenido relaciones sexuales

33b. ¿Con cuántas parejas diferentes ha tenido relaciones sexuales en toda su vida?
Número de parejas:

33c. Durante el último año, ¿con cuántas parejas diferentes ha tenido relaciones sexuales?
Número de parejas:

34c. ¿Ha dejado alguna vez embarazada a alguna mujer?
 Sí No

34b. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía usted la primera vez que dejó embarazada a una mujer?
Edad:
 Nunca he dejado embarazada a una mujer

34c. ¿Qué edad tenía la mujer más joven que ha dejado embarazada?
Edad:
 Nunca he dejado embarazada a una mujer

34d. ¿Qué edad tenía usted entonces?
Edad:

A veces, algunos padres se golpean. Cuando usted tenía menos de 18 años, ¿con qué frecuencia maltrataba a su madre (o a su madrastra) su padre (o su padrastro) o el hombre que vivía con ella?

35a. Empujándola, agarrándola, abofeteándola o arrojándole objetos
 Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

35b. Dándole patadas, mordiéndola, dándole puñetazos o golpeándola con un objeto contundente
 Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

35c. Golpeándola una y otra vez durante por lo menos varios minutos
 Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

35d. Amenazándola con un cuchillo o pistola, o utilizando un cuchillo o una pistola para agredirla
 Nunca A menudo
 Una o dos veces Muy a menudo
 En ocasiones

Algunos padres dan azotes a sus hijos para disciplinarlos. Hasta que cumplió los 18 años:

36a. ¿Cuántas veces le dieron azotes?
 Nunca
 Una o dos veces
 Varias veces al año
 Muchas veces al año
 Una vez a la semana o más

36b. ¿Eran muy fuertes los azotes?
 Flojos Bastante fuertes
 Un poco fuertes Muy fuertes
 Medianamente fuertes

36c. ¿Qué edad tenía la última vez que recuerda haber sido azotado?
Edad:

Antes de cumplir los 18 años, ¿hasta qué punto han sido ciertas las afirmaciones siguientes:

37. No tenía suficiente que comer.

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

38. Sabía que había alguien que se ocupaba de usted y lo protegía.

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

39. En su familia lo menospreciaban con expresiones tales como "holgazán" o "feo"

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

40. Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para ocuparse de la familia

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

41. Había alguien en su familia que lo ayudaba sentirse importante o especial.

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

42. La ropa que tenía que ponerse estaba sucia

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

43. Se sintió amado

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

44. Pensaba que sus padres deseaban que no hubiese nacido.

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

45. Los miembros de su familia se ocupaban los unos de los otros

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

46. Sentía que alguien de su familia lo odiaba

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

47. Alguien de su familia le decía cosas dolorosas o insultantes

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

48. Su familia se sentía muy unida

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

49. Cree haber sido objeto de abusos emocionales

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

50. Había alguien que lo habría llevado al médico si lo necesitara.

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

51. Su familia le daba seguridad y apoyo

- Nunca fue cierto
- Casi nunca fue cierto
- Fue cierto a veces
- Fue cierto a menudo
- Fue cierto muy a menudo

A veces sucede que los padres u otros adultos hacen daño a los niños. Cuando usted estaba creciendo, es decir, durante sus primeros 18 años, ¿con qué frecuencia alguno de sus padres, padrastros o adultos que vivieron en su hogar se comportaba de la forma siguiente?

52a. Le dirigía palabras malsonantes, lo insultaba o lo humillaba

- Nunca A menudo
- Una o dos veces Muy a menudo
- En ocasiones

52b. Amenazaba con golpearlo o con arrojarle algún objeto, sin llegar nunca a hacerlo

- Nunca A menudo
- Una o dos veces Muy a menudo
- En ocasiones

52c. Llegó a empujarle, agarrarle, zarandearle, abofetearle o arrojarle algún objeto

- Nunca A menudo
- Una o dos veces Muy a menudo
- A veces

52d. Lo golpeaba tan fuerte que le dejaba marcas o le hacía heridas

- Nunca A menudo
- Una o dos veces Muy a menudo
- A veces

52e. Su comportamiento le hacía temer que le hiciese daño físicamente

- Nunca A menudo
- Una o dos veces Muy a menudo
- A veces

Algunas personas, cuando están en edad de crecer, durante sus primeros 18 años, tienen alguna experiencia sexual con un adulto u otra persona por lo menos cinco años mayor que ellas. Estas experiencias pueden haber sucedido con un pariente, un amigo de la familia o un desconocido. Hasta que cumplió 18 años, ¿le sucedió alguna vez que un adulto u otro pariente, amigo de la familia o desconocido se comportara como sigue?

