

CAPÍTULO 3

Maltrato y descuido
de los menores por los padres
u otras personas a cargo

Antecedentes

Desde hace siglos, el maltrato de los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia en muchas partes del mundo. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños se remontan a las civilizaciones más antiguas (1). En los registros históricos también abundan los casos de niños descuidados, débiles y malnutridos, echados del hogar por su familia para que se valieran por sí mismos, y de niños que han sufrido abuso sexual.

Asimismo, durante mucho tiempo han existido grupos de beneficencia y de otra índole preocupados por el bienestar de los niños, que han abogado por la protección de estos. No obstante, el problema no recibió gran atención por parte de los profesionales de la medicina o el público general hasta 1962, con la publicación de un trabajo de gran trascendencia, *The battered child syndrome* [El síndrome del niño golpeado], de Kempe et al. (2).

Se acuñó el término “síndrome del niño golpeado” para caracterizar las manifestaciones clínicas del maltrato físico grave en los niños pequeños (2). Ahora, cuatro decenios después, hay pruebas claras de que el maltrato de menores es un problema mundial. Se produce en una variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales. Sin embargo, para resolver este problema mundial se requiere un conocimiento mucho mayor de las formas en que se manifiesta en diferentes contextos, así como de sus causas y consecuencias en esos contextos.

¿Cómo se definen el maltrato y descuido de los menores?

Aspectos culturales

Todo enfoque integral del maltrato de menores debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas del mundo. La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre esas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato y descuido (3, 4). En otras palabras, la cultura ayuda a definir los principios que por lo

general se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de los niños.

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la crianza de los niños en diversas culturas quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido (5, 6). No obstante, las diferencias en cuanto a cómo definen las culturas lo que constituye maltrato tienen más que ver con el énfasis en aspectos particulares del comportamiento de los padres. Parece que muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato de menores y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y el abuso sexual (7).

Tipos de maltrato

La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Descuido de Menores comparó recientemente las definiciones de maltrato de 58 países y encontró un común denominador en lo que se considera maltrato (7). En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición (8):

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

Algunas definiciones se concentran en los comportamientos o los actos de los adultos, mientras que otras consideran que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el niño (8–13). La distinción entre el comportamiento —independientemente del resultado— y la repercusión o el daño puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición. Algunos expertos consideran que han sufrido maltrato los niños que han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato. Parte de la bibliografía sobre

el maltrato de menores incluye explícitamente la violencia contra los niños en instituciones asistenciales o escolares (14–17).

La definición dada anteriormente (8) cubre una amplia gama de tipos de maltrato. Este capítulo se concentra principalmente en los actos cometidos u omitidos por los padres u otras personas a cargo que dan como resultado el daño al niño. En particular, se investigan la prevalencia, las causas y las consecuencias de cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber:

- el maltrato físico;
- el abuso sexual;
- el maltrato emocional;
- el descuido.

Se define el maltrato físico de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo. El abuso sexual se define como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual.

El maltrato emocional se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.

El descuido se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras. Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir solo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.

En el recuadro 3.1 se describen con más detalles las manifestaciones de estos tipos de maltrato.

La magnitud del problema

El maltrato mortal

La información sobre el número de niños que mueren cada año como resultado del maltrato proviene principalmente de los registros de defunciones o

los datos de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2000 hubo unas 57 000 defunciones atribuidas a homicidios en los menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y los niños muy pequeños corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años (véase el Anexo estadístico).

El riesgo de maltrato mortal de los niños varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los niños menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 000 para los varones y de 1,8 por 100 000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 000 para los niños y 5,1 por 100 000 para las niñas. Las tasas más altas de homicidios de menores de 5 años de edad se encuentran en la Región de África de la OMS: 17,9 por 100 000 para los varones y 12,7 por 100 000 para las niñas. Se presentan las tasas más bajas en los países de ingreso alto de las regiones de la OMS de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental (véase el Anexo estadístico).

Sin embargo, habitualmente no se investigan muchas defunciones de menores ni se llevan a cabo exámenes posmortem, lo que dificulta establecer con precisión la cantidad de muertes causadas por el maltrato de menores en un país determinado. Aun en los países ricos hay problemas para reconocer adecuadamente los casos de infanticidio y medir su incidencia. Por ejemplo, en varios estados de los Estados Unidos se han encontrado grados significativos de clasificación errónea de la causa de muerte señalada en los certificados de defunción. A menudo se ha comprobado en la reinvestigación que defunciones atribuidas a otras causas —por ejemplo, síndrome de muerte súbita del lactante o accidentes— eran homicidios (18, 19).

A pesar de la evidente clasificación errónea generalizada, por lo regular se concuerda en que las muertes resultantes del maltrato de menores son mucho más frecuentes de lo que indican los registros oficiales en cada país donde se han emprendido estudios sobre las defunciones de lactantes (20–22).

RECUADRO 3.1**Manifestaciones del maltrato y descuido de menores**

Las lesiones provocadas por una persona que cuida de un niño pueden adoptar muchas formas. El daño grave o la muerte del niño causados por malos tratos son con mucha frecuencia la consecuencia de un traumatismo craneoencefálico o de lesiones en los órganos internos. El traumatismo craneoencefálico como resultado del maltrato es la causa más común de muerte en los niños pequeños, que son los más vulnerables durante los dos primeros años de vida. Dado que la fuerza aplicada al cuerpo pasa a través de la piel, las características de las lesiones en la piel pueden proporcionar signos claros del maltrato. Las manifestaciones esqueléticas del maltrato incluyen fracturas múltiples en diferentes etapas del proceso de sanar, fracturas de huesos que muy rara vez se rompen en circunstancias normales, y las características fracturas de las costillas y los huesos largos.

El lactante zamarreado

El zamarreo es una forma frecuente de maltrato observado en los niños muy pequeños. La mayoría de los niños zamarreados tienen menos de 9 meses de edad. Los autores de este tipo de maltrato comúnmente son varones y esto puede ser más bien un reflejo del hecho de que los hombres, que en promedio son más fuertes que las mujeres, tienden a aplicar mayor fuerza, y no de que sean más propensos que las mujeres a zamarrear a los niños. Se pueden producir hemorragias intracraneales, hemorragias retinianas y pequeñas fracturas “astilladas” en las principales articulaciones de las extremidades del niño, como resultado del zamarreo muy rápido. Estas lesiones también pueden ser consecuencia de una combinación de zamarreo y del golpe de la cabeza contra una superficie. Hay indicios de que cerca de un tercio de los lactantes sacudidos violentamente mueren y que la mayoría de los sobrevivientes sufren consecuencias a largo plazo, como retraso mental, parálisis cerebral o ceguera.

El niño golpeado

Uno de los síndromes del maltrato de menores es el del “niño golpeado”. Este término se aplica en general a los niños que presentan lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso. Incluye a niños con fracturas múltiples producidas en distintas fechas, traumatismo craneoencefálico y traumatismo visceral grave, con indicios de un castigo repetido. Afortunadamente, si bien los casos son trágicos, esta modalidad de maltrato es poco frecuente.

Abuso sexual

Los niños pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan más a fondo, resultan ser consecuencia del abuso sexual. No es poco común que los niños que han sido maltratados sexualmente presenten síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta. Para poder detectar el abuso sexual de menores se requiere una gran suspicacia y estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños revelan espontáneamente el abuso a las personas que los cuidan o a otras personas, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta.

Descuido

Existen muchas manifestaciones del descuido de los menores, entre ellas el incumplimiento de las recomendaciones de atención de la salud, no buscar la asistencia sanitaria apropiada, la privación de alimentos que produce hambre y la falta de progreso físico en el niño. Otras causas de preocupación son la exposición de los niños a las drogas y la ausencia de protección contra los peligros ambientales. Además, el desamparo, la supervisión inadecuada, la falta de higiene y ser privados de educación son todos elementos que se consideran signos de descuido.

Entre las defunciones atribuidas al maltrato de menores, la causa más común de muerte es una lesión en la cabeza, seguida de traumatismo en el abdomen (18, 23, 24). También se ha informado muy a menudo la sofocación intencional como causa de la muerte (19, 22).

El maltrato no mortal

Los datos sobre el maltrato y descuido de menores con resultados no mortales provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población. No obstante, difiere la utilidad de estas fuentes para describir las dimensiones plenas del problema.

Las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores. Esto obedece en parte a que en muchos países no hay ningún sistema jurídico o social con la responsabilidad específica de registrar informes sobre el maltrato y descuido de menores y, mucho menos, de responder a ellos (7). Además, existen diversas definiciones jurídicas y culturales del maltrato y el descuido en los distintos países. Hay también pruebas de que solo una proporción pequeña de los casos de maltrato de menores se informan a las autoridades, aun cuando exista la notificación obligatoria (25).

Se han publicado series de casos en muchos países, que son importantes para orientar las medidas locales destinadas a combatir el maltrato de menores y aumentar la conciencia y la preocupación del público y de los profesionales acerca de este problema (26–32). Las series de casos pueden revelar semejanzas entre las experiencias en diferentes países y plantear nuevas hipótesis. Sin embargo, no son particularmente útiles para evaluar la importancia relativa del posible riesgo o los factores protectores en distintos contextos culturales (33).

Las encuestas basadas en la población son un elemento esencial para determinar las dimensiones reales del problema del maltrato no mortal de menores. Se han efectuado recientemente encuestas de este tipo en varios países, como Australia, Brasil, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Egipto, Estados Unidos, Etiopía, Filipinas, India, Italia, México, Nueva Zelanda, Nicaragua, Noruega, la

República de Corea, Rumania, Sudáfrica y Zimbabwe (12, 14–17, 26, 34–43).

El maltrato físico

Las estimaciones de los casos de maltrato físico de menores obtenidas en las encuestas basadas en la población varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos (12). A partir de esta encuesta se obtuvo una tasa de maltrato físico de 49 por 1 000 niños cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño con un objeto en un sitio que no eran las nalgas, patearlo, vapulearlo, y amenazarlo con un cuchillo o arma de fuego.

Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas no son inferiores y pueden en verdad ser superiores a las estimaciones del maltrato físico en los Estados Unidos. Recientemente se han obtenido, entre otros, los siguientes resultados en todo el mundo:

- En una encuesta transversal entre menores de Egipto, 37% informaron que eran golpeados o atados por sus padres y 26% comunicaron que habían sufrido lesiones físicas como fracturas, pérdida del conocimiento o discapacidad permanente a causa de los golpes o ataduras (17).
- En un estudio reciente efectuado en la República de Corea, se preguntó a los padres acerca de su comportamiento hacia sus hijos. Dos tercios de los padres informaron que azotaban a sus hijos y 45% confirmaron que los habían golpeado, pateado o vapuleado (26).
- Una encuesta en hogares de Rumania encontró que 4,6% de los niños informaron sufrir malos tratos físicos graves y frecuentes, como ser golpeados con un objeto, ser quemados o privados de alimentos. Casi la mitad de los padres rumanos admitieron que golpeaban a sus hijos “habitualmente”, y 16%, que los golpeaban con objetos (34).
- En Etiopía, 21% de los escolares urbanos y 64% de los escolares rurales informaron que tenían magulladuras o tumefacciones en el cuerpo como resultado del castigo administrado por sus progenitores (14).

