

INFORME FINAL

Revisión sistemática de literatura sobre la efectividad de intervenciones para la prevención, detección, primera respuesta y tratamiento en niños y niñas de 0 a 4 años que viven situación de maltrato

Directora del estudio: Dra. Vivienne Bachelet. Encargado del estudio y analista: Dr. Luis Alvaro Lefio Celedón. Bibliotecóloga a cargo de la estrategia de búsqueda: Katherine Rivas. Analista: Dra. Helia Silva B.

Ficha Licitación Nº 4127-44-L112
Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile
Esta versión incorpora las observaciones de la contraparte.
13 de noviembre de 2012

CONTENIDO

I.	Introducción.....	4
II.	Antecedentes del estudio	4
	OBJETIVO GENERAL.....	5
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
	PRODUCTOS O SERVICIOS REQUERIDOS.....	5
III.	Preguntas de la revisión.....	5
IV.	Metodología de la Revisión.....	7
	1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	7
	FUENTES	7
	PALABRAS CLAVE Y FILTROS	7
	COBERTURA TEMPORAL DE LA BÚSQUEDA.....	8
	IDIOMAS.....	8
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	8
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	8
	CONTENIDOS	8
	2. EXTRACCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE VALIDEZ INTERNA	9
	3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES	9
V.	Resultados.....	12
	TABLA 1: SÍNTESIS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS CUALITATIVAS	16
	TABLA 2: SÍNTESIS REVISIONES SISTEMÁTICAS CUANTITATIVAS (METAANÁLISIS)	28
	TABLA 3: SÍNTESIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS.....	32
	TABLA 4: SÍNTESIS ENSAYOS CLÍNICOS Y POBLACIONALES NO ALEATORIZADOS	48
	TABLA 5: SÍNTESIS DE ESTUDIOS CUASI EXPERIMENTALES.....	52
	TABLA 6: SÍNTESIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE EVALUACIÓN DE TESTS DIAGNÓSTICOS.....	55
	TABLA 7: ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE CORTE TRANSVERSAL	58
	TABLA 8: ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE COHORTE	69
	TABLA 9: SÍNTESIS DE ESTUDIOS DESCRIPTIVOS CUANTITATIVOS	71
	TABLA 10: SÍNTESIS DE NORMATIVAS, REGLAMENTOS Y GUÍAS CLÍNICAS	74
	TABLA 11: REVISIONES NO SISTEMÁTICAS Y OPINIONES DE EXPERTOS	84
VI.	Recomendaciones.....	91
	TABLA 12. RESUMEN DE PRINCIPALES INTERVENCIONES IDENTIFICADAS POR NIVEL DE INTERVENCIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN ..	93

VII. Anexos	97
ANEXO 1	97
ANEXO 2	103
TABLA 13: RESUMEN CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS: PARENT EDUCATION PROGRAM Y NURSE FAMILY PARTNERSHIP.....	103
ANEXO 3	104
TABLA 14: CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS EVALUADOS EN REVISIÓN SISTEMÁTICA	104

I. INTRODUCCIÓN

Las características de la problemática del maltrato infantil, hacen muy difícil obtener cifras de prevalencia e incidencia nacional, sin embargo, algunos estudios otorgan información proximal para afirmar que el maltrato y la negligencia son de alta frecuencia en Chile y cifras internacionales apuntan a que esta problemática se concentra en la primera infancia.

Un estudio de Unicef en escolares de octavo básico en el 2006, mostró que un 75,3 % de los niños y niñas reporta haber recibido algún tipo de violencia y sólo un 24,7 % de los niños y niñas no recibe ningún tipo de violencia. De esta cifra, un 53,8 % recibe algún tipo de violencia física y un 25,9 % recibe violencia física grave.

El hecho que la violencia hacia los niños se produzca dentro del ámbito privado de la familia, hace que sea un fenómeno complejo de pesquisar y tratar. Por otro lado, la creencia de que el castigo físico esté validado como una forma de disciplina normativa, hace que la pesquisa sea más compleja. Muchas políticas públicas están destinadas a mejorar las condiciones de las familias para favorecer la crianza de niños, por ejemplo, las políticas que promueven la superación de la pobreza, Chile Crece Contigo, Prenatal de seis meses, la declaración de los derechos de los niño, sala cuna y jardines infantiles, entre muchos otros. Sin embargo, en materia de focalizar en la disminución del maltrato y negligencia, que afecta negativamente el desarrollo infantil y por lo tanto el futuro de los niños como ciudadanos sanos y productivos, hay trabajo por hacer.

Conscientes del enorme daño que produce el maltrato en niños, las neurociencias aportan evidencia fuerte que asocia el estrés tóxico como uno de los factores que más afecta el desarrollo cerebral durante la primera infancia, y por lo tanto, esto afecta el desarrollo integral de los niños y niñas. Dentro de las problemáticas psicosociales que producen estrés tóxico, está la negligencia y el maltrato físico y psicológico, como unas de las dinámicas familiares más pervasivas del desarrollo.

El contexto del control de salud en la atención primaria y las atenciones en urgencia, son una gran oportunidad para la detección activa y primera respuesta técnica para proteger la vida y el desarrollo del niño(a). La judicialización de los casos implica un trabajo en conjunto que debe ser validado por los equipos y que por supuesto necesitarán capacitación para enfrentar efectivamente esta problemática.

Teniendo estos antecedentes en cuenta es que se está llevando a cabo un trabajo colaborativo en conjunto con Unicef, Minsal, Fundación Opción, Sename, Justicia, entre otros, para la confección de una Guía Clínica de Atención del maltrato a niños y niñas, para lo cual se hace indispensable este estudio. La revisión sistemática de evidencia sobre la efectividad de intervenciones de prevención universal, detección, primera respuesta y tratamiento en niños de 0 a 4 años, serán insumos de absoluta calidad para la confección de la guía clínica. Este trabajo se alinea además con la estrategia de prevención de rezago infantil del Plan Nacional de Salud de la década, y representa una continuidad en la elaboración de documentos de protección de derechos, como la Guía Clínica de Abuso Sexual, realizado por MINSAL el 2010.

II. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio que identifique y sintetice la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención universal, detección, primera respuesta e intervención en niños y niñas de 0 a 4 años y sus familias, en situaciones de maltrato y/o negligencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura internacional sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención universal, detección, primera respuesta e intervención del maltrato y/o negligencia en niños y niñas de 0 a 4 años y sus familias.
- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención universal, detección, primera respuesta e intervención del maltrato y/o negligencia en niños y niñas de 0 a 4 años y sus familias.
- Efectuar recomendaciones para la prevención universal, detección, primera respuesta y tratamiento en niños y niñas de 0 a 4 años y sus familias que viven situaciones de maltrato y/o negligencia infantil, en el contexto de la atención primaria en Chile.

PRODUCTOS O SERVICIOS REQUERIDOS

1. Plan de trabajo detallado con la descripción de los métodos de la revisión sistemática y carta Gantt: será entregado dentro de los 15 días siguientes a la aceptación de la orden de compra.
2. Informe de avance con los resultados de la búsqueda de la literatura en bases de datos y fuentes de literatura gris, a nivel nacional e internacional, y la lista de referencias preseleccionadas: será entregado dentro de los 30 días siguientes a la aceptación de la orden de compra.
3. Informe final con los resultados de la revisión sistemática de la literatura, la síntesis de evidencia y recomendaciones de aplicación de las intervenciones efectivas para la prevención, detección, primera respuesta y tratamiento del maltrato infantil en niños y niñas de 0 a 4 años, el cual será entregado dentro de los 75 días siguientes a la aceptación de la orden de compra.
4. Resumen ejecutivo del informe final de máximo 30 páginas, el cual será entregado dentro de los 75 días siguientes a la aceptación de la orden de compra.
5. Realización de un taller de presentación de resultados finales y una presentación en PowerPoint.

III. PREGUNTAS DE LA REVISIÓN

1. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para la prevención universal del maltrato físico de niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años?

2. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para la prevención universal del maltrato psicológico y/o emocional de niños y niñas de 0 a 4 años?
3. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para la prevención universal de la negligencia o descuido de niños y niñas de 0 a 4 años?
4. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para la prevención universal del zamarreo de niños y niñas de 0 a 4 años?
5. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de maltrato físico en niños desde la gestación hasta los 4 años, en contextos de salud de atención primaria?
6. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de maltrato físico en niños desde la gestación hasta los 4 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
7. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de maltrato psicológico y/o emocional en niños desde 0 hasta los 4 años, en contextos de salud de atención primaria?
8. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de maltrato psicológico y/o emocional en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
9. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de negligencia en niños de 0 a 18 años, en contextos de salud de atención primaria?
10. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de negligencia en niños de 0 a 18 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
11. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de zamarreo en niños de 0 a 1 año, en contextos de salud de atención primaria?
12. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de zamarreo en niños de 0 a 1 año, en contextos de salud en servicios de urgencia?
13. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la detección de niños(as) de 0 a 4 años que son testigos directos de violencia intrafamiliar en la atención primaria?
14. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de maltrato físico en niños desde la gestación hasta los 4 años, en contextos de salud de atención primaria?
15. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de maltrato físico en niños desde la gestación hasta los 4 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
16. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de maltrato psicológico y/o emocional en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud de atención primaria?

17. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de maltrato psicológico y/o emocional en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
18. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de negligencia en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud de atención primaria?
19. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de negligencia en niños de 0 a 18 años, en contextos de salud en servicios de urgencia?
20. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de zamarreo de niños de 0 a 1 año, en contextos de salud en atención primaria?
21. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de zamarreo de niños de 0 a 1 año, en contextos de salud en servicios de urgencia?
22. ¿Cuáles son los métodos más efectivos para la intervención en primera respuesta de niños(as) que son testigos directos de violencia intrafamiliar de niños de 0 a 1 año, en contextos de salud en servicios de urgencia?
23. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el tratamiento de negligencia en niños de 0 a 18 años, en contextos de salud?
24. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el tratamiento de maltrato físico en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud de atención de salud?
25. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el tratamiento de maltrato psicológico y/o emocional en niños de 0 a 4 años, en contextos de salud?
26. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el tratamiento de niños de 0 a 4 años, que son testigos directos de violencia intrafamiliar en contextos de salud?

IV. METODOLOGÍA DE LA REVISIÓN

Las características de la revisión sistemática se describen a continuación por etapas.

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

FUENTES

Las bases de datos electrónicas consultadas: MEDLINE, Lilacs, PsycINFO, Psyclist, Scielo, ISI Web of Knowledge, Science Direct, EBSCO, EMBASE, Cochrane Library, DARE.

Otros motores de búsqueda: tripdatabase.com, Google Scholar, Base de la UNICEF y otras instituciones internacionales vinculadas a la temática.

PALABRAS CLAVE Y FILTROS

El detalle de las palabras clave y filtros de cada pregunta se describen en el Anexo 1 y se construyeron en base a cada pregunta elaborada por la contraparte ministerial de este estudio, se buscó identificar los estudios que dieran cuenta de estrategias de screening, pesquisa temprana, intervenciones preventivas y terapéuticas de las diversas situaciones de maltrato infantil, excluyendo el abuso sexual, en menores de 4 años. De esta forma, los términos más frecuentemente utilizados fueron: Intervention Studies, Universal Precautions, Early Medical Intervention, Universal prevention, child maltreatment, Shaken Baby Syndrome, Shaken Baby Syndrome/prevention and control, Early Medical Intervention, child neglect, neglect, diagnosis, Primary Health Care, child witnesses of violence. Se incluyó también el término “child abuse” debido a que este es el término genérico y MeSH que se utiliza para maltrato infantil en la literatura en idioma inglés, aunque luego se excluyeron aquellos que trataban de abuso sexual.

Para todas las búsquedas se incluyeron los términos MeSH y Decs ad hoc.

COBERTURA TEMPORAL DE LA BÚSQUEDA

Desde 2002 hasta 2012.

IDIOMAS

Estudios en inglés o español.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS

- Estudios en seres humanos a escala individual, grupal, comunitaria o poblacional, referidos a intervenciones preventivas/promocionales del ámbito de la promoción y prevención del maltrato a niños dirigidas a la población de 0 a 4 años.
- Investigaciones originales o revisiones sistemáticas de la literatura, con evaluación cuantitativa de resultados.
- Diseño:
 - Estudios experimentales: ensayos aleatorizados o cuasi aleatorizados (individuales, o en grupos o comunidades), estudios cuasi experimentales, series de tiempo interrumpidas.
 - Estudios no experimentales: cohortes.
 - Guías clínicas de atención al maltrato bien evaluadas por criterios AGREE.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS

- Estudios limitados a descripción de marcos conceptuales, objetivos, procesos o impacto cualitativo de programas o intervenciones, sin análisis cuantitativo de los efectos de la intervención.
- Investigación cualitativa.

CONTENIDOS

La definición operacional de maltrato infantil y negligencia para efectos de esta RS:

- Malos tratos físicos a niños y niñas de 0 a 4 años.
- Malos tratos psicológicos y/o emocionales a niños y niñas de 0 a 4 años.

- Negligencia o descuido de parte de los/las cuidadores primarios en el cuidado de las necesidades básicas, emocionales, psicológicas, cognitivas necesarias para el desarrollo integral de niños(as) de 0 a 4 años.
- Niños(as) de 0 a 4 años que son testigos directos de violencia intrafamiliar.
- Maltrato físico al feto durante la gestación.
- Niños y niñas menores de un año víctimas de zamarreo.
- Se excluye abuso sexual, bullying, explotación sexual, explotación laboral.

2. EXTRACCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE VALIDEZ INTERNA

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

En el caso de revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas, ensayos clínicos randomizados y no randomizados, se analizó críticamente su calidad metodológica siguiendo las guías de Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford. Para el caso de los estudios observacionales (cohorte, corte transversal, de evaluación de test diagnósticos y descriptivos) se utilizaron las recomendaciones de la iniciativa STROBE con las distinciones elaboradas para cada tipo de estudio.

Cuando se debieron analizar las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento AGREE II, llegando a una evaluación global de calidad de la guía y a un grado de recomendación de la misma. Para ambos procesos participaron dos revisores independientes.

3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

La elaboración de recomendaciones se realizaron siguiendo las recomendaciones de la iniciativa GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) cuyas características se resumen en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Resumen de Aspectos utilizados para la elaboración de recomendaciones basadas en evidencia de la GRADE Criteria Working Group.

Grado de Recomendación	Claridad de la relación riesgo/beneficio	Calidad de la evidencia de soporte	Implicancias
1A. Strong recommendation High quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa.	Consistent evidence from well performed randomized, controlled trials or overwhelming evidence of some other form. Further research is unlikely to change our confidence in the estimate of benefit and risk.	Strong recommendation, can apply to most patients in most circumstances without reservation.
1B. Strong recommendation Moderate quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa.	Evidence from randomized, controlled trials with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect or imprecise), or very strong evidence of some other form. Further research (if performed) is likely to have an impact on our confidence in the estimate of benefit and risk and may change the estimate.	Strong recommendation, likely to apply to most patients.
1C. Strong recommendation Low quality evidence	Benefits appear to outweigh risk and burdens, or vice versa.	Evidence from observational studies, unsystematic clinical experience, or from randomized, controlled trials with serious flaws. Any estimate of effect is uncertain.	Relatively strong recommendation; might change when higher quality evidence becomes available.
2A. Weak recommendation High quality evidence	Benefits closely balanced with risks and burdens.	Consistent evidence from well performed randomized, controlled trials or overwhelming evidence of some other form. Further research is unlikely to change our confidence in the estimate of benefit and risk.	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients or societal values.
2B.	Benefits closely balanced with risks and burdens, some uncertainty in the	Evidence from randomized, controlled trials with important limitations	Weak recommendation, alternative approaches likely to be better for some

Weak recommendation Moderate quality evidence	estimates of benefits, risks and burdens.	(inconsistent results, methodological flaws, indirect or imprecise), or very strong evidence of some other form. Further research (if performed) is likely to have an impact on our confidence in the estimate of benefit and risk and may change the estimate.	patients under some circumstances.
2C. Weak recommendation Low quality evidence	Uncertainty in the estimates of benefits, risks, and burdens; benefits may be closely balanced with risks and burdens.	Evidence from observational studies, unsystematic clinical experience, or from randomized, controlled trials with serious flaws. Any estimate of effect is uncertain.	Very weak recommendation; other alternatives may be equally reasonable.

Fuente: GRADE Criteria Working Group, 2012

V. RESULTADOS

De la primera búsqueda de artículos en las bases ya descritas, se identificó un total de 105 artículos. Utilizando los criterios de inclusión también descritos y un análisis de los resúmenes de los artículos para corroborar los criterios de inclusión y exclusión, dejó un total de 70 artículos por analizar. De ellos, 13 correspondían a guías clínicas o normativas, y 47 a artículos de investigación o revisión.

De los artículos de investigación y revisión: 13 (23%) correspondían a revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas; 14 (24,5%) a ensayos controlados randomizados; 3 (5%) a ensayos controlados no randomizados; 2 (3,5%) a estudios cuasi experimentales; 2 (3,5 %) a estudios de cohorte; 2 (3,5%) a estudios observacionales de evaluación de test diagnósticos ; 8 (14%) a estudios observacionales de corte transversal distinto del anterior; 3 (5%) a estudios descriptivos; 3 (5%) a informes publicados de opiniones de expertos; 5 (8,7%) a revisiones de la literatura no sistemáticas de carácter narrativo; y 2 (3,5%) a estudios que al leerlos en profundidad debieron ser excluidos por ser descripciones de protocolos en marcha y 1 (1,7%) a una publicación de un diseño de programa.

De las guía clínicas y normativas: 10 (77%) correspondieron a guías de práctica clínica, 1 (7,6%) a normativa gubernamental y 2 (15%) a publicaciones con recomendaciones de instituciones relevantes en maltrato infantil.

En términos generales las investigaciones que estudian las intervenciones más eficaces en pesquisa, intervención temprana y tratamiento de maltrato infantil en menores de 4 años son escasas, siendo relativamente diferente el caso de las intervenciones de carácter preventivo, aún cuando se concentran en la evaluación de intervenciones de características cognitivo conductuales, que en el mejor de los casos alcanzan un seguimiento de 24 meses a 3 años.

Del total de estudios de investigación relevantes - excluyendo las revisiones narrativas, opiniones de expertos, estudios descriptivos y guías clínicas - 6 (13,6%) fueron catalogados como de baja calidad metodológica, 21 (47,7%) de regular calidad metodológica y 17 (38,6%) como buena calidad metodológica, por los dos revisores independientes quienes siguieron las guías de análisis crítico ya descritas.

Del total de guías clínicas evaluadas por método AGREE II, 6 (46%) fueron categorizadas como de regular grado de recomendación y 7 (54%) como bajo grado de recomendación.

En el ámbito de la **prevención**, las estrategias mejor evaluadas y con mejor nivel de evidencia de resultados positivos (metaanálisis y revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos aleatorizados y cuasi aleatorizados) son las denominados **programas de habilidades de crianza grupales** (*parenting programmes*), de variadas características y formatos que comparten, en general, el estar basados en enfoques conductuales y cognitivo-conductuales, y que “implican un aprendizaje interactivo y formato colaborativo en el que los facilitadores del programa enseñan comportamientos, principios y habilidades de crianza (por ejemplo, el juego, la alabanza, las recompensas, disciplina) a los padres y cuidadores, que luego practican. Al parecer, los elementos clave de la eficacia de estos programas incluyen aprender cómo y cuándo usar habilidades de la crianza positiva, observación, modelado, ensayo conductual (por ejemplo, juego de roles); discusión; tareas, utilizando pares de apoyo, replanteo de percepciones cognitivas inútiles acerca de su niño o niña” (Mihalic, 2002; Gardner, 2004; Hutchings, 2004a; Azar, 2006).

Dentro de los programas específicos más evaluados y con mejor nivel de evidencia (metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorizados) de resultados positivos encontramos el **Triple P** (*Positive Parenting Program*) en su dimensión de mejorar las habilidades de crianza de padres y en la reducción de la incidencia poblacional de maltrato infantil.

En este mismo nivel de intervención la **Terapia de Interacción Padres-Hijos** (*Parent-Child Interaction Therapy - PCIT*) presenta similares resultados y nivel de evidencia en cuanto a las habilidades parentales.

También se ha evaluado con relativa frecuencia diversas intervenciones de profesionales de enfermería en formatos variados, entre las que destacan los **Programas de visitas domiciliarias por enfermeras** en el período perinatal, para madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo) demostrando reducción en la incidencia del maltrato infantil (abuso físico) y de abandono, estando respaldados estos resultados por revisiones sistemáticas de ensayos controlados randomizados.

Otros programas han demostrado tener impacto en la prevención de maltrato, aunque con un menor nivel de evidencia, entre ellos encontramos: el **Parent Education Program; el Nurse Family Partnership; y el Child-Parent Centers**, cuyas características se detallan en la tabla del anexo 2.

Específicamente en el tema de la prevención de el síndrome del niño zamarreado se identificó el **programa PURPLE** que, con un buen nivel de evidencia (ensayos clínicos aleatorizados, no aleatorizados y estudios observacionales), ha probado mejorar los conocimientos de madres acerca de las características del llanto infantil y aumenta la conducta de alejarse ante llanto inconsolable, aunque sin demostrar impacto en indicadores de incidencia de este síndrome. Otras intervenciones con uso de material audiovisual específico se ha utilizado para prevenir este síndrome, con similares resultados.

Respecto de la **detección**, se identificó una revisión sistemática cualitativa (Peters R, Barlow J, 2003) de buena calidad metodológica que identificó 8 estudios que evaluaban la capacidad predictiva de maltrato en menores de 6 años. Estos estudios evaluaron instrumentos estandarizados, que pueden ser administrados a familias durante el periodo prenatal o postnatal, para predecir maltrato infantil posterior. La mayoría de los estudios metodológicamente más rigurosos tuvieron una sensibilidad superior al 50%, lo que indica que más de la mitad de los niños maltratados se incluyeron en el grupo de alto riesgo. Sin embargo, la mayoría de estos estudios tuvo un valor predictivo positivo menor que 50%, lo que significa que la mayoría de los niños clasificados como de riesgo alto no eran, de hecho, maltratados. En general, los resultados muestran que tres de los instrumentos tienen un alto nivel de precisión en cuanto a la sensibilidad y la especificidad para al menos un resultado medido, por ejemplo, remisiones con el equipo de protección social o admisiones sociales al hospital; confirmación de maltrato por parte de los servicios sociales; casos manifiestos de maltrato (Gordon, 1977; Hunter et al, 1978; Muir et al, 1989). Esto sugiere que clínicamente estos instrumentos son los más precisos en términos del porcentaje del grupo maltratado correctamente identificados como en riesgo (usando un indicador de resultado específico) y el porcentaje del grupo no maltratados que también están correctamente identificados como en riesgo. Sin embargo, sólo dos de estos instrumentos obtuvieron un nivel suficientemente elevado de valor predictivo positivo (es decir, el porcentaje del grupo de alto riesgo que son posteriormente maltratado) y que permitan por tanto su uso clínico (Hunter et al, 1978; Muir et al, 1989). Estos mismos dos

fueron los únicos instrumentos, de los incluidos en el estudio, que fueron probados usando la muestra entera (es decir, por encima de 98% de los examinados) obteniendo niveles aceptables de exactitud tanto para especificidad y valor predictivo positivo, es decir, por encima del 90% y 25%, respectivamente (Muir et al, 1989; Hunter et al, 1978). El instrumento más preciso obtiene un valor predictivo positivo del 48% (Muir et al, 1989), esto significa que más de la mitad de las familias que han sido diagnosticadas como de riesgo, en realidad no tiene abuso o maltrato. En general, esto sugiere que actualmente los instrumentos disponibles sólo deben utilizarse para centrar las intervenciones no punitivas. Los instrumentos mencionados son el **Dundein Family Service Indicator (DFSI)** (Muir et al, 1989) y el **Family Psycho Social Risk Inventory** (Hunter et al, 1978). En el anexo tres se adjunta la tabla 14 donde se describe la totalidad de los instrumentos evaluados en la revisión citada.