	La primera vez que sucedió, ¿qué edad tenía usted?	La primera vez, ¿sucedió contra su voluntad?	La última vez que sucedió, ¿qué edad tenía usted?	¿Cuántas veces le sucedió, aproximadamente?	¿Cuántas personas diferentes hicieron eso con usted?	¿De qué sexo era la persona o personas que lo hicieron?
59a. Tocó o acarició su cuerpo con intención sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años		<input type="checkbox"/> No	años	veces	personas	<input type="checkbox"/> Mujer
60a. La obligó a tocar su cuerpo con intención sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años		<input type="checkbox"/> No	años	veces	personas	<input type="checkbox"/> Mujer
61a. Intentó practicar algún tipo de relación sexual (oral, anal o vaginal) con usted	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años		<input type="checkbox"/> No	años	veces	personas	<input type="checkbox"/> Mujer
62a. Llegó a tener algún tipo de relación sexual (oral, anal, o vaginal) con usted	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ▶ años		<input type="checkbox"/> No	años	veces	personas	<input type="checkbox"/> Mujer
						<input type="checkbox"/> Ambos

Si ha respondido “no” a cada una de estas cuatro preguntas (53a–56a) sobre experiencias sexuales con personas de mayor edad, pase directamente a la pregunta 57a.

Si ha tenido alguna experiencia sexual con un adulto o con una persona por lo menos cinco años mayor que usted, describa por favor el tipo de persona que era:

- 57a. **Un pariente que vivía con su familia**
 Sí No
- 57b. **Alguien que no era pariente pero vivía con su familia**
 Sí No
- 57c. **Un pariente que no vivía con su familia**
 Sí No
- 57d. **Un amigo de la familia o una persona conocida de usted, pero que no vivía con su familia**
 Sí No
- 57e. **Un desconocido**
 Sí No
- 57f. **Alguien que cuidaba de usted**
 Sí No
- 57g. **Alguien en quien usted confiaba**
 Sí No

Indique si alguna de estas experiencias sexuales sucedió en las circunstancias siguientes:

- 58a. **Con engaño, persuasión verbal o presiones para conseguir su consentimiento**
 Sí No
- 58b. **Haciéndole beber alcohol o ingerir drogas**
 Sí No
- 58c. **Amenazando con hacerle daño si no colaboraba**
 Sí No
- 58d. **Forzándolo o imponiéndose físicamente para que colaborara**
 Sí No
- 59a. **¿Alguna vez ha hablado de estas experiencias sexuales con un médico, enfermera u otro profesional sanitario?**
 Sí No

- 59b. **¿Alguna vez le ha indicado un terapeuta o consejero que ha sido víctima de abusos sexuales en su infancia?**
 Sí No

60. **¿Cree haber sido objeto de abusos sexuales en su infancia?**
 Sí No

Independientemente de otras experiencias sexuales indicadas en respuestas anteriores, hasta que cumplió los 18 años:

- 61a. **¿Alguna vez se vio obligado o amenazado por un niño o un grupo de niños para acceder a tener contacto sexual?**
 Sí No
- 61b. **En caso afirmativo: ¿el contacto consistió en tocamientos de sus partes sexuales, o en un intento de mantener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted?**
 Sí No
- 61c. **En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha tenido este tipo de experiencias?**
 Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces
- 61d. **¿En esas ocasiones, ¿alguien llegó a tener relación sexual (oral, anal o vaginal) con usted?**
 Sí No
- 61e. **En caso afirmativo, ¿cuántas veces ha tenido este tipo de experiencias?**
 Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces
- 62a. **En su edad adulta (a partir de los 19 años), ¿ha sido alguna vez forzado o amenazado físicamente para mantener contactos sexuales?**
 Sí No
- 62b. **En caso afirmativo, ¿el contacto consistió en tocamientos de sus partes sexuales o en intentos de tener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted ?**
 Sí No

62c. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le han sucedido estas cosas?

- Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

62d. ¿En tales situaciones, ¿alguien llegó a tener relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) con usted?

- Sí No

62e. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ha sucedido esto?

- Una vez De 6 a 10 veces
 Dos veces Más de 10 veces
 De 3 a 5 veces

Cuestionario de evaluación de salud para mujeres

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
----------------------	--------------------------

¿Tiene usted alguno de los síntomas o trastornos siguientes?

Congestión frecuente de la nariz o moqueo, estornudos	1=sí 2=no
Alergia a algún medicamento	1=sí 2=no
Asma o respiración dificultosa	1=sí 2=no
Bronquitis crónica o enfisema	1=sí 2=no
Tos frecuentes, cualquiera que sea su origen	1=sí 2=no
Respiración jadeante	1=sí 2=no

¿Alguna vez le ha sucedido...?

Expulsar sangre al toser (que no provenga de vómitos)	1=sí 2=no
¿Ha sido tratada alguna vez de tuberculosis o de coccidomicosis?	1=sí 2=no
¿Ha dado alguna vez positivo en una prueba de tuberculosis?	1=sí 2=no
¿Ha sido fumadora?	1=sí 2=no
Si todavía es fumadora, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?
¿Ha tenido alguna vez cáncer de pulmón?	1=sí 2=no
¿Masca usted tabaco?	1=sí 2=no

¿En alguna ocasión ha tenido o le han prescrito...?

Presión alta	1=sí 2=no
Medicamentos para la presión sanguínea	1=sí 2=no
Un ataque al corazón (coronario)	1=sí 2=no
Medicamentos para reducir el nivel de colesterol	1=sí 2=no

¿Se encuentra en alguno de los casos siguientes?

