



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Autor: Dr. Francisco Javier Soriano Faura

1. [Definición y tipos de maltrato infantil intrafamiliar](#)
2. [Magnitud del problema del maltrato infantil](#)
3. [Indicadores de riesgo asociados](#)
4. [Intervenciones preventivas](#)
5. [Efectividad de la prevención desde Atención Primaria](#)
6. [Recomendaciones de Previnfad](#)
7. [Estrategia de búsqueda de la actualización](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Agradecimientos](#)

El autor declara que no tiene conflictos de intereses en relación con el tema abordado en este documento.

Cómo citar este artículo: Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones Previnfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2011. [consultado DD-MM-AAAA]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>

1. Definición y tipos de maltrato infantil intrafamiliar

Una de las definiciones más claras, de las hasta ahora publicadas, es la que considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar.

De forma sencilla y operativa se distinguen los siguientes tipos de maltrato¹:

- Maltrato físico
- Negligencia
- Abuso sexual
- Maltrato emocional

Definición de cada tipo de maltrato:

Maltrato físico: toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

Negligencia: la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.

La negligencia intrafamiliar viene a identificarse con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor. Por eso en España se considera que se actúa negligentemente cuando:

- No se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad.
- Se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado.
- No se atienden sus necesidades sanitarias (no tener las vacunaciones al día, no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no visitar al médico cuando se muestren estados de salud deficientes...).
- Se descuidan las necesidades educativas. Todo lo que implique absentismo escolar se considera negligencia.
- Descuido en la higiene.
- Largos periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores.
- Repetidos accidentes domésticos.

Abuso sexual: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyeurismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.

Maltrato emocional: acción, actitud o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico, físico que permita lograr independencia y seguridad.

Las actitudes que mantienen los adultos hacia los menores son fundamentales en el caso del maltrato emocional:

- Conductas de ignorar al menor.
- Actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad (maltrato emocional pasivo).
- Conductas como gritar al menor, enfurecerse con él, regañarles violentamente, amenazarlos (maltrato emocional activo).
- Inducción en los menores de comportamientos antisociales mediante la realización de actividades inadecuadas en presencia de los niños (emborracharse, drogarse, el menor es testigo de conductas violentas).

Además debemos incluir:

Maltrato prenatal: conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Síndrome de Münchausen por poderes: los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación. La relación del padre/madre perpetrador y el niño afectado es patológica.

2. Magnitud del problema del maltrato infantil

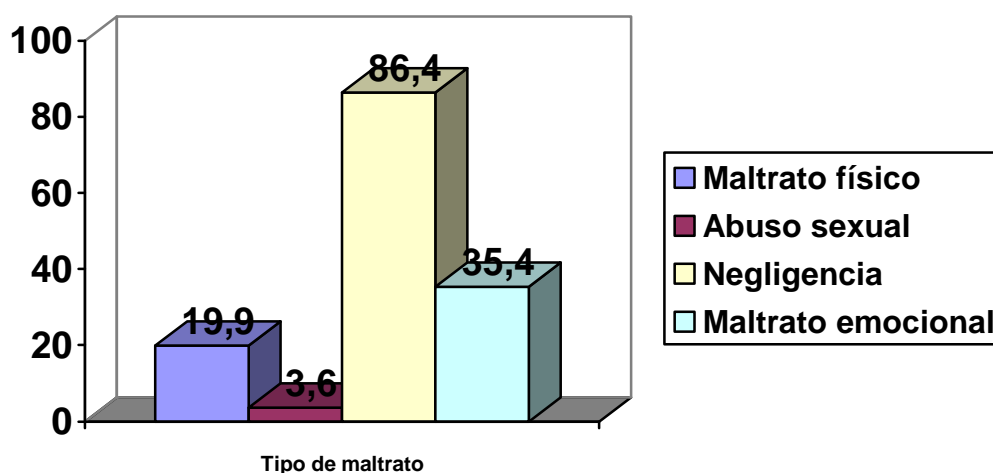
Epidemiología

Aunque en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20% del total de sucesos de maltrato infantil, nosotros creemos que los datos del "Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía" tienen suficiente solidez para conocer el fenómeno epidemiológico del maltrato infantil^{2,3}.

Los casos declarados en España en el año 2005 fueron de 0,84 niños maltratados por 1000 niños menores de 18 años.

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual solo representan el 3,6 % de todos los casos informados de maltrato. (Figura 1).

Figura 1 Distribución porcentual de los tipos de maltrato



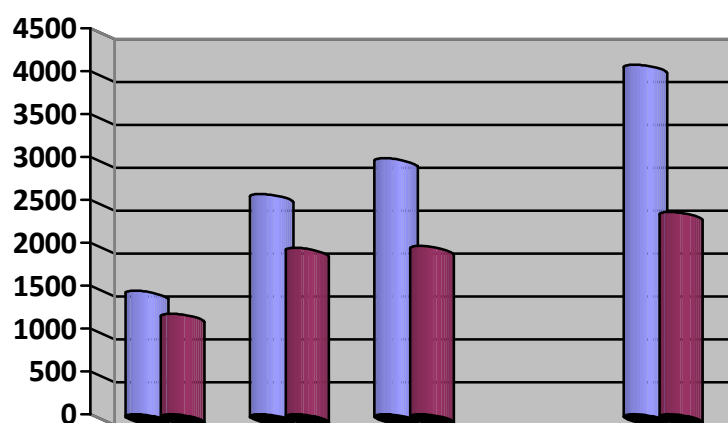
Nota: Una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato. Fuente de datos: Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía.

La baja prevalencia del abuso sexual (0,3 por 10 000 niños) contrasta con estudios realizados en encuestas a adultos de los que el 18,9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, 15% de los varones y 22% de las mujeres⁴.

El grupo de edad en el que la incidencia de maltrato es mayor es el grupo de 1 a 12 años. Interpretamos que tiene más que ver con el momento de notificación que con el momento de ocurrencia del primer episodio de maltrato⁵.

En todos los años son más las niñas que los niños maltratados y, entre ellas, el incremento de maltrato también ha sido mayor³. (Figura 2).

Figura 2. Notificaciones de maltrato según sexo (valores absolutos)

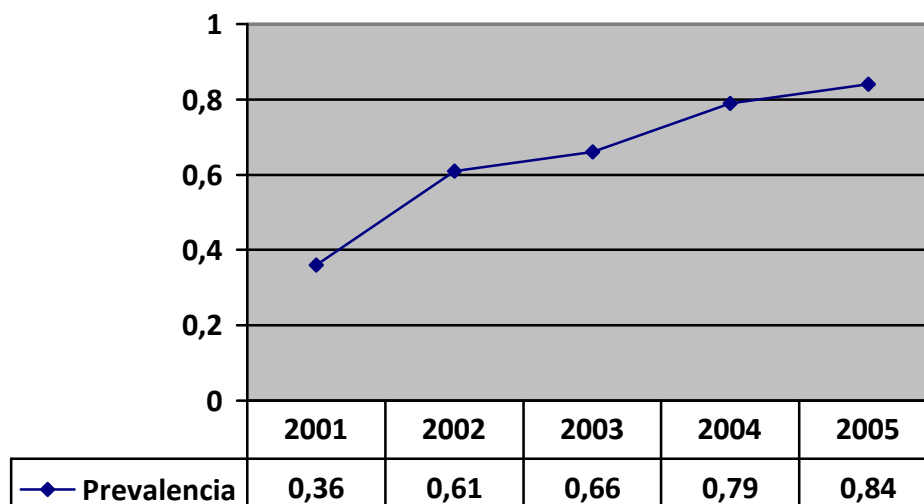


	2001	2002	2003	2004	2005
■ Niñas	1440	2569	2985	-	4077
■ Niños	1174	1937	1959	-	2361

Fuente: Estadística básica de medidas de protección a la infancia (2009)⁵.