En relación a las intervenciones efectivas para el **tratamiento** de maltrato infantil se identificó una revisión sistemática con metaanálisis de regular calidad metodológica, que incluye intervenciones terapéuticas de diversa índole (Skowron E y Reinemann DH, 2005) evidentemente no comparables entre sí, que concluye y estima efectos positivos estadísticamente significativos del tratamiento. Incluye como resultados una diversidad muy amplia de outcomes (proceso cognoscitivo del niño, autoinforme de personalidad infantil, entrevista de personalidad del niño y los padres, calificaciones de niño, las calificaciones de maestros y observaciones objetivas del comportamiento de niños, de los padres y auto reporte de observaciones de comportamiento de la familia) y analiza estadísticamente con una medida de tamaño de efecto (d+). Es decir, todos los tratamientos evaluados demuestran un efecto positivo estadísticamente significativo en los outcomes medidos, pero no es factible estimar la relevancia clínico–poblacional de dicho efecto. El mismo estudio además no identifica que un acercamiento terapéutico específico tenga un mejor o mayor efecto positivo en maltrato infantil.

En este mismo nivel de intervención se identificó el **Kinship Care** (colocación bajo cuidado familiar o de parentesco a niños maltratados <18 años en USA), comparado con la colocación habitual en hogares transitorios, como una intervención efectiva en mejorar los resultados en relación a problemas de conducta, comportamientos adaptativos, trastornos psiquiátricos, bienestar y estabilidad de la colocación, con un buen nivel de evidencia (revisión sistemática cualitativa de ensayos clínicos randomizados, no randomizados y estudios cuasi experimentales). También se ha evaluado una **intervención breve domiciliaria** (8 semanas) diseñada para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos (Canadá) encontrando que mejora de la sensibilidad parental, la seguridad del apego infantil y la reducción de la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12-71 meses) en base a un ensayo clínico aleatorizado.

No se identificaron intervenciones efectivas probadas para el tratamiento de negligencia en niños menores de 4 años.

En relación a la información recogida de las guías clínicas, opiniones de expertos y revisiones no sistemáticas, destacan las recomendaciones de la OMS quienes promueven un enfoque de salud pública de comprensión de la problemática y un enfoque multisectorial de afrontamiento. Entre otras recomendaciones encontramos: “...deben fortalecerse los sistemas de vigilancia, a través de encuestas de población (prevalencia de maltrato infantil, asociación entre maltrato pasado y comportamiento actual de alto riesgo), mecanismos para investigar

las muertes infantiles conocidas y sospechosas” (OMS, 2006). Desde una perspectiva ecológica promueven intervenciones en todos los niveles de este modelo entre otras: apoyo a las familias con visitas domiciliarias y programas de capacitación para padres, como las estrategias de mejor evidencia de efectividad para prevenir maltrato. Se sugiere un enfoque de riesgo y vulnerabilidad al priorizar, y como elementos básicos de la normativa en este tema se debiera incluir: atención médica para los niños maltratados (documentación de las lesiones, evaluación forense, apoyo psicosocial), servicios de protección de menores (gestión de casos coordinada, procedimientos judiciales con testigos menores de edad, intervenciones con las familias, colocaciones alternativas), las políticas, planes, programas y servicios deben estar basados en la mejor evidencia disponible. Por otra parte la respuesta integrada, sistémica y multisectorial debe ser eficientemente coordinada, donde todos los roles de los actores implicados deben estar claros y debe existir un comité de coordinación nacional. Otros organismos y autores en este mismo tipo de estudios plantean además la necesidad de involucrar a la comunidad, de capacitar y fortalecer las habilidades de los equipos de salud y el desarrollo de protocolos de atención en las diversas puertas de entrada para este problema de salud.

En las tablas resumen de la 1 a la 11, se exponen el detalle de la extracción de datos y análisis crítico de los diversos artículos identificados para esta revisión, organizados según tipos de artículos para facilitar la apreciación del nivel de evidencia.

TABLA 1: SÍNTESIS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS CUALITATIVAS

No.	Año Autores	Objetivo	Características y Tipo de Intervención	Nº de estudios analizados	Variable Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
27	2010, Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, Lewis M.	Evaluar la eficacia de las intervenciones profesionales y organizacionales destinadas a mejorar los procesos médicos, para los pacientes en los que se sospecha maltrato infantil en servicios de urgencia.	Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas, referencias, revistas, claves/actas de congresos y se contactó a los autores principales de estudios cuyo propósito fue evaluar una estrategia (organizacional o profesional) dirigida a mejorar la atención de urgencia ante la sospecha de maltrato infantil.	De 282 potenciales seleccionados, finalmente se incluyeron 6 estudios que cumplieron los criterios de inclusión: un ensayo aleatorizado (ECA), un ensayo cuasialeatorio (ECCA), y cuatro estudios observacionales.	Eficacia de las intervenciones en cuanto a mejorar los procesos médicos relacionados al maltrato infantil	<p>Diagramas de flujo decisional ante la sospecha de maltrato físico aumentaron la documentación de lesión física no accidental (69,5% de aumento, $p < 0,0001$) y tuvo un impacto significativo similar como las listas de verificación (aumenta el 70,0%, $p < 0,0001$) en comparación con la práctica habitual.</p> <p>La introducción de un equipo especializado y de intervención en crisis para estandarizar la práctica, tuvo poco efecto en la documentación médica, pero sí aumentó la participación de los servicios de protección infantil (22,7% de aumento, $p < 0,005$) y el estado de la descarga de documentación (aumento del 23,7%, $p < 0,02$).</p> <p>La derivación a servicios sociales aumentó en un estudio tras la introducción de una lista de control gráfico (incremento del 8,6%, $p = 0,018$).</p>	<p>Estudio de buena calidad metodológica.</p> <p>Se detalla quién participa de la búsqueda de información, cuáles motores y términos de búsqueda se utilizaron. Dos revisores evaluaron la calidad metodológica del estudio, se usó la escala JADAD de 5 puntos para evaluar el sesgo de los ECA. A cada estudio se le evaluó la validez interna, externa y poder. La extracción de datos se hizo con un formulario estandarizado. Cuando había algo confuso o poco claro se contactó al autor.</p> <p>Escaso tamaño</p>	Se requieren más estudios focalizados sobre esta población vulnerable. Si bien la calidad moderada de los estudios observacionales sugieren fortalecer la educación y los sistemas de recordatorios para mayor conocimiento clínico y mejora en la documentación, estos hallazgos no recibieron el apoyo de los ensayos aleatorizados. En futuros estudios de los procesos médicos en urgencias ante la sospecha de maltrato infantil, se propone explorar un conjunto integral de mediadores y moderadores de efectos a través de conductas y prácticas para conocer las barreras y facilitadores que permitan medir los cambios en las prácticas clínicas.

							muestral	
29	2005, Allin H, Wathen CN, MacMillan H.	Evaluar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la eficacia de los programas de tratamiento de negligencia infantil, incluyendo tanto aquellos que se centran en las víctimas de negligencia infantil y/o como en sus cuidadores	Se revisó literatura referida programas de tratamiento en negligencia tanto en los niños víctimas como sus padres y las alternativas de tratamiento existentes, a fin de evaluar su eficacia	De 54 estudios seleccionados, 14 cumplían con los criterios de inclusión	1.-Evaluación de las conductas de los padres comúnmente asociadas con el abandono infantil. 2.- Reincidencia y las tasas de incidencia de casos comprobados de abandono de los niños.3.- Reunificación familiar, y otras áreas relacionadas con el funcionamiento del niño	La eficacia de tratamiento para los niños expuestos a negligencia no se puede determinar a partir de la literatura existente. Dos tipos específicos de terapia de juego mejoran la cooperación y la interacción de los niños (al menos los dos primeros meses) y, un programa de tratamiento de un día terapéutico que resultó ser beneficioso para la autoestima tienen efectos beneficiosos para los niños. Además, los padres y los niños en las familias en las que se habían producido negligencia mostraron mejoría en sus pobres relaciones con la terapia multisistémica (a pesar de la subóptima calidad metodológica del estudio)	Estudio de Regular calidad metodológica. Se da cuenta de la revisión en diversas fuentes, y de la revisión de la calidad metodológica por dos autores. Los estudios seleccionados fueron evaluados de acuerdo a una pauta específica. Hubo sesgo de información, puesto que no fue posible separar aquellas personas expuestas a la negligencia de aquellos expuestos al maltrato en general	Hacen falta estudios rigurosos en este ámbito. No hace recomendaciones relativas a prevención. No se evaluaron estrategias terapéuticas. Recomiendan considerar incluir el determinar el CI (verbal y no verbal) de los niños respecto del logro con las terapias implementadas.
32	2012, Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C.	Evaluar la eficacia de los programas de grupo para los padres en el mejoramiento de su salud psicosocial (por ejemplo, ansiedad, síntomas depresivos, autoestima)	Se incluyeron estudios de programas grupales dirigidos a los padres ("group based parenting programs"), no sólo los que están en riesgo de mala salud psicosocial y aquellos	48 ensayos controlados aleatorizados	1. Síntomas depresivos, 2. Síntomas de ansiedad, 3. Estrés, 4. Amor propio, 5. Ira, 6. Agresión, 7. Culpa.	Los resultados indican que los programas de crianza de los hijos fueron efectivos inmediatamente después de la intervención en la producción de mejoras estadísticamente significativas en una serie de aspectos	Estudio de Buena calidad metodológica Adecuado diseño para responder la pregunta. Detalla el método	Los programas de crianza de los hijos fueron efectivos inmediatamente después de la intervención en la producción de mejoras estadísticamente significativas en una serie

			<p>en que el niño tenga problemas de conducta.</p> <p>Son programas que normalmente se ofrecen a los padres en formatos de ocho a 12 semanas, durante aproximadamente una a dos horas cada semana. Pueden ser entregados en una base de uno a uno o de grupos de padres y se proporcionan en un número de configuraciones, que van desde el hospital o las clínicas de asistencia social, a los basados en la comunidad con médico general (GP), escuelas e iglesias. Por lo general implican el uso de un programa de estandarizados o plan de estudios, y tienen por objeto aumentar los conocimientos, habilidades y comprensión de los padres.</p>		<p>Resultados Secundarios: 1. confianza, 2. Satisfacción de pares, 3. Efectos adversos</p>	<p>de funcionamiento parentales psicosociales como: depresión (DME(diferencia de media estandarizada) -0,17, IC del 95%: -0,28 a -0,07), ansiedad (DME -0,22, IC del 95% -0,43 a -0,01), estrés (DME -0,29, IC del 95%: -0,42 a -0,15); ira (DME -0,60, IC del 95%: -1,00 a -0,20); culpa (DME -0,79; IC del 95% -1,18 A -0,41), confianza (DPE -0,34, IC del 95%: -0,51 a -0,17), y la satisfacción con la relación de pareja (DME -0,28, IC del 95%: -0,47 A -0,09). Aunque los resultados sugieren que el estrés (SMD-0.22, IC del 95%: -0,42 a -0,01) y la confianza (DME -0,32, IC del 95%: -0,63 a -0,01) siguieron siendo estadísticamente significativos a los seis meses de seguimiento, ninguno de los resultados medidos se mantuvo estadísticamente significativos al año. Ninguno de los ensayos informó sobre la agresión o efectos adversos.</p>	<p>utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos. La DME puede subestimar el efecto atribuible a la intervención.</p>	<p>de aspectos de funcionamiento parentales ya descritos.</p> <p>Los programas destinados a los padres requieren de apoyo adicional si se quiere que sus efectos beneficiosos se prolonguen por más tiempo</p>
34	2009, Winokur M, Holtan A, Valentine D.	Evaluar el efecto de la colocación bajo cuidado familiar (o de parentesco) en comparación con los centros de cuidado (o de guarda), respecto de la	Los niños y jóvenes menores de 18 años que fueron retirados de su hogar por abuso, negligencia, u otros malos tratos y,	Finalmente 62 estudios fueron los incluidos	Resultados primarios: desarrollo del comportamiento, salud mental, la estabilidad de	Los niños criados por familiares experimentan mejores resultados en lo que respecta a problemas de conducta, comportamientos adaptativos, trastornos psiquiátricos,	Estudio de Buena calidad metodológica Adecuado diseño para responder la	Aunque esta revisión apoya la práctica del tratamiento del cuidado por parientes como una opción viable de colocación fuera de la

		<p>seguridad, permanencia y bienestar de los niños retirados del hogar a causa de maltrato.</p>	<p>posteriormente, colocados bajo cuidado familiar.// Se incluyeron colocaciones formales encargadas de la crianza, con independencia del parentesco, con cuidadores que tenían licencia (pagados) o sin licencia (no remunerado). Así, los estudios que se limitan a examinar los arreglos familiares informales o privados de atención no fueron considerados.// Los estudios elegibles deben analizar los resultados del bienestar del niño, permanencia y seguridad.</p>		<p>colocación y permanencia. Resultados secundarios incluyen el nivel de instrucción, las relaciones familiares, la utilización del servicio y el re-abuso.</p>	<p>bienestar, estabilidad de la colocación, y la tutela que los niños puestos en casa hogar. No hubo ninguna diferencia detectable entre los grupos en la reunificación, la duración de la estancia, las relaciones familiares, o nivel de educación. Sin embargo, los niños colocados con parientes tienen menos probabilidades de lograr la adopción y uso de los servicios de salud mental.</p>	<p>pregunta. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos,. Una vez recopilada la información, dos revisores utilizaron una "Keywording" rúbrica para categorizar cada estudio por el tipo de diseño, los participantes, intervenciones y medidas de resultado(s). Dos revisores entonces determinaron si cada estudio era elegible para la selección sobre la base de los criterios antes mencionados. Cuando no hubo consenso, se resolvió mediante discusión con un tercer revisor// La</p>	<p>casa de los niños retirados del hogar a causa de maltrato, las políticas de colocación no siempre se alinean con el mejor interés de los niños y las familias. // Esta conclusión se ve atenuada por las debilidades metodológicas y de diseño de los estudios incluidos.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--

							DME puede subestimar el efecto atribuible a la intervención.	
35	2000, MacMillan HL; Canadian Task Force on Preventive Health Care.	Actualizar el informe de 1993 de la Canadian Task Force sobre Salud Preventiva, en relación a la revisión de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a la prevención de maltrato infantil, descritas en la literatura científica durante los últimos 6 años.	Para conocer las estrategias de prevención primaria y secundaria en lo que respecta a maltrato infantil, procedieron a la búsqueda de evidencia en relación a la efectividad de éstas	Se revisaron 27 estudios (incluyendo revisiones sistemáticas, ensayos clínicos randomizados y estudios observacionales)	Presencia de una o más de las subcategorías de maltrato físico, abuso sexual, negligencia y abuso emocional en la infancia.	Dos ECA mostraron una reducción en la incidencia del maltrato infantil en cuanto a abuso físico y el abandono entre las madres primerizas y sus bebés desfavorecidos que recibieron un programa de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal el que se extendió a través de la infancia. No hay evidencia concluyente sobre la eficacia de un programa de salud integral, educación de los padres y de apoyo, o una combinación de servicios en la prevención del maltrato infantil. Los programas de educación diseñados para enseñar a los niños estrategias de prevención para evitar la exposición a maltrato sexual con mayor conocimiento y habilidades, no necesariamente reducen el abuso. Los nuevos indicadores de riesgo para el maltrato físico identificado con esta actualización incluyen el sexo masculino, los factores estresantes recientes de la vida, la discapacidad psiquiátrica materna, el bajo nivel educacional, la falta de	<p>Estudio de Buena calidad metodológica</p> <p>Se detallan las bases de datos y los términos de búsqueda utilizados, le asignan grado de calidad a los estudios. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos.// La DME puede subestimar el efecto atribuible a la intervención.</p>	Existe considerable evidencia para recomendar un programa de visitas domiciliarias a las familias desfavorecidas durante el período perinatal que se extienda a través de la infancia para prevenir el maltrato y abandono (grado de recomendación A). El grupo objetivo de este programa son las madres primerizas con una o más de las siguientes características: edad menor de 19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo. La evidencia más fuerte es para un intenso programa de visitas a los hogares entregados por las enfermeras, el que comienza antes del nacimiento y se extiende hasta el segundo cumpleaños del niño. No hay pruebas suficientes para recomendar un programa de atención integral (grado de recomendación C), la

						<p>asistencia a clases prenatales, el abuso de sustancias y la baja asistencia religiosa. Los indicadores de riesgo de abandono incluyen comportamiento parental sociópata y abuso de sustancias. Dos nuevos indicadores de riesgo para el abuso sexual incluyen: baja edad materna y la muerte de los padres.</p> <p>Los dos ensayos más rigurosamente diseñados demuestran la efectividad de las visitas domiciliarias cuando se aplica como un objetivo la intervención a familias de alto riesgo. No hay evidencia de calidad para incluir o excluir una referencia para un programa de atención médica integral, educación de los padres y apoyo a los programas o un programa de servicio combinado que incluya el manejo de casos, educación y psicoterapia en la prevención del maltrato infantil. Estas intervenciones pueden ser beneficiosas por otras razones y deben ser evaluadas de forma individual.</p>		<p>educación y programa de apoyo (grado de recomendación C) o una combinación de servicios en el hogar (grado de recomendación C) como una estrategia para prevenir el maltrato infantil. No hay pruebas suficientes para recomendar los programas de educación para la prevención del abuso sexual (grado de recomendación C); y si este tipo de programas reducirían la incidencia del abuso sexual no ha sido establecida.</p>
36	2002, Veltman M W, BrowneK DT.	Describir el desarrollo de los niños a través de sus habilidades de dibujo, y cómo éstos pueden ser influenciados por el	Los estudios se consideraron para su inclusión según criterios predeterminados tales como: en inglés, edad	Se describen 23 estudios	Influencia del maltrato sobre los dibujos infantiles	Se encontró que los niños maltratados físicamente eran más propensos a distorsionar los cuerpos que dibujan, hay evidente falta de detalle, pobre	Estudio de Regular calidad metodológica Se detallan las	Se debe tener precaución en el uso e interpretación del dibujo, por lo que se requieren de estudios de gran escala controlados

		maltrato.	escolar, dibujos en relación con cualquier forma de maltrato infantil y el año de publicación (pre-2000). Debido a la amplitud de la revisión se incluyeron todos los diseños que aluden al dibujo en niños			imagen corporal e identificación sexual, incluyen señales más traumáticas, más agresión, y un clima más inclemente. Además, se constató que los niños maltratados sexualmente utilizaron líneas tenues, los niños abusados físicamente líneas gruesas, y los niños de hogares violentos utilizaron excesiva esquematización. Sólo tres estudios no encontraron diferencias significativas en lo absoluto. La evidencia demuestra que el dibujo ayuda mucho a los investigadores a romper el hielo y la barrera del lenguaje, pero manifiestan que si bien son muy útiles en la construcción de un reporte, no sirven como "instrumentos de medida". El tamaño, el detalle y la pesadez de línea, no se encontraron asociadas con la angustia infantil.	bases de datos electrónicas y los términos de búsqueda. Se consideraron dos investigadores para la revisión de la calidad metodológica. Tamaño muestral escaso. Se compromete la comparabilidad de estudios debido al solapamiento de definiciones, criterios, y grupos utilizados por los diferentes autores	que permitan generar evidencia contundente.
37	2003, Peters R, Barlow J.	Identificar los instrumentos destinados predecir la ocurrencia de maltrato infantil y evaluar su precisión., durante el período ante y post natal	Instrumentos destinados a predecir la ocurrencia de maltrato infantil en menores de 6 meses.	De 220 estudios seleccionados, sólo 8 fueron seleccionados por cumplir los criterios de evaluación prospectiva de estandarización del instrumento	1-Predicción de maltrato infantil; 2. Precisión del instrumento	8 estudios habían probado prospectivamente un instrumento estándar para predecir el maltrato infantil durante el periodo prenatal o posnatal. Sólo 3 estudios tienen un VPP que supera el 25%. Sólo dos estudios que utilizan instrumentos combinan más de un 80% de especificidad con un valor predictivo positivo por encima de 25%. La	Estudio de Baja calidad metodológica Escaso tamaño muestral. Dificultad en obtener conclusiones generalizables. Se detalla marco metodológico.	Es conocido el estigma asociado con el uso de estos instrumentos y las dificultades de su aplicación en un contexto clínico y de investigación, por tanto se sugiere la necesidad de un nuevo enfoque para la identificación de los padres que requieren mayores niveles de

						<p>sensibilidad de los estudios fluctuó entre el 38 y el 100%, y la especificidad de 7 de los 8 estudios fue superior al 80%.</p> <p>Los instrumentos con mayor capacidad de predicción so los descritos por Murphy et al en 1985 (VPP: 52,6% IC: 38 – 69) y el descrito por Muir et al 1989 (VPP: 48,1 IC : 35 – 62)</p>		<p>intervención.// Mantienen la sugerencia de la evidencia que indica que las características aceptables para que un instrumento prediga maltrato son una sensibilidad del 40-60%, una especificidad del 90% y un valor predictivo positivo de 25%.// Se recomienda la prevención universal, ya que este planteamiento evitaría contribuir a la falacia de que es posible predecir qué padres maltratarán a sus hijos, al tiempo que proporcionaría un método más aceptable para identificar a quien se beneficiaría de la ayuda adicional. También evitaría la estigmatización de ser etiquetado como "de riesgo". Este enfoque, por lo demás es más aceptable tanto a nivel ético como práctico.</p>
47	2012, Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M.	Examinar la efectividad y costo-efectividad de los programas parentales grupales basados en terapias conductuales y cognitivo-conductuales destinados a mejorar: a) los resultados del comportamiento infantil	Fueron incluidos los padres o tutores de los niños de 3 a 12 años que manifestaran: (a) problemas, identificados por una puntuación por encima del punto de corte clínico; o (b) un	13 estudios (10 ECA y 3 cuasialeatorizados) y 2 evaluaciones económicas sobre la base de 2 ensayos.	R. primarios: (A) del niño: 1) Problemas de conducta (B) de los Padres 1- salud mental 2- habilidades adecuadas de	La capacitación de los padres produjo una reducción estadísticamente significativa en los problemas de conducta del niño, ya sea evaluada por los padres (DME) -0,53, IC del 95% -0.72 a -0.34) o evaluada de forma independiente (DME - 0,44, IC del 95%: -0,77 a -	Estudio de buena calidad metodológica Adecuado diseño para responder la pregunta. Detalla el método utilizado, las bases	Es necesario que se realicen estudios para evaluar la eficacia de las intervenciones con respecto a los problemas emocionales, educativos, y cognitivos del niño.// La falta de evaluación a largo plazo compromete la