Siente dolor u opresión en el pecho al hacer ejercicio	1=sí 2=no
Toma nitroglicerina	1=sí 2=no
Ha tenido palpitaciones rápidas o desacompañadas	1=sí 2=no
Ha tenido otros problemas de corazón	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
Calambres nocturnos en las piernas	1=sí 2=no
Dolor en las piernas al caminar rápido, cuesta arriba o subiendo escaleras	1=sí 2=no
¿Padece alguna de las dolencias siguientes?	
Varices	1=sí 2=no
Problemas de la piel	1=sí 2=no
¿Está aquejada de alguno de los trastornos siguientes?	
Dolores abdominales (de estómago)	1=sí 2=no
Indigestión o ardor de estómago frecuentes	1=sí 2=no
Estreñimiento	1=sí 2=no
Diarreas o deposiciones frecuentes	1=sí 2=no
¿Ha habido algún cambio evidente:	
En la frecuencia o regularidad de sus deposiciones durante el último año?	1=sí 2=no
¿Es usted vegetariana?	1=sí 2=no
¿Alguna vez ha padecido o le han dicho que padece...?	
Úlcera	1=sí 2=no
Vómitos de sangre	1=sí 2=no
Heces negras o alquitranosas	1=sí 2=no
Piedras u otros trastornos de la vesícula biliar	1=sí 2=no
Ictericia, hepatitis o trastornos del hígado	1=sí 2=no
Un cambio inequívoco de peso en los últimos meses	1=sí 2=no
¿Padece alguno de los trastornos siguientes?	
Cefaleas frecuentes	1=sí 2=no
Mareos	1=sí 2=no
¿Ha experimentado alguna vez los trastornos siguientes?	
Ataques nerviosos, temblores o convulsiones	1=sí 2=no
Desmayos o pérdida del conocimiento sin razón aparente	1=sí 2=no
Pérdida temporal de control (parálisis) de una mano o de un pie	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
Un ataque o amago de ataque al corazón	1=sí 2=no
Pérdida temporal del habla	1=sí 2=no
¿Ha padecido alguna vez las dolencias siguientes?	
Dolores de espalda frecuentes	1=sí 2=no
Dolores o hinchazón de las articulaciones	1=sí 2=no
¿Se ha encontrado alguna vez en los casos siguientes?	
Se ha roto algún hueso	1=sí 2=no
Se preocupa a menudo por su estado de salud	1=sí 2=no
Ha sufrido por ser más sensible que la mayoría de la gente	1=sí 2=no
Se ha encontrado en circunstancias que le han provocado pánico	1=sí 2=no
Ha tenido razones para temer que iba a perder los nervios	1=sí 2=no
¿Ha padecido o padece alguno de los trastornos siguientes?	
Problemas del tracto urinario (riñón, vejiga)	1=sí 2=no
Pérdida de control de su orina	1=sí 2=no
Dolor o quemazón al orinar	1=sí 2=no
Sangre en la orina	1=sí 2=no
Dificultad para comenzar a orinar	1=sí 2=no
Se levanta frecuentemente a orinar por las noches	1=sí 2=no
Sangrado vaginal entre períodos de menstruación	1=sí 2=no
Algún tipo de sangrado vaginal después de la menopausia	1=sí 2=no
Algún bulto en el pecho	1=sí 2=no
Se palpa el pecho regularmente	1=sí 2=no
Sus pezones han rezumado	1=sí 2=no
¿Alguna vez ha sido tratada o advertida de los trastornos siguientes?	
Enfermedades venéreas	1=sí 2=no
Diabetes	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
Ha tomado medicación para la diabetes	1=sí 2=no
Trastornos de la tiroides	1=sí 2=no
Cáncer	1=sí 2=no
¿Se ha encontrado o se encuentra en alguno de los casos siguientes?	
Recibe terapia con radiaciones	1=sí 2=no
Le cuesta trabajo negarse a lo que le piden, o decir "no"	1=sí 2=no
Ha padecido o padece alucinaciones (ha visto, oído u oído cosas que no existían)	1=sí 2=no
Le cuesta dormirse o permanecer despierta	1=sí 2=no
Se siente cansada, incluso después de haber dormido bien	1=sí 2=no
Le da por llorar a veces	1=sí 2=no
Se siente deprimida o baja de ánimo	1=sí 2=no
Los nervios la afectan mucho	1=sí 2=no
¿Se encuentra en uno de los casos siguientes?	
En ocasiones bebe más de lo que le convendría	1=sí 2=no
Consume drogas	1=sí 2=no
¿Ha sido alguna vez:	
Violada o molestada sexualmente cuando era niña?	1=sí 2=no
Con respecto a su vida sexual:	
¿Mantiene actualmente relaciones sexuales con otra persona?	1=sí 2=no
¿Está satisfecha de su vida sexual?	1=sí 2=no
¿Le preocupa el riesgo de contraer SIDA?	1=sí 2=no
Indíquenos, por favor, lo siguiente:	
En el último año, ¿cuántas veces ha acudido a la consulta de un médico?
¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha alcanzado?
¿Está casada?	1=sí 2=no
¿Cuántas veces ha estado casada?

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
¿Tiene actualmente problemas graves o preocupantes en relación con:	
Su matrimonio	1=sí 2=no
Su familia	1=sí 2=no
El consumo de drogas	1=sí 2=no
Su trabajo	1=sí 2=no
El dinero	1=sí 2=no
¿Ha sido operada alguna vez de una arteria coronaria?	1=sí 2=no
¿En qué año, aproximadamente?	De 1 a 96
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre entre 1978 y 1985?	1=sí 2=no
¿Cree necesitar alguna vacuna?	1=sí 2=no
¿Está jubilada?	1=sí 2=no
¿Algún miembro de su familia falleció antes de los 65 años?	1=sí 2=no
¿Hay alguna enfermedad que haya padecido más de un miembro de su familia?	1=sí 2=no
¿Hay en su familia alguna enfermedad inhabitual que no nos haya indicado anteriormente?	1=sí 2=no
¿Ha padecido alguno de sus padres, hermanos o hermanas enfermedades coronarias (del corazón) antes de los 60 años?	1=sí 2=no
¿Tiene alguna hermana gemela idéntica?	1=sí 2=no
Por favor, marque el círculo que en su opinión describa más acertadamente su estado de salud actual	1 = excelente 2 = bueno 3 = pasable 4 = malo
¿Se pone frecuentemente el cinturón de seguridad en los automóviles?	1=sí 2=no
Por favor, marque el círculo que en su opinión describa más acertadamente su nivel de estrés	1 = alto 2 = medio 3 = bajo