Los datos que son más comparables provienen del proyecto de Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSAFE), una investigación efectuada en colaboración en diversos países. Los investigadores de Chile, Egipto, Filipinas y la India aplicaron un protocolo básico común a muestras basadas en la población de las madres de cada país, con el fin de establecer tasas de incidencia comparables de formas severas y más moderadas de castigar a los niños. Específicamente, los investigadores midieron la frecuencia de comportamientos de castigo de los padres, sin catalogar los castigos severos como maltrato, usando la Escala de Tácticas para Conflictos entre Padres e Hijos (9–12, 40). En estos estudios también se recopilaban sistemáticamente otros datos con el propósito de determinar los factores de riesgo y protectores.

En el cuadro 3.1 se presentan los resultados obtenidos en los cuatro países que participaron en este estudio, sobre la incidencia relativa de los comportamientos disciplinarios notificados espontáneamente por los padres. En cada país se usaron preguntas redactadas de manera idéntica. Se comparan los resultados con los de una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos usando el mismo instrumento (12). Está claro que el castigo severo por los progenitores no está confinado a unos pocos lugares o una sola región del mundo. Los padres en Egipto, en zonas rurales de la India y en Filipinas informaron con frecuencia que, como castigo, habían golpeado a sus hijos con un objeto en una parte del cuerpo diferente de las nalgas por lo menos una vez en los seis meses previos. Este comportamiento también se informó en Chile y en los Estados Unidos, si bien con una tasa mucho menor. Las formas más crueles de violencia —como asfixiar a los niños, quemarlos o amenazarlos con un cuchillo o arma de fuego— se notificaron con frecuencia mucho menor.

CUADRO 3.1

Tasas de formas severas o moderadas de castigo físico infligido en los seis meses anteriores, según lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Tipo de castigo	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India ^a	Filipinas	EUA
Castigo físico severo					
Golpeó al niño con un objeto (no en las nalgas)	4	26	36	21	4
Pateó al niño	0	2	10	6	0
Quemó al niño	0	2	1	0	0
Golpeó al niño	0	25	— ^b	3	0
Amenazó al niño con un cuchillo o arma de fuego	0	0	1	1	0
Asfixió al niño	0	1	2	1	0
Castigo físico moderado					
Nalgadas (con la mano)	51	29	58	75	47
Golpeó al niño en las nalgas (con un objeto)	18	28	23	51	21
Abofeteó al niño o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza	13	41	58	21	4
Jaló el pelo del niño	24	29	29	23	— ^b
Zamarreó al niño ^c	39	59	12	20	9
Golpeó al niño con los nudillos	12	25	28	8	— ^b
Pellizcó al niño	3	45	17	60	5
Retorció la oreja del niño	27	31	16	31	— ^b
Forzó al niño a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda	0	6	2	4	— ^b
Puso pimienta en la boca del niño	0	2	3	1	— ^b

^a Zonas rurales.

^b Pregunta no hecha en la encuesta.

^c Niños de 2 o más años de edad.

Las notificaciones similares hechas por los padres en otros países confirman que el castigo físico severo a los niños existe en proporciones significativas dondequiera que se ha investigado. En Italia, según las Escalas de Tácticas para Conflictos, la incidencia de la violencia grave era de 8% (39). Tang indicó una tasa anual de violencia grave contra los niños, según lo informado por los padres, de 461 por 1 000 en China (RAE de Hong Kong) (43).

Otro estudio, donde se compararon las tasas de violencia contra los niños de escuelas primarias de China y la República de Corea, también usó las Escalas de Tácticas para Conflictos, pero se hicieron las preguntas a los niños en lugar de a sus padres (41). En China, la tasa de violencia grave informada por los niños fue de 22,6%, mientras que en la República de Corea llegó a 51,3%.

Los datos del estudio de WorldSAFE también revelan las características de formas más “moderadas” de castigo físico en diferentes países (cuadro 3.1). El castigo moderado no se considera maltrato en todo el mundo, si bien algunos profesionales y padres consideran inadmisibles tales formas de disciplina.

En este aspecto, el estudio de WorldSAFE indicó una divergencia mayor entre las sociedades y las culturas. Dar nalgadas a los niños fue la medida disciplinaria más comúnmente notificada en los países, con la excepción de Egipto, donde otras formas de castigo, como zamarrear a los niños, pellizcarlos, darles un golpe con la mano abierta en la cara o la cabeza, se usaron con mayor frecuencia. No obstante, ambos padres en las zonas rurales de la India informaron que abofeteaban a sus hijos o les pegaban en la cabeza con la mano abierta casi con la misma frecuencia con que les propinaban nalgadas, mientras que en los otros países las bofetadas y los golpes en la cabeza ocurrían menos a menudo.

Las formas moderadas y severas de castigo no están limitadas a la familia o el ámbito doméstico. Gran parte de los castigos excesivos los administran los docentes y otros responsables del cuidado de

los niños en las escuelas y otras instituciones (recuadro 3.2).

El abuso sexual

Las estimaciones de la prevalencia del abuso sexual varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en que se recopila la información. Algunas encuestas se realizan con niños, otras con adolescentes y adultos que informan sobre su niñez, mientras que en otras se pregunta a los padres acerca de lo que pueden haber experimentado sus hijos. Estos tres métodos diferentes pueden producir resultados muy distintos. Por ejemplo, en la encuesta entre familias rumanas ya mencionada, se encontró que 0,1% de los padres admitieron haber abusado sexualmente de sus hijos, mientras 9,1% de los hijos informaron que habían sufrido abuso sexual (34). Esta discrepancia quizá se expli-

RECUADRO 3.2

Castigo corporal

El castigo corporal de los niños —en forma de golpes, puñetazos, patadas o vapuleo— es algo social y jurídicamente aceptado en la mayoría de los países. En muchos, es un fenómeno significativo en las escuelas y otras instituciones y en los sistemas penales para delincuentes juveniles.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas estipula que los estados deben proteger a los niños “contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental” mientras están al cuidado de los padres o de otras personas, y el Comité de los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, ha subrayado que el castigo corporal es incompatible con la convención.

En 1979, Suecia se convirtió en el primer país en prohibir todas las formas de castigo corporal de los niños. Desde entonces, lo han prohibido al menos 10 estados más. También se han anunciado fallos de tribunales constitucionales o cortes supremas que condenan el castigo corporal en las escuelas y los sistemas penales —como en Namibia, Sudáfrica y Zimbabue— y en 2000 la corte suprema de Israel declaró ilegal todo castigo físico. En Etiopía, la constitución de 1994 afirma el derecho de los niños de estar exentos de castigo corporal en las escuelas y las instituciones de asistencia. El castigo corporal en las escuelas también ha sido prohibido en Nueva Zelanda, la República de Corea, Tailandia y Uganda.

No obstante, las encuestas indican que en al menos 60 países el castigo corporal sigue siendo lícito para los delincuentes juveniles y, en al menos 65 países, en las escuelas y otras instituciones. El castigo corporal de los niños en el hogar es jurídicamente aceptable en todos menos 11 países. Cuando la práctica no ha sido encarada persistentemente mediante reformas jurídicas y la educación del público, los pocos estudios existentes sobre la prevalencia indican que sigue siendo sumamente común.

El castigo corporal es peligroso para los niños; a corto plazo, cada año mata a miles de niños y daña e incapacita a muchos más. Gran cantidad de investigaciones han revelado que, a más largo plazo, es un factor importante en el desarrollo de comportamientos violentos y se asocia con otros problemas en la niñez y etapas posteriores de la vida.

que en parte por el hecho de que a los niños se les pidió que incluyeran el abuso sexual por otras personas además de sus padres.

Entre los estudios publicados de adultos que informaban retrospectivamente sobre su propia niñez, las tasas de prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones varían de 1% (44) —usando una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza— a 19% (38), cuando se empleó una definición más amplia. En las mujeres adultas, las tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez varían de 0,9% (45), usando la violación como definición del abuso, a 45% (38) con una definición mucho más amplia. Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5% a 10% en los varones (46, 47).

Estas variaciones amplias en las estimaciones de la prevalencia publicadas podrían ser resultado de diferencias reales del riesgo que existe en las distintas culturas o de las diferencias en la forma en que se efectuaron los estudios (46). La inclusión del abuso por los pares en la definición de abuso sexual de los niños puede aumentar la prevalencia en un 9% (48), y la inclusión de los casos donde no se produce contacto físico puede aumentar las tasas en alrededor de 16% (49).

El maltrato emocional y psíquico

El maltrato psíquico de los niños ha recibido aun menos atención mundial que el maltrato físico y el abuso sexual. Los factores culturales parecen influir vigorosamente en las modalidades no físicas que los padres eligen para disciplinar a sus hijos, algunas de las cuales pueden ser consideradas psíquicamente nocivas por personas de otros ambientes culturales. Por consiguiente, es muy difícil definir el maltrato psíquico. Además, las consecuencias del maltrato psíquico, cualquiera que sea su

definición, probablemente diferirán mucho según el contexto y la edad del niño.

Hay datos que indican que gritar a los niños es una respuesta común de los padres en muchos países. Maldecir a los niños e insultarlos es un comportamiento que parece variar mucho más. En los cinco países del estudio WorldSAFE, la tasa de incidencia más baja de insultos dirigidos a los niños en los seis meses anteriores fue de 15% (cuadro 3.2). Sin embargo, las prácticas de amenazar a los niños con abandonarlos o dejarlos fuera de la casa y echar llave a la puerta variaron mucho entre los distintos países. En Filipinas, por ejemplo, las amenazas de abandono fueron notificadas frecuentemente por las madres como una medida disciplinaria. En Chile, solo cerca de 8% de las madres recurrían a este tipo de amenazas.

Son sumamente escasos los datos sobre el grado en que los padres u otras personas a cargo en diferentes culturas y partes del mundo emplean métodos disciplinarios no violentos que no representan maltrato. Los datos limitados del proyecto de WorldSAFE indican que la mayoría de los padres utilizan prácticas disciplinarias no violentas, tales como explicar a los niños por qué su comportamiento estaba equivocado y decirles que no deben actuar así, cancelar prerrogativas y usar otros métodos no violentos para corregir los problemas de conducta (cuadro 3.3). En otras partes, por ejemplo en Costa Rica, los padres admitieron que empleaban el castigo físico para disciplinar a los niños, pero señalaron que era el método que menos les gustaba (50).

CUADRO 3.2

Tasas de castigo verbal o psíquico infligido en los seis meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Castigo verbal o psíquico	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India ^a	Filipinas	EUA
Le gritó al niño	84	72	70	82	85
Insultó al niño	15	44	29	24	17
Maldijo al niño	3	51	— ^b	0	24
Rehusó hablar con el niño	17	48	31	15	— ^b
Amenazó echar al niño del hogar	5	0	— ^b	26	6
Amenazó abandonarlo	8	10	20	48	— ^b
Lo amenazó con espíritus malignos	12	6	20	24	— ^b
Cerró la puerta y dejó al niño fuera de la casa	2	1	— ^b	12	— ^b

^a Zonas rurales.