La prevalencia por cada 1000 niños menores en el periodo 2001 a 2005 se ha incrementado un 133,33%. (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia por 1000 en España



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia a partir de datos del Ministerio del Interior. * No se recogen datos de Ertzaintza ni de Mossos d'Esquadra.

En la tabla 1 distinguimos los casos informados por las principales agencias de Canadá, Australia, Reino Unido, Holanda y EE. UU. La prevalencia de estos países es sustancialmente más alta que en Reino Unido y España, esto es probablemente debido a los sistemas de detección e información del maltrato y los programas de prevención y protección al menor de cada uno de estos países y en menor medida debido a las diferencias entre las poblaciones sujetas al maltrato⁶.

Tabla 1. Prevalencia de maltrato en diferentes países^{6,7}.

País	Año	Frecuencia por 1000 niños
Australia	2009	6,9
Canadá	2003	18,67
Reino Unido	2002-2003	2,7
Holanda	2005	30
EE. UU.	2009	10,6
España	2005	0,84

Fuente: Jim Hopper. *Child abuse: Statistics, research and resources (2010)*. [fecha de acceso: 10 de mayo 2011]. URL disponible en: <http://www.jimhopper.com/abstats/>

Un rasgo característico es que no se dé un solo tipo de maltrato, sino que es frecuente la combinación con otros tipos de maltrato. Edwards (2003)⁸, en los expedientes de 8667 adultos de una institución de salud mental, comunica que el 34,6% de los que habían sido sujetos a maltrato infantil recibieron más de un tipo de abuso. Scher (2004)⁹, en cuestionarios administrados a una muestra representativa de la ciudad de Memphis de 967 adultos, encuentra que el 13% de los participantes declaraban más de un tipo de maltrato infantil.

En España, en el “Informe de estadística básica de protección a la infancia”, boletín número 11, editado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010⁵, observamos que de las notificaciones declaradas para el 2008 el 30,33% eran de menores con 2 o más tipos de maltrato.

Contrasta el grado satisfactorio de notificación de sospecha de los pediatras en España, 78,2% de las notificaciones en el año 2007¹⁰, comparadas con las publicadas en la literatura anglosajona donde menos del 10% de las sospechas fueron notificadas por personal sanitario¹¹.

Consecuencias

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, las consecuencias más comunes son¹²⁻¹⁵:

- Aislamiento social
- Agresividad
- Alcohol (abuso de / dependencia)
- Alimentaria (desórdenes de la conducta)
- Ansiedad
- Aprendizaje (problemas de)
- Atención (disminución de)
- Autoconcepto (pobre)
- Autoestima (pobre)
- Concentración (disminución de la)
- Conducta (cambios de)
- Conductas (desórdenes de la)
- Conductas destructivas
- Cooperación (pobre)
- Culpa (sentimientos de)
- Delincuencia (conductas delictivas)
- Dependencia en las relaciones sociales
- Depresión
- Desobediencia
- Drogas (abuso)
- Emocional (desajustes)
- Escolarización (pobre rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo)
- Estrés postraumático
- Hiperactividad
- Hostilidad
- Humor (cambios de)
- Impulsividad

- Miedo a la relación con las personas
- Socialización (problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización)
- Sueño (alteraciones del)
- Sexualidad (conductas sexuales inapropiadas, conductas sexuales agresivas)
- Suicidio (ideaciones, autolesiones)

Diversas investigaciones de tipo clínico sobre las consecuencias estructurales y funcionales del maltrato infantil sobre el sistema nervioso central describen cambios intrínsecos, que afectan principalmente a neurotransmisores, hormonas neuroendocrinas y indicadores neurotrópicos, muy implicados en el desarrollo normal del cerebro. Los principales cambios observados son la pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anomalías en el desarrollo apropiado de la poda neuronal, inhibición en la neurogénesis o estrés inducido por indicadores de crecimiento cerebral. A pesar de la probabilidad de estos problemas y modificaciones cerebrales no todos los menores maltratados desarrollan este tipo de dificultades, siendo moduladas por diversas variables (tipo de maltrato, sexo del menor, recurrencia,...). Los efectos del maltrato infantil sobre las diversas estructuras cerebrales no son claros, ya que no se describen en todas las investigaciones, y cuando aparecen son en muchas ocasiones, sutiles y matizables¹⁶.

Lansford y colaboradores¹⁷ realizaron un estudio prospectivo a lo largo de 12 años, observando que el 74% de los adolescentes que habían sufrido maltrato físico presentaron algún problema de conducta frente al 43 % de los chicos que no habían sufrido maltrato físico. Además presentaron más de tres problemas de conducta el 21% de los niños con maltrato frente al 7% del grupo que no recibió abuso físico.

Las chicas que sufrieron abuso físico o sexual más probablemente podían presentar conductas agresivas (Odds ratio (OR) 7,1), depresión (OR 7,2), ansiedad (OR 9,3) o estrés postraumático (OR 9,8).¹⁸

Otra consecuencia a largo plazo es la violencia transgeneracional, un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a sus hijos. Un meta-análisis publicado en Lancet (2000) encuentra evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el Riesgo Relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12,6 (95% IC: 1,82 - 87,2)¹⁹.

Resiliencia en el maltrato infantil.

Aproximadamente del 25 al 50 % de los niños sometidos a maltrato grave se encontraban asintomáticos y no presentaban alteraciones emocionales o desordenes psiquiátricos en el momento de la valoración²⁰.

Además es muy heterogénea la sintomatología observada a través del seguimiento de estos niños, lo que sugiere que las consecuencias son resultado de múltiples indicadores que interactúan originando atribuciones o ajustes capaces de favorecer conductas saludables o trastornos de la conducta y desordenes psiquiátricos.

Es decir que niños sometidos a condiciones de vida difíciles o traumas a veces graves consiguen desenvolverse y vivir, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos para elaborar una respuesta de ajuste saludable a la adversidad, es esto lo que se viene a llamar *resiliencia* o capacidad de una persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o recuperarlo en esas condiciones. Esta adaptación personal y social suele resultar de una buena capacidad para utilizar los recursos internos y externos que les van a permitir enfrentarse con éxito a la adversidad.

En relación al género, ser mujer es un factor predictivo positivo para tener resiliencia o mejor adaptación a sucesos de maltrato, 26,6% de las chicas maltratadas presentaron adecuada resiliencia frente al 17,6% de los chicos. Incluso en el grupo control ser mujer es un factor protector para tener resiliencia, 51,3% de las mujeres frente al 32,5 % de los hombres del grupo control. Por tipo de maltrato, el abuso sexual y la negligencia se muestran como predictores negativos de un buen ajuste, no se observa relación entre género y tipo de maltrato para predecir mejor o peor ajuste saludable al maltrato²¹.

Otros indicadores²² que de forma directa o indirecta intervienen en la resiliencia:

Indicadores relacionados con un pronóstico favorable:

- Personalidad, temperamento y cualidades del menor
- Motivación de la madre para el cambio
- Conciencia del problema
- Cooperación de la madre con los servicios sociales
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica.