Cuestionario de evaluación de salud para hombres

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
¿Tiene usted alguno de los síntomas o trastornos siguientes?	
Alergia a algún medicamento	1=sí 2=no
Asma o respiración dificultosa	1=sí 2=no
Bronquitis crónica o enfisema	1=sí 2=no
Toses frecuentes, cualquiera que sea su origen	1=sí 2=no
Respiración jadeante	1=sí 2=no
¿Alguna vez ha expulsado sangre al toser (que no provenga de vómitos)?	1=sí 2=no
¿Lo han tratado alguna vez de tuberculosis o de coccidiosis?	1=sí 2=no
¿Ha dado alguna vez positivo en una prueba de tuberculosis?	1=sí 2=no
¿Ha sido fumador?	1=sí 2=no
Si todavía es fumador, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?
¿Ha tenido alguna vez cáncer de pulmón?	1=sí 2=no
¿Masca usted tabaco?	1=sí 2=no
¿En alguna ocasión ha tenido o le han prescrito lo siguiente?	
Presión alta	1=sí 2=no
Medicamentos para la presión sanguínea	1=sí 2=no
Un ataque al corazón (coronario)	1=sí 2=no
Medicamentos para reducir el nivel de colesterol	1=sí 2=no
¿Se encuentra en alguno de los casos siguientes?	
Siente dolor u opresión en el pecho al hacer ejercicio	1=sí 2=no
Toma nitroglicerina	1=sí 2=no
Ha tenido palpitaciones rápidas o desacompañadas	1=sí 2=no
Ha tenido otros problemas de corazón	1=sí 2=no
Calambres nocturnos en las piernas	1=sí 2=no
Dolor en las piernas al caminar rápido, cuesta arriba o subiendo escaleras	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
¿Padece alguna de las dolencias siguientes?	
Varices	1=sí 2=no
Problemas de la piel	1=sí 2=no
¿Está aquejado de alguno de los trastornos siguientes?	
Dolores abdominales (de estómago)	1=sí 2=no
Indigestión o ardor de estómago frecuentes	1=sí 2=no
Estreñimiento	1=sí 2=no
Diarreas o deposiciones frecuentes	1=sí 2=no
¿Ha habido algún cambio evidente:	
En la frecuencia o regularidad de sus deposiciones durante el último año?	1=sí 2=no
¿Es usted vegetariano?	1=sí 2=no
¿Alguna vez ha padecido o le han dicho que padece los trastornos siguientes?	
Úlcera	1=sí 2=no
Vómitos de sangre	1=sí 2=no
Heces negras o alquitranosas	1=sí 2=no
Piedras u otros trastornos de la vesícula biliar	1=sí 2=no
Ictericia, hepatitis o trastornos del hígado	1=sí 2=no
Un cambio inequívoco de peso en los últimos meses	1=sí 2=no
¿Está aquejado de alguno de los trastornos siguientes?	
Cefaleas frecuentes	1=sí 2=no
Mareos	1=sí 2=no
¿Ha experimentado alguna vez los trastornos siguientes?	
Ataques nerviosos, temblores o convulsiones	1=sí 2=no
Desmayos o pérdida de conciencia sin razón aparente	1=sí 2=no
Pérdida temporal de control (parálisis) de una mano o de un pie	1=sí 2=no
Un ataque o amago de ataque al corazón	1=sí 2=no
Pérdida temporal del habla	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
¿Ha padecido alguna vez las dolencias siguientes?	
Dolores de espalda frecuentes	1=sí 2=no
Dolores o hinchazón de las articulaciones	1=sí 2=no
¿Se ha encontrado alguna vez en los casos siguientes?	
Se ha roto algún hueso	1=sí 2=no
Se preocupa a menudo por su estado de salud	1=sí 2=no
Ha sufrido por ser más sensible que la mayoría de la gente	1=sí 2=no
Se ha encontrado en circunstancias que le han provocado pánico	1=sí 2=no
Ha tenido razones para temer que iba a perder los nervios	1=sí 2=no
¿Ha padecido o padece alguno de los trastornos siguientes?	
Problemas del tracto urinario (riñón, vejiga)	1=sí 2=no
Pérdida de control de su orina	1=sí 2=no
Dolor o quemazón al orinar	1=sí 2=no
Sangre en la orina	1=sí 2=no
Dificultad para comenzar a orinar	1=sí 2=no
Se levanta frecuentemente a orinar por las noches	1= sí 2= no
Sus pezones han rezumado	1=sí 2=no
¿Alguna vez ha sido tratado o advertido de los trastornos siguientes?	
Enfermedades venéreas	1=sí 2=no
Diabetes	1=sí 2=no
Ha tomado medicación para la diabetes	1=sí 2=no
Trastornos de la tiroides	1=sí 2=no
Cáncer	1=sí 2=no
¿Se ha encontrado o se encuentra en alguno de los casos siguientes?	
Recibe terapia con radiaciones	1=sí 2=no
Le cuesta trabajo negarse a lo que le piden, o decir "no"	1=sí 2=no