		<p>y, b) las habilidades de crianza y salud mental de los padres.</p>	<p>diagnóstico clínico o psiquiátrico de trastorno de la conducta (CD) o trastorno de oposición desafiante (ODD), o ambos.// Se incluyeron estudios con tipos de intervenciones estructuradas, basadas en grupos respaldados por programas para los padres con teorías conductuales y cognitivo-conductuales y siempre en intervalos regulares (por ejemplo, semanal o quincenal) durante al menos tres sesiones de entre una y dos horas.// Para evaluar críticamente y resumir la evidencia actual sobre el uso de los recursos, los costos y la rentabilidad de los programas se los comparó con el tratamiento habitual. Para ello se incluyeron ECA y cuasialeatorios, que tuviesen un grupo control para comparar.</p>		<p>crianza y el conocimiento (auto-informe y observación directa)</p> <p>3- Prácticas de crianza positivas</p> <p>4-Prácticas de crianza negativas.</p> <p>R. Secundarios:</p> <p>(A) del niño</p> <p>1) Problemas emocionales</p> <p>2) capacidad educativa y cognitiva</p> <p>3) Resultados a largo plazo en la adolescencia y la edad adulta</p> <p>4- Penales (contactos policiales, comparecencias judiciales, prisión)</p> <p>5- Desempleo</p> <p>(B) de los Padres</p> <p>1) El aumento del apoyo social.</p> <p>(C) Los resultados adversos</p> <p>1- La carga financiera y</p>	<p>0,11). La intervención dio lugar a mejorías estadísticamente significativas en la salud mental de los padres (DME -0,36, IC del 95%: -0,52 a -0,20) y en las habilidades de crianza positivas, con base en informes de los padres (ambos DME - 0,53, IC 95% -0,90 a -0,16) y los informes independientes (DME- 0,47, 95% IC -0,65 a - 0,29). También produjo una reducción estadísticamente significativa en las prácticas de crianza negativas o fuertes de acuerdo con informes de ambos padres (DME -0,77, IC del 95%: -0,96 a -0,59) y las evaluaciones independientes (DME -0,42, IC del 95%: -0,67 a -0,16). Por otra parte, la intervención demostró evidencia de costo-efectividad. Cuando se compara con un grupo control en lista de espera, había un costo de aproximadamente \$ 2500 (EUR 2217) por familia para llevar al niño promedio con los niveles clínicos de problemas de conducta hasta lo no clínico. Estos costos de ejecución de los programas son modestos en comparación con la salud a largo plazo, lo social, los costos educativos y legales asociados con problemas de conducta infantiles. // Ningún estudio informó los resultados</p>	<p>de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos. // La DME puede subestimar el efecto atribuible a la intervención. //Se midieron los resultados sólo al inicio y 3 meses después, ya que no era posible comparar entre los estudios.</p>	<p>probabilidad de la búsqueda de una mejora en las habilidades educativas, ya que estos los resultados suelen aparecer en el largo plazo Aunque esto también significa que no podemos estar seguros de que los beneficios no se desvanecen de manera significativa después de los tres meses de seguimiento</p>
--	--	---	--	--	--	---	--	--

					psicológica a la familia en la atención y acceso a cursos 2- El aumento de los conflictos dentro de la familia en relación con la introducción de nuevas técnicas de crianza de los hijos (D) Datos económicos	adversos relacionados con la participación en la formación de los padres, a largo plazo.		
49	2009, Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW.	Sintetizar las investigaciones sobre los efectos de los programas de prevención (universal) del maltrato infantil y negligencia desde el nacimiento hasta los 5 años.	Programas implementados antes de la aparición de malos tratos, es decir, sobre la eficacia de las intervenciones enfocadas a los hijos y/o padres, dirigidas a la reducción de las tasas de maltrato infantil. Los resultados de abuso o negligencia se midieron principalmente por denuncias fundadas de maltrato. La participación en el sistema de bienestar infantil, colocación fuera del hogar, los registros hospitalarios de malos tratos, y los informes de los padres	15 estudios de 14 programas de prevención, fueron los que dieron cumplimiento a los seis criterios de la revisión.	1. ¿En qué medida las intervenciones de la primera infancia previenen el maltrato infantil? 2. ¿Qué programas específicos son efectivos en la prevención del maltrato infantil? 3. ¿Cuáles son las características de los programas que son eficaces para reducir o prevenir el maltrato?	Los programas identificados que tuvieron efectos significativos y relevantes en prevenir maltrato infantil fueron: Parent Education Program, Nurse Family Partnership, & Child-Parent Centers. El tamaño promedio de efecto ponderado de participación en el programa fue un porcentaje -2,9 puntos de reducción en el maltrato (6,6% frente a 9,5%), lo que equivale a una reducción del 31% en la tasa de maltrato y un quinto de la desviación estándar. De los cinco programas que muestran reducciones significativas en las tasas comprobadas de maltrato infantil, tres proporcionan una fuerte evidencia de efectos preventivos. Sólo los Centros	Estudio de Buena calidad metodológica Riguroso diseño para responder a las preguntas planteadas. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos.	Creer necesario que se desarrollen estudios a más largo plazo (de 1 y 2 años) con gran tamaño muestral y que incluyan varias modalidades de intervención, a fin de generar evidencia sólida en esta materia. // Se requiere evaluar los programas implementados.// Los programas implementados se pueden beneficiar bastante si se centran en los principios claves de la eficacia como la alta intensidad, duración más larga, profesional bien capacitado, y apoyo de los servicios integrales de la

			<p>sobre abuso o negligencia también se incluyeron si estaban disponibles. Los estudios incluyeron la cobertura del diseño del programa, su contenido y calidad de la implementación. Los tipos de programas incluidos fueron analizados siguiendo las siguientes orientaciones: Tipo de programa y contenido. Tipo de programa indica si el programa estaba dirigido a los padres o los hijos (o ambos) y la categoría general de intervención. programa tipos incluido visitas a los hogares, las clases de educación para padres (incluidos los grupos de apoyo), basado en el centro de intervención preescolar, y servicios de salud (por ejemplo, pre / postnatal salud servicios de atención, consultas de nutrición). También se indica el nivel de riesgo para las familias participantes en la intervención y se describe el programa</p>			<p>de Padres con niños (CPC) y la Asociación de Enfermeras y Familias (NFP) evaluaron los efectos a largo plazo de prevención. Los elementos comunes de estos programas efectivos incluyen la aplicación por profesionales, la dosis relativamente alta y la intensidad y la amplitud de su alcance.</p>	<p>familia</p>
--	--	--	---	--	--	--	----------------

			<p> contenidos y servicios y el personal que ha implementado el programa. Entre los programas evaluados se encuentran : Community Infant Program Child Parent Enrichment Project; Colorado Adolescent Maternity Program ; Nurse-Family Partnership Child-Parent Centers; Parent Education Program for Teen Mothers; Hawaii Healthy Start-1; Healthy Families Alaska ; Healthy Families New York; Teen Parents as Teachers plus case managementb PAT–No case management group: Hawaii Healthy Start-2; Prenatal & Pediatric Health Services </p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

TABLA 2: SÍNTESIS REVISIONES SISTEMÁTICAS CUANTITATIVAS (METAANÁLISIS)

No.	Año, Autores	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Nº de estudios analizados	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
38	2005, Skowron E, Reinemann DH	Explorar el impacto potencial de intervenciones psicológicas en estudios pertinentes identificados en metanálisis y narrativas anteriores, relacionadas al maltrato infantil.	Se evaluaron intervenciones psicoterapéuticas de diversas características (conductista, no conductistas, grupales, individuales, familiar y multicomponentes) Se consideraron las características del estudio se dividieron en características de los participantes (a), (b) las características del tratamiento, y la calidad del diseño del estudio (c).	21 estudios que examinaban 25 tratamientos viables	Efectividad del tratamiento en el maltrato infantil.	Se obtuvo un tamaño de efecto medio de $d=0,54$ (SE 0,03, IC 95% 0,39 - 0,69) lo que indica que en promedio, los participantes tratados, tuvieron mejores resultados en un 71% que quienes estaban en el grupo el control. Los efectos del tratamiento fueron más débiles cuando se vinculó al objetivo conductual las observaciones de la familia ($d=0,21$), y fue más fuerte cuando se asoció con los auto-reportes de padres respecto de actitudes parentales y comportamientos ($d=0,53$), auto-informes de niños ($d=0,44$), y evaluación de los padres del niño ($d=0,42$).	Estudio de Regular calidad metodológica Escaso tamaño muestral. Gran heterogeneidad de modalidades y orientaciones de la intervenciones terapéuticas, gran dificultad en obtener conclusiones generalizables.	Los resultados destacan la necesidad de que científicos y profesionales trabajen juntos para generar resultados significativos y relevantes de evaluación de protocolos que no sólo proporcionen informes de auto-informe sino que también midan resultados del "mundo real" (Por ejemplo, en / colocaciones fuera del hogar, incidentes de participación de la familia, problemas con la justicia penal, etc.) Se sugiere evaluar a los niños y familias desde las múltiples formas de victimización
52	2008, Nowak C, Heinrichs N.	Analizar todos los estudios que evalúan el impacto del Programa de Paternidad Positiva Triple P- el padre y el niño, y las medidas de resultado, para ello se realizó en un esfuerzo para identificar las	Programa Triple P	55 estudios de intervención que incluyó ensayos clínicos aleatorizados, no aleatorizados y cuasiexperimentales	1. Eficacia del Programa Triple-P; 2. Variables que modulan la eficacia de éste	El tamaño general del efecto de Triple P para la crianza de los hijos y comportamiento de los niños problema en un rango entre 0,35 y 0,48 para entre grupos y 0,45 y 0,57 para dentro de los grupos después de la intervención (IC: 0.2 -	Estudio de buena calidad metodológica La estructura de este artículo sigue las recomendaciones de	Acusan la falta de seguimiento de los estudios por más de tres años.// Los ensayos futuros deben dirigirse principalmente hacia la investigación de los niveles menos estudiados del

		variables que moderan (modulan) la eficacia del programa.		(11,797 familias)		0,6) Triple-P impacta positivamente en las habilidades de los padres, problemas de conducta infantil y bienestar de los padres en nivel pequeño a moderado, variando como una función de la intensidad de la intervención. Los resultados más destacados de variables moderadoras del impacto de las intervenciones fueron encontradas en el informe de los padres, asociadas a los formatos más intensivos y de aquellas familias que estaban en dificultades. Características de la muestra (edad del niño) y metodológicas (por ejemplo, tipo y calidad del estudio) mostraron diferentes grados de poder predictivo.	calidad de la información de los meta-análisis de la conferencia QUOROM. Riguroso diseño para responder a las preguntas planteadas. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos. // Se refirió sólo al nivel 4 y 5 del programa.// No se pudo modelar por características sociodemográficas dado lo incompatible de los estudios, así como tampoco por formatos específicos dirigidos a grupos de familia, dado el escaso tamaño muestral.	Triple P y deben centrar su atención para arrojar más luz sobre algunos de los moderadores significativos identificadas en este análisis, como la fuente de evaluación, la carga inicial de las familias, o la intensidad de la intervención. Además, es ideal incluir ensayos de otros idiomas distintos del inglés o alemán.
--	--	---	--	-------------------	--	---	---	--

53	2007, Thomas R, Zimmer- Gembeck MJ.	Ofrecer una amplia evaluación del estado de la evidencia para guiar las decisiones sobre la aplicación y difusión continua de los Programas Triple P y PCIT (Terapia de Interacción padre-Hijo) en Australia y los EE.UU., y para determinar y resumir la eficacia ambos en el contexto de una intervención.	Se revisaron todos los estudios relacionados que cumplieren con los criterios de inclusión respecto de la eficacia de los programas Triple-P y PCIT, y todas sus respectivas modalidades	24 estudios, que incluyeron a cuidadores y niños de entre 3 y 12 años de edad.	Eficacia de los programas Triple-P y PCIT	Se demuestran los efectos positivos de ambas intervenciones, pero éstos variaron dependiendo de la duración de la intervención, los componentes y el origen de los datos de resultado. Los resultados revelaron que estas intervenciones mejoran la crianza de los hijos, la calidez paternal, disminuyen la hostilidad paterna, aumentan la auto-eficacia y la reducen el estrés de los padres. La mayoría de las versiones de estas intervenciones también muestran reducir los efectos negativos del comportamiento de los niños, tales como la agresión, las rabietas extremas, y la oposición. Los tamaños del efecto para PCIT fueron grandes cuando los resultados de los comportamientos de niños y padres eran evaluados con los informes parentales. Estimación del tamaño del efecto Triple P 3 es de 0,31 a 0,73	Estudio de buena calidad metodológica Adecuado diseño para responder a las preguntas planteadas. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos.	Precisar la información de los estudios que sirven de unidad de análisis, ya que sus omisiones e inconsistencias afectan las conclusiones de las revisiones sistemáticas, esto ayudará a generar evidencia sólida hacia grupos específicos.
33	2011, Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband	Examinar la efectividad de los programas para padres adolescentes destinados a mejorar los resultados psicosociales de éstos y el	Se incluyeron estudios de programas grupales dirigidos a los padres ("group based parenting programs"), en formato	Se incluyeron 8 estudios con 513 participantes, y 9 metaanálisis	Resultados primarios: A.Psicosociales de los padres que incluyen:	De las 47 comparaciones contra grupo control, 19 fueron estadísticamente significativas, favoreciendo en todos los casos a la	Estudio de buena calidad metodológica Adecuado diseño	Declaran que debido a la diversidad de criterios y resultados medidos es difícil la comparación entre estudios.// La

	N, Jones H, Coren E.	desarrollo en sus hijos.	individual o grupos de ayuda, ensayos controlados aleatorizados y cuasialeatorios que evaluaron intervenciones a corto plazo para padres dirigidos específicamente a los que son adolescentes y un grupo control (no tratado, en lista de espera, o con tratamiento habitual). Se incluyeron los siguientes estudios de evaluación de los programas para padres: formato individual o en grupo de ayuda; educación pre-y post-natal o simplemente post-parto a madres adolescentes y / o padres adolescentes; con base en el uso de un formato estructurado; aquel que se centra en la mejora de las actitudes de los padres, prácticas, habilidades / conocimientos o bienestar.		1. salud psicosocial; 2. conocimiento de crianza de los hijos; 3. conducta de los padres y habilidades; 4. sentido de competencia en el papel de los padres; 5. interacción con los padres del niño. B. Salud Infantil y los resultados del desarrollo, incluyendo: 1. desarrollo cognitivo del niño; 2. interacción con los padres. C. En combinación padre-hijo	intervención grupal. Cuatro meta-análisis mostraron conclusiones estadísticamente significativas a favor del grupo de intervención para: la capacidad de respuesta a los padres del niño después de la intervención (DPE -0,91, 95% IC -1,52 a -0,30, $p = 0,04$); capacidad de respuesta de la madre durante el seguimiento (DME -0,65, IC del 95%: -1,25 a -0,06, $p = 0,03$), y una medida general de las interacciones entre padres e hijos después de la intervención (DME -0,71, IC del 95% -1,31 a -0,11, $P = 0,02$), y en seguimiento (DME -0,90; IC del 95% -1,51 a -0,30, $P = 0,004$). Los resultados de los restantes cinco metanálisis no fueron concluyentes.// Estos resultados sugieren que los programas de crianza de los hijos dirigidas específicamente a los padres adolescentes pueden ser eficaces en la mejora de resultados importantes de lactantes y niños como la respuesta del niño a los padres, la claridad de las señales del bebé y el niño, la capacidad de comprender y responder al lenguaje utilizado. Un estudio reportó grandes cambios significativos en la sensibilidad materna, la	para responder la pregunta. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos. La DME puede subestimar el efecto atribuible a la intervención.	generalización de los resultados obtenido es limitado por una serie de razones, por ejemplo: hay estudios específicos para padres adolescentes con problemas con síntomas depresivos o que viven en la pobreza. Los estudios incluidos se dirigieron todos a madres adolescentes solamente, y los resultados de esta revisión no pueden ser generalizados a padres adolescentes. Un estudio incluyó un perfil étnico mixto. Sin embargo, todos los estudios se realizaron en EE.UU. o Canadá y la precaución debería por tanto ejercerse por si los resultados son generalizables a otros servicios sociales y contextos culturales. Los facilitadores pueden desempeñar un papel importante en el modelado de los atributos positivos como la empatía, honestidad y respeto, y cualidades personales, tales como el sentido del humor, entusiasmo, flexibilidad y calidez.// Todos los estudios incluidos involucraron a los padres que se habían
--	----------------------	--------------------------	---	--	---	--	---	--

						identidad de la madre, materna confianza en sí misma, y el fomento de las capacidades cognitivas de la madre.		ofrecido para tomar parte en el estudio, por lo que pueden no ser representativos del amplio grupo de padres.
--	--	--	--	--	--	---	--	---

TABLA 3: SÍNTESIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Nº	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales (sig estd.y magnitud)	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores
3	2000, Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR.	Se refiere al rol de la comunidad en la identificación de familias en riesgo de maltrato o negligencia infantil y a cómo son de efectivas las visitas domiciliarias de enfermeras desde RN hasta los 18 meses de edad	(1) Evaluar la utilidad de la comunidad como herramienta de detección para identificar a las familias con maltrato infantil o factores de riesgo de negligencia del periodo postnatal inmediato (2) Determinar la validez social y la eficacia de un programa de visitas domiciliarias llevado a cabo por enfermeras de salud infantil y ofreciendo servicios de	Un diseño de medidas repetidas se utilizó para probar el estrés parental y la depresión materna desde el periodo postnatal inmediato hasta el año del RN y para el potencial maltrato se siguieron hasta los 18 meses. // El programa de visitas al hogar fue diseñado para: (i) establecer una relación de confianza entre los visitadores profesionales y la familia, (ii) promover el apego madre-hijo, (iii) mejorar la adopción de los padres a la promoción saludable de comportamientos, (iv) promoción de la práctica de crianza positiva, (v) reducir el estrés y	181 mujeres con sus recién nacidos (90 intervenidas y 91 control)	1. utilidad de la comunidad en identificar familias de riesgo; 2. eficacia de las visitas domiciliarias en esta población de riesgo; 3. factores postnatales que influyen en la mala adaptación parental.	El programa demostró un impacto significativo en salud materna, infantil, familia, hogar y entorno variables, a las 6 semanas de iniciado el programa , lo cual no se mantuvo a las 12 semanas. El ANOVA se utilizó para probar diferencias entre la intervención y la comparación a los 12 meses, y no se encontraron diferencias significativas. Al final del seguimiento, el ajuste de las variables no fueron significativamente diferentes entre los grupos y las puntuaciones de evaluación del entorno del hogar habían convergido. El análisis predictivo de los factores de medición del periodo postnatal inmediato reveló una ausencia de	Estudio de regular calidad metodológica Constituyó un ensayo controlado aleatorizado. La información fue obtenida por auto reporte. Es óptimo el hecho de que se haya realizado seguimiento de la intervención durante 18 meses.	La capacidad de identificar los niveles de depresión, los niveles de estrés y habilidades de adaptación de todos los padres nuevos ofrecen la posibilidad de prevenir algunos casos de abuso y negligencia infantil en esta comunidad.

			<p>asistencia social para las familias identificadas, y (3) Identificar los factores en el período postnatal inmediato asociados con el entorno del niño que predicen una mala adaptación del rol de padres.</p>	<p>mejorar el estado de ánimo parental materno, (vi) reducir el potencial de abuso de menores, y (Vii) promover el uso de los sistemas de apoyo a la comunidad y vecindario para ayudar a las familias.// Dos enfermeras de salud infantil se emplearon a tiempo completo para llevar a cabo visitas domiciliarias y otra enfermera del hospital infantil fue la responsable de la derivación de las familias Las enfermeras visitantes fueron seleccionados sobre la base de su experiencia de trabajo con familias de alto riesgo en un contexto comunitario. El trabajador social ofrece la intervención en el hogar para las familias, o cuando lo soliciten los padres, utiliza el enfoque de terapia familiar. // Seis ayudantes padres eran empleados, entrenados y supervisados por otro trabajador social para brindar asistencia semanal a un corto</p>			<p>cualquier valor predictivo a las características demográficas, en las cuales suelen centrarse los esfuerzos de prevención. La evaluación de seguimiento no mostró un impacto positivo sobre el estrés parental, competencia parental, o calidad del ambiente en el hogar lo que confirma la necesidad de probar el éxito del programa desde el principio los resultados a largo plazo. // Las mujeres que reportan dificultades iniciales de adaptación al rol de padres estaban dispuestas a participar en el ensayo, por lo menos los primeros 12 meses.// Las madres adolescentes eran más propensas a retirarse antes de los primeros 12 meses, al igual que las madres con vivienda precaria.</p>		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

				plazo una base para familias que requirieran asistencia intensiva con la paternidad. Un pediatra con experiencia en la protección de los niños coordinó el equipo del programa de intervención.					
7	2009, Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, Meredith-Benitz E.	Realizado sobre madres de recién nacidos, quienes han sido reclutadas en distintos escenarios educativos desde la etapa prenatal	Determinar si los materiales de educación destinados a los padres (del Programa PURPLE) cambian el conocimiento materno y el comportamiento respecto del zamarreo infantil	Se reclutaron mujeres embarazadas desde las clases prenatales (de 10 lugares), en salas de maternidad (de 3 hospitales) y en las oficinas de los pediatras (11 box). Al grupo control se le entregaron 2 folletos y un DVD relativo a la prevención de lesiones, mientras que el grupo intervenido obtuvo materiales del programa PURPLE (cada letra se refiere a una propiedad del llanto infantil que es frustrante para el cuidador) que consistían en un folleto de 11 páginas y un DVD de 12 minutos. Los materiales son distintos en cuanto a temáticas para cada grupo. Los resultados primarios fueron medidos telefónicamente dos meses después de la	1374 madres de recién nacidos asignados al grupo de intervención y 1364 al grupo control	Los R. primarios fueron: conocimiento del llanto, conocimiento del zamarreo, respuesta al llanto en general, respuesta a un llanto insoportable y la respuesta auto conversada del cuidador ante el llanto frustrante, contactos del cuidador cuando el niño estaba angustiado, eventos peak de angustia del bebé, percepción de frustración ante el llanto infantil, número de visitas al consultorio	Las puntuaciones de conocimiento fueron mayores en el grupo de intervención tanto para el llanto (diferencia 6,2 puntos, IC 5,0-7,3) como para el zamarreo (diferencia de 1,3, IC 0,5-2,1). Las respuestas de comportamiento a los resultados de llanto fueron mayores en el grupo intervención que en el control, para el llanto en general (0,2, IC -0,9 a 1,4), llanto frustrante (1,3, IC -07 a 3,2), y para la conversación con uno mismo (diferencia de 1,3, IC de -1,6-4,2), pero sin diferencias estadísticamente significativas. Las madres del grupo intervenido compartieron más información (diferencia de 6,5, IC 2,3-10,6) al alejarse ante la frustración por el llanto inconsolable, y un 5,6% más información sobre los peligros de sacudir (IC 1,6-9,6) . No eran más propensas a	Estudio de buena calidad metodológica Estudio aleatorizado, controlado y adecuadamente ciego, aprobado por comité de ética. La gran limitación es que no se incorporó a los padres, quienes son los victimarios más frecuentes. Además fueron pocos días de auto reporte (4)	Hacer un seguimiento más largo de las auto observaciones registradas en el diario en que llevan las madres un registro.