Indicadores relacionados con un pronóstico desfavorable:

- Mayor o moderado impacto en el desarrollo del menor
- Ausencia de expectativas del padre y la madre para el futuro del hijo/s
- Continuidad en el tiempo de la situación de adversidad
- Oposición de la madre a la intervención
- Problemática transgeneracional
- Dependencia del padre a los servicios sociales

Se ha observado igualmente que la resiliencia aparece en familias con mayor número de hermanos, hábitat disperso o rural y mayor edad del progenitor, que suele ir asociado a mayor madurez personal.

Un factor que ha mostrado gran importancia es el relativo a las atribuciones cognitivas (consideraciones subjetivas, perceptivas, para elaborar lo que le ha sucedido) que realiza el niño acerca del abuso sufrido. El proceso de elaboración del suceso y la forma de hacer frente al abuso esta íntimamente relacionado con la adaptación al estrés vital²³.

3. Indicadores de riesgo asociados al maltrato

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los indicadores que explican el maltrato (indicadores personales, familiares y socio-culturales) provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.

Preferimos evitar la denominación indicadores de riesgo porque este a menudo implica una causalidad entre presencia de riesgo y el maltrato. En cambio con el término de indicadores hacemos referencia a asociaciones significativas estadísticamente con la presencia de algún tipo de maltrato.

Tras un seguimiento de 10 años de niños pertenecientes a familias con bajos ingresos (224 familias) y sin antecedentes en la familia de intervención de servicios sociales se observó que el 43% de estas familias a lo largo del estudio al menos una vez tuvieron una intervención de los servicios sociales, 65% por trato negligente, 27% por abuso físico y 8 % por abuso sexual.

en un análisis multivariante 5 indicadores sociodemográficos predecían la posibilidad de intervención de los servicios sociales, retraso del desarrollo psicomotor (RR=1,23, IC 95%=1,01-1,49, p=0,04), baja educación maternal (sin estudios de bachillerato) (RR=1,55, IC 95%=1,01-2,38, p=0,04), consumo de drogas por la madre (RR=1,71, IC 95%=1,01-2,90, p<0,05), síntomas depresivos en la madre (RR=1,28, IC 95%=1,09-1,51, p<0,01) y más de un miembro en la familia (RR por la adición de un niño= 1,26, IC 95%=1,07-1,47, p<0,01)²⁴.

Se admite que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños²⁵.

El modelo etiopatogénico que mejor explica la presencia de indicadores de riesgo que pueden inducir al abuso es el modelo integral del maltrato infantil²⁰. Este modelo considera la existencia de diferentes *niveles ecológicos* que están encajados unos dentro de otros interactuando en una *dimensión temporal*. Existen en este sistema *indicadores compensadores* (indicadores protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los *indicadores potenciadores* (indicadores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los indicadores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.

Tabla 2. Modelo integral del maltrato infantil

Niveles ecológicos	INDICADORES POTENCIADORES O DE RIESGO	INDICADORES COMPENSADORES O PROTECTORES
DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES	Historia familiar de abuso Falta de afectividad en la infancia de los padres Baja autoestima Pobres habilidades personales	Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal Cociente Intelectual elevado Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
MEDIO FAMILIAR a) Padres	Trastornos físicos / psíquicos (incluye ansiedad y depresión) Drogodependencias Padre / madre solo Madre joven Padre / madre no biológico Disarmonía familiar Enfermedades / lesiones Conflictos conyugales Violencia familiar Falta de control de impulsos	Planificación familiar Satisfacción personal Escasos sucesos vitales estresantes Intervenciones terapéuticas en la familia Ambiente familiar sin exposición a violencia Armonía marital
b) Hijos	Hijos no deseados Transtorno congénito Anomalías físicas o psíquicas Enfermedad crónica Tamaño de la fratría Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal Trastorno de la conducta del hijo Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo Satisfacción en el desarrollo del niño
EXOSISTEMA a) Sociolaboral	Bajo nivel social / económico Desempleo Insatisfacción laboral	Condición financiera
b) Vecindario	Aislamiento social	Apoyo social Buena experiencia con iguales
MACROSISTEMA a) Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura servicios sociales Alta frecuencia desempleo Pobreza de grupo social Alta movilidad geográfica	Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables Programas sanitarios
b) Culturales	Aceptación castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Tomado y modificado de Morales et al. (1997).

Es recomendable observar y recoger, en la consulta de atención primaria, los datos que permitan identificar a las familias de riesgo, tales como:

- La conducta del niño.

- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.
- La historia social (dinámica familiar, composición familiar, situación laboral...).

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

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

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

Browm J et al²⁶ realizan un estudio longitudinal de 644 familias entre 1975 y 1992 observando que la prevalencia de abuso o trato negligente aumenta del 3%, cuando no se encuentra ningún indicador de riesgo, al 24 % cuando se observan 4 ó más indicadores de riesgo.

En el análisis multivariante del estudio de Dubowitz²⁴ se describe que el modelo estadístico encuentra una relación de multiplicación entre los predictores y el riesgo de presentar un informe de un centro de protección social a menores (CPS). De forma que el índice de riesgo debido a múltiples indicadores de riesgo es igual al producto de las relaciones de riesgo de los indicadores de riesgo individuales. Por ejemplo, para niños con madres que no han completado el bachillerato y consumen drogas, el riesgo de presentar maltrato (medido en intervención de servicios sociales) aumenta del estimado para riesgo relativo para cada indicador, 1,55 y 1,71, al de 2,65.

En España, Olivan (2002)²⁷ publica un estudio retrospectivo en el que observa que la causa del maltrato infantil está relacionado con la existencia de indicadores de riesgo familiar y del entorno, de forma que cuantos más de estos indicadores se asocien alrededor del niño discapacitado mayor es la posibilidad de maltrato. El 93,5% de los niños discapacitados que habían recibido maltrato al menos tenían otro indicador de riesgo además de la discapacidad y el 64,5% presentaron más de uno.

Hindley et al.²⁸, en una revisión sistemática realizada en 2006 encuentran 4 indicadores predictores de recurrencia de maltrato: que existan al menos dos episodios previos de maltrato; trato negligente; conflicto familiar o problemas de salud mental en uno o los dos padres. El riesgo de recurrencia en el periodo posterior al episodio previo era alto en los siguientes 30 días, (6 veces más probable) y disminuía con el paso del tiempo. Los niños que han sido maltratados tienen un riesgo seis veces superior de maltrato que los que no lo han sido nunca.

Interacción entre indicadores protectores y de riesgo.

Estudio realizado en nuestro país²⁹ (1997) nos indica que:

- En familias monoparentales se pone de manifiesto el papel protector del apoyo social, siendo la probabilidad de abuso era 5,6 veces menor en familias monoparentales que sí tienen apoyo social.

- Las dificultades económicas estaban significativamente asociadas al maltrato en familias biparentales, con un aumento de la probabilidad de 6,3 veces sobre familias biparentales sin dificultades económicas.
- El bajo nivel educativo esta asociado en familias monoparentales a maltrato, siendo un 28,7 más probable. En familias biparentales, el bajo nivel educativo aumentó la probabilidad de maltrato en 11,4.
- El mayor número de hijos estaba relacionado con una probabilidad mayor de ocurrencia de maltrato (razón = 4,0)

Relación entre violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

La presencia de abuso infantil en familias donde existe violencia doméstica es del 30 al 60%, el riesgo de recibir maltrato en los primeros seis meses de vida es 3,4 veces más probable para el abuso físico y dos veces más probable para el trato negligente en el primer año³⁰.