^b Pregunta no hecha en la encuesta.

CUADRO 3.3

Tasas de prácticas disciplinarias no violentas usadas en los 6 meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Prácticas disciplinarias no violentas	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India ^a	Filipinas	EUA
Explicó al niño por qué estaba mal su conducta	91	80	94	90	94
Canceló prerrogativas	60	27	43	3	77
Dijo al niño que dejara de comportarse de ese modo	88	69	— ^b	91	— ^b
Le dio al niño algo que hacer	71	43	27	66	75
Obligó al niño a quedarse en un lugar	37	50	5	58	75

^a Zonas rurales.

^b Pregunta no hecha en la encuesta.

El descuido

Muchos investigadores incluyen el descuido o el daño causado por la falta de cuidado por parte de los padres u otros cuidadores como parte de la definición de maltrato (29, 51–53). Condiciones tales como el hambre y la pobreza están a veces incluidas en la definición de descuido. Dado que las definiciones varían y las leyes sobre la notificación del maltrato no siempre establecen la notificación obligatoria del descuido, es difícil estimar las dimensiones mundiales del problema o comparar de manera válida las tasas de los distintos países. Por ejemplo, se ha investigado poco cómo los niños y los padres u otras personas a cargo pueden diferir al definir el descuido.

En Kenya, el abandono y el descuido eran los aspectos más comúnmente citados del maltrato de menores cuando se preguntó sobre el tema a los adultos de la comunidad (51). En este estudio, 21,9% de los niños informaron que habían sido descuidados por sus padres. En el Canadá, un estudio nacional de los casos notificados a los servicios de protección de la infancia encontró que, entre los casos comprobados de descuido, 19% fueron de descuido físico, 12% de abandono, 11% de descuido de la educación y 48% de daño físico resultante de que uno de los progenitores no había proporcionado una supervisión adecuada (54).

¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato y descuido de los menores?

Se han formulado diversas teorías y modelos para explicar los incidentes de maltrato dentro de las

familias. El modelo explicativo más ampliamente adoptado es el modelo ecológico descrito en el capítulo 1. Aplicado al maltrato y descuido de menores, el modelo ecológico considera varios factores, como las características de cada niño y su familia, las de su cuidador o perpetrador, la índole de la comunidad local y el ámbito social, económico y cultural (55, 56).

La escasa investigación en este campo indica que, en una serie de países, algunos factores son bastante uniformes en cuanto al riesgo que implican. No obstante, es importante observar que estos factores, que se enumeran a continuación, tal vez se asocien solo estadísticamente y no exista un vínculo causal (6).

Factores que aumentan la vulnerabilidad del niño

Varios estudios, la mayoría de ellos efectuados en el mundo desarrollado, han indicado que ciertas características de los niños aumentan el riesgo de maltrato.

La edad

La vulnerabilidad de los menores al maltrato —ya sea físico, sexual o por descuido— depende en parte de su edad (14, 17, 57, 58). Los casos mortales de maltrato físico se presentan en gran medida entre los lactantes pequeños (18, 20, 21, 28). En estudios de las defunciones de lactantes realizados en Alemania, Fiji, Finlandia y Senegal, por ejemplo, la mayoría de las víctimas tenían menos de 2 años de edad (20, 24, 28, 59).

Los niños pequeños también corren el riesgo de sufrir maltrato físico no mortal, si bien las edades en que es mayor ese riesgo varían de un país a otro. Por ejemplo, las tasas de maltrato físico no mortal son más altas en los niños de 3 a 6 años de edad en China, en los de 6 a 11 años en la India y en los de 6 a 12 años en los Estados Unidos (11, 40, 43). Por otra parte, las tasas de abuso sexual tienden a subir después del inicio de la pubertad y las más altas se registran durante la adolescencia (15, 47, 60). Sin embargo, en algunos países el abuso sexual también afecta a los niños pequeños.

El sexo

En la mayoría de los países, las niñas corren mayor peligro que los varones de ser víctimas de infanticidio, abuso sexual, descuido de la educación y la nutrición y prostitución forzada (véase también el capítulo 6). Los resultados de varios estudios internacionales indican que las tasas de abuso sexual entre las niñas son de 1,5 a 3 veces más altas que entre los varones (46). A nivel mundial, más de 130 millones de niños de 6 a 11 años de edad no asisten a la escuela y 60% de ellos son niñas (61). En algunos países, no se les permite a las niñas recibir instrucción escolar, o se las mantiene en casa para que colaboren en el cuidado de sus hermanos o trabajen para ayudar económicamente a la familia.

Los varones parecen correr un riesgo mayor de sufrir castigos físicos severos en muchos países (6, 12, 16, 40, 62). Aunque las niñas están expuestas a un riesgo más alto de infanticidio en muchos lugares, no está claro por qué los varones son sometidos a castigos físicos más severos. Puede ser que tales castigos sean vistos como una preparación para las funciones y responsabilidades de la vida adulta, o que se considere que los varones necesitan más disciplina física. Evidentemente, las amplias brechas culturales que existen entre las diferentes sociedades en lo que se refiere a la función de las mujeres y los valores asignados a los varones y a las mujeres podrían explicar muchas de estas diferencias.

Características especiales

Se ha comprobado que los lactantes prematuros, los gemelos y los niños con discapacidades están expuestos a mayor riesgo de maltrato físico y descuido (6, 53, 57, 63). Hay resultados contradictorios en los estudios sobre la importancia del retraso mental como factor de riesgo. Se cree que el bajo peso al nacer, la prematuridad, la enfermedad o las minusvalías físicas o mentales en el lactante o el niño dificultan la creación de vínculos afectivos y pueden hacer al niño más vulnerable al maltrato (6). Sin embargo, estas características no parecen ser importantes factores de riesgo de maltrato cuando se consideran otros factores, como las variables sociales y de los progenitores (6).

Características de las personas a cargo y de la familia

La investigación ha vinculado ciertas características del cuidador, así como las características del ambiente familiar, con el maltrato y descuido de menores. Mientras que algunos factores —incluidos los demográficos— están relacionados con la variación del riesgo, otros se vinculan con las características psíquicas y de comportamiento de la persona a cargo del cuidado o con aspectos del ambiente familiar que pueden comprometer la crianza y conducir al maltrato de los niños.

El sexo

Las mayores probabilidades de que los que infligen malos tratos sean de sexo masculino o femenino dependen en parte del tipo de maltrato. Las investigaciones realizadas en China, Chile, Estados Unidos, Finlandia y la India indican que las mujeres señalan que usan el castigo físico más que los hombres (12, 40, 43, 64, 65). En Kenya, los informes de los niños también revelan que hay más muestras de violencia de las madres que de los padres (51). Sin embargo, los hombres son los causantes más comunes de los traumatismos craneoencefálicos potencialmente mortales, las fracturas por maltrato y otras lesiones mortales (66–68).

Los que cometen abuso sexual de menores, tanto en el caso de las víctimas femeninas como masculinas, son predominantemente hombres en muchos países (46, 69, 70). Los estudios han revelado que, en los casos de las víctimas femeninas de abuso sexual, más de 90% de los agresores son varones y, en el caso de las víctimas masculinas, el porcentaje de agresores varones varía entre 63% (72) y 86% (46, 71, 72).

La estructura y los recursos de la familia

Es más probable que los padres que infligen maltrato físico sean jóvenes, solteros, pobres y desempleados, y tengan menos educación que sus homólogos que no maltratan a sus hijos. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, los hijos de madres pobres, jóvenes y solteras corren mayor riesgo de recibir castigos corporales

(6, 12, 65, 73). En los Estados Unidos, por ejemplo, es tres veces más probable que las madres solteras informen que administran castigos físicos severos, en comparación con las madres de hogares que cuentan con los dos progenitores (12). Se han informado resultados similares en la Argentina (73).

Estudios efectuados en Bangladesh, Colombia, Kenya, Italia, el Reino Unido, Suecia y Tailandia también han encontrado que la escasa educación y la falta de ingresos para satisfacer las necesidades de la familia aumentan el potencial de violencia física contra los niños (39, 52, 62, 67, 74–76), aunque se han observado excepciones a esta pauta en otras partes (14). En un estudio de familias palestinas, la falta de dinero para cubrir las necesidades del niño fue una de las razones principales dadas por los padres para maltratar psíquicamente a sus hijos (77).

El tamaño de la familia y la composición de la unidad familiar

El tamaño de la familia también puede aumentar el riesgo de maltrato. Un estudio de padres realizado en Chile, por ejemplo, encontró que en las familias con cuatro o más hijos era tres veces más probable que los padres trataran a sus hijos en forma violenta, en comparación con los padres con menos hijos (78). Sin embargo, no siempre es sencillamente el tamaño de la familia lo que influye. Datos provenientes de diversos países indican que el hacinamiento doméstico aumenta el riesgo de maltrato de menores (17, 41, 52, 57, 74, 79). Los ambientes familiares inestables, en los cuales cambia con frecuencia la composición del hogar cuando se van unos miembros de la familia y llegan otros, son una característica particularmente observada en los casos de descuido crónico (6, 57).

Características de la personalidad y del comportamiento

Varias características de la personalidad y del comportamiento han estado vinculadas en muchos estudios con el maltrato y descuido de menores. Los padres con más probabilidades de maltratar físicamente a sus hijos suelen tener una baja autoestima, poco control de sus impulsos y problemas de salud mental, además de mostrar comportamientos

antisociales (6, 67, 75, 76, 79). Los padres negligentes tienen muchos de estos mismos problemas y tal vez también les resulte difícil planificar los acontecimientos importantes de la vida, tales como casarse, tener hijos o buscar empleo. Muchas de esas características afectan negativamente a la crianza y se asocian con la ruptura de las relaciones sociales, la incapacidad de hacer frente al estrés y las dificultades para tener acceso a los sistemas de apoyo social (6).

Los padres que maltratan a sus hijos quizá no estén bien informados y tengan expectativas poco realistas acerca del desarrollo del niño (6, 57, 67, 80). Las investigaciones han encontrado que estos padres responden con mayor irritación y fastidio ante los estados de ánimo y el comportamiento de sus hijos, que los apoyan menos, son poco cariñosos, no juegan con ellos, desatienden sus demandas, y son más dominantes y hostiles (6, 39).

Antecedentes de maltrato

Los estudios también han revelado que los padres que fueron maltratados cuando eran niños son más propensos a maltratar a sus propios hijos (6, 58, 67, 81, 82). No obstante, la relación aquí es compleja (81–83) y algunas investigaciones han indicado que la mayoría de los padres que maltratan a sus hijos no fueron en realidad maltratados ellos mismos (58). Si bien los datos empíricos señalan que hay en verdad una relación, quizá se haya exagerado la importancia de este factor de riesgo. Otros factores que han estado vinculados con el maltrato de menores, tales como la juventud de los padres, el estrés, el aislamiento, el hacinamiento en el hogar, el abuso de sustancias psicotrópicas y la pobreza, quizá sean más predictivos.