				entrega, permitiéndose hasta 18 intentos de ubicación.		pediátrico, y número de visitas al consultorio pediátrico por cólicos, llanto, quejas o problemas de alimentación.	compartir información sobre el llanto. En comparación con los controles, el grupo de intervención tenían 8,6 más minutos / día de contacto cuando el niño estaba angustiado. Los demás outcomes secundarios no evidenciaron diferencias significativas, salvo que las madres del grupo intervenido manifestaron más angustia en general. Las tasas de visitas al pediatra post estudio no difieren significativamente entre ambos grupos		
12	2011, Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J.	Sobre médicos residentes pediátricos de clínicas de atención primaria, que se inscribieron para ser capacitados en el modelo SEEK.	determinar si 1) los pediatras residentes formados en el modelo SEEK reportarían mejores competencias en la evaluación de los factores de riesgo psicosociales; 2) serían más capaces de detectar y evaluar los factores de riesgo, y; 3) las familias del grupo de intervención,	El modelo SEEK (un ambiente seguro para cada niño) incluyó la formación de los pediatras residentes en factores de riesgo psicosocial, un cuestionario de evaluación para padres de 20 ítems y un estudio social.	Elegidos y randomizados: n = 95 pediatras residentes. Finalmente, 44 (grupo de intervención) y 40 (grupo control) a los 18 meses	1. Línea de base de los pediatras residentes a los 6 y 18 meses post-entrenamiento, mediante encuestas; 2. Revisión de los registros médicos; 3. Satisfacción de los padres con respecto a la interacción médico-padres.	La tasa de detección de depresión aumentó significativamente en el grupo de intervención (a 88%) versus el de control (a 16%), $p < 0,001$. En la primera evaluación, los padres de los niños atendidos por médicos del grupo de intervención estaban más satisfechos que los médicos del grupo control (17,4 versus 16,9, $p < 0,01$), sin diferencias a los 6 meses de evaluación. El modelo SEEK mejora entre los residentes del grupo de intervención las áreas de depresión, violencia intrafamiliar, estrés e inseguridad alimentaria, hallazgos que siguen siendo significativos incluso después	Estudio de regular calidad metodológica Aleatorización adecuada pero no se asegura la validez interna debido a que los residentes pudieron haber compartido información.	Buen método que demuestra ser efectivo para ciertos factores de riesgo psicosociales, los que son evaluados a través de tres fuentes: autoinforme del residente, expediente médico y el informe de satisfacción de los padres. Las dimensiones de castigo corporal y uso de sustancias requieren de

			informarían más satisfacción para con el médico respecto de la atención estándar que recibe del médico del grupo control				de 18 meses de la formación inicial.		mayor revisión, ya que no mejoraron las habilidades de los residentes en estos temas. // Al replicar este estudio se debe considerar el tiempo que llevan de relación el pediatra con los padres.
19	2011, Smeekens AE, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, Russel IM, ten Cate OT, Turner NM, van de Putte EM	Enfermeros del departamento de emergencia pertenecientes a un Centro Médico Universitario de Utrecht en Holanda, país en donde se estila aplicar un check list de 6 preguntas y respuestas dicotómicas (SPUTOVAMOR) a todo menor de 18 años, para evaluar la presencia de maltrato infantil.	Evaluar la eficacia de un programa de aprendizaje virtual en la actuación de las enfermeras ante el reconocimiento del maltrato infantil y en la percepción de auto-eficacia, en casos simulados en el departamento de emergencia.	El programa consta de tres módulos diferentes: reconocimiento, actuación y comunicación. El estudio se centra sólo en el primer módulo, desarrollado específicamente para mejorar el reconocimiento de abuso de menores, por parte de las enfermeras en el servicio de urgencias. El programa e-learning contiene simulaciones de casos clínicos, animaciones de video y elementos interactivos. Los participantes fueron instruidos para completar el programa en un mínimo de 2 h durante un periodo de 2	38 enfermeras del departamento de emergencias fueron elegidas y randomizadas, 19 para cada grupo.	Resultado primario: rendimiento de reconocimiento de abuso infantil en el caso simulado (8 casos basado en hechos reales, entre niños de 9 meses y 5 años); Resultado secundario: auto-eficacia de la enfermera.	No hubo diferencias significativas entre las enfermeras en ambos grupos respecto de las características socio-ocupacionales. El desempeño del grupo de intervención durante el post-test fue significativamente mejor que el grupo control ($p = 0,022$, IC 95% 2,9-33,3). También reportan mayor auto-eficacia ($p = 0,171$, IC 25,4-134,7). Se demostró una correlación positiva entre la auto-eficacia y el rendimiento en la prueba de simulación (correlación de Spearman 0,387, $p = 0,056$)	Estudio de regular calidad metodológica Adecuada aleatorización, no se explicita ciego.	Se recomienda implementar un programa de aprendizaje virtual entre las enfermedades de las unidades de emergencia, lo que representaría un primer paso en la detección del abuso infantil. Además se debiera restringir el tiempo de evaluación, para hacerlo más similar a la experiencia real de atención en un servicio de urgencia.

				semanas, ya sea en el hospital o en casa. Luego de la simulación las enfermeras recibieron retroalimentación inmediata. Las simulaciones se registraron en video y después de la realización pre y post test se las evaluó por un panel de expertos (pediatras entrenados en maltrato infantil), asignando un puntaje total desde 0 a 114 puntos.					
22	2009, Guenther E, Olsen C, Keenan H, Newberry C, Dean JM, Olson LM.	Se evalúa el proceder respecto de la documentación y registro de sospecha de maltrato infantil físico, por parte de los servicios de urgencia	Determinar si una intervención educativa de la atención médica se podría traducir en una mejor documentación de los posibles casos de maltrato infantil físico en niños menores de 3 años que son atendidos en los servicios de urgencia. (busca determinar si cambia el patrón de	Se crearon tres grupos: Grupo 1: no intervenido; Grupo 2: el intervenido parcialmente con una muy breve sesión de único contacto, de una hora didáctica con un power point de 45 minutos sobre el reconocimiento del maltrato físico infantil en el servicio de urgencia y 15 minutos para la discusión cerrada. Grupo 3: tres sesiones didácticas de una hora realizadas por 6 meses, primero con iguales sesiones a las del	1575 evaluaciones de 14 unidades de emergencias hospitalaria fueron revisadas, 922 que tenían lesiones y 653 en que no se consignó lesión alguna 544 vistas preintervención, 488 durante y 543 post-intervención.	El outcome principal fue el cambio en la documentación de referencia, la que responde a 5 interrogantes: documentación de la demora entre la lesión y la búsqueda de consejo médico de más de 24 hrs sin una explicación verosímil; documentación de la coherencia de la historia con la lesión;	Ninguna de las intervenciones educativas parecen afectar significativamente ($p > 0,2$) sobre el cambio en el hábito o comportamiento de la unidades de emergencia respecto de la documentación, y que incluso habiendo cierta consideración para documentarlo, ésta es esporádica. Se utilizó un modelo GEE	Estudio de buena calidad metodológica De este estudio multicéntrico la aleatorización, y el control resultan adecuados, es imposible el doble ciego dadas las características del estudio. El inconveniente fue que se limitó el tamaño muestral de acuerdo a los	Velar porque cuando se realicen capacitaciones al personal de urgencia, éstas sean realizadas a todo el personal contratado. Se sugiere por último ampliar el tamaño muestral ya que se limitó el poder para detectar las mejoras. // Sostienen que un modelo educativo tradicional no

			documentación en los servicios de urgencia no si cambia el médico su comportamiento)	grupo 2, luego se agrega información adicional como dos artículos de revistas (para reconocer abuso y sobre la documentación apropiada para reconocer el maltrato), luego se hicieron discusiones y se diseñó un instrumento para recordar al médico qué elementos considerar en el diagnóstico, el que fue presentado y sometido a discusión, además de la posibilidad de que un especialista resolviera dudas. Dirigidas a médicos, enfermeras y técnicos que trabajan en el servicio de urgencia. Se evalúan los datos de urgencia antes, durante y post intervención (a 30 y hasta 60 días).		descripción completa de la lesión: documentación del examen de la fontanela anterior en menores de 1 año, y documentación de un adecuado examen de la piel.		recursos económicos y no por criterio teórico con la intención de evaluar estadísticamente el efecto	puede por sí solo cambiar conductas.
28	2010, Oveisi S, Ardabili HE, Dadds MR, Majdzadeh R, Mohammadkhani P, Rad JA, Shahrivar Z.	Madres iraníes que acuden a alguno de los 5 centros seleccionados aleatoriamente de atención de salud primarios ubicados cerca de la capital de Irán, con sus	Evaluar si los centros de atención primaria de salud pueden ser utilizados para atraer y proporcionar un educación preventiva a las madres de niños	Las medidas se realizaron antes de iniciar el programa y dos meses después de finalizado. Se aplicaron dos cuestionarios sobre la crianza y el maltrato infantil; una respecto del abuso físico y emocional y una escala que mide prácticas de	224 madres; en el grupo de intervención=116 y en el de control 108 permanecen al cabo de 8 semanas de seguimiento	1. Maltrato físico y emocional (CTSPCm) y, 2. Prácticas de crianza disfuncionales (PS). Se utilizó para el primer cuestionario un punto de corte	Al comparar el grupo de las madres del grupo de intervención versus el de control, éstas reportaron una mejora en sus comportamientos entre el periodo pre y post test, medido a las 8 semanas de seguimiento. Considerando PS , se tiene una puntuación media para el grupo control	Estudio de regular calidad metodológica Adecuada randomización y ciego. Precisa adecuadamente los conceptos a utilizar y los criterios de	Mencionan que sería ideal medir los costos y beneficios de la prevención del maltrato infantil. También recomiendan capacitar a los médicos en enseñar

		niños de entre 2 y 6 años, a los controles de niño sano o a vacunarse	pequeños respecto de las habilidades de crianza. Además explora si los padres que utilizaron el programa SOS (ayuda para padres) mejoran sus habilidades parentales	crianza disfuncionales. El grupo de intervención tuvo 2 hrs semanales durante dos semanas consecutivas en que un médico capacitado y certificado en el SOS, ayuda en el papel de la crianza de los hijos, en la segunda sesión las madres hicieron juegos de rol y videos. El programa les enseña habilidades para controlar de modo no abusivo la mala conducta y por tanto, permite la prevención de problemas del comportamiento infantil.		de 3,1, y para el segundo el percentil 80, ambos respecto de la puntuación total obtenida	(GC) pre 3,89, post 3,87, para el grupo intervenido (GI) pre 3,81, post 3,19, valor p= 0,001. Respecto del CTSPCm, para GC pre 2,73, post 2,77 y GI pre 2,68, post 2,31, valor p =0,001	inclusión. Se utilizaron instrumentos validados en Irán. Existió pilotaje del uso del instrumento. Los resultados se basan en auto reporte y no en observación directa. Se desconoce si el aumento de conocimiento de los padres se traduce menos maltrato infantil	habilidades de crianza. Buen escenario el de la APS y controles de salud o vacunación, entendido como gran plataforma para la implementación del estudio y para su posterior réplica a fin de prevenir el maltrato infantil.
45	2009, Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R.	Madres púérperas de 6 hospitales de grandes zonas de Vancouver y Columbia, con antecedentes de embarazo normal, y bebé único y sano, que hablarán inglés y tuviesen acceso a DVD.	Investigar el efecto de proporcionar a las madres de los recién nacidos, material de Programa PURPLE del llanto infantil, para evaluar el conocimiento y comportamiento relacionado con la prevención del síndrome del niño sacudido.	El grupo de intervención recibió material del Programa PURPLE de llanto infantil consistía en un folleto de 11 páginas y un DVD. El grupo control recibió 2 folletos respecto de la prevención y control de lesiones y un DVD sobre seguridad infantil. Además a todas las madres se les incluía un diario con 16 instrucciones y un oso de peluche.	grupo de intervención 649 madres . Grupo control 630 madres	R primarios: conocimiento del llanto, conocimiento del zamarreo, respuesta general al llanto, respuesta al llanto incontrolable, conversación con uno mismo ante el llanto incontrolable). R. secundarios: comportamiento	La puntuación media (rango 0-100 puntos) para el conocimiento sobre el llanto infantil fue mayor entre las madres que recibieron los materiales PURPLE (63.8 puntos) que entre las madres que recibieron los materiales de control (58,4 puntos) IC 95% de 4,1- 6,5 puntos). La media de las puntuaciones fueron similares en ambos grupos respecto del conocimiento del zamarreo, respuestas maternas ante el llanto inconsolable y el autodiscurso. Las madres del	Estudio de regular calidad metodológica Se aleatoriza, pero no se explicita el ciego. No se incorporaron a los padres en este estudio, Los resultados se basan en auto reportes y no en observación directa.	El uso del programa PURPLE mejora los niveles de conocimientos respecto del llanto infantil y promueve la conducta de alejamiento frente al llanto inconsolable. Tal vez lo efectos serían mejores si se hubiese apoyado desde el intersector. No es

						del infante y del cuidador.	grupo intervenido intercambian información acerca de caminar lejos si se sienten frustradas (51,5% frente a 38,5% IC 95%: 6,9% a 19,2%), los peligros de sacudir (49,3% vs 36,4%, IC 95% 6,8% al 19,0%), y el llanto del niño (67,6% vs 60,0%, IC 95%: 1,7%-13,5%). Alejarse durante llanto inconsolable fue significativamente mayor entre las madres que recibieron los materiales PÚRPURA que entre los que recibieron los materiales de control (0,067 vs 0,039 eventos por día, cociente de tasa de 1,7, IC del 95%: 1,1 a 2,6).		aplicable a otras poblaciones.
46	2008, Bailey M, Gress T, Bolden D, Pfitzer L.	Madres y padres que forman parte de la comunidad hospitalaria de la unidad materno-infantil	Evaluar los métodos educativos utilizados para enseñar a los nuevos padres sobre el Síndrome del Bebé Sacudido (SBS), principalmente evaluar el video como una herramienta educativa eficaz para los nuevos padres acerca del	Las parejas (madres y padres) fueron seleccionadas en tres grupos. Todos los grupos recibieron una charla informativa de 5 minutos y folletos respecto del SBS. El grupo 1 no recibió instrucciones adicionales. El grupo 2, vió un video educativo de 20 minutos que incluía a personalidades médicas y deportivas locales. El grupo 3 vieron un video de 20 minutos, que consistía	46 madres y padres fueron seleccionados a los dos grupos.	1. Definición de SBS. 2. Razones por las que un adulto sacude un bebé (gritar, ira, estrés). 3. ¿Qué puede hacer si un bebé no deja de llorar?, 4. ¿Cuál es la mejor manera de calmar a un bebé?	Pregunta 1: G1 muestra peores resultados que el 2 y 3 (G1 p = 0,336, G2 p = 0,007, G3 p = 0,004). Pregunta 2: G3 muestra mayores cambios en las respuestas pero no se evidencian diferencias significativas entre los grupos (G1 p = 0,763, G2 p = 0,608, G3 p = 0,542). Pregunta 3: el G2 muestra una diferencia significativa en cuanto a la necesidad de pedir ayuda cuando el bebé no deja de llorar (G1 p = 0,126, G2 p = 0,005, G3 p = 0,360). Pregunta 4: no hay diferencias significativas. (G1 p = 0,604,	Estudio de regular calidad metodológica No se explicita el ciego, sí la aleatorización. . Escaso tamaño muestral, además que no contempla seguimiento de los padres y los hijos a modo de monitorear la ocurrencia de los casos	Los autores recomiendan aumentar el tamaño muestral y contemplar un periodo mayor de seguimiento de casos

			SBS	en la recreación de la historia real de un niño que falleció por SBS. a los tres grupos se les aplicó una encuesta pre y post estudio.			G2 p = 0,875, G3 p = 0,350)		
48	2011, Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A.	Participantes franco-parlantes, reclutados a través de los servicios de bienestar de la infancia o de la comunidad en la provincia de Quebec (Canadá)	Evaluar la eficacia de una intervención a corto plazo basada en la intervención con padres maltratadores y sus hijos mediante un ensayo controlado aleatorizado.	El grupo de intervención recibió 8 visitas domiciliarias semanales dirigidas a la díada cuidador-niño y se centró en la mejora de la sensibilidad del cuidador sensibilidad. Las sesiones de intervención incluyeron discusiones breves de regulación relacionadas con emoción, el apego y los comentarios del video referentes a la interacción padre-hijo. Duración total 8 semanas.	67 cuidadores primarios y sus hijos de 1 a 5 años, grupo intervención =35, grupo control=32, completan el estudio	Resultados primarios: 1. Sensibilidad de los padres; 2. Seguridad de los niños; 3. Apego al cuidador; 4. Comportamiento organizado en los niños. Resultados secundarios: problemas de conducta del niño	Resultados pretest no revelaron diferencias en función de la asignación de grupos (Intervención vs control) en el apego de seguridad / inseguridad, $\chi^2(2, N=67) = 0,14, p = 0,71$, y la organización / desorganización, $\chi^2(2, N=67) = 0,12, p = 0,73$.// La sensibilidad de los padres en el posttest no se asoció con el sexo infantil ($t = 1,27$), pero sí se relacionó con la edad de los padres y el índice de riesgo socioeconómico ($r = 0,26, p, 0,05$ y $r = 2,24; p, 0,05$, respectivamente).// Una menor proporción de niños en el grupo de intervención se mantuvo inseguro (31,4%, $z=22,50$) en comparación con el grupo control (62,5%, $z=2,50$). //Los análisis post hoc revelaron que una proporción mayor de los niños desorganizados en el grupo de intervención se organizó (37,1%, $z=2,00$) versus el	Estudio de regular calidad metodológica Adecuado seguimiento, aleatorización y descripción del doble ciego. Escaso tamaño muestral.	Se recomienda que futuros estudios sean prolongados, y que se investiguen el rol e impacto de otras variables tales como: depresión, uso de sustancias y violencia de pareja. Este programa debe ser probado en otras culturas.

							grupo control (15,6%, z= -2,00).		
54	2005, MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A.	Se reclutaron familias canadienses (que hablaran inglés) con niños menores de 13 años que hubieren sido referidos a un centro de protección infantil. El episodio de maltrato físico o negligencia había ocurrido dentro de los últimos 3 meses, y el niño índice permanecía viviendo con su familia o había regresado a su casa dentro de los 30 días del incidente.	Determinar si un programa de visitas domiciliarias llevado a cabo por enfermeras salubristas es eficaz en la prevención de la recurrencia de maltrato físico infantil y negligencia en aquellas familias en las que ya ha ocurrido.	Las familias de control recibieron servicios estándares dispuestos por la agencia. Esta rutina incluye el seguimiento por parte de los trabajadores sociales en abuso físico infantil cuya atención se centró en la evaluación del riesgo de reincidencia, la provisión de educación sobre la crianza de los hijos, y arreglo de referencias para los padres basado en programas comunitarios de educación y otros servicios. El grupo de intervención recibió el mismo cuidado estándar más visitas a los hogares realizadas por enfermeras salubristas cada semana durante 6 meses, luego cada 2 semanas durante 6 meses, luego mensualmente durante 12 meses. Las visitas fueron de 1,5 hr, y se reunieron con al menos uno de los padres,	163 familias.	Maltrato físico o negligencia sobre un niño de la familia, basado en los reportes de abuso físico infantil, también se incluyeron visitas al hospital y estadias en los 4 hospitales de la zona	Familias del grupo de intervención mostraron significativamente mayor recurrencia de abuso físico o negligencia que las familias del grupo control: 23,6% (21) en comparación con el 10,8% (8) (Diferencia de 12,8% [IC 95% 1,5 -24,1]). El sexo del niño, las visitas a sala urgencia o la existencia de tratamiento por patología nerviosa en el adulto, no impactaron significativamente sobre las tasas de maltrato en general ni de negligencia. En los resultados secundarios, hubo pequeñas mejoras al cabo del los tres años en lo que respecta a la puntuación de CAPI (Puntuación de Abuso infantil portencial), AAPI (Puntuación de la crianza por adultos de hijos adolescentes), funcionalidad familiar y provisión social, HOME (observación del ambiente familiar) mostró pocos cambios; pero no se registraron diferencias significativas entre los grupos.	Estudio de regular calidad metodológica. Adecuada aleatorización y seguimiento. No queda claro si se aplicó similar procedimiento de detección de los sucesos en ambos grupos, lo que puede implicar un sesgo de información importante.	La intervención pudo haber sido insuficiente en frecuencia e intensidad. Los resultados de este estudio indican que existe un alto riesgo de recurrencia cuando los niños maltratados o víctimas de negligencia permanecen en el hogar.

				adaptando sus visitas a los hogares para las necesidades individuales de las familias. Sus tres principales actividades son el apoyo familiar intensivo, educación de los padres sobre el desarrollo del bebé y el niño, y la vinculación de miembros de la familia con otros servicios sanitarios y sociales específicos.					
55	2005, Fantuzzo J, Manz P, Atkins M, Meyers R.	Se realiza sobre niños afroamericanos preescolares de bajos ingresos maltratados, en que el "jugar" constituye un contexto terapéutico relevante y potente. Cuyo objetivo es mejorar la competencia social entre estos niños introvertidos a causa del maltrato. Se tomaron 40 aulas elegidas por encontrarse en la zona de	Evaluar la eficacia de un tratamiento mediado por pares realizado mediante intervención social, basado en al aula, entre niños preescolares maltratados	Se replica el experimento de campo aleatorio con un mayor n, y se examinan los comportamientos adquiridos y las interacciones logradas durante las sesiones de juego libre del programa de tratamiento en la sala de clases, la que contenía además un conjunto estándar de juguetes (algunos que facilitan la interacción, y otros como set de platos y utensilios). El profesor puntúa según un sistema de codificación en base a la observación que incluye categorías básicas de interacción social preescolar: juego solitario, atención social,	82 niños	1. Juego interactivo con pares; 2. competencias de juego con pares en la sala de clases	El análisis para el juego colaborativo indicó que existían diferencias por el estatus de maltrato, es decir, los niños maltratados muestran niveles significativamente más bajos de juego colaborativo en comparación con los no maltratados $F(1, 78) = 6.7, p < .01$. Los análisis de las categorías interactivas de juego no revelaron diferencias significativas entre los niños maltratados y no maltratados ($p < 0,01$). se evidencian niveles más altos de juego interactivo entre el grupo intervenido versus el control $F(1, 77) = 39,1, p < .0001, \eta^2 = 0,36$. Respecto del juego solitario, los niños del grupo de intervención, juegan mucho menos post intervención que	Estudio de Baja calidad metodológica No menciona randomización. Poco tiempo de ventana entre la internación y la evaluación (sólo son 2 semanas). Lo destacable es que se realiza en un escenario natural como lo es la sala de clase, lo que facilita el acceso y la posibilidad de intervenir y evita la estigmatización de ser conducido a un lugar	Realizar en otras poblaciones que varíen en etnicidad y ubicación geográfica. Además se recomienda que la evaluación sea más allá de las dos semanas como fue en este estudio, a fin de evaluar los resultados en un mayor plazo.