En un estudio longitudinal de 2544 madres, que tuvieron su primer hijo y recibieron programa de atención a domicilio para la prevención del abuso infantil, se encontró relación significativa entre violencia doméstica y los siguientes tipos de maltrato infantil: abuso físico, maltrato emocional y negligencia, estando asociados la violencia doméstica y el maltrato en el 38 % de los casos confirmados (155 niños). La violencia doméstica precedió al maltrato del niño en el 78% de los casos y fue independiente de la observación de los servicios de protección al menor³¹.

La exposición a la violencia de género en el ámbito doméstico también se ha demostrado causante de efectos negativos en la infancia, cualquiera que sea la edad de los niños y de las niñas que la padecen: diversos problemas físicos (retraso en el crecimiento, alteraciones en el sueño y la alimentación, la disminución de habilidades motoras, etc.) graves alteraciones emocionales (ansiedad, ira, depresión, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, etc.) ciertos problemas cognitivos (retraso en el lenguaje, afectación en el rendimiento escolar) numerosos problemas de conducta (escasas habilidades sociales, agresividad, déficit de atención-hiperactividad, inmadurez, agresividad, delincuencia, tóxico dependencias). Estas alteraciones observadas son superponibles al patrón descrito en las niñas y los niños que son víctimas directas de abusos. Por ello, se empieza a incluir dentro de los tipos de maltrato infantil al hecho de estar expuesto el menor a violencia de género en el propio hogar³².

Se observa asociación entre el castigo corporal, estilos de crianza disfuncionales (crianza autoritaria, conducta hiperreactiva de los padres) y potencial abuso a la infancia. El grupo de niños maltratados presenta en tres estudios valores más elevados en la CTSPC (Parent-Child Conflict Tactics Scales), t de student 4,51, 3,76 y 2,45 respectivamente, $p < 0,001$ en el primer y segundo estudio, $p < 0,05$ en el tercero³³.

4. Intervenciones preventivas en el maltrato infantil.

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

Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo³⁴.

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

Resumen de actuaciones recomendadas por instituciones gubernamentales, asociaciones de ciudadanos y expertos.

• **Prevención dirigida a la población general** con el objetivo de evitar la presencia de indicadores potenciadores o de riesgo y promocionar los indicadores compensadores o protectores:

- A. Sensibilizar y formar profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- B. Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos:
 - a. Cursos de preparación al parto.
 - b. Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
 - c. Campañas de sensibilización poblacional.
- C. Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante :
 - a. La educación sexual en centros escolares.
 - b. El Programa de Salud Infantil (controles de salud de los 11-12 y 14 años realizados en atención primaria)
 - c. Facilitar recursos de planificación familiar.
- D. Promocionar la lactancia materna y su duración más de 6 meses.
- E. Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
- F. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos de experiencias de confrontación padre-hijo.
- G. Utilizar "guías anticipadoras" para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- H. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

• **Prevención dirigida a la población de riesgo** con el objetivo de reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo presentes, potenciando los indicadores protectores:

- A. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- B. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso de la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70% de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
- C. Remitir a los miembros de la familia a programas de parentalidad individuales y grupales para mejorar las habilidades de los padres, reducir el estrés de la

parentalidad, mejorar el funcionamiento psicosocial materno, mejorar la dinámica familiar o reducir los problemas conductuales de los niños.

- D. Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- E. Informar a las familias que lo precisen de los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
- F. Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- G. Realizar visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida.
- H. Aumentar las visitas dentro del Programa de Salud infantil.

5. Efectividad de la prevención del maltrato infantil desde la Atención Primaria

No existe consenso sobre la efectividad de las intervenciones preventivas en el abuso infantil. En parte es debido a que el estudio de la prevención del maltrato está limitado por la complejidad del problema, la dificultad de medir las variables e interpretar los resultados, el desconocimiento de cómo interactúan las variables que determinan el riesgo y el abuso.

Además, es notable la diferencia de programas de intervención, tanto en sus niveles de actuación, como los recursos humanos y económicos empleados, habiendo pocas evidencias que justifiquen la efectividad de estos programas

Un exhaustivo análisis basado en pruebas y eficiencia de las propuestas de prevención del maltrato infantil podemos obtenerlo en el monográfico "Preventing Child maltreatment" publicado en The Future of Children 2009³⁵.

¿ES EFECTIVO EL USO DE INSTRUMENTOS DE CRIBADO (CUESTIONARIOS, LISTA DE RIESGOS) EN LOS CENTROS DE SALUD, PARA IDENTIFICAR FAMILIAS CON RIESGO DE OCURRENCIA DE ABUSO INFANTIL?

La identificación de familias de riesgo y específicamente el cribado de violencia doméstica parece parte importante de las estrategias de promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el sector sanitario. La cuestión es si existen instrumentos de cribado o métodos de detección eficaces para señalar o identificar familias con riesgo potencial de abusar de sus hijos.

La US Preventive Services Task Force (USPSTF)^{36,37}, en una revisión sistemática realizada en 2004, reitera que los cuestionarios auto administrados por los padres o los realizados por los sanitarios no son útiles para identificar abuso o trato negligente en la infancia, ni tampoco para identificar familias con conductas violentas³⁸ (violencia de género, violencia familiar entre adultos) cuando son administrados de forma rutinaria en los servicios de atención primaria. Además, el uso de instrumentos de cribado es origen de inadecuado señalamiento de familias que no constituirían ningún riesgo para el maltrato infantil.

La 60ª edición de la guía: "Preventive services for children and adolescents"³⁹ editada por el Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), publicada en septiembre del 2010 reitera el mismo punto de vista, colocando el cribado de maltrato en la infancia dentro de las actividades preventivas no soportadas por la evidencia y no recomendadas (nivel IV de su clasificación)

¿SE HAN ENCONTRADO EVIDENCIAS PARA RECOMENDAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN FAMILIAS SIN RIESGO O CON RIESGO DESCONOCIDO DE MALTRATO?

Los programas de prevención del maltrato infantil pueden ser clasificados en programas universales, dirigidos a toda la población, y programas dirigidos a individuos o grupos con riesgo elevado. Entre los primeros se incluyen intervenciones de educación comunitaria, educación a padres, grupos de apoyo en la comunidad o proporcionado por centros sanitarios y campañas de concienciación pública.

Se han desarrollado escasos programas basados en la atención primaria y muchos de ellos no han sido evaluados. Destaca el ensayo clínico aleatorizado publicado en referencia al programa "Safe Environment for Every Kid" (SEEK)⁴⁰, este programa ha mostrado resultados que sugieren una disminución del riesgo de maltrato infantil medido en disminución del número de informes de protección social (grupo de intervención 13,2%, grupo control 19,2%; $p=0,03$, $OR = 1,5$), menor número de informes de posible negligencia en los cuidados de salud documentados por el centro de atención primaria (medido como no adherencia a tratamientos ($p=0,05$), faltan inmunizaciones ($p=0,002$), disminución de castigos severos comunicados por los padres a través de la escala Parent-Child Conflict Tactics (escala 0,11 frente a 0,33, $p=0,04$), por ejemplo "6 padres del grupo control informaron de haber dado patadas o puñetazos a su hijo frente a solo 1 padre del grupo de intervención". Existe insuficiente evidencia del programa SEEK para poder concluir que reduce la recurrencia o reexposición al abuso físico o abandono. Estos resultados siguen siendo constantes en el tiempo, a los 6, 18 y 36 meses de la intervención del programa SEEK⁴¹.