La violencia en el hogar

Se está prestando cada vez más atención a la violencia en la pareja y su relación con el maltrato de menores. Los datos de estudios realizados en países geográfica y culturalmente tan diversos como China, Colombia, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, la India, México y Sudáfrica indican todos una relación estrecha entre estas dos formas de violencia (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). En un estudio reciente efectuado en la India, la presencia de violencia

doméstica duplicó el riesgo de maltrato de menores (40). Entre las víctimas conocidas del maltrato de menores, 40% o más también han notificado violencia doméstica en sus hogares (84). En realidad, la relación quizá sea aun más estrecha, ya que muchos organismos encargados de la protección de los niños no recopilan sistemáticamente datos sobre otras formas de violencia en las familias.

Otras características

El estrés y el aislamiento social del progenitor también han sido vinculados con el maltrato y descuido de menores (6, 39, 57, 73, 85). Se cree que el estrés causado por los cambios de trabajo, la pérdida de ingresos, los problemas de salud u otros aspectos del ambiente familiar pueden intensificar los conflictos en el hogar y la capacidad de los miembros de la familia de hacerles frente o de encontrar apoyo. Es menos probable que los padres más capaces de encontrar apoyo social maltraten a sus hijos, aunque estén presentes otros factores de riesgo conocidos. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos efectuado en Buenos Aires, Argentina, los niños de familias integradas por un solo progenitor (el padre o la madre) estaban expuestos a un riesgo significativamente mayor de sufrir maltrato que los hijos de familias integradas por el padre y la madre. No obstante, el riesgo de maltrato fue menor entre los que eran más capaces de tener acceso a servicios de apoyo social (73).

En muchos estudios, el maltrato de menores también ha estado vinculado al abuso de sustancias psicotrópicas (6, 37, 40, 67, 76), si bien se requieren otras investigaciones para distinguir los efectos independientes del abuso de sustancias psicotrópicas de los problemas conexos de pobreza, hacinamiento, trastornos mentales y problemas de salud asociados con este comportamiento.

Factores de la comunidad

La pobreza

Numerosos estudios realizados en muchos países han revelado claros nexos entre la pobreza y el maltrato de menores (6, 37, 40, 62, 86–88). Las tasas de maltrato son más elevadas en las comunidades con

niveles altos de desempleo y concentración de la pobreza (89–91). Esas comunidades también se caracterizan por el alto grado de renovación de la población y el hacinamiento habitacional. Las investigaciones indican que la pobreza crónica perjudica a los niños por su repercusión sobre el comportamiento de los padres y la disponibilidad de recursos en la comunidad (92). Las comunidades con niveles altos de pobreza tienden a tener infraestructuras físicas y sociales deterioradas, y cuentan con menos recursos o elementos que hacen agradable la vida, por comparación con las comunidades más ricas.

El capital social

El capital social representa el grado de cohesión y solidaridad que existe dentro de las comunidades (85). Los niños de zonas con menos “capital social” o inversión social en la comunidad parecen correr mayor riesgo de maltrato y tener más problemas psíquicos o de conducta (85). Por otra parte, se ha comprobado que las redes sociales y las vinculaciones entre los vecinos protegen a los niños (4, 58, 93). Esto vale aun para los niños expuestos a varios factores de riesgo (como la pobreza, la violencia, el abuso de sustancias psicotrópicas y tener padres con niveles educativos bajos), a quienes estos niveles relativamente mejores de capital social parecen brindar protección (85).

Factores sociales

Se considera que una variedad de factores de la sociedad tienen gran influencia en el bienestar de los niños y las familias. Estos factores —no examinados hasta la fecha en la mayor parte de los países como factores de riesgo de maltrato de menores— son:

- La función de los valores culturales y las fuerzas económicas al configurar las elecciones que enfrentan las familias y determinar su respuesta a estas fuerzas.
- Las desigualdades relacionadas con el sexo y el ingreso, que son factores presentes en otros tipos de violencia y que probablemente estén también vinculados con el maltrato de menores.

- Las normas culturales concernientes a las funciones de género, las relaciones entre padres e hijos y la privacidad de la familia.
- Las políticas relacionadas con los niños y la familia, tales como las que se refieren a la licencia por maternidad, el empleo materno y las disposiciones para el cuidado de los niños.
- La índole y el grado de atención preventiva de salud para los lactantes y los niños, como ayuda para identificar los casos de maltrato de menores.
- La solidez del sistema de asistencia social, es decir, las fuentes de apoyo que proporcionan una red de seguridad para los niños y las familias.
- La naturaleza y el grado de la protección social y la capacidad de respuesta del sistema de justicia penal.
- Los conflictos sociales más vastos y la guerra.

Muchos de estos factores culturales y sociales más amplios pueden afectar a la capacidad de los padres de cuidar a los niños, intensificando o reduciendo el estrés asociado con la vida familiar e influyendo en los recursos de que disponen las familias.

Las consecuencias del maltrato de menores

Carga para la salud

La mala salud causada por el maltrato de menores constituye una porción significativa de la carga mundial de morbilidad. Si bien se han investigado algunas de las consecuencias para la salud (21, 35, 72, 94–96), solo recientemente se le ha prestado atención a otras, como los trastornos psiquiátricos y el comportamiento suicida (53, 97, 98). Hay que señalar que actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta —entre ellas la cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, el síndrome del colon irritable y la fibromialgia— están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez (99–101). El mecanismo evidente que explica estos resultados es la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento, tales como el tabaquismo, el abuso de alcohol, la alimentación deficiente y la falta de ejercicio. La investigación también ha destacado importantes consecuencias agudas directas a largo plazo (21, 23, 99–103) (cuadro 3.4).

CUADRO 3.4

Consecuencias del maltrato de menores sobre su salud

Físicas

Lesiones abdominales o torácicas
 Lesiones cerebrales
 Moretones e hinchazón
 Quemaduras y escaldaduras
 Lesiones del sistema nervioso central
 Discapacidad
 Fracturas
 Desgarros y abrasiones
 Lesiones oculares

Relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Problemas de la salud reproductiva
 Disfunción sexual
 Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA
 Embarazos no deseados

Psíquicas y en el comportamiento

Abuso de alcohol y otras drogas
 Menoscabo cognoscitivo
 Comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos
 Depresión y ansiedad
 Retraso del desarrollo
 Trastornos de la alimentación y el sueño
 Sentimientos de vergüenza y culpa
 Hiperactividad
 Incapacidad para relacionarse
 Desempeño escolar deficiente
 Falta de autoestima
 Trastorno postraumático por estrés
 Trastornos psicósomáticos
 Comportamiento suicida y daño autoinfligido

Otras consecuencias a largo plazo

Cáncer
 Enfermedad pulmonar crónica
 Fibromialgia
 Síndrome de colon irritable
 Cardiopatía isquémica
 Enfermedad hepática
 Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad

Asimismo, hay muchos estudios que demuestran el daño psíquico a corto y a largo plazo (35, 45, 53, 94, 97). Algunos niños tienen unos pocos síntomas que no llegan a niveles clínicos que despierten preocupación, o bien alcanzan niveles clínicos pero no tan altos como en los niños generalmente asistidos en los ámbitos clínicos. Otros sobrevivientes presentan síntomas psiquiátricos graves, tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias psicótropas, agresividad, vergüenza o deficiencias cognoscitivas. Finalmente, algunos niños satisfacen los criterios totales para definir la enfermedad psiquiátrica, que incluyen el trastorno postraumático

por estrés, la depresión grave, los trastornos de ansiedad y las alteraciones del sueño (53, 97, 98). Por ejemplo, un reciente estudio longitudinal de una cohorte efectuado en Christchurch (Nueva Zelanda) encontró asociaciones significativas entre el abuso sexual durante la niñez y problemas ulteriores de salud mental, tales como depresión, trastornos de ansiedad y pensamientos y comportamientos suicidas (97).

Las manifestaciones físicas, emocionales y del comportamiento resultantes del maltrato varían entre los menores según la etapa de desarrollo del niño en que se produce el maltrato, la gravedad de este, la relación del agresor con el niño, la duración del período en el cual continúa el maltrato y otros factores presentes en el entorno del niño (6, 23, 72, 95–101).

Carga financiera

Los costos financieros asociados con la atención a corto y a largo plazo de las víctimas representan una proporción significativa de la carga general creada por el maltrato y descuido de menores. Se incluyen en el cálculo los costos directos asociados con el tratamiento, las visitas al hospital y al médico y otros servicios de salud. Una variedad de costos indirectos se relacionan con la productividad perdida, la discapacidad, la menor calidad de vida y la muerte prematura. Hay también costos asumidos por el sistema de justicia penal y otras instituciones, como:

- los gastos relacionados con la aprehensión y enjuiciamiento de los agresores;
- los costos para las organizaciones de asistencia social resultantes de la investigación de los informes de maltrato y de la protección de los niños contra el maltrato;
- los costos asociados con el cuidado de los menores en hogares de guarda;
- los costos para el sistema educativo;
- los costos para el sector del empleo generados por el ausentismo y la baja productividad.

Los datos provenientes de algunos países desarrollados ilustran la carga financiera potencial. En 1996, se estimó en unos US\$ 12 400 millones el costo financiero asociado con el maltrato y descuido de menores en los Estados Unidos (8). Esta cifra

incluía estimaciones de los ingresos futuros perdidos, los costos educacionales y los servicios de salud mental para los adultos. En el Reino Unido se ha hablado de un costo anual estimado de alrededor de US\$ 1 200 millones solo por servicios inmediatos de asistencia social y jurídicos (104). Los costos preventivos probablemente sean muy superados por el total combinado de los costos a corto y a largo plazo del maltrato y el descuido de menores para los individuos, las familias y la sociedad.

¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato y el descuido de los menores?

Mientras que en casi todo el mundo se proclama que la prevención del maltrato de menores es una política social importante, sorprendentemente se ha hecho muy poco para investigar la eficacia de las intervenciones preventivas. Se ha realizado un estudio cuidadoso de algunas intervenciones, como la visita domiciliaria (105–107), pero se carece de una evaluación adecuada de muchas más intervenciones en este campo (108).

La gran mayoría de los programas se concentran en las víctimas o causantes del maltrato y descuido de menores; muy pocos hacen hincapié en estrategias de prevención primaria encaminadas a impedir que aquellos se produzcan. A continuación se describen las respuestas más comunes.

Estrategias de apoyo a la familia

Capacitación para la crianza de los hijos

Se han establecido varias intervenciones para mejorar las prácticas de crianza y prestar apoyo a la familia. Este tipo de programas en general instruyen a los padres acerca del desarrollo del niño y los ayudan a mejorar sus aptitudes para manejar el comportamiento de sus hijos. Mientras que la mayoría de estos programas están concebidos para las familias de alto riesgo o para aquellas en las cuales ya ha ocurrido el maltrato, cada vez más se considera que puede ser beneficioso proporcionar educación y capacitación en este aspecto a todos los padres o futuros padres. En Singapur, por ejemplo, la educación y la capacitación para la crianza empiezan en la escuela secundaria, con clases de “preparación para

la paternidad y la maternidad”. Los estudiantes aprenden acerca del cuidado y el desarrollo de los niños y tienen una experiencia directa al trabajar con niños pequeños en centros y guarderías infantiles (8).