		mayor tasa de abuso físico de la zona.		juego asociativo y juegos interactivos colaborativos.			<p>los controles $F(1, 77) = 13.7, p < .0001, H_2 = 0.15$. Luego de analizar el juego libre, resulta que los niños controles tiene niveles significativamente más altos en la internalización de los problemas de comportamiento ($\chi^2(1) = 7.9, p < .01$) y en su externalización ($\chi^2(1) = 5.0, p < .05$).</p> <p>En resumen, los niños del grupo de tratamiento mostraron en general más altos niveles de juego interactivo y auto-control y niveles más bajos de comportamiento en el juego desconectado y perjudicial que los niños en el grupo de control.</p>	desconocido para ser tratado.	
56	2005, Fisher PA, Burraston B, Pears K.	Niños de entre 3 y 6 años que están viviendo en hogares de colocación en EEUU	Demostrar la utilidad de los programas de intervención temprana en aquellos niños preescolares (menores de 6 años) que se encuentran "colocados" en casas de acogida o recintos similares	<p>Se seleccionan sólo los niños que estén viveino en colocación de hogares y se aplica el Early Intervention Foster Care Program (EIFC) por un periodo de entre 3 y 5 semanas al menos. A las familias de acogida se les brinda capacitación por un equipo ad-hoc, y apoyo constante antes y durante la adopción. La salud y comportamiento</p>	Finalmente, fueron 29 niños asignados a la intervención temprana (grupo de intervención) y 25 siguieron en el cuidado de crianza regular en hogares adoptivos (grupo control)	Tasa de éxito de la colocación; si quienes regresaron con sus padres biológicos fueron adoptados por un pariente o no; si las tasas de éxito de colocación varían en función del número de colocaciones	<p>La mayoría de los fallos de ubicación permanente ocurren entre los meses 8 y 14. El índice de éxito en la tasa de colocación permanente en la condición control fue del 64%, en contraste, con el grupo intervenido que fue del 90%. $\chi^2(1) = 5.11, p = .02$ A medida que el número de asignaciones previas aumenta, también aumenta la probabilidad de fracaso de las colocaciones permanentes. (modelo regresión de cox)</p>	Estudio de regular calidad metodológica. Insuficiente tamaño muestral pero se realizó aleatorización de los participantes, quienes consintieron ellos, sus cuidadores, la familia de acogida y a veces los padres	El EIFC mejora la tasa de éxitos de la colocación permanente en esa población de preescolares. También sugieren explorar en detalle cómo influye el género, ya que las niñas presentan mayores tasas de fracaso en las colocaciones permanentes. Se

				de los niños son monitoreadas constantemente por médicos, psicólogos y asistentes sociales, hay psiquiatras que indican la medicación y tratan a aquellos con patologías de salud mental, y terapeutas de familia en caso de que haya una colocación permanente. Este programa dura entre 6 y 9 meses. Los niños fueron evaluados cada trimestre por 2 años y se comparó con el cuidado de crianza regular en hogares adoptivos (grupo control)		previas experimentadas		biológicos en participar. Adecuada evaluación del sesgo por tasa de rechazo a participar. Se explicitan todas las posibles causas de maltrato y se clasifican.	sugiere contar con información más amplia de las causas que determinan la colocación, y realizar a futuro estudios del impacto económico.
2	2010, Sawasdiapanich N, Srisuphan W, Yenbut J, Tiansawad S, Humphreys JC.	Se relaciona con intervenciones educativas cognitivas realizadas a padres, madres u otros cuidadores de niños tailandeses, que asisten a guarderías del este de Tailandia, a fin de prevenir el abuso físico en	El objetivo de este estudio fue examinar los efectos de un programa de ajuste cognitivo sobre las actitudes de los padres respecto de la crianza del niño y el potencial abuso físico infantil	Este programa de ajuste cognitivo se basa en el Modelo de Procesamiento de la Información Social (Milner, 2000). Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con el Manual de Abuso Infantil. Los criterios de inclusión fueron: a) aquellos que tenían una puntuación de posible abuso de ≥ 166 puntos, b) que esté a cargo o viva junto con al menos un niño de	56 participantes del grupo de intervención y 63 del grupo control, completaron finalmente las 16 semanas de seguimiento	Actitudes parentales hacia la crianza de los hijos y potencial abuso físico infantil	La mayoría de los participantes fueron mujeres (79,3%), con una edad promedio de 33 años. A las 16 semanas de seguimiento los del grupo de intervención muestran mejores actitudes respecto de la crianza de los niños ($p < 0,001$). Los resultados del ANCOVA, usando el pretest como una covariable, demuestran que los participantes del grupo de intervención tienen mejores actitudes parentales (estadísticamente significativas) a las 16 semanas	Estudio de regular calidad metodológica Se aleatorizó y comparó con un grupo control. No se menciona el ciego.	El programa de ajuste cognitivo logra mejoras significativas respecto de la crianza de los hijos en el grupo intervenido versus el control, pero no demuestra ser exitoso en la reducción del potencial abuso físico, tal vez porque las actividades

	niños entre 1 y 6 años. Se consideran sujetos de nivel socioeconómico bajo y medio.		entre 1 y 6 años, c) que no tuviera antecedentes de trastorno mental, y d) que fueran capaces de leer y escribir en tailandés. Se excluyeron aquellos que tenían antecedentes de maltrato infantil y aquellos que no pudieron completar todas las sesiones de intervención. Se realizaron dos sesiones de intervención grupal (discusión de grupo e intercambio de experiencias) durante tres meses asociado a dos visitas domiciliarias a padres tailandeses de niños entre 1 y 6 años, quienes tienen mayor riesgo de sufrir abuso físico.			de seguimiento que los del grupo control que muestran un pequeño efecto ($F(1,113)=13,95$, $p < 0,001$ y $n= 0,110$). Los participantes del grupo de intervención tienen significativamente menor potencial de realizar abuso físico infantil que la línea de base ($p < 0,05$), pero al utilizar ANCOVA no hay diferencias significativas en el potencial de abuso físico infantil entre el grupo de intervención versus el de control a las 16 semanas de seguimiento ($F(1,113) = 0,27$ y $p = 0,603$)	diseñadas para esta etapa son insuficientes como para producir el cambio deseado, o bien son las intervenciones son escasas en cuanto a frecuencia y son de bajo impacto. Este programa debe ser incorporado sistemáticamente a otros sectores y centros relacionados a la atención infantil, a fin de generar estrategias de prevención eficaz. Se refiere también a que los instrumentos (traducidos al tailandés), podrían no ser lo suficientemente sensibles para capturar los resultados en un entorno tailandés.
--	---	--	--	--	--	--	---

10	2008, Russell BS, Trudeau J, Britner PA	Explorar cómo influyen diferentes tipos de intervenciones educativas sobre el nivel de conciencia del SBS	Comparar los materiales de intervención destinados a aumentar la conciencia pública sobre las prácticas de cuidado relacionadas con el Síndrome del Bebé Sacudido (SBS).	Se utilizaron dos videos y un folleto informativo ("Nunca, nunca sacuda a un bebé") y otro grupo recibirá el folleto solamente (control), Ambos videos son aproximadamente diez minutos de duración y contienen la misma información sobre los riesgos y consecuencias de sacudir a un bebé, difieren sin embargo, en la presentación: "Agitar, golpear, y dar nalgadas: Qué hacer en vez de esto" ofrece a los espectadores de varios minutos de material en conductas alternativas que podrían ayudar a calmar a un bebé que llora y mantener la calma en situaciones frustrantes En "Retrato de la Promesa" se enumeran las mismas sugerencias en menos de 1 minuto e incluye varios minutos de testimonios de niños que fueron sacudidos.El conocimiento de SBS fue examinado mediante una intervención educativa en 3 momentos (a las 2, 6, y 12 semanas después de	2 muestras independientes fueron seleccionadas, de cuidadores (121) y no cuidadores (143), con un total de 264 adultos	Conciencia del Síndrome del Bebé Sacudido, cuyos elementos diseñados para tal efecto fueron: (1) actitudes hacia la regulación emocional de los adultos, (2) actitudes para mantener la calma (3) actitudes hacia la disciplina y (4) conocimiento médico básico.	La probabilidad de inclusión en el grupo bandera roja se redujo significativamente desde lo previo a la intervención (11,3%) a la 2 semanas de seguimiento de la muestra (5,6%) (p <0,05). La intervención más o menos redujo a la mitad el número de personas en la muestra cuyas respuestas se codificaron como de escasa conciencia sobre dos o más elementos. Los participantes de más edad eran menos propensos a experimentar un cambio positivo. Las personas que vieron el video "Agitar, golpear, y dar nalgadas" fueron más propensos a experimentar un cambio positivo en estos factores, mientras que "Retrato de la Promesa" produjo una probabilidad menor y el folleto "nunca sacuda a un bebé" fue la más mínima. Ninguna intervención produjo un cambio negativo de conciencia. El cambio de conciencia era más rápido en los cuidadores, pero independiente de si eran o no cuidadores, el cambio de reducía a medida que pasaba el tiempo. Aunque algunos de los participantes experimentaron una variación negativa en su conocimiento,	Estudio de regular calidad metodológica Fue un muestreo por conveniencia utilizando técnica de bola de nieve, pero la asignación de los pacientes a cualquiera de los tres grupos de intervención fue aleatoria. Los asistentes de codificación fueron ciegos a los participantes y al otro asistente	Se demuestra la necesidad de una cuidadosa selección de materiales educativos para los programas de intervención en cuestión con la prevención de SBS a través de la conciencia pública. Se necesita más investigación para determinar si los participantes son sensibles a las cuestiones de atención seguras relativas a emociones de alta intensidad (ira o frustración) versus baja intensidad (tristeza o cansancio) o si la duración de la experiencia emocional es más relevante.
----	---	---	--	--	--	---	---	---	--

				la intervención). Cada elemento podía tener entre 3 y 12 preguntas y se hicieron otras dos abiertas, todas se codificaron en categorías establecidas. Las respuestas del estudio se combinaron en cinco puntuaciones de los factores. Los cambios en la puntuación de factores con el tiempo se modelaron usando análisis de las biografías para predecir la probabilidad condicional del cambio de conciencia			ninguno de los disponibles variables fue suficiente para los modelos de predicción significativos. Puede ser que el cambio negativo se distribuyó al azar		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

TABLA 4: SÍNTESIS ENSAYOS CLÍNICOS Y POBLACIONALES NO ALEATORIZADOS

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales (sig. estd. y magnitud)	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores
4	2000, Fisher PA, Gunnar MR, Chamberlain P, Reid JB.	Niños preescolares (menores de 5 años) que se encuentran en hogares de acogida en EEUU. El EIFC utiliza el cuidado temporal como el medio para la intervención	Describir los resultados de un estudio piloto que evaluó la eficacia de un programa de intervención temprana de cuidados de	La intervención EIFC se entrega a través de un enfoque de equipo. Los padres de crianza reciben formación de carácter intensiva. Después de la colocación, los padres de crianza reciben apoyo y supervisión a través de contactos telefónicos	Son tres grupos uno corresponde al programa tradicional de cuidados de crianza, otro agrega la intervención	Se analizan: 1) estrategias de crianza (vigilancia de los padres/supervisión, disciplina consistente y refuerzo positivo, cuestionario desarrollado en	Un efecto significativo en el retraso del desarrollo se encontró ($F_{2, 24} = 8,58, p = 0.01$), en los dos grupos de tratamiento versus el de referencia. Los padres del grupo de crianza habitual muestran menores tasas de estrategias positivas de crianza ($F_{2,15} = 4.96, p < 0,05$). En	Estudio de baja calidad metodológica No se asignaron las intervenciones de modo aleatorio, debido a que	Se requiere del trabajo integrado y coordinado con otras agencias del estado. Sugieren aleatorización de la intervención. Considerar variables que pudiesen afectar el nivel de

	<p>terapéutica y los padres participan activamente de la crianza como agentes terapéuticos. Este enfoque, comúnmente se conoce como "tratamiento de cuidado de crianza" destinado a facilitar el desarrollo de una relación terapéutica entre el niño y los padres de crianza temporal, a reducir problemas de comportamiento, así como el desarrollo de un repertorio prosocial en el comportamiento infantil.</p>	<p>crianza (EIFC) realizado en el periodo inmediatamente posterior a la colocación de un niño en un nuevo hogar de acogida.</p>	<p>diarios o visitas domiciliarias semanales visitas por un consultor principal, una reunión del grupo de apoyo semanal, y 24 -horas de atención continuada para intervención en crisis. Los niños reciben atención de un especialista en trastornos del comportamiento que trabaja con preescolares. Siempre que sea posible, un terapeuta familiar trabaja con la familia biológica para enseñar lo mismo, habilidades de los padres que son utilizados por los padres de crianza en el programa, así como fomentar la generalización de los logros del tratamiento y facilitar la reunificación. Cuando los padres biológicos no están dispuestos o no pueden volver a juntarse con sus hijos, se hace un esfuerzo para asegurar que una alternativa a largo plazo reciba los servicios necesarios para una transición exitosa. Para todos los grupos considerados se recogieron datos al inicio (2 ó 3 semanas luego de la colocación) y 12 semanas</p>	<p>del programa EIFC, y otro es el grupo control de referencia comunitario. Se incluyeron 10 participantes para cada grupo</p>	<p>anteriores estudios en el Oregon Social Learning Center) y manejo del estrés en los padres respecto del cuidado de los niños (medido por el informe Daily Parent que es una entrevista telefónica de 54 ítems), 2) impacto de la intervención sobre el comportamiento de los niños durante el periodo inicial de adaptación (3 a 4 meses, en que se utiliza el Inventario de la Primera Infancia), 3) se analiza el funcionamiento de los niños en términos de indicadores biológicos (cortisol salival, se recogieron muestras tres veces al día durante 2 días en la evaluación inicial y en la final). La colección de veces incluye 1/2 hora</p>	<p>relación al comportamiento de los niños el grupo EIFC mostró peores resultados al principio, pero finalmente fueron los que experimentaron la mejor tendencia. Los niveles de cortisol se redujeron al fin de la evaluación, siendo que el grupo EIFC muestra niveles similares a los del grupo control. Un significativo efecto se obtuvo para la hora del día ($F(2, 23) = 46,60, p < .001$), indicando disminución de cortisol a la hora de dormir en todos los grupos e intervalos de evaluación.</p>	<p>ya formaban parte de la red local de servicios, por lo que se introdujo un sesgo de selección de los participantes, ya que los que formaban parte del grupo EIFC tenían mayor historia de maltrato que los del grupo de cuidados de crianza habitual. No se explicita aprobación por comité de ética. Indica que se hicieron grandes esfuerzos por disminuir el contacto entre los miembros del equipo, pero no se asegura el ciego. Tamaño muestral es muy pequeño, por lo que reduce la</p>	<p>cortisol. Incorporar diversidad étnica</p>
--	---	---	---	--	--	--	--	---

				después.		después de levantarse (AM), 10:00-10:30 A.m. (Media mañana), y 1/2 hora antes de acostarse (PM). Los datos para cada 2 días de periodo se suman y promedian entre cada colección).		potencia del estudio. No se ajusta por variables de confusión que pudiesen haber alterado el nivel de cortisol. Tampoco hubo discriminación racial ni étnica	
6	2011, Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E.	Intervención educativa realizada por pediatras residentes en el momento del alta del recién nacido respecto del conocimiento del llanto infantil y del síndrome del niño sacudido. Se realizó sobre madres, padres o abuelas (raza caucásica, afroamericana, hispana u otra)	Determinar el impacto de un programa de intervención educativa al alta del recién nacido, respecto de creencias sobre el llanto infantil y el conocimiento del Sd de niño sacudido en cuidadores de bebés tratados en un centro APS	Intervención educativa realizada por pediatras residentes mediante entrevista estructurada en que realizan un set de preguntas cerradas y abiertas dirigidas al cuidador, respecto de creencias sobre el llanto infantil, qué hacer ante la frustración que causa el llanto infantil, causas del zamarreo, y cómo se puede prevenir el SBS. Se evaluó el conocimiento adquirido respecto del SBS y la fuente de información.	Inicialmente 110 cuidadores del grupo control y 112 del grupo a intervenir. Finalmente 96 del grupo control y 109 del grupo a intervenir	1. Creencias sobre llanto infantil; 2. Conocimiento del síndrome del niño sacudido	El grupo de la intervención tuvo madres y bebé más jóvenes. Luego de ajustar, los cuidadores del grupo de intervención eran más propensos a afirmar que tomarían un descanso si se sienten frustrados a causa del llanto del bebé (OR 3,10 IC 95% 1,62 a 5,93), declaraban que la causa más probable de la "sacudida" era la frustración (OR 2,21, IC 95% 1,20 a 4,20), a la vez que afirman que el conocimiento del SBS fue adquirido principalmente de parte del personal hospitalario (OR 3,39 IC 95% 1,61-4,20)	Estudio de baja calidad metodológica No se aleatoriza la intervención, fue un muestreo por conveniencia	Faltó una evaluación formal del proceso de aplicación de la intervención tal como se ha hecho con otras técnicas (ejemplo videos)
50	2009, Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR.	Se realiza una estratificación geográfica por condados del área suroriente de EEUU, los cuales no tenían exposición	Demostrar el impacto de la prevención del maltrato infantil a nivel poblacional, utilizando	Se realizó una encuesta telefónica antes y después de la intervención a fin de determinar el crecimiento relativo del conocimiento del Triple P, tanto en familias de los condados	1794 encuestas pre intervención, y 1854 post. Del grupo control	1. Casos de maltrato infantil registrado por los servicios de protección infantil. 2. Hijos que viven fuera de sus casas	Conciencia pública del triple P después de 2 años de la intervención del grupo intervenido media 17,1% versus 5,5% del control, $p < 0,001$. Si se compara el grupo intervenido pre y post	Estudio de Buena calidad metodológica Constituye un ensayo poblacional	Continuar con un estudio costo-beneficio que permita evaluar esta estrategia preventiva poblacional.

		<p>previa al Triple P (Programa de Parentalidad-Crianza Positiva), en que las familias tenían al menos un hijo menor de 8 años</p>	<p>intervenciones parentales basadas en la evidencia</p>	<p>intervenidos como en los de control. El periodo de intervención fue de 24 meses. Los sujetos capacitados provenían de diversas profesiones, no era sólo personal de salud (capacitados en un periodo de entre 3 y 6 días).</p>	<p>fueron 1836 pre y 1826 post, distribuidos en un total de 18 condados, los que constituyen la unidad de análisis.</p>	<p>en un sistema de cuidado de crianza. 3: Hospitalizaciones infantiles y visitas a los servicios de urgencia a causa de lesiones por maltrato infantil (todas calculadas en tasa por cada 100 niños en el rango entre el nacimiento y los 8 años)</p>	<p>intervención, la conciencia pública del triple P aumentó de 4,8% a 17,1%, $p < 0,001$. Al comparar los resultados primarios entre el grupo de intervención versus el de control, se tiene que para los casos de MI, en el grupo de intervención la tasa por 1000 fue de 10,86 en la preintervención y de 11,74 postintervención; en el grupo de control: 11,12 pre, y 15,06 post; $p < 0,03$. Para los hijos que viven fuera del hogar en el grupo de intervención se tiene una tasa de 4,27 pre y de 3,75 postintervención, mientras que en el grupo de control fue de 3,10 pre y de 4,46 postintervención con un $p < 0,01$. En cuanto a las hospitalizaciones o visitas de urgencia, en el grupo intervenido la tasa fue de 1,73 pre y de 1,41 postintervención, mientras que en el grupo control fue de 1,69 pre y de 2,36 postintervención, valor $p < 0,02$.</p> <p>Considerando que la unidad de análisis son los condados y no los individuos, se tiene que en una comunidad con 100.000 niños menores de 8 años, estos efectos se traducirían en 688 casos menos de maltrato infantil, 240 menos</p>	<p>más que clínico tradicional, ya que la atención se centró en la capacitación y difusión a gran escala en condados aleatorizados, en lugar de fijarse en datos relacionados a la prestación de servicios. Se realizó aleatorización y control adecuado, al mismo tiempo que se ajustó de acuerdo a criterios teóricos. Los tres indicadores de población dan cuenta de un efecto de prevención bastante robusto en magnitud, hecho que es apoyado porque cada uno de los tres indicadores que provienen de una fuente</p>	<p>Recomiendan que no sea una intervención puntual puesto que la población es móvil</p>
--	--	--	--	---	---	--	--	---	---

							colocaciones fuera del hogar, y 60 niños con un menor número de lesiones que requieren hospitalización o consultas de urgencia	de datos de registro independiente. Se cuidó celosamente el hecho de evitar el sesgo de información.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 5: SÍNTESIS DE ESTUDIOS CUASI EXPERIMENTALES

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
42	2011, Pineda Pérez, Eloy; Gutiérrez Baró, Elsa; Díaz Franco, Ada María.	Intervención educativa sobre cuidadores de niños con síndrome de Down en Cuba (en el Círculo Infantil especial Zunzún).	Conocer algunos factores de riesgo o características del medio familiar del niño, la información sobre diferentes formas de maltrato que conoce la familia y tratar de eliminar ese sufrimiento aplicado a los infantes después de	Se elaboró y aplicó una estrategia educativa "antes-después". 1. Fase inicial: Se realizó la prueba de entrada, compuesta por una encuesta con diferentes ítems para conocer algunas características del medio familiar de cada niño y constatar el conocimiento sobre el maltrato infantil que poseían los padres o madres de los niños. Además se realizó una entrevista cuando existían datos que era necesario verificar o que los padres no señalaron en la encuesta. 2. Fase experimental: Se realizaron 3 talleres: a) Características psicológicas del niño con síndrome de Down. Aspectos generales del proceso de aprendizaje en el niño sano y	24 madres y 4 padres (100% del centro)	1. Conocimiento de las formas de maltrato infantil. 2. Acciones realizadas por los niños que inducen a los padres a cometer maltrato infantil. 3. Consideración de la capacidad de los padres para prevenir el maltarto infantil.	Antes versus después de la educación: Conocimiento del abuso físico (75%-100%), del abuso sexual (71,4% - 96,3%), del maltrato emocional (25%-85,7%). Respecto de las acciones del menor que inducen el maltrato: incumplimiento de órdenes (64,3%-21,4%), referentes a la manifestación de su sexualidad (28,6%-10,7%). En relación a la consideración de la capacidad de los padres para evitarlo (64,3%-92,9%)	Estudio de Regular calidad metodológica No se aleatoriza la intervención, puesto que se considera al universo. No hay ciegos. Cuenta con el consentimiento informado. No se utilizan las adecuadas medidas de asociación. No se menciona el intervalo de confianza ni	Rol valioso del equipo médico en la prevención, la que debe incorporarse desde las consultas de puericultura. Insisten en no olvidar los factores de riesgo psicosociales, el permitir y favorecer la socialización, e incorporar a los profesores.

			empleada la estrategia educativa diseñada	<p>el discapacitado. Aspectos generales del maltrato infantil: definiciones. Breve recuento histórico.</p> <p>b) Clasificación del síndrome de maltrato infantil. Formas generales y particulares de expresión. Diferentes formas de maltrato infantil y su repercusión en el desarrollo físico y psicológico del niño.</p> <p>c) Desarrollo armónico del niño con síndrome de Down en el seno familiar y social sin maltrato infantil. Dinámica familiar para la prevención del maltrato infantil.</p> <p>3. Fase final: Se aplicó la prueba de salida para conocer el nivel de preparación que adquirió el padre o la madre y constatar la efectividad de los talleres impartidos.</p> <p>Los talleres se realizaron con una frecuencia semanal, de 2 horas de duración</p>				valor p, sólo declaran que es significativo en base al cambio positivo del porcentaje.	
44	2000, Ulloa, Zaineth; Jiménez, Libia.	Docentes de la escuela cerritos blancos en Venezuela. Debido a es difícil detectar a los niños maltratados en las casas, ya sea porque las familias desconocen que sus métodos de enseñanza son	Desarrollar una propuesta educativa, con la finalidad de suministrar a los docentes las herramientas necesarias para enfrentar este problema social que afecta el	El instrumento de investigación fue un test construido por dos partes: 1) tiempo de servicio en años, información previa formal sobre el tema y fuentes de información; 2) conocimientos sobre maltrato infantil (definición y tipos de maltrato infantil, factores de riesgo, características y consecuencias, diagnóstico y conducta). Luego se corrigió, y en base a ésto se estructuró el programa educativo, haciendo	31 docentes (universo de la escuela), de los cuáles 5 se retiraron espontáneamente	Nivel de conocimiento del maltrato infantil entre los docentes	De acuerdo al nivel de conocimientos de los docentes sobre MI, en el pre-test un 73% tuvo puntuación regular, 23% mala y 4% buena. El total de aquellos funcionarios con menos de 10 años de servicio, resultan con conocimiento regular, de los que tienen más de 10 años el 70% fue regular, el 26% mala y un 4% buena. Las principales fuentes de información fueron	Estudio de baja calidad metodológica La intervención se le aplica al 100% del universo. Pobre diseño y ejecución del estudio, así como método estadístico. No	Unificar definiciones y criterios de maltrato infantil. Planificar programas educativos periódicos sobre MI dirigidos a los docentes, con énfasis en la prevención, diagnóstico y