Las características que hacen interesante este programa son que su aplicación es posible en el ámbito de la atención primaria de nuestro país, solo se precisaría formación del personal de enfermería, trabajador/a social y pediatras. El modelo SEEK de atención primaria parece prometedor como estrategia para ayudar a prevenir el maltrato infantil, pero la falta de replicación en otros entornos y de evaluación adicional del modelo lastra mucho la conveniencia de recomendarlo fuertemente.

Un estudio encuentra asociación entre lactancia materna y protección al maltrato infantil, quince años de observación de una cohorte de 7223 parejas, madre e hijo australianas, de las que se obtuvieron datos de 6621 (91,7%) mostró que el índice de probabilidad de maltrato materno aumentó a medida que disminuía la duración de la lactancia, siendo la probabilidad de maltrato materno en niños sin lactancia materna 2,6 veces mayor que en niños que lactaron al menos 4 meses⁴².

No encontramos evidencias de que la instauración de talleres en los centros de atención primaria para el aumento de habilidades de los padres o la educación en "solución de conflictos" dirigidos a población sin valorar riesgo de maltrato o trato negligente, es decir a población general e inespecífica, disminuyan algún tipo de maltrato.

El estudio de Dias⁴³, en referencia a la información a padres en los servicios sanitarios para la prevención del "síndrome del niño sacudido", traumatismo craneal, encuentra una reducción importante de trauma craneal como abuso del menor, 22,2 casos por 100 000 nacimientos después de la intervención educativa a padres durante los 5 años y medio de observación comparado con los 6 años anteriores a la intervención, 41,5 casos por 100 000 nacimientos.

¿LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN NIÑOS DE RIESGO DE MALTRATO PREVIENEN ESTE FENOMENO?

Britner (1997)⁴⁴ publica un estudio no aleatorizado de casos-control en el que evalúa el efecto de un programa de educación en mujeres de riesgo, de 12 semanas de duración, encontrando que en el grupo de intervención disminuyeron los informes de abuso y abandono frente al grupo control.

Los inconvenientes para considerar esta actividad como con suficiente evidencia en atención primaria, a partir de este trabajo, provienen del diseño metodológico (no aleatorizado y escasa información de las variables de los sujetos de cada grupo), pero además de las dificultades que

presenta en nuestro medio implantar una actividad educativa con tanta dedicación y en la que es necesario la preparación de los formadores o educadores.

¿EL AUMENTO DE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO DISMINUYE EL MALTRATO INFANTIL EN FAMILIAS DE RIESGO?

En el estudio de Brayden⁴⁵, el grupo de familias de alto riesgo asignado a la intervención recibió un promedio de 17,7 +/- 11,5 controles de salud frente al grupo control que tuvo 8,3 +/- 8,4 visitas, los resultados no evidenciaron una disminución en el número de abusos o trato negligente en el grupo de intervención. Existe poca evidencia de que el aumento del número de visitas en los controles de salud previene el maltrato en la infancia

¿LOS PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES EN FAMILIAS DE RIESGO DISMINUYEN LOS CASOS DE ABUSO INFANTIL?

Se entiende por programas multidisciplinarios aquellos que engloban de manera integrada el apoyo psicológico (mejora de la autoestima, solución de conflictos, control de conductas violentas), el apoyo social con la participación de trabajadores sociales, la educación en nutrición, habilidades de crianza, uso de guías anticipatorias, programas de disminución del tabaquismo, abandono de drogas o alcohol.

Brayden (1993)⁴⁵, en un estudio aleatorizado de casos y controles de mujeres de riesgo atendidas en la etapa prenatal hasta la edad de los dos años y seguidas durante 36 meses, no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibe apoyo psicosocial y el grupo control en cuanto a incidencia de abuso físico. Curiosamente el riesgo relativo de presentar maltrato negligente del grupo que recibió apoyo psicológico fue mayor (RR= 2,79, IC 95%: 0,98-7,91, p<0,005).

Wekerle (1993)⁴⁶ presenta una revisión sistemática de publicaciones desde 1977 a 1990, 34 publicaciones de casos y controles, aleatoriamente asignados. Sus hallazgos principales son que las familias de riesgo del grupo de intervención presentaban mayores puntuaciones en las áreas relativas a la crianza y puntuaciones modestas en las áreas del desarrollo cognitivo y de la conducta infantil. Estos beneficios desaparecían a largo plazo, a los cinco años. Los indicadores de disminución del maltrato eran poco fidedignos y no eran variables de estudio en la mayoría de los trabajos analizados.

Más recientemente, una revisión sistemática⁴⁷ realizada en 2006 no encuentra pruebas suficientes, aunque sí limitadas, para apoyar el uso de programas de parentalidad individuales o grupales (programas de manejo de conflictos, habilidades parentales, manejo de la ira y del estrés) para prevenir el abandono y el abuso físico infantil (es decir, la incidencia de maltrato en menores mediante informes de maltrato o lesiones en el registro de protección de niños).

Krugman en otra revisión bibliográfica⁴⁸ y MacMillan⁴⁹ también, encuentran pruebas limitadas que indican que algunos programas de parentalidad pueden ser efectivos. Los hallazgos son prometedores pero son necesarias nuevas investigaciones para encontrar diferencias a favor de la intervención en entrenamiento de la parentalidad.

Destacar de estos programas la diversidad de servicios que hacen variar considerablemente un programa de otro. Además, existe un cierto solapamiento entre programas de formación a los padres y los programas de visitas al hogar. Los programas también pueden diferir en su duración, la población objetivo (universal frente población de riesgo) y la metodología docente. Los pocos estudios que examinan efectos a largo plazo han demostrado el mantenimiento de actitudes positivas de crianza de los hijos. Se sugiere también que los programas de educación junto a servicios basados en visitas al hogar pueden ser más eficaces que los programas que sólo ofrecen una de estas opciones. También que programas más largos (es decir, al menos 12 sesiones) pueden ser más eficaces.

En general, se necesita más investigación para determinar la eficacia de los programas de capacitación para padres en la prevención del abuso infantil.

¿LOS PROGRAMAS DE VISITA A DOMICILIO (PVD) EN FAMILIAS DE RIESGO DISMINUYEN EL MALTRATO INFANTIL?

Las revisiones de Krugman⁴⁸, MacMillan⁴⁹, Donelan-McCall⁵⁰, Olds⁵¹ y la Biblioteca Cochrane⁵² que se extienden a los ensayos clínicos, metanálisis o revisiones sistemáticas publicados hasta 2008 coinciden en que la variabilidad de estos programas en su desarrollo y las importantes diferencias en el diseño, metodología y variables de medición, disminuyen la calidad de las pruebas para afirmar rotundamente que reducen el abuso físico o el trato negligente. Los resultados son heterogéneos entre los diferentes ensayos clínicos.

Los PVD se han encontrado efectivos para solo dos de los tipos de maltrato infantil: el abuso físico y el abandono. Existen insuficientes pruebas que muestren eficacia de estas intervenciones para la prevención del abuso sexual, abuso psíquico y exposición a la violencia en la pareja.