En el caso de las familias en las cuales ya ha ocurrido el maltrato de menores, el principal objetivo es prevenir nuevos abusos, así como otros resultados negativos para el niño, como son los problemas emocionales o el retraso del desarrollo. Si bien las evaluaciones de los programas sobre la educación y la capacitación para la crianza de los hijos han mostrado resultados promisorios al reducir la violencia juvenil, son menos los estudios que han examinado específicamente la repercusión de dichos programas en las tasas de maltrato y descuido de menores. En cambio, para medir la eficacia de muchas de las intervenciones se han usado resultados afines, como la competencia y aptitudes de los padres, los conflictos entre padres e hijos y la salud mental de los padres.

Por ejemplo, Wolfe et al. evaluaron una intervención conductual para proporcionar capacitación para la crianza, específicamente diseñada para las familias consideradas en riesgo (109). Se asignaron aleatoriamente las parejas constituidas por una madre y su hijo al grupo de la intervención o a un grupo testigo. Las madres que recibieron capacitación para la crianza notificaron menos problemas de conducta con sus hijos y menos problemas de ajuste asociados con un maltrato potencial, en comparación con las madres del grupo testigo. Además, una evaluación de seguimiento por los asistentes sociales indicó que era menor el riesgo de maltrato en el caso de las madres que habían recibido la capacitación mencionada.

Las visitas domiciliarias y otros programas de apoyo a la familia

Los programas de visitas domiciliarias llevan recursos de la comunidad a las familias en sus hogares. Se ha identificado este tipo de intervención como uno de los más prometedores para prevenir varios resultados negativos, incluidos la violencia juvenil (capítulo 2) y el maltrato de menores (105–107). Durante las visitas a domicilio, se ofrecen

información, apoyo y otros servicios para mejorar el funcionamiento de la familia. Se han elaborado y estudiado diversos modelos de visita domiciliaria. En algunos de ellos, las visitas se hacen a todas las familias, independientemente de su situación de riesgo, mientras que en otros se concentran en las familias en riesgo de violencia, como las constituidas por un solo progenitor o por padres adolescentes o primerizos que viven en comunidades con altos índices de pobreza.

En una encuesta que abarcó más de 1 900 programas de visitas domiciliarias, Wasik y Roberts (110) señalaron 224 que básicamente prestaban servicios a los niños maltratados y desamparados. En esos programas, se consideró que los servicios más importantes eran perfeccionar las aptitudes para la crianza y aumentar la capacidad de los padres de hacer frente a las dificultades, seguidos del apoyo emocional. En general se visitó a las familias semanalmente o cada dos semanas y se prestaron los servicios durante un período que fluctuó entre seis meses y dos años.

Un ejemplo de programa de ese tipo es el que lleva a cabo el Centro de Padres en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Los visitantes domiciliarios son reclutados en la comunidad, adiestrados por el centro y supervisados por asistentes sociales profesionales. Se visita a las familias mensualmente durante el período prenatal, semanalmente durante los dos primeros meses posteriores al nacimiento, luego cada dos semanas durante dos meses más, y después mensualmente hasta que el niño cumple los 6 meses de edad. En ese momento, las visitas pueden seguir o se terminan, según la evaluación del supervisor. Cuando se considera apropiado, las familias pueden ser remitidas a otros organismos para los servicios.

Olds et al. (106) realizaron uno de los pocos estudios sobre los efectos a largo plazo de la visita domiciliaria en el maltrato y descuido de los menores. Estos investigadores concluyeron que, a lo largo del período de 15 años posterior al nacimiento del primer hijo, era menos probable que las mujeres que habían sido visitadas por las enfermeras durante su embarazo y durante la lactancia de su hijo fueran identificadas como

causantes de malos tratos, en comparación con las mujeres que no habían recibido esas visitas.

Servicios intensivos de protección de la familia

El propósito de este tipo de servicios es mantener a la familia unida e impedir que los niños sean colocados bajo tutela. Orientada hacia las familias en las cuales se ha confirmado el maltrato de niños, la intervención es breve (unas pocas semanas o meses) e intensa: en general se dedican de 10 a 30 horas a la semana a una familia particular, ya sea en el hogar o en alguna otra parte que sea familiar para el niño. Comúnmente se ofrece una amplia variedad de servicios, según las necesidades de la familia, que incluyen diversas formas de terapia y servicios más prácticos, tales como los subsidios temporales para alquiler.

Un ejemplo de esos programas en los Estados Unidos es Constructores de Hogares, una intervención domiciliaria intensiva para casos de crisis familiares, que incluye un programa de educación (111). Las familias que tienen uno o varios niños en peligro inminente de ser colocados bajo tutela son referidas a este programa por los trabajadores estatales. Durante cuatro meses, las familias reciben servicios intensivos de los terapeutas que están de guardia 24 horas al día. La amplia gama de servicios que se ofrecen incluye ayuda para satisfacer necesidades básicas como los alimentos y el albergue, y para aprender nuevas aptitudes.

Las evaluaciones de este tipo de intervención han sido limitadas y sus resultados son poco concluyentes, sobre todo debido a que los programas ofrecen gran variedad de servicios y relativamente pocos estudios han incluido un grupo testigo. Algunos datos indican que los programas para proteger la unidad familiar pueden contribuir a evitar la colocación de los niños bajo tutela, al menos a corto plazo. Sin embargo, hay pocos indicios de que la disfunción familiar subyacente que causa el problema pueda resolverse con servicios intensivos breves de este tipo. Un metanálisis de varios programas intensivos de protección de la familia diferentes encontró que aquellos en los que había grados altos de participación de los involucrados y que usaban un enfoque que aprovechaba los

aspectos positivos de la familia e incluía un elemento de apoyo social, produjeron mejores resultados que los programas sin esos componentes (112).

Estrategias de los servicios de salud

La detección por los profesionales de la asistencia sanitaria

Los profesionales de la asistencia sanitaria cumplen una función clave al identificar, tratar y remitir a los servicios apropiados los casos de maltrato y descuido de menores y al notificar los presuntos casos de maltrato a las autoridades pertinentes. Es vital que los casos de maltrato de niños se detecten desde el principio, con el fin de reducir al mínimo las consecuencias para el niño y poner en marcha cuanto antes los servicios necesarios.

Tradicionalmente, la detección es la identificación de un problema de salud antes de que aparezcan los signos y síntomas. En el caso del maltrato y descuido de menores, la detección podría presentar problemas pues dependería de la información obtenida directamente del perpetrador o de observadores. Por tal motivo, se han descrito relativamente pocas estrategias de detección, y en la mayoría de ellas el objetivo esencial ha sido perfeccionar el reconocimiento temprano por los proveedores de la asistencia sanitaria del maltrato y descuido de menores, sobre todo mediante mayores niveles de capacitación y educación.

Capacitación para los profesionales de la salud

En diversos países, los estudios han destacado la necesidad de la educación continua de los profesionales de asistencia sanitaria en relación con la detección y notificación de los signos y síntomas tempranos del maltrato y el descuido de menores (113–115). En consecuencia, varias organizaciones de atención de salud han elaborado programas de capacitación para mejorar tanto la detección y notificación del maltrato y el descuido como el conocimiento entre los trabajadores de asistencia sanitaria acerca de los servicios disponibles en la comunidad. En los Estados Unidos, por ejemplo, la Asociación Médica Estadounidense y la Academia Estadounidense de Pediatría han elaborado pautas

para el diagnóstico y tratamiento del maltrato de menores (116) y el abuso sexual (117). En el estado de Nueva York, los profesionales de la salud están obligados a tomar un curso de dos horas sobre la identificación y notificación del maltrato y el descuido de menores, como requisito previo para obtener una licencia profesional (118). También ha habido mociones en varios países europeos y en otras partes para aumentar esa capacitación de los profesionales de la salud (7, 119–121).

Sin embargo, no siempre es sencillo detectar el maltrato y el descuido de menores (122–124), y en general se requieren técnicas específicas de entrevista y determinados tipos de examen físico. Los profesionales médicos también deben estar alerta para descubrir la presencia de factores de riesgo en la familia o de otro tipo que quizás indiquen la existencia de maltrato de menores.

Con el fin de mantener un proceso continuo y dinámico de educación, algunos investigadores han propuesto programas de estudios estructurados con múltiples componentes para los profesionales de la salud, según su grado particular de participación en la atención de casos de maltrato de menores (125). Conforme a esta propuesta, se prepararían por un lado cursos de formación integrada para los estudiantes de medicina para los médicos que se capacitan, respectivamente, y por otro, cursos para los que tienen un interés específico en el maltrato de menores.

Las evaluaciones de los programas de capacitación se han concentrado principalmente en el conocimiento y el comportamiento del trabajador de la salud en relación con el maltrato de menores. No se conoce la repercusión de los programas sobre otros aspectos tales como una mejor atención y referencia de los niños.

Estrategias terapéuticas

Las respuestas al maltrato y el descuido de menores dependen de muchos factores, como son la edad y la etapa de desarrollo del niño y la presencia de factores ambientales que causan estrés. Por este motivo, se ha diseñado una gama amplia de servicios terapéuticos que pueden utilizar las personas. Se han puesto en marcha programas terapéuticos

en todo el mundo, por ejemplo en Argentina, China (RAE de Hong Kong), Eslovaquia, la Federación de Rusia, Grecia, Panamá y Senegal (7).

Servicios para las víctimas

Un examen de los programas de tratamiento para niños maltratados físicamente encontró que la asistencia en centros de atención diurna —centrada en mejorar las aptitudes cognoscitivas y del desarrollo— era la estrategia más popular (126). La asistencia en centros de atención diurna ha sido recomendada para diversos trastornos relacionados con el maltrato, como los problemas emocionales, de conducta o afectivos, y retrasos cognoscitivos o del desarrollo. Esta estrategia incorpora la terapia y métodos de tratamiento específicos en el curso de las actividades diarias del niño en un centro de cuidados infantiles. La mayoría de los programas de este tipo también incluyen la terapia y la educación de los padres.

Fantuzzo et al. (127) han descrito un ejemplo de un método de tratamiento específico para los niños maltratados que se aíslan socialmente. Se colocó a niños maltratados en edad preescolar socialmente muy aislados en grupos de juego junto con niños con grados más altos de integración social. Se enseñó a los niños mejor integrados a actuar como “ejemplos de conducta social” de los niños más retraídos y a alentar a estos a participar en las sesiones de juego. Sus tareas incluían hacer apropiadas insinuaciones verbales y físicas de acercamiento a los niños retraídos, por ejemplo, ofreciéndoles un juguete. Se observaron mejoras en el comportamiento social de los niños retraídos, pero no se evaluaron los efectos a largo plazo de esta estrategia. La mayoría de los otros programas de tratamiento descritos en el examen antes mencionado también han sido sometidos a poca o ninguna evaluación (126).

Del mismo modo que el maltrato físico, las manifestaciones del abuso sexual pueden variar considerablemente según varios factores, tales como las características individuales de la víctima, la relación del perpetrador con la víctima y las circunstancias del abuso. En consecuencia, se ha adoptado una amplia variedad de enfoques de intervención y métodos terapéuticos para tratar a los niños que han sido

víctimas de abuso sexual, como la terapia individual, en grupo y familiar (128–131). Aunque las limitadas investigaciones efectuadas indican que la salud mental de las víctimas mejora como resultado de las intervenciones, hay considerablemente menos información sobre otros beneficios.