		<p>violentos, o por temor de los demás a denunciar, es que la escuela aparece como el lugar más idóneo para la detección del niño maltratado.</p>	<p>desarrollo integral del niño, de modo de aumentar así el número de casos diagnosticados dentro de las aulas y de esta forma poder suministrar una terapéutica a tiempo.</p>	<p>énfasis en las fallas detectadas en el pre-test. Finalmente, el programa quedó estructurado por: sensibilización, desarrollo psicoevolutivo, tipos de padres, violencia y maltrato infantil, el que duraba 12 hrs distribuidas en 4 sesiones.</p>			<p>charlas 75%, talleres 50% y televisión 44%. Respecto del nivel de conocimiento del MI, en el pre-test un 50% resultó regular y el 50% restante fue malo; en la evaluación post-test un 46% resultó bueno, lo mismo para regular, y sólo el 8% fue malo. De acuerdo al conocimiento de los factores de riesgo asociados al MI, en el pre-test el 74% fue regular, un 12 % para bueno y para malo; en el post-test: un 77% resultó bueno, y un 23% regular. En relación al nivel de conocimiento sobre las características y consecuencias del maltrato infantil, en el pre-test: 69% regular, 19% bueno, 12% malo; en el post-test: 65% bueno, regular 23%, malo 12%. Finalmente, sobre el diagnóstico y manejo del MI, en el pre-test: 46% regular, 38% malo, 15% bueno; en el post-test: 69% bueno, 31% regular.</p>	<p>hay real discusión, sólo repetición de resultados.</p>	<p>tratamiento. Evaluar la efectividad de los programas implementados. Extender estos programas a las comunidades. Formar un equipo multidisciplinario entre docentes y agentes de salud local. Difundir en forma masiva los pasos a seguir ante un caso de maltrato.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	---	---

TABLA 6: SÍNTESIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE EVALUACIÓN DE TESTS DIAGNÓSTICOS

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
21	2009, Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, Shapiro R;	Aunque los expertos recomiendan el screening de rutina de la función hepática de transaminasas (aspartato aminotransferasa [AST] y alanina aminotransferasa [ALT]) en los casos de maltrato físico potencial, en la práctica es muy variable.	Determinar la sensibilidad y especificidad de las pruebas de transaminasas de rutina en los niños pequeños que se sometieron a consulta por maltrato físico.	Todo aquel niño menor de 60 meses en que se sospeche maltrato infantil fue sometido a pruebas de transaminasas. Se llenó un formulario estándar con datos demográficos y clínicos. Prueba definitiva para las lesiones abdominales (tomografía computarizada abdominal, resonancia magnética, autopsia o evaluación quirúrgica) se llevó a cabo según discreción del equipo clínico.	1272 pacientes menores de 60 meses	Sensibilidad y especificidad de las transaminasas en niños maltratados	En el 3,2% de los sometidos a examen de enzimas [IC 95% 2.4-4.2]) se identificaron lesiones abdominales. El uso de un nivel de umbral de 80 UI / L ya sea para AST o ALT tuvo una sensibilidad del 77% y una especificidad del 82%. En el 26% de los casos elevados, no había clínica evidente (sin contusión abdominal, dolor ni distensión). La media de edad de los niños con lesiones abdominales fue de 19,8 meses, mayor que la de la cohorte en general 14,5 meses, $p = 0,007$. El área bajo la curva (AUC) para transaminasas como una prueba para identificar la lesión abdominal fue de 0,85 (IC 95% 0.78-0.91, y para 100 UI/L	Estudio de buena calidad metodológica Comparación con gold estándar adecuado, muestra suficiente, con aprobación del comité de ética. Hubo consentimiento informado. Puede no evidenciar maltrato dado que las concentraciones bajas rápidamente, es posible que los niños con lesiones abdominales tengan elevación de las transaminasas en el momento inicial de su lesión, la cual se normaliza antes de la evaluación por maltrato.	Las imágenes abdominales deben ser consideradas para los niños potencialmente abusados cuando el nivel de AST o ALT sea > 80 UI / L o existan moretones, distensión o sensibilidad abdominal.// Los resultados de las pruebas de transaminasas pueden afectar a la probabilidad percibida de maltrato, lo que podría dar lugar a un razonamiento circular. Sin embargo, ni los niveles de transaminasas ni el examen clínico es suficiente para identificar todas las lesiones abdominales traumáticas y tener especificidad aceptable.

							Sensibilidad / especificidad: 68% / 87%, y para 400 UI/L fue de 40% / 98%.// Se cree que podría subestimar en un 16% las lesiones hepáticas que se encontrarían en un menor víctima de maltrato utilizando tomografía axial computada		
30	2011, Sege R et al	Corroborar la concordancia entre expertos y profesionales de la salud en cuanto a la sospecha de maltrato infantil y notificación de ésta	Examinar la validez de la evaluación de una lesión y la sospecha de maltrato infantil, por profesionales de la salud de nivel primario y, su decisión de denunciar esta sospecha a los servicios de protección infantil (CPS).	Las entrevistas telefónicas a los profesionales se realizaron a la semana 6 y, a los 6 meses después de vista la lesión. Durante la entrevista inicial a las 6 semanas después de la visita, a los profesionales se les pidió que describieran la lesión, la historia proporcionada, las pruebas realizadas y los resultados de las pruebas, si hubo factores que influyeron en su sospecha o en la falta de sospecha de que la lesión fue causada por el abuso, su conocimiento de la familia, las preocupaciones que tenían acerca de la	434 profesionales de la salud, informaron de 15003 visitas, pero se tomó una submuestra de 110 profesionales con 111 visitas	Validez de evaluación de los profesionales de la salud respecto de los expertos, en relación a la sospecha de maltrato infantil.	Expertos en maltrato infantil y profesionales que atienden a niños maltratados coinciden en la sospecha en el 81% de casos, y están de acuerdo en informar las decisiones en un 84% de casos. Los expertos crearon un estándar de referencia, encontrando que la toma de decisiones en los profesionales tuvo sensibilidad del 68% y especificidad del 96% en los informes de maltrato infantil. Las lesiones más frecuentes fueron moretones y fracturas. A los 6 meses la mayoría de los profesionales	Estudio de regular calidad metodológica Muestra adecuada, comparación contra estándar razonable y bien explicitado, no se estiman indicadores relevantes como VPP y LR	Mejorar la capacitación en temas de diagnóstico y notificación de casos sospechosos de maltrato infantil, a fin de prevenir futuros daños y secuelas.

			<p>familia, y cualquier nueva información disponible desde la visita índice. En las entrevistas de los 6 meses, se les preguntó sobre cualquier evaluación médica del paciente desde la última entrevista; información adicional acerca de las lesiones de los pacientes, conocimiento de los pacientes y los resultados de la familia, cualquier contacto y las interacciones con las personas y / u organizaciones, finalmente si había informado de sospecha de maltrato a los CPS, se les preguntó si habían sido contactados por ellos, y/o la aplicación de la ley y si sabían el resultado de cualquier investigación. Las opiniones sobre el nivel de sospecha de abuso de cada uno de los 5 expertos se compararon con las de los profesionales</p>		<p>dijeron no haber manejado el caso de forma diferente. Los pocos casos modificados se deben a que se han entrevistado con el niño, habló con el padre acerca de la disciplina, se obtuvo más historia y estudios adicionales, se hizo una llamada de seguimiento, o se le pidió a trabajo social que vea a la familia. En un 5% de los casos, expertos y profesionales no lograron ponerse de acuerdo.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

TABLA 7: ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE CORTE TRANSVERSAL

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
5	2011, Stewart TC, Polgar D, Gilliland J, Tanner DA, Girotti MJ, Parry N, Fraser DD.	Niños preescolares (menores de 5 años) que se encuentran en hogares de acogida en EEUU. El EIFC utiliza el cuidado temporal como el medio para la intervención terapéutica y los padres participan activamente de la crianza como agentes terapéuticos. Este enfoque, comúnmente se conoce como "tratamiento de cuidado de crianza" destinado a facilitar el desarrollo de una relación terapéutica entre el niño y los padres de crianza temporal, a reducir problemas de comportamiento, así como el desarrollo de un repertorio prosocial en el	Describir la epidemiología del síndrome del bebé sacudido, el programa de prevención del triple dosis y su evaluación.	Se crearon perfiles epidemiológicos espaciales y descriptivos de los casos de SBS. Dosis 1: educación intrahospitalaria en donde las enfermeras les hacían entrega de material PURPLE. Luego se hace pre y post evaluación del impacto de la formación de la enfermera, a través de un cuestionario desarrollado para evaluar la satisfacción de los padres con el programa. Dosis 2: visitas domiciliarias de salubristas en que se evalúa el proceso de enseñanza adicional a los padres nuevos. Dosis 3: campañas de los medios de comunicación en que se aplica un	54 casos de SBS entre 1991 y 2010	1. Epidemiología del MI, 2. Evaluación de Dosis 1, 3. evaluación de Dosis 2; 4. Evaluación de Dosis 3.	43% de las lesiones graves infantiles fueron intencionales. Edad media=6,7 meses, 61% varones. La media del puntaje de Severidad de Lesiones fue de 26,3, con un 19% de mortalidad. Las enfermeras aumentaron su conocimiento en un 47% post-entrenamiento (p 0,001). Educaron a más de 10.000 padres, con un 93% de tasas de cumplimiento. El 93% de los padres calificó como útil el programa. Sólo el 6% de las familias necesitaban ser educados en domicilio	Estudio de regular calidad metodológica Cumple con los requisitos de este tipo de diseño, cómo se obtuvo la información, criterios de selección de sujetos, procedimientos seguidos desde el reclutamiento del caso. Responde a todos los objetivos planteados. Pero con un escaso tamaño muestral.	El análisis espacial (georreferenciado) permite la identificación de las familias de riesgo y barrios vulnerables de modo más claro, demostrado que hay mayor agregación de casos en los sectores con mayor privación socioeconómica, por lo que se sugiere que se deben realizar más investigaciones que examinen las relaciones entre los factores socioeconómicos y de vecindad con la incidencia de la SBS. // Una característica clave en la prevención del SBS es proporcionar educación sobre patrones de llanto, porque el llanto de un niño es el estímulo más común en los casos de SBS.

		comportamiento infantil.		cuestionario desarrollado para evaluar la importancia de los factores en una escala Likert de 7 puntos					
8	2009, Goulet C, Frappier JY, Fortin S, Déziel L, Lampron A, Boulanger M.	Dirigido tanto a padres de recién nacidos (madre o padre de un recién nacido a término, que hubieran pasado por lo menos 24 horas en el hospital, que hubieran recibido información del SBS y, que hablara y leyera francés), como a las enfermeras (que hubieran sido capacitadas para administrar la intervención SBSvy que hubieran informado a las familias). El programa educativo preventivo del SBS aplicado en padres primerizos canadienses.	Evaluar las opiniones de padres y enfermeras respecto de la idoneidad de un programa educativo perinatal preventivo sobre el Síndrome del Bebé Sacudido (SBS)	El programa preventivo educativo comprende cuatro estrategias: (a) la promoción y sensibilización a los nuevos padres, (b) apoyo a profesionales de la salud en la detección y diagnóstico, (c) promover la conciencia en la población general, y (d) fomentar la investigación y la creación de una base de datos en SBS y otras formas de maltrato infantil. Hace hincapié en las competencias parentales, empoderamiento, y apoyo social para disminuir la violencia, que conduce a la SBS.. La intervención se centra en los tres principales factores que contribuyen a la	263 padres recibieron la educación en dos hospitales	(a) El aumento de conocimiento de los padres sobre el llanto del recién nacido, la ira, y el síndrome del bebé sacudido y (b) ayuda a los padres a identificar estrategias de afrontamiento.	El 98% agradeció la educación, y el 99,6% conviene en que debe ser continuo. El 60,5% prefiere la intervención en el hospital, y el 94% cree que sería insuficiente recibir información por folleto sin la enfermera, el 99,6% considera importante que le entreguen las tarjetas de ayuda. Ambos grupos concuerdan en que es útil la información y la presentación visual de las tres tarjetas. El 98% diseñó un plan. Las dos estrategias más comunes de afrontamiento fueron: poner al bebé a la cama y salir de la habitación (32%), llamar a un familiar o amigo para pedir ayuda o apoyo, o salir	Estudio de regular calidad metodológica Cuestionarios pilotados previamente, se pidió consentimiento. No se menciona selección aleatoria ni de padres para la entrevista ni de enfermeras. No se midió conocimiento real sino percepción de éste.	Este programa debe formar parte de todo curriculum de los profesionales de la salud. Futuros estudios deberían centrarse en las poblaciones vulnerables y culturalmente diversas, y el seguimiento longitudinal podría ayudar a determinar si este programa reduce la incidencia de SBS. Los padres sugirieron mejor seguimiento a las 6 semanas (peak de llanto)

				SBS: llanto infantil, ira de los padres y la falta de conocimiento sobre SBS (información contenida en tres tarjetas).			a caminar y dejar que su cónyuge se haga cargo. Las enfermeras están satisfechas con su formación y el efecto sobre los padres.		
14	2007, Sidebotham P, Biu T, Goldsworthy L	Dirigido al personal a cargo de los Servicios de urgencia en Inglaterra e Irlanda del norte	Evidenciar la disponibilidad de información como guía de práctica clínica en el manejo de la protección infantil en los servicios de urgencia, para identificar modelos de buena práctica y sugerir estrategias de mejora.	Se enviaron cuestionarios de 17 preguntas de respuesta dicotómica en la mayoría de los casos, los que fueron revisados por tres autores mediante el llene de una proforma para análisis cualitativo (procedimientos, roles y responsabilidades, identificación del riesgo en niños, procesos de referencia, manejo subsecuente, trabajo intersectorial, intercambio de información, consentimiento y confidencialidad, centralidad en los niños, otras características, concordancia con guías nacionales y locales).	81 servicios de urgencia de Inglaterra y 20 de Irlanda del Norte. Retornaron un total de 74 cuestionarios respondidos (57 de Inglaterra y 17 de Irlanda del Norte)	Existencia y pertinencia del protocolo de protección a la infancia en los servicios de urgencia	El 88% de los servicios de urgencia participantes cuentan con protocolos de protección infantil, muy diversos desde la extensión hasta el flujograma, para médicos y/o enfermeros. Pocos protocolos definían roles y responsabilidades. El 69% declara identificar al jefe de la protección infantil en el centro. El 77,5% informó de que había oportunidades para contactos regulares en materia de protección de menores, pero éstos variaron en frecuencia y en el personal involucrado. En el 25,5% de los casos se identificó a la enfermera como el nexo entre el SU y los otros organismos	Estudio de buena calidad metodológica Centros seleccionados al azar. Cuestionarios anónimos. Hubo más de un revisor de la información a modo de evaluar la consistencia interna. // Las recomendaciones fueron hechas luego del consenso de los evaluadores.	Los SU deben realizar procedimientos sólidos y viables que estén de acuerdo con las recomendaciones nacionales y adecuadas a las necesidades locales, y accesibles al personal. Sus recomendaciones de buena práctica son: 1) desarrollo de guías clínicas, 2) centralidad en el niño, 3) roles y responsabilidades, 4) identificación, 5) procedimientos de referencia, 6) manejo subsecuente, 7) trabajo intersectorial, intercambio de información, consentimiento y confidencialidad.

							involucrados. En general, hay una falta de claridad acerca del propósito y uso apropiado de indicadores de preocupación. Gran número de protocolos que retornaron incluyen largas listas de signos y síntomas de abuso, sin ninguna orientación sobre la forma de utilizarlos. Hay confusión sobre qué registrar, cuánto, los procedimientos a seguir, los enlaces con el intersector		
15	2011, Levi BH, Crowell K.	Referido a cómo interpretan los expertos en maltrato infantil el umbral de sospecha. En Estados Unidos, esto es particularmente importante porque el constructo de sospecha razonable define el umbral legal para determinar si un informe está justificado y proceden por tanto	Analizar si los expertos en maltrato infantil interpretan razonablemente la sospecha utilizando estándares.	Se realiza una encuesta de 21 ítemes, desarrollada en base a la evidencia científica actual, la que fue piloteada. Es anónima, aplicada por auto reporte y se refiere a la investigación sobre el maltrato infantil (físico, emocional, sexual y negligencia). La primera parte se trata de asignar un número del 1 (muy probable) al 10 (menos probable)	81 de 117 expertos (miembros de una sociedad de expertos en maltrato infantil) completaron la encuesta	Respuestas a escalas analógicas visuales ordinales y cuantificación de la probabilidad de "sospecha de abuso de menores" en relación a una sospecha razonable.	69% contestó la encuesta, de ellos el 54% reconoce haber recibido formación específica en sospecha razonable de maltrato. Una asociación significativa con el número de casos notificados en los últimos 5 años (≥ 15 vs ≤ 15) para el DDS ($P < 0,0001$). Sólo un 25% sitúa al maltrato entre el 1° ó 2° lugar entre los dg diferenciales. Tanto	Estudio de baja calidad metodológica Escaso tamaño muestra, poca potencia estadística. Selección por conveniencia. (Fue aceptado por comité de ética y cuenta con el consentimiento informado)	Es necesario prestar atención a desarrollar estrategias educativas para la forma en que la gente interpreta una sospecha razonable. Definir si la sospecha razonable de maltrato tiene que ser muy probable o sólo posible. Sin ningún estándar para medir estas redes, tanto la eficacia como la equidad, el sistema se ve comprometido. Tales problemas se ven agravados cuando hay poca retroalimentación

		las demás acciones.		<p>respecto de dónde queda situado el maltrato infantil como sospecha dentro de los diagnósticos diferenciales, y la segunda consistió en una escala analógica visual que representa la probabilidad numérica de 0% (sin probabilidad) al 100% (certeza)</p>			<p>en la escala de probabilidad ordinal y la escala de probabilidad estimada (1% a 99% de probabilidad), los expertos demostraron amplia variabilidad en la definición de sospecha razonable, sin diferencias estadísticamente significativas por edad, raza, género, la formación profesional, la antigüedad, o antes de la educación en una sospecha razonable, por tanto este estudio no encontró consenso en cómo los expertos sobre maltrato infantil interpretan la sospecha razonable. La regresión lineal mostró una relación muy débil en la dirección esperada entre estos 2 medidas de probabilidad (ubicación del maltrato infantil entre el dg diferencial DDS, y probabilidad</p>		<p>constructiva. Realizar posteriormente estudios de costo-efectividad del establecimiento del umbral de sospecha razonable.</p>
--	--	---------------------	--	--	--	--	---	--	--

							estimada EPS) ($r^2 = 0,3$). Por otra parte, el 86% de estas respuestas pareadas fueron inconsistentes, ya que se esperaba que cualquier puntuación de $\geq 50\%$ en la EPS haría que se correspondiera con una clasificación de 1 en la DDS.		
24	2005, Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T; IChilMa (Italian Child Maltreatment study group).	Sospecha de maltrato en departamentos de emergencia pediátrica en Italia, para ello se utiliza una pauta que aplican investigadores asistentes con médicos que considera como sospecha más de 4 puntos, al evaluar a un niño menor de 15 años que se presenta a la urgencia entre las 10 y las 22 hrs.	Estimar la prevalencia con que son atendidos en los departamentos pediátricos por accidentes o emergencias, los niños de entre 0 y 14 años en los que se sospeche de maltrato o negligencia, y cuya exploración se correlacione con la sospecha de maltrato infantil.	Los asistentes de investigación fueron capacitados para completar una lista de verificación que resume la historia clínica de todos los niños hasta 14 años de edad que se ven en las urgencias de estos hospitales, por cualquier motivo entre las 10 am y 10 pm, durante 15 días elegidos al azar por un computador, por un período de seis meses.	Se utilizaron los datos obtenidos de 19 hospitales (desde grandes hasta medianos suburbanos; 13 generales y 6 especializados) y fueron evaluados 10075 niños	Correspondió a una escala de seis puntos ordinal, diseñada para evaluar la sospecha de maltrato infantil, que se define como probable o definitivo abuso físico o sexual o severa negligencia. De 4 a 6 se considera positivo para la sospecha de maltrato en el análisis estadístico.	204 de los 10075 niños evaluados presentaron sospecha de maltrato (2%, IC 95% 163 a 214 por 10.000). En un modelo de regresión logística de asociación entre presuntos malos tratos y ciertas variables, sólo resultaron estadísticamente significativas con desventaja socioeconómica, los niños que viven en familias monoparentales y con retraso del desarrollo. A pesar de que las prevalencias varían entre el 0 y el 11%, no hay	Estudio de buena calidad metodológica Se mantuvo el anonimato. El estudio fue aprobado por un comité de ética. El modelo de regresión logística fue ajustado por 7 variables (no se explicita si fue por criterios teóricos o estadísticos), éstas fueron: la edad hasta los 4, sexo masculino, nacionalidad extranjera, residencia urbana, desventaja socioeconómica, familia	Reforzar el papel central de los servicios de urgencia en la detección precoz del maltrato infantil y negligencia

							<p>diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales (x2 p, 0,001).</p> <p>Todas las covariables, excepto el sexo masculino y la residencia urbana, fueron significativamente más frecuentes en los casos sospechosos (p, 0,001). Las manifestaciones que fueron estadísticamente más frecuentes en casos sospechosos, incluido un comportamiento anómalo en el examen, fueron retraso en el crecimiento, y del desarrollo (p, 0,001). Las lesiones de la piel, oral y genitoperineal de causa traumática posible, así como evidencia de fracturas presentes o pasadas, trauma cefálico, fueron estadísticamente significativas (p= 0,001) en los casos de sospecha. Sin</p>	<p>monoparental, y desarrollo (cognitivo y / o emocional) retrasado. // Declaran poca validez externa</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	---	--

							embargo, la desventaja socioeconómica, la familia monoparental, y el retraso cognitivo o emocional se asociaron significativamente con la probabilidad de sospecha de maltrato incluso después de controlar por edad, sexo, nacionalidad y residencia.		
25	2012, Schneiderman JU, Hurlburt MS, Leslie LK, Zhang J, Horwitz SM.	Niños que desde el nacimiento hasta los 14 años tuvieron contacto con los servicios de protección infantil y luego de la investigación de maltrato volvieron a sus hogares en EEUU	Evaluar el uso de departamento de emergencias entre los niños que participan en servicios de protección infantil (CPS) en los EE.UU., versus los que no los usan y estimar su relación con las características del niño, cuidador y familia	Se conformaron dos grupos: 1) los niños que viven en la casa donde la familia recibió algún tipo de servicios de CPS, y (2) los niños que viven en casa sin estos servicios. Se les evaluó por la consulta al servicio de urgencia y una entrevista. El estudio duró 15 meses. Aquellos niños que habían acudido más de dos veces en un año a la sala de emergencia fueron considerados reincidentes.	4001 niños	Tasa de uso de los servicios de urgencia. y de reuso.	Modelos multivariados elaborados para el uso de los servicios de urgencia mostraron que los niños cuyas familias recibieron servicios CPS eran menos propensos a utilizarlos que los niños cuyas familias no recibieron servicios de CPS (OR = 0,75, IC 95%, 0,57 a 0,99). Niños de 6 años o mayores también fueron menos propensos a usar el servicio de urgencias que los niños más pequeños	Estudio de regular calidad metodológica. No hubo aleatorización. El modelo se ajusta por variables de confusión de acuerdo a criterios estadísticos. El diagnóstico de patología crónica fue según reporte del cuidador. Toda la información fue auto reportada.	Aumentar el acceso y utilización de servicios de la atención primaria por parte de los niños en EEUU