Las ventajas de estos programas son relevantes en familias con problemas sociales o económicos, nacidos pretérmino o bajo peso extremo y cuando el servicio prestado a la familia de PVD tiene duración de al menos 2 años. Estas ventajas, por el contrario, no son tan evidentes cuando varios indicadores de riesgo social se suman en la familia, tampoco cuando la privación social y económica es intensa y muy notable. Se postula que la relación entre ventajas del PVD y la población de riesgo no es lineal. "Familias con mayor riesgo y aquellas sin apenas riesgo social tienen menores beneficios para el niño y la familia en los PVD".

No se ha encontrado suficiente evidencia de los PVD para reducir la recurrencia o reexposición al abuso físico o abandono^{49,52}.

Tan solo, de todos los programas de visita a domicilio (PVD), el Nurse Family Partnership (NFP) y en menor medida el Early Start (EA) han mostrado ser eficaces en la prevención del maltrato infantil.

Lo que caracteriza estos dos programas, el NFP y el EA, es su organización y metodología de trabajo, que se resume como⁵³:

1. Están dirigidos a las familias con desventajas, padres jóvenes, familias monoparentales, familias de clase socioeconómica baja, familias con nacidos de muy bajo peso, padres previamente investigados por maltrato infantil y padres con abuso de alcohol, drogas, problemas de la salud mental o enfermos de sida.
2. Dichos programas se inician en la semana 25 de gestación y continúan hasta el primer o segundo año de vida del niño.
3. Las visitas las realiza habitualmente personal de enfermería adiestrado o trabajadores sociales.
4. Entre los contenidos se incluye la educación a los padres, atención las necesidades de salud de la familia, soporte o ayuda social y compromisos de los padres con el centro de salud y los servicios sociales.
5. Las visitas durante el embarazo son cada 1 a 2 semanas y posteriormente cada 2 a 4 semanas hasta el segundo año de vida. La duración de cada visita es de 60 a 90 minutos.

En la revisión realizada por la Task Force on Community Preventive Services (TFPCS)⁵⁴ se estima que, como media, se espera una reducción del 48,7% (rango: 24,6%-89%) en la incidencia del abuso en el grupo que recibe programas de visita a domicilio frente al grupo control, a corto plazo y a largo plazo, quince años después.

Conviene relatar otros potenciales beneficios encontrados en el análisis de resultados de estos programas⁵⁴⁻⁵⁷:

- Incremento del uso de la atención prenatal
- Incremento del peso al nacimiento

- Disminución del parto prematuro
- Incremento de uso de los servicios de salud (salud infantil, planificación familiar, vacunaciones) y de los servicios sociales de la comunidad
- Mejoría de la nutrición de la embarazada
- Disminución del hábito tabáquico en el embarazo y en la crianza.
- Disminución de los siguientes embarazos y del espacio entre embarazos
- Incremento del empleo materno
- Disminución de las visitas a urgencias
- Disminución de los accidentes e intoxicaciones
- Disminución de prácticas de castigo corporal y uso apropiado de la disciplina en niños
- Disminución de violencia de género intrafamiliar
- Mejoría del crecimiento y desarrollo del niño
- Reducción de conductas criminales de la madre
- Disminución del uso de las ayudas sociales
- Disminución del abuso de drogas y alcohol en la madre

¿LOS COSTES DE PREVENCIÓN SUPERAN A LOS COSTES DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL?

No hemos encontrado ningún estudio relativo a costes y beneficios económicos de la prevención del maltrato infantil en España.

Estimado en madres con bajos ingresos se observa un beneficio neto de 350 \$ (dólares de 1997)⁵⁴.

The National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information⁵⁸ publicó en su boletín de febrero del 2003 tres estudios de los costes de no prevenir el abuso infantil en EE. UU.

El estudio de Elmira, Nueva York (publicado por Olds en 1993), estima que los costes directos de los servicios sociales, policiales y sanitarios de atención al abuso excedió a los costes del programa de visita a domicilio en aproximadamente 300 \$ por familia y año (dólares de 1980).

El segundo estudio es el de Michigan (1992), en el que se refiere que los costes del programa de visita domiciliaria fue de 712 \$ por familia y año, representado un total de gastos de 42 millones \$ por año para este programa. En contraste los gastos de atención al maltrato e inadecuada atención prenatal fueron de 832 millones de dólares.

El tercer estudio es el de Colorado (1995), en este trabajo se estima en 190 millones \$ los costes directos de atención al maltrato y 212 millones \$ los costes indirectos, lo que hace un total de 402 millones \$. En contraste, los gastos en prevención fueron de 2000 dólares por familia y año, representando 8 millones \$ al año. Estimando una reducción de solo un 6% del maltrato debido al programa de visita a domicilio esperaríamos un ahorro de 24 millones de \$ al año realizando programas de visita domiciliaria a poblaciones de riesgo.

La evaluación del Sistema de Protección Infantil del estado de Washington estima que el beneficio después de cinco años de implementar este programa ha sido entre 6 millones \$ y 62 millones \$ para el contribuyente, según ciudades del propio estado⁵⁹.

Las diferencias encontradas en estos programas se deben a la heterogeneidad entre los mismos en cuanto a personal de intervención, características del propio programa y la institución que lo ampara, consideración de las partidas de costes directos e indirectos del maltrato, pero sobre todo las diferencias provienen de los resultados que se desean obtener, además de la disminución del abuso infantil, ya que modifican la intensidad del programa en recursos humanos y económicos (disminución del abuso, prevención del embarazo no deseado

en la siguiente gestación, prevención del bajo peso al nacer, prevención del absentismo escolar, tratamiento del abuso de drogas, de los problemas de salud mental, etc.).

Aún así podemos decir que los resultados positivos de los programas de prevención, con relativamente pequeñas reducciones en la frecuencia del maltrato, son coste-efectivos.

¿QUÉ INTERVENCIONES HAN RESULTADO EFICACES PARA PREVENIR LA RECURRENCIA DEL MALTRATO INFANTIL?

De lo expuesto con anterioridad podemos deducir la utilidad de las intervenciones en cuanto a prevenir el primer episodio de abuso o trato negligente. Buscamos con esta nueva pregunta pruebas sobre qué intervenciones han demostrado prevenir la recurrencia del maltrato infantil.

Intervenciones que previenen la recurrencia o efectos adversos en el maltrato infantil⁴⁹:

1. Evidencia limitada de los programas de educación en habilidades y cuidados a hijos (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).
2. Programas de entrenamiento parental de interacción entre padres e hijos reducen la recurrencia del abuso pero no del abandono o trato negligente (estudio clínico aleatorizado).
3. Insuficiente evidencia del programa de visita a domicilio para la reducción de la recurrencia de abuso o abandono (estudios clínicos aleatorizados).

Recientemente se ha publicado lo que los propios autores consideran el primer estudio que demuestra la eficacia a corto plazo de la intervención de la visita a domicilio en familias con antecedentes de maltrato infantil previo, con resultados positivos en las variables de apego madre/padre con los hijos. Mejora de la sensibilidad de los padres en el cuidado y satisfacción de las necesidades, seguridad infantil y reducción de conductas de desorganización en niños durante el período de la primera infancia⁶⁰.