Servicios para los niños que presencian la violencia

Uno de los agregados más recientes a la colección de estrategias de intervención son los servicios para los niños que presencian la violencia en el hogar (132–134). Las investigaciones han indicado que tal exposición puede tener numerosas consecuencias negativas. Por ejemplo, los niños que presencian la violencia tienen mayores probabilidades de reproducir, cuando llegan a la edad adulta, las relaciones disfuncionales que existían dentro de su propia familia.

Al igual que en los casos de agresión física o sexual directa, los niños que son testigos de la violencia pueden presentar diversos síntomas, entre ellos, problemas de conducta, emocionales o sociales y retraso del desarrollo cognoscitivo o físico, si bien algunos de esos niños tal vez no sufran ningún problema. Dada esta variabilidad, se han elaborado diferentes estrategias de intervención y métodos de tratamiento teniendo en cuenta la etapa de desarrollo del niño. Son limitados y a menudo contradictorios los datos obtenidos hasta la fecha acerca de la eficacia de estos programas. Por ejemplo, dos evaluaciones del mismo programa de orientación en grupos efectuado durante 10 semanas dieron resultados dispares. En una evaluación, los niños en el grupo de intervención pudieron describir más aptitudes y estrategias para evitar verse envueltos en conflictos violentos entre sus padres y buscar apoyo externo que los niños en el grupo de comparación, mientras que en la otra evaluación no se observó ninguna diferencia entre el grupo de tratamiento y el de comparación (135, 136).

Servicios para adultos víctimas de abuso sexual en la niñez

Varios estudios han encontrado una conexión entre los antecedentes de abuso en la niñez y una

serie de trastornos, como la adicción a sustancias psicotrópicas, los problemas de salud mental y el alcoholismo (96–99, 137). Además, las víctimas del abuso tal vez no sean identificadas como tales hasta etapas posteriores de la vida y quizá no presenten síntomas hasta mucho tiempo después de haber sufrido el abuso. Por estas razones, ha habido un aumento reciente de los servicios para los adultos que fueron vejados en la niñez, en particular el envío de casos a los servicios de salud mental. Lamentablemente, se han publicado pocas evaluaciones de la repercusión de las intervenciones para adultos víctimas de abuso en la niñez. La mayoría de las investigaciones se han concentrado en niñas que sufrieron abuso sexual cometido por sus padres (138).

Recursos jurídicos y conexos

La notificación obligatoria y voluntaria

La notificación por los profesionales de la salud de presuntos casos de maltrato y descuido de menores es obligatoria por ley en diversos países, tales como Argentina, España, Estados Unidos, Finlandia, Israel, Kirguistán, la República de Corea, Rwanda y Sri Lanka. Aun así, son relativamente pocos los países del mundo que tienen leyes que estipulan la notificación obligatoria del maltrato y el descuido de menores. Una encuesta mundial reciente encontró que, de los 58 países que respondieron, 33 tenían en vigor leyes de notificación obligatoria, y 20, leyes sobre la notificación voluntaria (7).

El razonamiento que sustentaba la introducción de las leyes de notificación obligatoria fue que la detección temprana del maltrato contribuiría a impedir las lesiones graves, aumentaría la seguridad de las víctimas al eximir las de la necesidad de efectuar la denuncia y fomentaría la coordinación entre las respuestas jurídicas, de atención de salud y de servicios.

En el Brasil, es obligatoria la notificación a un “Consejo de Tutores”, integrado por cinco personas (8). Los miembros del consejo, elegidos para desempeñar el cargo durante dos años, tienen la responsabilidad de proteger a los menores víctimas de maltrato y descuido empleando todos los recursos sociales, como son la colocación temporal

en hogares de guarda o la hospitalización. Los aspectos jurídicos del maltrato y descuido de menores —tales como el enjuiciamiento de los autores del maltrato y la revocación de la patria potestad— no son abordados por el consejo.

Las leyes de notificación obligatoria son potencialmente útiles para la recopilación de datos, pero no se sabe cuán eficaces son para prevenir los casos de maltrato y descuido. Los críticos de este enfoque han planteado diversas inquietudes, por ejemplo, si los organismos de asistencia social, cuyo financiamiento es deficiente, están en condiciones de beneficiar al niño y su familia o si, en cambio, pueden hacer más daño que bien al inducir esperanzas falsas (139).

Existen diversos tipos de sistemas de notificación voluntaria en todo el mundo, por ejemplo en Barbados, Camerún, Croacia, Japón, la República Unida de Tanzania y Rumania (7). En los Países Bajos, los casos de presunto maltrato de menores pueden notificarse voluntariamente a uno de dos organismos públicos independientes: el Consejo de Asistencia y Protección de los Niños y la Oficina Confidencial del Médico. Los dos organismos tienen la misión de proteger a los niños del maltrato y el descuido, y ambos actúan para investigar informes de presunto maltrato. Ninguno de ellos presta servicios directos al niño ni a la familia y, en cambio, envían a los niños y los miembros de la familia a otros sitios para que reciban los servicios apropiados (140).

Servicios de protección a los niños

Los organismos que prestan servicios de protección a los niños investigan y tratan de comprobar los informes de presunto maltrato de menores. Los informes iniciales pueden provenir de diversas fuentes, tales como el personal de atención de salud, la policía, maestros y vecinos.

Si se comprueba la veracidad de los informes, el personal de los servicios de protección al menor tiene que decidir acerca del tratamiento y el envío a otros servicios apropiados. Esas decisiones son a menudo difíciles, ya que es preciso encontrar un equilibrio entre diversos requisitos que potencialmente compiten entre sí, como son la necesidad de proteger al niño y el deseo de mantener unida a la familia. Por lo tanto, los servicios ofrecidos a los

niños y las familias varían mucho. Si bien se han publicado algunos estudios sobre el proceso de toma de decisiones con respecto al tratamiento apropiado, así como sobre las deficiencias actuales —por ejemplo la necesidad de aplicar criterios específicos uniformes para identificar a las familias cuyos niños se encuentran en riesgo de sufrir maltrato—, se ha investigado poco la eficacia de los servicios de protección a la infancia para reducir las tasas de maltrato.

Equipos revisores de las causas de muertes infantiles

En los Estados Unidos, una mayor conciencia de la existencia de casos de violencia grave contra los niños ha conducido al establecimiento de equipos para la revisión de las muertes de niños en muchos estados (141). Estos equipos multidisciplinarios examinan las defunciones producidas entre los niños y obtienen datos y pruebas de la policía, los abogados de la fiscalía, los profesionales de la asistencia sanitaria, los servicios de protección de los niños y los médicos forenses. Los investigadores han encontrado que estos equipos especializados tienen más probabilidades de detectar signos de maltrato y descuido de menores que los equipos sin adiestramiento específico. Por consiguiente, uno de los objetivos de este tipo de intervención es mejorar la exactitud de la clasificación de las muertes de niños.

A su vez, la mayor exactitud de la clasificación puede contribuir a que los enjuiciamientos tengan más éxito gracias a la reunión de más pruebas. En un análisis de los datos recogidos a partir de las revisiones de la mortalidad entre los niños en el estado de Georgia, Estados Unidos (142), los investigadores encontraron que la revisión de las causas de muertes infantiles permitía detectar más fielmente las defunciones por maltrato y el síndrome de muerte súbita del lactante. Después de la investigación de la mortalidad de niños realizada por el equipo especializado, 2% de las defunciones acaecidas durante el año de estudio no clasificadas inicialmente como relacionadas con el maltrato o el descuido fueron posteriormente reclasificadas como causadas por el maltrato.

Otros objetivos de estos equipos son evitar las muertes futuras de niños por maltrato mediante la revisión, el análisis y la implantación de medidas correctivas, y promover una mejor coordinación entre los diversos organismos y disciplinas involucrados.

Las políticas de arresto y enjuiciamiento

Las políticas de justicia criminal varían notablemente y reflejan diferentes criterios acerca de la función del sistema judicial con respecto al maltrato de niños. La decisión de enjuiciar a supuestos autores de maltrato depende de diversos factores, como por ejemplo la gravedad del maltrato, la solidez de las pruebas, que el niño pueda ser un testigo competente y que haya alguna opción viable del enjuiciamiento (143). Un examen de la acción penal en los casos de abuso sexual de niños (144) encontró que 72% de 451 imputaciones presentadas durante un período de dos años fueron consideradas probables casos de abuso sexual. Sin embargo, se presentaron cargos en firme en poco más de la mitad de estos casos. En otro estudio de imputaciones de abuso sexual de niños (145), los fiscales aceptaron 60% de los casos que se les remitieron.

Tratamiento obligatorio para los agresores

El tratamiento ordenado por un tribunal para los acusados de maltrato de menores es una estrategia recomendada en muchos países. No obstante, hay un debate entre los investigadores sobre si el tratamiento establecido a través del sistema judicial es preferible a la inscripción voluntaria en programas de tratamiento. El tratamiento obligatorio es resultado de la creencia de que, a falta de consecuencias legales, algunos agresores se negarán a recibir el tratamiento. En oposición a esto, existe el criterio de que el tratamiento forzoso impuesto por un tribunal en realidad podría crear resistencia al tratamiento por parte de los agresores, y que la participación voluntaria de estos es esencial para el éxito del tratamiento.

Actividades comunitarias

Las intervenciones comunitarias a menudo se concentran en determinado grupo de población o se realizan en un ámbito específico, como las escuelas.

También se pueden efectuar en una escala mayor, por ejemplo, en algunos de los sectores de la población, o incluso en toda la comunidad, con la participación de muchos sectores.

Programas escolares

Los programas escolares creados para evitar el abuso sexual de los niños son una de las estrategias preventivas más ampliamente aplicadas y se han incorporado a los programas ordinarios de las escuelas en varios países. En Irlanda, por ejemplo, el Programa de Prevención Primaria *Cuídate* actualmente se aplica en casi todas las escuelas primarias, con el apoyo total del Departamento de Educación y los líderes religiosos (146).

Estos programas en general tienen como objetivo enseñarles a los niños cómo reconocer las situaciones peligrosas y desarrollar en ellos las aptitudes necesarias para protegerse contra el abuso. Los conceptos que sustentan estos programas son que los niños son dueños de su cuerpo y pueden prevenir el abuso, y que hay diferentes tipos de contacto físico. Se enseña a los niños cómo responder a un adulto si les pide que hagan algo que encuentran desagradable. Los programas escolares son muy variados en cuanto a su contenido y presentación y muchos también incluyen a los padres u otras personas a cargo.

Aunque hay consenso entre los investigadores en cuanto a que los niños pueden adquirir conocimientos y aptitudes para protegerse del abuso, se han planteado interrogantes acerca de si estas aptitudes se conservan con el paso del tiempo y si protegerían a un niño en una situación de abuso, en particular cuando el agresor es alguien bien conocido y goza de la confianza del niño. Por ejemplo, en una evaluación del Programa de Prevención *Cuídate* de Irlanda mencionado anteriormente, los niños incluidos en el programa mostraron mejoras significativas en cuanto a conocimientos y aptitudes (146). Cuando se efectuaron observaciones después de tres meses, se comprobó que se habían conservado las aptitudes.