							(OR = 0,51, 95% CI, 0.40-.66). Niños con un problema crónico de salud eran 2,02 veces más propensos a usar el servicio de urgencias que los niños que no tienen patologías crónicas. // Las mismas dos variables (edad del niño y la presencia de un problema de salud crónico) que predijeron el uso del SU también predijeron el reuso del SU// Los niños con un recuento de riesgo familiar alto, fueron 1,73 veces más propensos a tener repetición del uso del SU que los niños con familia de bajos riesgo (IC 95%, 1,14 a 2,63)		
18	2011, Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, Woltering CM, Jongejan MH, Ruige M, Moll HA, De Koning	Servicios de urgencia del sur de Holanda, que atienden niños de 0 a 18 años en los servicios de urgencia en los últimos 6 meses, en donde se sospeche maltrato infantil	Evaluar las tasas de detección de sospecha de maltrato infantil en los departamentos de emergencia de hospitales holandeses, respecto de si cumplen o no con	Se incluyeron todos aquellos casos de sospecha de maltrato infantil, pero no aquellas derivaciones hechas por diagnóstico de maltrato. Todos los hospitales tenían una lista de señales de advertencia del	En los 7 hospitales seleccionados durante 6 meses, consultaron 24472 niños menores de 18 años.	1. Detección del maltrato infantil. 2. Utilización de lista de verificación del maltrato infantil	En general, la lista se completó en el 36% de los departamentos de urgencia (que van del 16% al 56%) en los hospitales cumplimiento versus 0,4% en los hospitales que no cumplan con las directrices (p <0,001).	Estudio de regular calidad metodológica Se toma muestra representativa de los servicios de urgencia. Se aplica consentimiento informado. Potencial sesgo al	La implementación de un protocolo de detección estructurada y por tanto el aumento de la conciencia situacional de abuso de menores, podría dar lugar a una mayor tasa de detección de sospecha de maltrato infantil. La lista de verificación de las

	HJ.		las guías de detección para el abuso infantil, y examinar las características de las sospechas de maltrato.	abuso infantil disponible en el servicio de urgencias. Estas listas fueron utilizadas sólo para los niños con trauma, y fueron en su mayoría completados por las enfermeras de emergencia del departamento. Los números de sospecha de casos de abusos detectados en el servicio de urgencias se compararon entre los hospitales que cumplen y no cumplen con las pautas de detección			El índice de sospecha de abuso infantil tuvo mayor cumplimiento en hospitales frente a los hospitales que no cumplan con pautas de detección (0,3% vs 0,1%, $p < 0,001$). Los 4769 niños que fueron examinados por abuso de menores fueron significativamente más jóvenes que los no seleccionados ($p < 0,001$). Hubo significativamente más casos de sospecha de abuso, en niños examinados que no examinados por sospecha de maltrato (0,8% frente a 0,1%, $p < 0,001$). El 0,2% del total de visitas (52 casos) se sospechó abuso infantil (71% maltrato físico, 25% negligencia y 4% abuso sexual)	haber considerado diferentes periodos de estudio a incluir entre los hospitales	señales de advertencia del abuso infantil podría ser parte de un protocolo validado. Desafortunadamente, un aumento en la sensibilidad de detección de maltrato infantil conduciría a una disminución de la especificidad. Se recomienda que los hospitales fomenten el cumplimiento de las directrices de evaluación e implementación de políticas estrictas para mejorar la tasa de detección de niños en que se sospecha maltrato en los servicios de urgencias, y se utilicen esos resultados para desarrollar un protocolo de screening óptimo. Como investigación adicional se recomienda identificar los verdaderos casos de abuso infantil entre el gran grupo de casos sospechosos identificados.
20	2009, Fujiwara T, Barber C, Schaechter J,	Datos de homicidio obtenidos del Sistema de Estadísticas de	Describir los homicidios de lactantes (niños menores de 2	Los casos fueron identificados y codificados CIE-10 por 10 extractores	71 incidentes con 72 homicidios infantiles	Características de los homicidios y sus circunstancias	75% de los incidentes fueron tipo 1, perpetrada principalmente por	Estudio de buena calidad metodológica.	Prestar más atención por parte de los profesionales de la salud cuando se sospecha

	Hemenway D.	Lesiones Violenta de USA	años de edad) en los EE.UU	<p>pertenecientes a diferentes centros. Los casos fueron incluidos en la base de donde ocurrió el incidente y no donde la víctima residía. Las víctimas fueron incluidos en la base de datos del año de muerte y no en la del año en que el daño fue causado. Se desglosan en dos tipos de incidentes:</p> <p>Tipo 1: palizas a manos de cuidadores, los fueron perpetrados principalmente por los hombres, y transportan a sus víctimas al hospital.</p> <p>Tipo 2: ejemplo: neonaticidio, los que fueron perpetrados principalmente por mujeres, y la mayoría de las víctimas no fueron llevadas al hospital. Se utilizaron las siguientes categorías 1: neonaticidio, 2: problema íntimo asociado, 3: delito relacionado con la muerte, 4: de tipo psicótico, 5: cuidador</p>	(menores de 2 años), de 5 estados y 7 condados de EEUU	en lactantes tipo 1 y tipo 2	<p>hombres (83%, normalmente el padre del niño o el novio de la madre del bebé). En el 85% de éstos, el niño fue transportado al hospital, por iniciativa del autor o de otro miembro del hogar. En casi la mitad de los casos se inventó una historia falsa para explicar las lesiones. Por el contrario, los incidentes de tipo 2 fueron perpetrados principalmente por mujeres (69%) y los métodos fueron envenenamiento, ahogamiento, instrumentos cortantes, o la retirada de alimentos y agua; la mayoría de los bebés no fueron llevados al hospital. Aunque el 93% de los incidentes fueron perpetrados por los cuidadores, las grandes diferencias entre los 2 tipos de incidentes sugieren diferentes vías para la prevención. Más del 81% de los</p>	Se especifica bien el procedimiento y los criterios utilizados, perfectamente replicable, no necesariamente extrapolable	maltrato infantil, a fin de evitar en un futuro cercano el infanticidio. Los estudios venideros deben focalizarse en la prevención
--	-------------	--------------------------	----------------------------	--	--	------------------------------	---	--	--

				"abrumado", 6: todos los demás.			homicidios ocurrieron en el hogar. El 63,9% de las víctimas son hombres.		
--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--

TABLA 8: ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE COHORTE

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
13	2008, Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, Dhepyasuwan N, Harris D, Norton D, Angelilli ML, Abney D, Binns HJ	Fueron reclutados para participar médicos clínicos de dos redes nacionales (USA) de investigación basados en la práctica, es decir, la Academia Americana de Pediatría y de la red y la Asociación Médica Nacional Pediatric Research Network (NMAPedsNet).	Determinar la frecuencia con que los médicos de atención primaria reportan la sospecha de maltrato físico infantil, los niveles de sospecha asociados con el informe, y qué factores influyeron en informar a los servicios de protección infantil.	El estudio incluyó datos sobre la lesión, niño, familia, probabilidad de que el daño fuera causado por el maltrato infantil (5 puntos), y si la lesión fue informada a los servicios de protección infantil.	434 médicos recogieron datos de 15003 niños que acuden por lesiones.	1. Reporte de sospecha de maltrato infantil por médicos de APS. 2. Factores que influyen sobre la decisión de informar.	El 75,3% de los médicos sospechó lesión, en 1683 casos. El 6% de los médicos informó a los servicios de protección infantil. Los médicos no informaron el 27% de las lesiones que consideraban probable o muy probablemente causadas por maltrato infantil y el 76% de las lesiones que consideraban posiblemente causadas por maltrato. Las tasas se incrementan si el médico percibe que la lesión es incompatible con la historia y si el paciente fue remitido al médico para sospecha de maltrato infantil. Era	Estudio de Regular calidad metodológica A pesar del gran tamaño muestral se tomaron sólo 2 centros. Potenciales errores por mala codificación de los datos.	Ser cauto en la codificación, ya que su ingreso erróneo afecta a las estadísticas

							<p>más probable que se informara cuando : Los pacientes que tenían una lesión que no fuera desgarro (OR 2,9 (IC 95% 2,9 (1,5-5,5), p = 0,001), factor de riesgo familiar, lesión grave (OR 7,4 (IC 95% 3,6-15,4, p< 0,001)), factor de riesgo menor que no fuera inconsistente, raza negra (al análisis multivariado OR 2,5 (IC 95% 1,2-5,0 p = 0,012), o que no estaban familiarizados con el clínico (al análisis multivariado OR 2,0 (IC 95% 1,1-3,5, p=0,021)).</p>		
1	<p>2011, Appleyard K, Berlin LJ, Rosanbalm KD, Dodge KA.</p>	<p>Las madres embarazadas que auto-reportan historia de maltrato.</p> <p>Los participantes fueron madres y sus bebés de una pequeña ciudad del sudeste de USA y el condado circundante. Ellas fueron reclutadas durante el embarazo por uno de los tres capacitado asistentes femeninas de investigación en las salas de espera de</p>	<p>Comprobar el hecho de que las madres víctimas de maltrato durante la niñez, puede predecir problemas como el abuso de sustancias y victimización</p>	<p>Las madres embarazadas que auto-reportan historia de maltrato en cualquiera de sus tipos y sus bebés fueron evaluados al nacimiento y 26 meses después. Además, se publicaron folletos en estas clínicas y en lugares de la comunidad. A los potenciales participantes se les ofreció 20 dólares por entrevista. De los</p>	<p>499 madres y sus bebés se reclutaron, de las 383 mujeres que se acercaron, 351 (92%) aceptaron participar</p>	<p>1. Maltrato durante la niñez a las madres; 2. Problemas de salud mental maternas; 3. Problemas por uso de sustancias por parte de la madre; 4. Victimización de la descendencia</p>	<p>Se utilizó modelamiento con ecuaciones estructurales. La relación de los antecedentes de abuso sexual en la madre, consumo de sustancias y victimización de la descendencia fue significativa (ruta mediada estandarizado [Ab] = 0,07, IC 95% [0,02 - 0,14]; tamaño del efecto = 0,26), así como la vía de la historia maternal de maltrato físico, problemas con el abuso de sustancias y</p>	<p>Estudio de buena calidad metodológica</p> <p>Corresponde a un diseño prospectivo, con una muestra basada en la comunidad. Da cuenta del método empleado, reclutamiento y selección de pacientes</p>	<p>Sería útil examinar los tipos de maltrato infantil en comparación con otros tipos de maltrato sufrido por las madres, relaciones que podrían revelar hasta qué punto existe una continuidad intergeneracional específica en los subtipos de maltrato. Esta información más específica en a su vez podría guiar las estrategias de prevención. Además, la medida del consumo de sustancias materna se limitó a</p>

		cuidado prenatal deproveedores de atención médica, incluyendo una clínica de salud pública y de un gran centro OB / GYN privado		383 mujeres se acercaron, 351 (92%) aceptaron participar			victimización de la descendencia (estandarizada ruta mediada [ab] = 0,05, IC 95% [0,01 - 0,11]; tamaño del efecto = 0,19).		historia de las madres hasta el momento del embarazo; por lo que sería conveniente evaluar el uso de sustancias parental durante y poco tiempo después del embarazo
--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

TABLA 9: SÍNTESIS DE ESTUDIOS DESCRIPTIVOS CUANTITATIVOS

No.	Año, Autores	Contexto	Objetivo	Características y Tipo de Intervención, factor de estudio o exposición (si corresponde)	Tamaño muestral	Variable de Resultado	Resultados Principales	Análisis de Validez Interna	Recomendación que sugieren los autores del estudio
9	2008, Smith KM, deGuehery KA	Enfermeras que implementan un programa educativo de intervención preventiva comunitaria en hospitales de 8 condados de la región oeste de Nueva York	Describir el rol de las enfermeras respecto de educar a los padres de recién nacidos en hospitales, respecto de los peligros de zamarrear violentamente al niño, en el contexto del Programa del Síndrome del Niño Sacudido (SBS)	Se implementó de modo de ser aplicado por un equipo multidisciplinario a los padres antes del alta al hogar con su recién nacido, pero la enfermera coordinadora de la unidad perinatal fue la responsable principal de educar, quién también se encargaba de capacitar al nuevo personal de modo sistemático.	De los 16 hospitales, 13 completan los 66 meses de estudio.	No aplica	Se inició con 16 hospitales de los 8 condados, y se partió capacitando a las enfermeras respecto del SBS y ellas a todo su personal de enfermería dependiente, quienes contaron con documentos, videos y folletos informativos de las lesiones secundarias al SBS y que ofrece alternativas de respuesta del comportamiento del cuidador frente al llanto infantil. El programa implica que una enfermera provea de materiales educativos a los padres, discutiendo el SBS con ellos, y mostrando	No aplica.	Fomentar el desarrollo de competencias técnicas y de habilidades blandas en el personal que está destinado a educar a los padres, así como mantenerlos interesados en el tema. Hacerlo extensivo al lado norte de Nueva York.

							el video, finalmente ellas les solicitan a los padres que firmen voluntariamente una declaración de compromiso que reconoce la recepción y comprensión de esta información, las que se vuelven a realizar a modo de seguimiento del programa .		
23	2006, Martrille L, Cattaneo C, Dorandeu A, Baccino E.	Dado la diversidad de estudios respecto del maltrato infantil, con diferentes poblaciones objetivos consideradas, pautas y criterios, es que se quiere conocer la realidad de los servicios de urgencia franceses	Describir las características sociales y clínicas de una población de niños que llegaron con una sospecha de maltrato físico a cinco servicios de emergencia franceses, y que se sometieron a un screening clínico y radiológico minucioso de acuerdo con un protocolo común predeterminado.	Se estudiaron los casos de estos niños de 0 a 8 años de acuerdo a un protocolo específico por 4 años, incluyendo según: (1) en la recopilación de información sobre los antecedentes no hubo acuerdo entre las lesiones físicas y las explicaciones dadas por padres o parientes o, el maltrato fue admitido o reportado por los padres o parientes, (2) durante el examen clínico, se encontraron signos típicos, aunque no patognomónicos de malos tratos, (3) servicios sociales u otras autoridades marcaron el caso como altamente sospechoso. Todos los médicos que participan en el proyecto tenían diferentes niveles educativos sobre maltrato infantil: esto implicó una capacitación sobre maltrato infantil durante la especialización en Pediatría, y un curso de repaso breve sobre este tema. Se les pidió llenar un check list con: sí/no o complete el espacio en blanco	185 casos de niños atendidos	Describir las características sociales y clínicas de una población de niños que llegaron con una sospecha de maltrato físico	Por lo menos un tercio de los casos de sospecha de maltrato infantil procede de familias en las que hay problemas sustanciales sociales y / o económicos (bajo ingresos, consumo de drogas, violencia, etc). Un 66% de los maltratados son niños y principalmente los menores de un año (54,6%) y que viven en un entorno de precariedad. Un 5,4% era discapacitado, algo mayor que otros estudios. alrededor del 10% tenía consultas previas en el hospital. El 60% llegó con signos de trauma, pero después de haber seguido el protocolo clínico y radiológico, el número de niños en realidad que presentaban lesiones traumáticas	No aplica.	Este estudio confirma la necesidad de un protocolo sensible

							aumentó a 80%, lo que indica la alta sensibilidad del protocolo. Alta prevalencia de fracturas óseas (30%, siendo en su mayoría en EE). En el 50,7% de los casos el autor fue alguien de la familia, Un 25% de los niños presentó lesiones múltiples (afectando a la cabeza principalmente)		
26	2011, Somji Z, Plint A, McGahern C, Al-Saleh A, Boutis K.	La investigación previa ha puesto en duda la exactitud de la utilización de códigos de la CIE para determinar la frecuencia de las lesiones relacionadas con el abuso de niños menores de tres años atendidos en hospitales pediátricos estadounidenses	Determinar la proporción de fracturas en los casos investigados en el servicio de urgencias por abuso que tienen código CIE correspondiente a sospecha de abuso.	Todos los niños menores de tres años que consultan en dos hospitales y a quienes se les sospecha ser víctimas de maltrato, fueron evaluados por un equipo multidisciplinario de protección infantil institucional. La evaluación por estos hospitales da lugar a la clasificación de la fractura como abusiva, accidental o indeterminada. Aquellos que cumplían el criterio de edad, de fractura no accidental y que habían sido evaluados por el médico de urgencias y derivados al servicio de protección infantil fueron reclutados.	216 pacientes	Proporción de los casos de fractura en niños menores de 3 años que tuvieron sospecha de maltrato y se refleja en el servicio de urgencia al descargar los códigos CIE.	Las fracturas asociadas a maltrato representan el 1% del total de fracturas vistas en los servicios de urgencia.// El porcentaje de casos codificados por CIE en los SU como sospecha de maltrato (11,5%) fue menor que el 22,7% de los diagnósticos de egreso escritos por los médicos en el SU.// A nivel univariado de análisis, sitio ($p=0,071$), el género ($p=0,015$), la ubicación de la fractura(s) ($p=0,001$), la presencia de lesiones adicionales ($p=0,186$), y si el paciente fue examinado inicialmente en el SU por parte del personal médico ($p=0,065$) fueron las variables asociadas significativamente ($p < 0,20$) a la codificación CIE. Después del ajuste para	No aplica.	Como la codificación CIE-9 subestima la ocurrencia de fracturas por maltrato infantil sería interesante explorar las razones del por qué los médicos no reportan las sospechas de maltrato infantil a los servicios de protección de menores, y examinar las situaciones en que ha sido correctamente informado pero no suficientemente documentado en el expediente. Se podrían

							<p>todos los predictores significativos, sólo el sexo femenino fue un predictor significativo de la codificación CIE en el SU. No hubo términos de interacción estadísticamente significativa o variables de confusión identificados en este análisis.</p>	<p>implementar el uso de listas de verificación simples, más talleres de capacitación obligatorios de capacitación en documentación médica. Explorar las razones del por qué se relaciona mejor la documentación de maltrato (lesiones abusivas) con código CIE en las niñas.// Se centró en la sensibilidad de los datos recopilados, no en la especificidad</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

TABLA 10: SÍNTESIS DE NORMATIVAS, REGLAMENTOS Y GUÍAS CLÍNICAS

No .	Año, Autores	Objetivo de la guía	Quién participo en su elaboración	Método de elaboración	Recomendaciones Principales de la Guía	Calidad
58	2007, Kellogg N.	<p>Objetivo: Proporcionar orientación en el enfoque clínico para la evaluación de la sospecha de maltrato físico en los niños. Población de pacientes: niños. Guía dirigida a: médicos pediatras</p>	Pediatras y miembros del Comité de Maltrato infantil y negligencia	No aparece	<p>Recomienda anamnesis y examen físico acucioso y escrito al detalle. Otra información que puede ser útil en la evaluación médica de la sospecha de maltrato físico infantil es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes médicos (trauma, hospitalizaciones, condiciones congénitas, enfermedades crónicas); 2. Antecedentes familiares (especialmente de la hemorragia, trastornos óseos, y trastornos metabólicos o genéticos); 3. Historia embarazo (deseado / no deseado, previstos / no previstos, 	<p>4</p> <p>Regular grado de recomendación</p>

					<p>atención prenatal, complicaciones posparto, depresión posparto, parto en entornos no hospitalarios);</p> <p>4. Patrones familiares de disciplina;</p> <p>5. Temperamento del niño (fácil de cuidar o niño quisquilloso);</p> <p>6. Historia de abusos en el pasado a los niños, hermanos o padres;</p> <p>7. Historia del desarrollo del niño (lenguaje, motricidad gruesa, motricidad fina, hitos psicosociales);</p> <p>8. Abuso de sustancias por algún cuidador o persona que vive en el hogar;</p> <p>9. Estresores sociales y financieros, recursos,</p> <p>10. interacciones violentas entre los miembros de la familia. Recomienda cuáles serían los posibles exámenes de laboratorio e imagenológicos según el tipo y ubicación de la lesión. Es deseable la toma de fotografías. Una vez que la evaluación médica y estabilización se logra y la remisión se ha hecho para los organismos de investigación, el médico debe asegurarse de que el niño reciba los servicios necesarios de seguimiento. La atención primaria debe ser notificada, y los servicios de protección de menores deben asegurar que la familia cumple con el plan de atención. Estos servicios no sólo deben incluir la remisión a proveedores de servicios médicos adecuados, sino también frente a los efectos psicológicos del abuso o negligencia en el niño, los hermanos, y el cuidador no ofensor.</p>	
59	The Royal Children's Hospital Melbourne	<p>Objetivo: (no se explicita, se infiere) Ayudar a coordinar las primeras discusiones entre el servicio de pediatría, el servicio forense pediátrico, los servicios de protección de la infancia y la policía. Establece cuáles son las prioridades para hacer frente al maltrato infantil: 1) diagnosticar, tratar y documentar las lesiones del niño; 2) interpretar un patrón de lesiones o comportamiento que conduce a la sospecha de abuso; 3) notificar e involucrar al servicio médico forense pediátrico; 4) proporcionar,</p>	No se explicita, se infiere que fueron los profesionales del Hospital de Niños de Melbourne	No aparece	<p>Realizar acciones coordinadas entre las entidades mencionadas y en los plazos definidos de acuerdo al tipo y gravedad de la lesión del niño, según las indicaciones que se entregan en la guía.</p>	3 Bajo grado de recomendación

		cuando se ha dado el consentimiento, un informe verbal o escrito al servicio de protección de la infancia o a la policía. Entrega una "proforma" que asegura incluir todos estos ámbitos. Población de pacientes: niños. Guía dirigida a: pediatras del Hospital de Melbourne				
60	2006, World Health Organization , International Society for Prevention of Child	Objetivo: no se explicita. Se infiere: Servir de guía para la adopción de medidas y generación de evidencia en la prevención del maltrato infantil. Paciente objetivo: niños. Dirigida a: los responsables políticos, los planificadores de programas de trabajo a nivel nacional, provincial y municipal tanto en el sector salud, los servicios sociales y la ley.	WHO y personal de la Sociedad Internacional para la Prevención del maltrato Infantil y negligencia	No aparece, pero existe fundamento para los tres componentes principales de la guía: 1. información para la acción eficaz, 2. la prevención del maltrato infantil, 3. los servicios de atención a las víctimas y sus familias, incluyendo la protección del niño.	Para facilitar la comprensión del maltrato infantil y cómo intervenirlo, deben fortalecerse los sistemas de vigilancia, a través de encuestas de población (prevalencia de maltrato infantil, asociación entre maltrato pasado y comportamiento actual de alto riesgo), mecanismos para investigar las muertes infantiles conocidas y sospechosas. Una estrategia integral para la prevención del MI incluye intervenciones a todos los niveles del modelo ecológico. El apoyo a las familias por medio de visitas domiciliarias y programas de capacitación para los padres son estrategias de prevención con la mayor evidencia de efectividad. Lo prioritario es partir con la población de mayor riesgo dentro de este grupo vulnerable. Las normas deben contener: atención médica para los niños maltratados (documentación de las lesiones, evaluación forense, apoyo psicosocial), servicios de protección de menores (gestión de casos coordinada, procedimientos judiciales con testigos menores de edad, intervenciones con las familias, colocaciones alternativas), las políticas, planes, programas y servicios deben basarse en la evidencia científica. Las intervenciones deben ser diseñadas y realizadas de tal manera que puedan ser evaluadas para su eficacia y posteriormente monitoreadas. Todas las intervenciones deben integrarse. Todo debe utilizar nomenclatura internacional. Se debe dar una respuesta sistemática multisectorial y coordinada. Los roles de todos los actores implicados deben estar claros. Debiese existir un comité de coordinación nacional.	4 Regular grado de recomendación
61	2007, WHO Regional Office for	Objetivo: Dar una visión general de lo que se conoce sobre el maltrato infantil en la familia y	Profesionales del Programa de Prevención de	No aparece	El enfoque de salud pública se ha propuesto para la prevención de la violencia y consiste en los siguientes cuatro pasos: 1. vigilancia para definir la magnitud del problema;	5 Regular grado de