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
Ha padecido o padece alucinaciones (ha visto, oído u oído cosas que no existían)	1=sí 2=no
Le cuesta dormirse o permanecer despierto	1=sí 2=no
Se siente cansado, incluso después de haber dormido bien	1=sí 2=no
Le da por llorar a veces	1=sí 2=no
Se siente deprimido o bajo de ánimos	1=sí 2=no
Los nervios lo afectan mucho	1=sí 2=no
¿Se encuentra en uno de los casos siguientes?	
En ocasiones bebe más de lo que le convendría	1=sí 2=no
Consumo drogas	1=sí 2=no
¿Ha sido alguna vez:	
Violado o molestado sexualmente cuando era niño?	1=sí 2=no
Con respecto a su vida sexual:	
¿Mantiene actualmente relaciones sexuales con otra persona?	1=sí 2=no
¿Está satisfecho de su vida sexual?	1=sí 2=no
¿Le preocupa el riesgo de contraer SIDA?	1=sí 2=no
Indíquenos, por favor, lo siguiente:	
En el último año, ¿cuántas veces ha acudido a la consulta de un médico?
¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha alcanzado?
¿Está casado?	1=sí 2=no
¿Cuántas veces ha estado casado?
¿Tiene actualmente problemas graves o preocupantes en relación con:	
Su matrimonio	1=sí 2=no
Su familia	1=sí 2=no
El consumo de drogas	1=sí 2=no
Su trabajo	1=sí 2=no
El dinero?	1=sí 2=no
¿Ha sido operado de una arteria coronaria?	1=sí 2=no
¿En qué año, aproximadamente?	De 1 a 96

Texto de la pregunta	Valoración y comentarios
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre entre 1978 y 1985?	1=sí 2=no
¿Cree necesitar alguna vacuna?	1=sí 2=no
¿Está jubilado?	1=sí 2=no
¿Algún miembro de su familia falleció antes de los 65 años?	1=sí 2=no
¿Hay alguna enfermedad que haya padecido más de un miembro de su familia?	1=sí 2=no
¿Hay en su familia alguna enfermedad inhabitual que no nos haya indicado anteriormente?	1=sí 2=no
¿Ha padecido alguno de sus padres, hermanos o hermanas enfermedades coronarias (del corazón) antes de los 60 años?	1=sí 2=no
¿Tiene algún hermano gemelo idéntico?	1=sí 2=no
Por favor, marque el círculo que en su opinión describa más acertadamente su estado de salud actual	1 = excelente 2 = bueno 3 = pasable 4 = malo
¿Se pone frecuentemente el cinturón de seguridad en los automóviles?	1=sí 2=no
Por favor, marque el círculo que en su opinión describa más acertadamente su nivel de estrés	1 = alto 2 = medio 3 = bajo

APÉNDICE 2

Ejemplos de herramientas de medición validadas para la evaluación de resultados (véase el cuadro 3.2)

Resultados en lactantes y niños

Desarrollo del lactante y del niño

- Escalas para el desarrollo infantil de Bayley (BSID y BSID-II)¹
- Perfil de desarrollo II (DPII)²
- Batería de pruebas de evaluación infantil, de Kaufman (K-ABC)³
- Escala de inteligencia Stanford-Binet, 4ª edición⁴

Comportamientos externalizador e internalizador del niño

- Lista de comprobación sobre comportamiento infantil (CBCL)^{5,6}

Competencia social

- Lista de comprobación sobre desarrollo⁷
- Inventario de comportamientos sociales adaptativos de Scott y Hogan (ASBI)⁸

Rendimiento en la educación (incluido el rendimiento escolar)