4. Recurrencia de abuso sexual: las terapias en familias y niños (psicoterapia, terapia cognitiva o de habilidades sociales) muestran pruebas suficientes sobre los efectos postraumáticos del abuso sexual (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).
5. Abuso emocional: limitadas evidencias de la efectividad de la intervención del asesoramiento profesional en padres o cuidadores. Algunos estudios aleatorizados sobre intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual muestran algún efecto en algunos padres.
6. En niños expuestos a la violencia doméstica o de género hay escasas pruebas de que programas de prevención de la recurrencia de violencia intrafamiliar reduzcan la exposición de niños a la violencia intrafamiliar. Sí hay algunas evidencias de que programas de tratamiento psicológico a madres y a niños reducen problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños (estudios clínicos aleatorizados).

Resumen de la efectividad de la prevención del maltrato infantil en el ámbito de la atención primaria de salud.

En la última década se ha incrementado la evidencia que soporta las intervenciones de prevención de la ocurrencia de maltrato y de la recurrencia del mismo en la población infantil. Los programas de visita a domicilio realizada por personal de enfermería en niños de riesgo se muestran consistentes en sus efectos preventivos. Es prometedora la intervención educativa en los padres para prevenir el "síndrome del niño sacudido", si bien se requieren sucesivas evaluaciones. También son interesantes los programas de educación parental, pero igualmente precisan de más evaluaciones. Es necesario determinar qué intervenciones son eficaces para prevenir el abuso sexual. Finalmente, es preciso incorporar un análisis de coste efectividad, y tiempo de duración de la intervención antes de incorporar las intervenciones en la atención primaria de salud de nuestro medio. (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL en el ámbito de la atención primaria de salud.

Intervención	Efectividad	Calidad de evidencia	Fuerza de recomendación
Identificación de familias de riesgo mediante el uso de cuestionarios o listados	Identifica inadecuadamente a familias, probabilidad alta de falsos positivos	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva debe ser excluida de un examen periódico de salud.
Actividades en familias sin riesgo o riesgo desconocido			
Promoción de la lactancia materna	Hay asociación entre promoción de la lactancia materna y protección al maltrato infantil	Moderada (estudio observacional con fuerte asociación: RR de 2,6)	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida en un examen periódico de salud
Educación a padres	Se han publicado escasos estudios de esta categoría. Existe insuficiente evidencia del programa SEEK. La intervención educativa en padres referida a la prevención del "síndrome del niño sacudido" se ha mostrado eficaz.	Moderada (estudio clínico aleatorizado con variables de resultados menos relevantes) Moderada (estudio cohortes pero en muestra amplia: 16 hospitales)	La actividad preventiva puede ser excluida. La actividad preventiva puede ser incluida.
Actividades de educación para la salud en familias de riesgo			
Educación a padres	No se ha encontrado eficaz	Baja (un estudio clínico con calidad metodológica baja)	La actividad preventiva debe ser excluida.
Aumento de las visitas de seguimiento en familias de riesgo	Poca evidencia para excluir o incluir esta actividad.	Moderada (estudio clínico aleatorizado)	La actividad preventiva puede ser excluida de un examen periódico de salud

Programas multidisciplinares de apoyo social, psicológico y educativo a padres de riesgo (incluye la intervención en violencia doméstica)	Los hallazgos son prometedores pero son necesarias nuevas investigaciones para encontrar diferencias a favor de la intervención en entrenamiento de la parentalidad	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva puede ser incluida liderada por centros de salud mental o centros especializados en intervención de casos de maltrato.
Visita domiciliaria	Disminuye la incidencia de abuso y trato negligente, además de otros resultados favorables para la salud del niño y la familia	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva puede ser incluida . La variabilidad de estos programas ofrece resultados heterogéneos entre los diferentes ensayos clínicos por lo que se rebaja su fuerza de recomendación.

Tabla 4. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DEL MALTRATO INFANTIL.

<i>Se recomienda realizar estas actividades en centros de salud mental o centros especializados en el tratamiento del maltrato infantil.</i>			
Intervención	Efectividad	Calidad de evidencia	Fuerza de recomendación
Programas de educación	Evidencia limitada	Alta (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva puede ser incluida .
Programas de educación y entrenamiento parental	Reducen la recurrencia del abuso pero no del abandono o trato negligente	Moderada (un estudio clínico aleatorizado).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida para casos de abuso físico. La actividad preventiva puede ser excluida para casos de abandono y negligencia.
Programa de visita a domicilio	Insuficiente evidencia para la reducción de la recurrencia de abuso o abandono.	Alta (estudios clínicos aleatorizados)	La actividad preventiva puede ser excluida .

Intervención cognitiva y conductual en abuso emocional	Limitadas evidencias de la efectividad de asesoramiento profesional en padres o cuidadores. Algunos estudios aleatorizados sobre intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual muestran algún efecto en algunos padres	Moderada (estudios clínicos aleatorizados de pequeño tamaño muestral)	La actividad preventiva puede ser incluida en casos de abuso emocional.
Tratamiento psicológico en niños expuestos a la violencia doméstica o de género	Hay algunas evidencias de que programas de tratamiento psicológico a madres y a niños reducen problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños	Alta (estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida en niños expuestos a la violencia intrafamiliar.
Terapia familiar en abuso sexual	Las terapias en familias y niños muestran pruebas suficientes sobre los efectos postraumáticos del abuso sexual	Alta (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida para casos de abuso sexual.

Recomendaciones de PrevInfad

En general las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no solo de los sanitarios. No existe un consenso de qué programas o servicios deben ofrecerse para prevenir el abuso en la infancia. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno.

Niveles de actuación:

Prevención dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de indicadores predisponentes o de riesgo y potenciar los indicadores protectores.

- Apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. (reconocer indicadores protectores y de vulnerabilidad) de la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer.
- Promocionar la lactancia materna.
- Dar consejo de “evitar el síndrome del niño sacudido”.

Prevención dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo presentes, potenciando los indicadores protectores.

Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor. Coordinar con el equipo de trabajo social objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Remitir a programas de apoyo social, psicológico y educación parental si los hay en el área de salud.
- Remitir a centros de salud mental o Unidades de tratamiento de conductas adictivas a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.

Actuaciones ante la sospecha o certeza del maltrato infantil. Indicaciones basadas no solo en pruebas sino también en el *Plan Estratégico de Acción contra la Violencia del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos)*:

- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas
- Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).
- Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.

- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infantojuvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas, realizando informes periódicos del estado de salud física del niño.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- Remitir a las familias a grupos de ayuda mutua, educadores familiares o psicoterapeutas de familia para intervenir con:
 - “Programas de educación y entrenamiento parental, asesoramiento profesional”, para prevenir la recurrencia del abuso físico y del trato negligente.
 - “Intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual” para prevenir la recurrencia del abuso emocional,
 - “Programas de tratamiento psicológico a madres y a niños sometidos a violencia de género”, para reducir problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños,
 - “Terapias en familias y niños” actuando sobre los efectos postraumáticos del abuso sexual
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

Estrategia de búsqueda de la actualización del maltrato infantil

Términos de búsqueda en MEDLINE:

("Child abuse/epidemiology" [MeSH] OR "Child abuse/etiology" [MeSH] OR "Child abuse/prevention and control" [MeSH] AND practice guideline [ptyp] AND "2005/01/01" [PDAT]: "2010/12/31" [PDAT])

("Child abuse/epidemiology" [MeSH] OR "Child abuse/etiology" [MeSH] OR "Child abuse/prevention and control" [MeSH] AND Randomized Controlled Trial [ptyp] AND "2005/01/01" [PDAT]: "2010/12/31" [PDAT])

("Child abuse/epidemiology" [MeSH] OR "Child abuse/etiology" [MeSH] OR "Child abuse/prevention and control" [MeSH] AND Clinical Trial [ptyp] AND "2005/01/01" [PDAT]: "2010/12/31" [PDAT])

("Child abuse/epidemiology" [MeSH] OR "Child abuse/etiology" [MeSH] OR "Child abuse/prevention and control" [MeSH] AND Review [ptyp] AND "2005/01/01" [PDAT]: "2010/12/31" [PDAT])

Las mismas estrategias de búsqueda para los términos CHILD MALTREATMENT, BATTERED CHILD SÍNDROME y CHILD NEGLECT.