Un metanálisis reciente (147) llegó a la conclusión de que los programas para prevenir la victimización fueron bastante eficaces en enseñarles a los

niños los conceptos y aptitudes relacionados con la protección contra el abuso sexual. Los investigadores también encontraron que la retención de esta información era satisfactoria. Sin embargo, concluyeron que la comprobación definitiva de la eficacia de estos programas requeriría demostrar que las aptitudes aprendidas habían sido transferidas con éxito a las situaciones de la vida real.

Campañas preventivas y educativas

Las campañas preventivas y educativas de amplia difusión son otra estrategia empleada para reducir el maltrato y descuido de los menores. Estas intervenciones se originan en la creencia de que una mayor sensibilización y comprensión del fenómeno por parte de la población general disminuirán el maltrato. Esto podría producirse directamente (cuando los agresores reconocen que su propio comportamiento está equivocado y constituye un maltrato y buscan tratamiento) o indirectamente (cuando se incrementan el reconocimiento y la notificación del maltrato por parte de las víctimas o de terceras personas).

En 1991–1992, se realizó en los Países Bajos una campaña en diversos medios de difusión (148, 149). La meta era aumentar la divulgación de los casos de maltrato de menores, tanto por parte de las víctimas como de quienes tienen estrecho contacto con los niños, como los maestros. La campaña incluía un documental televisado, cortometrajes y anuncios, un programa de radio y materiales impresos como carteles, etiquetas adhesivas, folletos y artículos de periódicos. Se realizaron sesiones regionales de capacitación para los maestros. En una evaluación de esta intervención, Hoefnagels y Baartman (149) concluyeron que la campaña en los medios aumentó la divulgación, medida por la cantidad de llamadas telefónicas al servicio Línea Nacional de los Niños antes y después de la campaña. Sin embargo, es preciso investigar más a fondo el efecto de una mayor divulgación sobre las tasas de abuso de menores y sobre la salud mental de las víctimas.

Intervenciones para cambiar las actitudes y el comportamiento de la comunidad

Otra estrategia de prevención del maltrato y descuido de menores consiste en establecer intervenciones

coordinadas para cambiar las actitudes y el comportamiento de la comunidad, y aplicarlas en diversos sectores. Un ejemplo de este tipo de programas es la respuesta integral al maltrato y descuido de menores en Kenya (recuadro 3.3).

En Zimbabwe, el Centro de Apoyo a la Investigación y la Capacitación instauró un programa participativo multisectorial para abordar el problema del abuso sexual de niños (8). El centro convocó a un grupo variado de personas, incluidos algunos profesionales, de las zonas rurales y urbanas del país. Se usaron la representación de papeles, la dramatización, pinturas y sesiones de discusión para resaltar las experiencias y las percepciones del abuso sexual de niños y considerar lo que podría hacerse para prevenir y detectar el problema.

Después de esta primera etapa, el grupo de participantes posteriormente estableció y puso en práctica dos programas de acción. El primero, un programa escolar elaborado en colaboración con los Ministerios de Educación y Cultura, abarcó la capacitación, el mejoramiento de las aptitudes profesionales y la preparación de materiales de trabajo para los psicopedagogos, los maestros, el personal administrativo y los niños. El segundo era un programa jurídico elaborado conjuntamente con el Ministerio de Justicia, Asuntos Jurídicos y Parlamentarios. Este programa —destinado a enfermeras, trabajadores de organizaciones no gubernamentales, oficiales de policía y otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley— estableció cursos de capacitación sobre cómo manejar a los agresores sexuales jóvenes. El adiestramiento abordó además la creación de tribunales que fueran comprensivos hacia las víctimas, destinados a los testigos vulnerables. También se elaboraron pautas para la notificación.

Estrategias en el ámbito social

Políticas y programas nacionales

La mayoría de las iniciativas de prevención del maltrato de menores hacen hincapié en las víctimas y los victimarios sin abordar necesariamente las causas fundamentales del problema. No obstante, se piensa que atacando con éxito la pobreza, mejorando los niveles educativos y las oportunidades laborales y aumentando la disponibilidad y la calidad de

RECUADRO 3.3**Prevención del maltrato y el descuido de menores en Kenya**

En 1996, se formó una coalición en Kenya con el propósito de aumentar la conciencia del público acerca del maltrato y el descuido de menores y mejorar la prestación de servicios a las víctimas. Un estudio anterior efectuado en cuatro zonas del país reveló que el maltrato y el descuido de menores eran relativamente frecuentes, pero no existían sistemas organizados de respuesta. Los miembros de la coalición provenían inicialmente de ministerios fundamentales del gobierno y de organizaciones no gubernamentales con programas comunitarios. Posteriormente, se sumaron representantes del sector privado, la policía, el sistema judicial y los hospitales principales.

Todos los miembros de la coalición recibieron capacitación relativa al maltrato y el descuido de menores. Se establecieron tres grupos de trabajo que se ocuparon de la capacitación, de la promoción de la causa, y de la protección de los niños; cada uno de estos grupos colaboraba con dependencias gubernamentales u otros organismos específicos. El grupo de trabajo sobre la capacitación, por ejemplo, organizó conjuntamente con los ministerios de educación, de salud, del interior y del trabajo, talleres para personal docente, profesionales de la salud, abogados, asistentes sociales y personal policial. El grupo de promoción trabajó con el Ministerio de Información y Radiodifusión y con diversas organizaciones no gubernamentales en la producción de programas de radio y televisión y también colaboró con la prensa en las zonas rurales.

Es importante destacar que los niños mismos tomaron parte en el proyecto mediante certámenes de teatro, música y redacción de ensayos, que inicialmente se celebraron en el ámbito local y luego a nivel distrital, provincial y nacional. Estas competencias son ahora una actividad ordinaria dentro del sistema escolar keniano.

La coalición también trabajó para fortalecer la notificación y el tratamiento de los casos de maltrato y descuido de menores. Colaboró con el Departamento para los niños del Ministerio del Interior en el establecimiento de una base de datos sobre el maltrato y el descuido de menores y ayudó a crear una red jurídica para los niños maltratados, la "Red de Acción Judicial de los Niños". En 1998 y 1999, la coalición organizó conferencias nacionales y regionales para reunir a los investigadores y los profesionales del campo del maltrato y descuido de menores.

Como resultado de estas diversas iniciativas, más kenianos están ahora conscientes del problema del maltrato y el descuido de menores y se ha establecido un sistema para abordar las necesidades de las víctimas y sus familias.

la asistencia prestada a los niños, se pueden reducir significativamente las tasas de maltrato y descuido de menores. Las investigaciones efectuadas en varios países de Europa occidental, así como en Canadá, Colombia y partes de Asia y el Pacífico, indican que la disponibilidad de programas de alta calidad para la primera infancia puede compensar las desigualdades sociales y económicas y mejorar los resultados escolares (150). Sin embargo, se carece de datos que vinculen directamente la disponibilidad de tales programas con una disminución del maltrato de niños. Los estudios de estos programas generalmente

han medido resultados tales como el desarrollo del niño y el éxito escolar.

Otras políticas que pueden afectar indirectamente a los niveles de maltrato y descuido de menores son las relacionadas con la salud reproductiva. Se ha mencionado que las políticas liberales sobre la salud reproductiva proporcionan mayor sensación de control del tamaño de la familia, y que esto a su vez beneficia a las mujeres y a los niños. Estas políticas, por ejemplo, han posibilitado una mayor flexibilidad en el empleo materno y han facilitado las disposiciones para el cuidado de los niños.

Sin embargo, también son importantes la índole y el alcance de estas políticas. Algunos investigadores han sostenido que las políticas que limitan el tamaño de las familias, como la política de “un solo hijo” en China, han tenido el efecto indirecto de reducir las tasas de maltrato y descuido de menores (151), pero otros señalan la mayor cantidad de niñas abandonadas en China como prueba de que tales políticas en realidad pueden aumentar la incidencia del maltrato.

Tratados internacionales

En noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño. Un principio orientador de la Convención es que los niños son individuos con derechos iguales a los de los adultos. No obstante, como los niños dependen de los adultos, rara vez se tienen en cuenta sus opiniones cuando los gobiernos plantean las políticas. Al mismo tiempo, los niños son a menudo el grupo más vulnerable en cuanto a las disposiciones gubernamentales referidas al ambiente, las condiciones de vida, la atención de salud y la nutrición. La Convención sobre los Derechos del Niño proporciona a todas las naciones signatarias normas y obligaciones claras para la protección de los niños.

La Convención sobre los Derechos del Niño es uno de los tratados y convenios internacionales más ampliamente ratificados. Sin embargo, sus efectos en cuanto a proteger a los niños del maltrato y el descuido aún no se han concretado plenamente (recuadro 3.4).

Recomendaciones

Hay varios campos importantes para la acción que deben ser abordados por los gobiernos, los investigadores, los trabajadores de la salud, los asistentes sociales, los profesionales de la educación y el derecho, las organizaciones no gubernamentales y otras personas e instituciones que luchan por evitar el maltrato y el descuido de los menores.

Mejor evaluación y vigilancia

Es necesaria la vigilancia de los gobiernos para detectar los casos de maltrato y descuido de menores

y el daño que causan. Esa vigilancia puede consistir en reunir informes de casos, realizar encuestas periódicas o usar otros métodos apropiados, y cabe esperar la colaboración de las instituciones académicas, el sistema de atención de salud y las organizaciones no gubernamentales. Dado que en muchos países los profesionales no han sido capacitados en relación con este problema y en general se carece de programas gubernamentales, en la mayoría de los lugares probablemente no será suficiente basarse en los informes oficiales para despertar el interés del público acerca del maltrato y el descuido de menores. Posiblemente se requieran encuestas periódicas basadas en la población.

Mejores sistemas de respuesta

Es esencial que existan sistemas para responder al maltrato y el descuido de menores que funcionen. En Filipinas, por ejemplo, los hospitales privados y públicos proporcionan la primera línea de respuesta al maltrato de menores, seguidos del sistema de justicia penal nacional (152). Evidentemente, es vital que quienes prestan servicios a los niños en todas las etapas sean expertos sensibles. Las investigaciones, las evaluaciones médicas, la atención de salud física y mental, las intervenciones familiares y los servicios jurídicos deben ser completamente seguros para los niños y las familias afectados. En los países donde hay una tradición de sociedades privadas de ayuda a los niños que prestan estos servicios, quizá sea necesario vigilar solo la atención. Sin embargo, es importante que los gobiernos garanticen la calidad y la disponibilidad de los servicios y los proporcionen cuando no exista ningún otro prestador.

Formulación de políticas

Los gobiernos deben ayudar a los organismos locales a instaurar servicios eficaces de protección de los niños. Tal vez se requieran nuevas políticas, como:

- asegurar que haya personal capacitado;
- preparar respuestas usando una variedad de disciplinas;
- proporcionar hogares alternativos para el cuidado de los niños;
- garantizar el acceso a los recursos de salud;
- proporcionar recursos para las familias.