- Índice de adaptación infantil en las aulas (CCAI)⁹
- Inventario preescolar cooperativo (CPI)¹⁰

Comportamientos de riesgo para la salud notificados por iniciativa propia (por ejemplo, consumo de alcohol o estupefacientes en niveles peligrosos, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, violencia de pareja)

- Experiencias infantiles adversas (ACE) – Cuestionario de estudio (véase el Apéndice 1)

Conocimientos, actitudes y comportamientos disciplinarios de los progenitores

- Escala de tácticas conflictuales (CTS2)¹¹
- Inventario de funciones parentales en adultos-adolescentes (AAPÍ)¹²

¹ Bayley, N. *Bayley Scales of Infant Development*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation, 1969 and 1993.

² Alpern G, Boll T, Shearer M. *Developmental Profile II*. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1986.

³ Kaufman AS, Kaufman NL. *Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines, MN, American Guidance Service, 1983.

⁴ Thorndike RL, Hagen EP, Sattler JM. *Stanford-Binet Intelligence Scale*. 4th ed. Itasca, IL, Riverside Publishing Company, 1986.

⁵ Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Checklist and Revised Behavior Profile*. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

⁶ Achenbach TM. *Child Behavior Checklist for ages 2–3*. Burlington, VT, University of Vermont, 1988.

⁷ St Pierre RG et al. *National impact evaluation of the Comprehensive Child Development Program, final report*. Cambridge, MA, Abt Associates, 1997:5.7, 5.12.

⁸ Scott KG, Hogan A. *The Adaptive Social Behavior Inventory*. New York, NY, Harcourt Brace Jovanovich, 1987.

⁹ Halpern R, Baker AJL, Piotrkowski CS. *The Child Classroom Adaptation Index*. New York, NY, National Council of Jewish Women, 1993.

¹⁰ Caldwell BM. *Cooperative Preschool Inventory*. Princeton, NJ, Educational Testing Service, 1974.

¹¹ Straus MA et al. *The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.

¹² Bavolek S. *Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPÍ)*. Eau Claire, WI, Family Development Resources, 1989.

Consecuencias parentales y familiares

Vinculación progenitor-hijo

Serie de coeficientes sobre vinculación (versión 3.0)¹

Percepción competencial en las funciones parentales, actitudes con respecto a la función parental

Escala de percepción competencial en las funciones parentales (PSOC)²

Índice de estrés parental (PSI), incluida la subescala de percepción competencial³

Conocimientos y expectativas parentales sobre el desarrollo de lactantes y niños (físico, emocional, cognitivo, sexual)

Inventario de conocimientos sobre el desarrollo de lactantes (KIDI)⁴

Escala de enseñanzas para la formación en la evaluación de los cuidados infantiles (NCAST)^{5,6}

Conocimientos, actitudes y comportamientos disciplinarios parentales

Escala de tácticas conflictuales (CTS2)⁷

Inventario de funciones parentales en adultos-adolescentes (AAPI)¹

¹ Waters E. Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on Secure-Base Behavior and working models: new growing points of Attachment Theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1995, 60:234–246.

² Gibaud-Wallston J, Wandersman LP. The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). In: Touliatos J, Perlmutter B, Straus M, eds. *Handbook of family measurement techniques*. Thousand Oaks, CA, Sage, 2001:166–167.

³ Abidin RR. *Parenting Stress Index: manual*. Charlottesville, VA, Pediatric Psychology, 1986.

⁴ MacPhee D. *Knowledge of Infant Development Inventory*. Chapel Hill, University of North Carolina, 1981. [Documento no publicado; puede solicitarse a: David L MacPhee, Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins, CO 80523, USA.]

⁵ Barnard K. *NCAST Scale*. Seattle, WA, University of Washington, School of Nursing, 1989.

⁶ *NCAST caregiver-parent interaction teaching manual*. Seattle, WA, Nursing Child Assessment Satellite Training Program, University of Washington, School of Nursing, 1994.

⁷ Bavolek S. *Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)*. Eau Claire, WI, Family Development Resources, 1989.



**Organización
Mundial de la Salud**

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza
Tel +41-22-791-2064
Fax +41-22-791-4489
www.who.int/violence_injury_prevention/es
violenceprevention@who.int

ISBN 92 4 159436 5