Bases de datos exploradas, buscadores, agencias de salud y bases de datos secundarias:

MEDLINE

EMBASE

SUMSEARCH

TRIP DATA BASE

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

COCHRANE LIBRARY

CHILD MALTREATMENT SECTION (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA)

Artículos relacionados en Medline y citas de referencias encontradas.

Bibliografía

1. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato Infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997/1998). Serie Documentos 3. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2000.
2. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998). Serie documentos 4. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2002.
3. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Menores víctimas de violencia en el ámbito familiar. España (2001/2005). Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; [fecha de acceso: 10 de mayo 2011] URL disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST009-3270.pdf>.
4. López F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
5. Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia. Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (datos 2008). Boletín estadístico nº 11. Madrid Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [fecha de acceso: 10 de mayo 2011]. URL disponible en: http://www.msps.es/politicaSocial/familiasInfancia/docs/estadisticasadopcionnacional2008_11.pdf
6. Jim Hopper. Child abuse: Statistics, research and resources (2010) [fecha de acceso: 10 de mayo 2011]. URL disponible en: <http://www.jimhopper.com/abstats/>
7. Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. Prevalence of child maltreatment in The Netherlands. Child Maltreat. 2010;15(1):5-17.
8. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relation between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1453-60.
9. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. Child Abuse Negl 2004; 28(2):167-80.
10. Dirección General de Salud Pública. Violencia en la infancia en la Comunitat Valenciana. Informes de Salud nº 107. Valencia: Generalitat Valenciana; 2008.
11. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, Dhepyasuwan N, Harris D, Norton D, Angelilli ML, Abney D, Binns HJ. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. Pediatrics. 2008;122(3):611-9.
12. Gushurst CA. Child abuse: behavioral aspects and other associated problems. Pediatr Clin North Am. 2003;50:919-38.
13. Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. Arch Gen Psychiatry. 2010 Jul;67(7):712-9.
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373(9657):68-81.
15. Pereda B. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Papeles del psicólogo. 2010;31(2):191-201. [fecha de acceso: 10 de mayo 2011] URL disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
16. Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". Rev Neurol. 2011;52:489-503.

17. Lansford J, Dodge KA, Pettit GS, et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:824-30.
18. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C, et al. Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:282-9.
19. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse. How good is the evidence? *Lancet* 2000;356(9232):814-9.
20. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit.* 1997;11(5):231-41.
21. McGloin JM, Widom C. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol* 2001;13(4):1021-38.
22. Rodrigo MJ, Camacho J, Máiquez ML, Byrne S, Benito JM. Indicadores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema* 2009;21(1):90-6.
23. Valle LA, Silovsky JF. Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreat.* 2002;7(1):9-24.
24. Dubowitz H, Kim J, Black M, Weisbart C, Semiatin J, Magder L. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl* 2011;35:96-104.
25. Campbell KA, Cook LJ, LaFleur BJ, Keenan HT. Household, family, and child risk factors after an investigation for suspected child maltreatment: a missed opportunity for prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(10):943-9.
26. Brow J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: finding of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998;22(11):1065-78.
27. Oliván G. Maltrato en niños con discapacidades: características y indicadores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002; 56(3):219-23.
28. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DP. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2006;91(9):744-52.
29. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: Indicadores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr.* 1997;47(1):33-41.
30. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD; Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics.* 2010;125(5):1094-100.
31. McGuigan WM, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(7):869-83.
32. Orjuela L, Horno P, Perdices A, Plaza M, Tovar M. Manual de atención a niños víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children;2008. [fecha de acceso: 13 de mayo de 2011], URL disponible en: http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=76
33. Rodriguez CM. Parent-child aggression: association with child abuse potential and parenting styles. *Violence Vict.* 2010;25(6):728-41.
34. Flaherty EG, Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics.* 2010;126:833-41.
35. Paxson C, Haskins R, et al. Preventing child maltreatment. *Future Child.* 2009;19(2): 95-194.
36. Berg AO, Allen JD, Frame P, Homer CJ, Johnson MS, et al. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Ann Fam Med.* 2004;2(2):156-160.

37. Nygren P, Nelson H, Klein J. Screening Children for family violence. A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004;2(2):161-9.
38. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA. McMaster. Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302:493-501.
39. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents (Guideline). 60 ed. 2010. [fecha de acceso: 13 de mayo de 2013]. URL disponible en : http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline_/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html
40. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the safe environment for every kid (SEEK) model. *Pediatrics* 2009;123:858–64.
41. Dubowitz H, Lane WG I, Semiatin JN, Madger LS, Venepally M, Jans M. The safe environment for every kid model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*. 2011;127:e962-70.
42. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*. 2009;123(2):483-93.
43. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005;115:e470–7.
44. Britner, PA; Reppucci, ND. Prevention of child maltreatment evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child & Family Studies*.1997;6(2):165-75.
45. Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr*. 1993;122:511-6.
46. Wekerle C, Wolfe DA. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. *Clinical Psychology Review*.1993;13:501-40.
47. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Programas de parentalidad individuales y grupales para el tratamiento del abandono y el maltrato físico infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
48. Krugman SD, Lane WG, Walsh CM. Update on child abuse prevention. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19(6):711-8.
49. Macmillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009;373(9659):250-66.
50. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home Visiting for the Prevention of Child Maltreatment: Lessons Learned During the Past 20 Years. *Pediatric Clinics of North America*. 2009;56(2):389-403.
51. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-96.
52. MacDonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD006723.

53. MacMillan HL MD, Thomas H, Jamieson E, Walsh ChA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005;365(9473):1786-93.
54. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P. Task Force on Community Preventive Services. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep*. 2003 Oct 3;52(RR-14):1-9.
55. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Luckey DW, Henderson CR Jr, Holmberg J, Tutt RA, Stevenson AJ, Bondy J. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832-45.
56. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR Jr, Cole R, Kitzman H, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Powers J, Olds D. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(1):9-15.
57. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2004; 28(6):597-622.
58. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. Prevention pays: The cost of not preventing child abuse and neglect. Febrero 2003. [fecha de acceso: 8 de febrero de 2005] URL disponible en : <http://www.nvbest.org/childabuse/costofnotprev.pdf>
59. Stephanie Lee, Steve Aos, and Marna Miller. (2008). Evidence-based programs to prevent children from entering and remaining in the child welfare system: Benefits and costs for Washington. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, Document No. 08-07-3901.[fecha de acceso: 13 de mayo 2011] URL disponible en : <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/08-07-3901.pdf>
60. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol*. 2011;23(1):195-210.

Agradecimientos

Agradecemos los comentarios y aportaciones de Jesús Sánchez, pediatra; Carmen Martínez, pediatra; Emilio Salguero, médico de familia y Juan José Morell Bernabé, pediatra. Sus comentarios han sido revisados e incorporados, en su caso, en el documento final.