RECUADRO 3.4**La Convención sobre los Derechos del Niño**

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce e insta a respetar los derechos humanos de los niños. En particular, el artículo 19 llama a instaurar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños contra toda forma de violencia, incluidos el maltrato y el descuido.

Sin embargo, es difícil evaluar las repercusiones precisas de la convención sobre los grados del maltrato de menores. La mayoría de los países incluyen la protección de los niños contra la violencia dentro del derecho de familia, lo cual dificulta obtener información detallada sobre los avances que han logrado los signatarios de la convención en cuanto a prevenir el maltrato de menores. Además, ningún estudio mundial ha tratado de determinar específicamente las repercusiones de la convención en la prevención del maltrato.

Aun así, la convención ha estimulado reformas jurídicas y el establecimiento de organismos de derecho público para supervisar los problemas que afectan a los niños. En América Latina, pionera en el proceso mundial de ratificar la convención y reformar en consecuencia la legislación, los parlamentos nacionales han aprobado leyes que estipulan que los niños deben ser protegidos de las situaciones de riesgo, incluido el descuido, la violencia y la explotación. La incorporación de la convención en la jurisprudencia nacional ha conducido al reconocimiento oficial de la función clave de la familia en cuanto a la atención y el desarrollo de los niños. En el caso del maltrato de menores, se ha pasado de la medida de poner a los niños maltratados al cuidado de instituciones a políticas de mayor apoyo a la familia y apartar a los causantes del maltrato del entorno familiar.

En Europa, Polonia es uno de los países que han integrado las estipulaciones de la convención en la legislación nacional. Los cuerpos locales del gobierno en ese país ahora tienen la responsabilidad de proporcionar ayuda social, psiquiátrica y jurídica a los niños. En África, Ghana también ha modificado su código penal aumentando las penas por violación y abuso deshonesto y aboliendo la opción de las multas para los delitos que implican violencia sexual. El gobierno también ha realizado campañas educativas sobre aspectos relacionados con los derechos de los niños, incluido el maltrato de menores.

No obstante, solo unos pocos países cuentan con disposiciones jurídicas que cubren todas las formas de violencia contra los niños. Además, la falta de coordinación entre diferentes dependencias del gobierno y entre las autoridades en los ámbitos nacional y local, así como otros factores, han dado lugar a una aplicación a menudo fragmentada de las medidas que se han ratificado. En el Ecuador, por ejemplo, se ha establecido un organismo nacional para proteger a los menores, pero se requiere una reforma del sistema de protección de la niñez para que sea posible el cumplimiento adecuado de los derechos de los niños. En Ghana, las reformas jurídicas solo han tenido efecto limitado, ya que se carece de fondos para difundir la información e impartir la capacitación necesaria.

Las organizaciones no gubernamentales han dedicado considerables esfuerzos a promover los derechos del niño y han hecho campañas para que se apoye decididamente la convención. Los organismos de protección de los niños en varios países, como Gambia, Pakistán y Perú, han usado la convención para justificar los pedidos de mayor inversión estatal en la protección de los niños y, en general, mayor participación gubernamental y no gubernamental en la prevención del maltrato de menores. En Pakistán, por ejemplo, la Coalición para los Derechos del Niño trabaja en la Provincia de la Frontera del Nordeste capacitando a los activistas de la comunidad sobre los derechos del niño y llevando a cabo investigaciones sobre problemas tales como el maltrato de menores. Utilizando sus propios resultados y el marco jurídico de la convención, trata de lograr que otras organizaciones comunitarias se vuelvan más sensibles al problema del abuso.

RECUADRO 3.4 (continuación)

Es necesario que más países incorporen los derechos de los niños en sus políticas sociales y ordenen a las instituciones de los gobiernos locales que apliquen estos derechos. También se necesitan datos específicos sobre la violencia contra los niños y sobre las intervenciones que abordan el problema para que se puedan vigilar los programas existentes y poner en práctica los nuevos de manera eficaz.

Un aspecto importante de las políticas que es preciso abordar es la forma en que opera el sistema de justicia con respecto a las víctimas del maltrato y descuido de menores. Algunos países han asignado recursos para mejorar los juzgados de menores, encontrar maneras de reducir al mínimo la necesidad del testimonio de los niños y asegurar que, cuando un niño atestigua en el tribunal, estén presentes personas que lo apoyen.

Mejores datos

La falta de datos adecuados sobre el grado y las consecuencias del maltrato y el descuido ha restringido la elaboración de respuestas apropiadas en casi todo el mundo. Sin datos locales de calidad, también es difícil crear una sensibilización adecuada sobre el maltrato y el descuido de los menores y generar los conocimientos para abordar el problema entre los profesionales de los servicios sanitarios, jurídicos y sociales. Si bien es esencial efectuar un estudio sistemático sobre el maltrato y el descuido de los menores dentro de cada país, se debe alentar a los investigadores a que utilicen las técnicas de medición ya empleadas con éxito en otros sitios, de tal modo que se puedan hacer comparaciones transculturales significativas y examinar las razones que explican las variaciones entre los países.

Más investigaciones**Prácticas disciplinarias**

Se necesitan más investigaciones para explorar las variaciones de la definición de comportamientos disciplinarios aceptables en las distintas culturas. Las características de las variaciones culturales de los métodos para disciplinar a los niños pueden ayudar a todos los países a elaborar definiciones

operativas del maltrato y a prestar atención a las variaciones culturales dentro de los países. Esas variaciones culturales quizá sean efectivamente la razón fundamental de algunas de las manifestaciones insólitas del maltrato de menores informadas en la bibliografía médica (153). Algunos de los datos citados anteriormente indican que bien puede haber en las distintas culturas una concordancia más general que lo que se creía anteriormente sobre cuáles prácticas disciplinarias se consideran inadmisibles y constituyen maltrato. Sin embargo, se requieren investigaciones que exploren aún más si se puede alcanzar también un consenso más amplio en cuanto a los castigos muy severos.

El descuido

Hay también una gran necesidad de incrementar los estudios sobre el problema del descuido de los niños. Dado que el descuido se asocia tan estrechamente con la escasa educación y los ingresos bajos, es importante descubrir cómo distinguir mejor el descuido en que incurren los padres de las carencias resultantes de la pobreza.

Factores de riesgo

Muchos factores de riesgo parecen operar de igual manera en todas las sociedades; no obstante, hay algunos, que es preciso investigar más a fondo, que parecen depender de la cultura. Si bien hay una asociación clara entre el riesgo de maltrato y la edad del niño, las tasas máximas de maltrato físico se presentan en diferentes edades en los distintos países. Este fenómeno requiere investigaciones adicionales. En particular, es necesario conocer mejor cómo las expectativas de los padres acerca del comportamiento de sus hijos varía según las culturas, así como qué

función desempeñan las características del niño en la manifestación del maltrato.

Otros elementos que se han propuesto ya sea como factores de riesgo o como factores protectores en relación con el maltrato de menores —como el estrés, el capital social, el apoyo social, la disponibilidad de una familia ampliada que ayude a cuidar a los niños, la violencia doméstica y el abuso de sustancias psicotrópicas— también deben ser investigados.

Igualmente necesario es un mejor conocimiento de cómo factores sociales, culturales y económicos más amplios influyen en la vida familiar. Se cree que esas fuerzas interactúan con los factores individuales y familiares para producir formas de comportamiento coercitivas y violentas. Sin embargo, la mayoría de esas fuerzas no se han tenido en cuenta en los estudios del maltrato de menores.

Documentación de las respuestas eficaces

Se han llevado a cabo relativamente pocos estudios sobre la eficacia de las respuestas para evitar el maltrato y el descuido de los menores. Por lo tanto, en los países tanto industrializados como en desarrollo es urgente la necesidad de efectuar una evaluación rigurosa de muchas de las respuestas preventivas descritas anteriormente. Otras intervenciones existentes también deben ser evaluadas con respecto a su potencial para prevenir el maltrato, por ejemplo, los pagos de subsidios por hijos, las licencias por maternidad y por paternidad con goce de sueldo y los programas de asistencia en la primera infancia. Finalmente, se deben formular y poner a prueba nuevas estrategias, en especial las que se concentran en la prevención primaria.

Mejor capacitación y educación para los profesionales

Los profesionales de la salud y la educación tienen una responsabilidad especial. Los investigadores en los campos de la medicina y la salud pública deben tener las aptitudes requeridas para proyectar y realizar investigaciones sobre el maltrato. Los programas de estudio para los estudiantes de medicina y de enfermería, los programas de capacitación de posgrado en ciencias sociales y de la conducta, y los

programas de capacitación para maestros deben todos incluir el tema del maltrato de menores y la elaboración de las respuestas al problema dentro de las organizaciones. Es preciso que los profesionales eminentes en todos estos campos trabajen en forma activa para conseguir recursos que permitan poner en práctica de manera adecuada esos programas de estudios.

Conclusiones

El maltrato de los menores es un grave problema mundial de salud. Aunque la mayoría de los estudios sobre este problema se han realizado en los países desarrollados, hay pruebas irrefutables de que es un fenómeno frecuente en todo el mundo.

Mucho más puede y debe hacerse al respecto. En muchos países, hay poco conocimiento sobre el maltrato de los menores entre el público o los profesionales de la salud. El reconocimiento y la concientización, si bien son constituyen elementos esenciales para la prevención eficaz, son solo parte de la solución. Los esfuerzos y las políticas de prevención deben dirigirse directamente a los niños, a quienes les prestan asistencia y a los entornos en los que viven, para prevenir que se produzca el maltrato potencial y tratar eficazmente los casos de maltrato y descuido que se hayan producido. Se requieren aquí los esfuerzos concertados y coordinados de una amplia gama de sectores, y los investigadores y los profesionales de la salud pública pueden desempeñar una función clave al liderar y facilitar el proceso.

Referencias

1. Ten Bense RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. En: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3–28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17–24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability and deviance. En: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6–11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67–77.

5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C., National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75–88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. En: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119–135.
12. 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 & Neglect*, 1998, 22:249–270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265–277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7–14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis & management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168–177.
26. Hahm H, Guterma N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109–121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279–290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667–675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275–1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493–498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837–847.

36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355–1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129–139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489–498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
44. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. Nueva York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257–267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troemé NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
61. *Equality, development and peace*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.
62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380–384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647–653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
67. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.

69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999;57–86.
71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481–1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150–157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047–1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. Santiago, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197–208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814–819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3–28.
84. Children’s Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. Londres, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907–920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218–226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday’s child: research into women’s experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. Londres, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. Londres, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.

101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123–156.
103. Wattam C, Woodward C. "... And do I abuse my children? No!" Learning about prevention from people who have experienced child abuse. En: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. En: Whitaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services*. Modern applications of social work. Nueva York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461–1470.
116. *Child maltreatment*. Washington, D.C., American Medical Association, actualizado periódicamente. (Se puede consultar por Internet en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>.)
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305–310.
121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.

129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. En: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Filadelfia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193–216.
135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356–380.
136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
138. Cahill C, Llewelyn SR, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? En: Gilbert N, ed. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1997:192–211.
141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172–3175.
142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457–464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child abuse sexual abuse: a case-flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431–1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091–1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557–573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685–1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453–466.