	<p>Europe. Violence and Injury Prevention Programme</p>	<p>la forma de evitarlo, desde un enfoque de salud pública. Paciente objetivo: menor de 17 años. Dirigida a: profesionales sanitarios</p>	<p>Violencia y Lesiones y, por el Centro de Colaboración de la OMS para el cuidado y protección infantil.</p>	<p>2. análisis para poner de relieve los factores de riesgo y los grupos de riesgo; 3. investigación para la identificación y evaluación de las intervenciones que funcionan 4. aplicación de lo que funciona a un nivel más amplio. Un enfoque multisectorial es la forma más eficaz de trabajar juntos para promover los derechos de los niños a crecer y desarrollarse en un entorno familiar seguro y comprensivo libre de violencia. Facilita las intervenciones a todos los niveles del entorno del niño: los padres, la familia, la comunidad y la sociedad en general. El marco ecológico adoptado por la OMS pone de relieve el hecho de que las diferentes intervenciones entran en juego en los diferentes niveles para maximizar la prevención a través de la esperanza de vida (se detallan estrategias según grupo etario).// Se someten a evaluación las necesidades de desarrollo del niño en general; a través de <input type="checkbox"/> evaluar el padre (s) 'capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos, y <input type="checkbox"/> evaluar los factores sociales y ambientales más que impactan en la capacidad de los padres. A este marco de evaluación se puede aplicar en una serie de ajustes, como por ejemplo: la salud reproductiva y los servicios de maternidad, las visitas domiciliarias y los programas de crianza positiva, la escuela y las clases prenatales en el embarazo, la crianza y el desarrollo del niño, y cuidado de niños, la familia y centros comunitarios. Para los padres identificados como que necesitan ayuda y apoyo, un programa de crianza positiva es un método para evitar malos resultados para el niño y la familia (ejemplo el Triple P: Programa de Parentalidad Positiva), que ha demostrado mejorar las técnicas de manejo familiar, la confianza de los padres, la crianza efectiva y los resultados conductuales (incluyendo trastornos de la conducta)./// Cuando los servicios sociales y de salud son limitados y un enfoque universal no puede ser implementado, la prevención secundaria puede ser más realista. La prevención secundaria consiste en dirigir los recursos a las familias consideradas como de "alta prioridad" para los servicios adicionales. La alta prioridad viene determinada por la identificación de los factores conocidos que colocan al niño en riesgo de maltrato. Sin embargo, es importante señalar que no todas las familias con estos factores de riesgo se van a maltratar a su hijo. El enfoque de riesgo puede ser visto como una herramienta de gestión para la distribución flexible y racional de los recursos existentes y su aprovechamiento máximo.</p>	<p>recomendación</p>
--	---	--	---	--	----------------------

62	2006, Miller-Perrin C, Malloy LC,	Objetivo: Constituir una guía para los profesores y profesores que quieran incorporar información sobre el maltrato infantil y la negligencia en su enseñanza. Paciente objetivo: niños. Dirigida a: profesores(as)	Comité Ejecutivo de la División de Maltrato Infantil de la American Psychological Association	El Comité Ejecutivo de la División de Maltrato Infantil de la American Psychological Association designó un comité ad hoc para crear una guía curricular de plan de estudios relativa al tema del maltrato infantil para su uso con los estudiantes de pregrado y postgrado. El comité trabajó para combinar las guías anteriores, actualizar las referencias, e introducir nuevas secciones sobre temas de actualidad. La guía incluye recursos introductorios y avanzados sobre una variedad de temas de maltrato infantil, incluyendo: 1) Definiciones de maltrato infantil, 2) incidencia y prevalencia, 3) causas, 4) las consecuencias asociadas, 5) tratamiento, 6) Prevención y, 7) Cuestiones jurídicas.	Aprender sobre el tema, incluidas las causas y consecuencias del maltrato infantil, las estrategias para la prevención del abuso y la negligencia, las estrategias para identificar e investigar los malos tratos y los servicios terapéuticos para niños y adultos mejorará la labor del profesional sanitario.	1 Bajo grado de recomendación
----	-----------------------------------	--	---	---	--	--------------------------------------

				El programa también incluye recursos sobre temas controversiales en la materia.		
63	2007, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect.	Objetivo: no se explicita. Se infiere: Dar a conocer las señales más relevantes que permitan la pronta identificación y tratamiento del Síndrome de Munchausen por poder en un escenario clínico. Población de pacientes: niños. Dirigida a: médicos.	No se explicita, se infiere que fueron pediatras, algunos miembros del Comité de Maltrato Infantil y negligencia, y otro de la Academia Americana de Psiquiatras infanto-juveniles+K17	No aparece	1: Consulte a un pediatra con experiencia en el tema. 2: Revise todas las historias clínicas correspondientes a los casos complicados. 3: Promueva la participación de todos los profesionales de salud y actores comunitarios en cuanto al reconocimiento del maltrato infantil. 4: De ser necesario derive al servicio de protección de la infancia. 5: Involucre a toda la familia en el tratamiento. Se recomienda centrarse también en los motivos del cuidador, aunque útil en la terapia, no es necesario para el diagnóstico de esta forma de abuso infantil.	4 Regular grado de recomendación
64	2012, American Academy of Family Physicians (AAFP)	Objetivo: no se explicita. Se infiere: Dar a conocer a los médicos clínicos recomendaciones de ciertos procedimientos o acciones en patologías seleccionadas, que según indica la revisión de la evidencia actual. Población de pacientes: pacientes en general que padecen de patologías determinadas. Dirigida a: médicos clínicos	No se explicita, se infiere que fueron médicos	En base a la revisión de la evidencia científica disponible actual realizada por la "Fuerza de tarea de los servicios preventivos de EEUU" y de la Asociación Americana de Médicos de Familia, quienes unificaron criterios respecto del grado de recomendación de la evidencia, pero no se detalla el cómo.	No hace recomendaciones respecto de intervenciones tempranas ante maltrato infantil, pero sí sostiene que no hay evidencia suficiente que permita recomendar o no el screening para padres y tutores en este ámbito	1 Bajo grado de recomendación
65	2004, Royal College of Psychiatrists	Objetivo: no se explicita como tal. Se deduce que es: Revisar las responsabilidades de las distintas ramas de la psiquiatría	Psiquiatras consultores de niños y adolescentes	No se detalla como tal, pero se indica que el documento fue revisado por	Se debe conocer el grado de urgencia: en situaciones de urgencia, el trabajador social o el oficial de protección de la infancia en la división infantil de servicios sociales deben ser contactados inmediatamente, en las situaciones menos urgentes, se debe verificar si el muchacho es conocido	3 Bajo grado de

	<p>en aspectos de la prevención, reconocimiento, evaluación y tratamiento del niño maltratado. Partiendo de la definición de maltrato y negligencia infantil, el informe resume documentos claves publicados recientemente en Inglaterra y sus equivalentes en Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Estas leyes incluyen (la Children Act 1989) y documentos del gobierno que acompañan a esta legislación. Su objetivo es promover la práctica integrada en todos los grupos profesionales. Población de pacientes: niños. Dirigida a: psiquiatras.</p>		<p>todas las Facultades de las Universidades participantes, así como representantes de las Divisiones de Irlanda escoceses, galeses e Irlanda del Norte.</p>	<p>en los servicios sociales, si tiene un trabajador asignado o se encuentra en protección.// Presentan una tabla en que aparece la presentación, el que puede ser indicativo de, y los responsables de actuar.//La contribución psiquiátrica para la evaluación del riesgo se puede clasificar en cuatro categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los padres; • evaluación de la crianza de los hijos; • La evaluación del niño; • Evaluación de la familia. // La evaluación de los padres contempla investigar los riesgos de los padres con trastorno mental o discapacidad cognitiva; • La evaluación de los riesgos planteados por los padres abusivos o con problemas de violencia o la delincuencia; • Evaluación de los efectos sobre el padre del abuso de sustancias y los efectos en su estilo de vida y crianza de los hijos; • La evaluación de un padre cuando existen pruebas de enfermedad inventada o inducida. <p>//La evaluación de crianza de los niños debe contemplar:</p> <p>Las evaluaciones deben proporcionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una predicción del riesgo futuro; • una indicación de la capacidad de los padres para indicar la escala de tiempo probable para cambiar, y si están de acuerdo con las necesidades del niño; • una estimación del cumplimiento de los padres con el tratamiento; • los posibles beneficios del tratamiento; • una indicación de los recursos adecuados, posiblemente especializados. <p>// Las evaluaciones de los niños se refieren principalmente a la cuestión de la vulnerabilidad del niño al maltrato o negligencia, especialmente si el niño tiene necesidades emocionales, conductuales o físicas. // Evaluación de la familia, se refiere a miembros de la familia, e incluye la observación de la interacción familiar y su funcionamiento, así como profundizar en el conocimiento de las normas y creencias que sustentan la vida familiar, los cuales se basan en parte en las historias de los miembros individuales de la familia y en la propia historia de la familia.</p> <p>Tanto el maltrato como la negligencia infantil, deben ser temas obligados a tratar en las carreras de medicina, y deben ser abordados en profundidad en la especialización psiquiátrica.</p>	<p>recomendación</p>
--	---	--	--	--	----------------------

66	2009, National Institute for Health and Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health	<p>Objetivo: no se explicita como tal, pero se deduce que es: Proporcionar un resumen de las características clínicas asociadas con el maltrato infantil (características de alerta) que se pueden observar cuando un niño se presenta ante los profesionales de la salud. Su propósito es dar a conocer y ayudar a los profesionales de la salud que no son especialistas en la protección del niño para identificar a los niños que puedan estar siendo maltratados. No da recomendaciones a los profesionales de la salud sobre cómo diagnosticar, confirmar o desmentir el maltrato infantil.</p> <p>Población de pacientes: niños.</p> <p>Dirigida a: profesionales de la salud</p>	Desarrolla por profesionales del Centro de Colaboración para la salud de mujeres y niños	Se indica que en la guía "full" se detalla el método de elaboración y la evidencia científica contemplada para su desarrollo (www.nice.org.uk/CG89fullguideline)	Se hacen recomendaciones de investigar maltrato infantil ante: fracturas, verrugas anogenitales, enfermedad fabricada o inducida, estados emocionales y de comportamiento y dolor abdominal recurrente en el niño,	3 Bajo grado de recomendación
67	2009, College of Physicians and Surgeons of British Columbia	<p>Objetivo: Establecer claramente las directrices para el intercambio de información entre el Ministerio de la Infancia y la Familia y los médicos privados a fin de garantizar la seguridad y el bienestar de los niños. Población de pacientes: niños (menores de 19 años).</p> <p>Dirigida a médicos</p>	Profesionales, pero no se indica quienes	No aparece	Establece que si un niño o el padre de un niño se niega a dar su consentimiento a la atención de salud que, a juicio de dos médicos, es necesaria para preservar la vida del niño o para evitar daño grave o permanente a la salud, un director del Ministerio de la Infancia y la Familia puede solicitar una orden judicial. Si el tribunal considera que la atención de salud es necesaria para preservar la vida del niño o para evitar daño grave o permanente de la salud, el tribunal podrá dictar una orden que autoriza el cuidado de la salud./ La imposibilidad de obtener el consentimiento del abusado o abusador no invalida el deber de informar./ La sospecha razonable basada en motivos adecuados es la base para la presentación de informes. Las pruebas concluyentes no son un requisito previo. No es necesario que los médicos estén seguros de que el abuso ha tenido lugar. Si los médicos tienen motivos razonables para creer o sospechar que un niño ha sido maltratado y necesita protección, esto es suficiente.	3 Bajo grado de recomendación

68	2004, Department of Health, Government of Western Australia,	<p>Objetivo: no se explicita. Se infiere: Apoyar el desarrollo de modelos de atención y prestación de los servicios que permitan responder al maltrato infantil y negligencia, al impacto de la familia y violencia doméstica, que se ajusten a una normas estatales de la práctica y que sean localmente pertinentes y adecuadas a las comunidades de cada área del Servicio de Salud. Población de pacientes: menores de 18 años. Dirigida a: trabajadores de la salud</p>	Departamento de Salud de Australia	No aparece	<p>Protocolo sugerido en 4 posibles pasos:</p> <p>Paso 1: Identificación: Las preocupaciones ante una posible víctima de maltrato y/o negligencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● indicadores observados ● recibieron una comunicación <p>Si las preocupaciones se refieren a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cualquier abuso físico en un menor de 5 años de edad ● maltrato físico grave en cualquier niño ● La divulgación o evidencia de abuso sexual, Paso 2: Evaluación y consulta: <ol style="list-style-type: none"> 1. Consulte / proveer de emergencia / primeros auxilios para lesiones 2. Responda al niño por ejemplo: no es tu culpa y responda a los padres 3. Considere la posibilidad de cualquier cuestión cultural o discapacidad 4. Consulte con un agente de salud adecuado 5. Considerar las cuestiones de intercambio de información y consentimiento para el tratamiento 6. Consultar, si es necesario derivar, por ejemplo, agencias, unidad de Protección Infantil de los Servicios de Salud Mental, Departamento de Desarrollo Comunitario, Unidad de Investigación del maltrato infantil de la policía 7. Complete la evaluación del niño y las circunstancias 8. Documente sus preocupaciones y observaciones <p>Paso 3: Notificación: Si se trata de una derivación urgente notificar al Departamento Comunitario de Desarrollo (después de horas, póngase en contacto con Atención de Crisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se recomienda buscar asesoría legal antes de referir a un niño por abuso infantil a la Unidad de Investigación policial ● Proporcionar información detallada acerca de sus preocupaciones y observaciones ● Una evaluación completa del niño y de la circunstancias, incluidas las indicaciones de familia y la violencia doméstica debe ser programada ● Una evaluación también puede incluir un examen físico en o en consulta con un profesional de la Unidad de Protección Infantil Todo debe estar relacionado con base comunitaria interinstitucional, las asociaciones se realizan a través del miembro / coordinador. // Paso 4: Manejo: Si es menos urgente, pero puede resultar en una notificación el Departamento Comunitario de Desarrollo ● Notificar o consultar la base comunitaria de colaboración interinstitucional. El miembro se pondrá en contacto con Salud. Las opciones de intervención pueden incluir: ● Reuniones de Manejo de Casos 	3 Bajo grado de recomendación
----	--	---	------------------------------------	------------	---	--------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo continuo y apoyo • La evaluación posterior para aclarar actuales preocupaciones, para obtener otro tipo de información sobre la exposición al abuso, negligencia, familiar / doméstica problemas de violencia. La evaluación también puede incluir un examen físico • Proveer intervención, cuando proceda a su agencia / profesión • Remisión a otra agencia <p>En cualquier momento de la intervención, si todavía tienen preocupaciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indicadores continuos de abuso, negligencia, familia y violencia doméstica • La escalada de las preocupaciones sobre el abuso, negligencia, violencia familiar y doméstica • Múltiples factores de riesgo, 	
69	2005, The Government of New Brunswick Canadá	<p>Objetivo: Garantizar que todos esfuerzos en New Brunswick para proteger a los niños del maltrato y la negligencia son eficaces y sensibles a las necesidades de los niños.</p> <p>Población de pacientes: niños.</p> <p>Dirigido a: empleados de los Departamentos de Educación, Justicia, Seguridad Pública, Salud y Bienestar, Capacitación y Desarrollo del Empleo, y de la Familia y Servicios a la Comunidad.</p>	Ministros de Salud y Servicios Comunitarios, Justicia, Procurador General, Educación e Ingresos. Otras organizaciones no gubernamentales y las instituciones profesionales se han incluido en estos protocolos debido a la importante función y servicios que prestan a los niños víctimas del maltrato y la negligencia	Profesionales y organismos de la comunidad trabajaron en colaboración para prevenir e intervenir en los casos de maltrato infantil. Para mejorar y asegurar el compromiso de trabajar cooperativamente para hacer frente al problema del trabajo infantil, el abuso y la negligencia, estos protocolos se actualizan regularmente para garantizar que contienen la información actual y reflejan las mejores	<p>Los empleados y médicos en todos los programas / servicios deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar familiarizado con los indicadores de maltrato infantil y abandono, así como las definiciones de niño abuso / negligencia y los procedimientos de derivación y seguimiento; • hacer una remisión a los Servicios de Protección de Menores inmediatamente después de la identificación de una situación en la que el abuso o negligencia infantil se sospecha; • Consultar el acceso local y Evaluación cuando no esté seguro si la situación justifica una remisión o no; • considerar la posibilidad de solicitar retroalimentación sobre el resultado de la investigación. • Documento de acuerdo con las normas y leyes y las normas profesionales. <p>La documentación debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones o informes del niño • estado físico: contusiones, abrasiones, nota, etc; • declaraciones hechas por un adulto que los acompaña sobre las posibles causas, grabar las declaraciones de éste y otros, la descripción de la conducta del niño con padres y / u otros adultos; observar si existe una diferencia en respuesta a individuos específicos; • la fecha y hora en que Protección de la Infancia Servicios se notificaron y el tiempo de respuesta a la recomendación, si se conoce; • el nombre del trabajador, protección del niño, • toda la información pertinente. 	5 Regular grado de recomendación

				prácticas.	• Informar al abusador sospechado o conocido	
70	2009, Australia. Department for Families and Communities.	Objetivo: Definir claramente las funciones, responsabilidades y requisitos legales de los notificadores obligatorios de maltrato infantil y negligencia en el sur de Australia. Población de pacientes: niños (menores de 18 años). Dirigido a: notificadores obligatorios (son los que están en contacto con niños y están obligados por ley a reportar sospecha de abuso y/o abandono), en la guía se detallan quienes son específicamente	Departamento de Familias y Comunidades, del Gobierno del Sur de Australia	No aparece	Recomendaciones de la guía: Respecto a la intervención temprana en cualquiera de los tipos de maltrato o negligencia infantil es importante que: usted mantenga la calma y el control, y para tranquilizar al niño dígame que lo que él / ella ha hecho es lo correcto al decirle a alguien lo que está sucediendo. Hágale saber que usted está dispuesto a escuchar y que quiere tratar de ayudar. Es importante que usted responda al niño adecuadamente. Usted debe: • escuchar con atención, • decirle al niño que usted cree en el / ella, • tranquilizar al niño en que el abuso no es su culpa, • Dígame al niño que ud está complacido por la confianza. // Al hablar con el niño, es importante que usted: • No haga promesas que no pueda cumplir, como asegurar que no se lo dirá a nadie, y • Nunca coloque al niño a dar detalles de los abusos. Su papel es el de escuchar lo que él / ella quiera decirle. No haga preguntas capciosas o trate de investigar lo que se ha dicho. Su obligación legal es informar. / Se le debe informar al trabajador social inmediatamente por teléfono, carta o en persona. // La sospecha razonable basada en motivos adecuados es la base para la presentación de informes. Pruebas concluyentes no es un requisito previo. Si los médicos tienen motivos razonables para creer o sospechar que un niño requiere protección, esto es suficiente	4 Regular grado de recomendación

TABLA 11: REVISIONES NO SISTEMÁTICAS Y OPINIONES DE EXPERTOS

No.	Tipo estudio Año Autores	Contexto	Objetivo	Resultados Principales	Análisis de los métodos	Recomendación que sugieren los autores del estudio
11	Revisión No sistemática 2004 Gutierrez FL,	Reconocimiento de las familias de alto riesgo, combinado con educación de los padres y otros cuidadores son claves	No se explicita. Se infiere: Identificar, manejar, intervenir y prevenir el Síndrome del Bebé Sacudido (SBS), así como dar	Menciona sin detalle estadístico las principales estrategias implementadas en esta materia	No da cuenta de los criterios ni de los motores de búsqueda incluidos, ni de revisión de la calidad metodológica de los	La implementación de un programa educativo que se centra en los padres y otros cuidadores podría afectar significativamente la incidencia de SBS a nivel primario. La educación de los posibles victimarios podría aumentar sus habilidades de afrontamiento enseñándoles estrategias como el

	Clements PT, Averill J	para la prevención del Síndrome del Niño Sacudido	cuenta del rol que cumplen las enfermeras en la detección temprana y tratamiento integral		estudios incluidos	control de ira, el reconocimiento de y la interrupción de los periodos de rabia. Este programa también puede dirigirse a profesionales de la salud enseñándoles los signos de maltrato y aplicando estrategias de educación preventiva a nivel primario. Da cuenta de un listado de estrategias implementadas (PURPLE, etc.)
16	Publicación de Opinión de expertos 2006 American Academy of Pediatrics; American College of Emergency Physicians, Dolan MA, Mace SE.	Pacientes sin diagnóstico o con enfermedad mental conocida (retraso mental), desórdenes del espectro autista, déficit atencional con hiperactividad, crisis de comportamiento, ideación suicida, depresión, escalada de agresión, abuso de sustancias, estrés postraumático, maltrato, violencia o muerte inexplicada.	Relevar la importancia de las unidades de emergencia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de patologías infantiles de salud mental, a la vez que entrega recomendaciones que apoyan la promoción de la salud mental infantil, su educación e investigación; y la defensa de los adecuados recursos pediátricos	Rol de los servicios de urgencia pediátricos	Recomendación de expertos	Que las unidades de emergencia mantengan la confidencialidad, y que reconozcan el apoyo fundamental de la familia y cuidadores en todas las fases de una enfermedad mental pediátrica.// Se requiere de un equipo multidisciplinario especializado, además de instrumentos de detección e infraestructura acorde a las crisis.// Apoya las 7 medidas que la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Médicos emergencistas propone.
39	Publicación de Opinión de expertos 2009 Alzate P., Doris.	Se espera que el trabajo en red (programa de enfermería y Facultad de derecho de la Universidad Libre de Pereira), permita la generación de propuestas dirigidas a la prevención del maltrato infantil	Aportar a la comprensión de la problemática del maltrato y del abuso sexual infantil, a sus formas de promoción y prevención y a la construcción de alternativas locales e institucionales.	1. Creación de una asociación transdisciplinaria. 2. Trabajo con la facultad de Derecho de la Universidad Libre seccional Pereira. 3. Integración con el trabajo del observatorio de víctimas, niños, niñas y adolescentes. 4. intervención de la problemática de maltrato infantil. 5. Propuesta pedagógica. 6. Aplicación de una prueba piloto en una institución educativa de carácter público del sector urbano en la ciudad de Pereira. 7. Aplicación de la propuesta pedagógica. 8. Revisión bibliográfica	Recomendación de expertos	Rol preponderante de los enfermeros en cuanto a la comprensión del fenómeno multicausal del MI, de modo de conducir un abordaje terapéutico integral que reúna a instituciones públicas, privadas y agentes sociales. Relevar el rol de autosuficiencia (no autonomía) de los enfermeros. Se propuso una intervención integral para la prevención y control del MI, a través de la constitución de una red o escenario de acción que pudiera modificarse en función de las informaciones, los acontecimientos, los eventos, las problemáticas, las emergencias, los imprevistos, etc. Este tipo de red se constituyó por un trabajo colaborativo entre las facultades de

						derecho y enfermería. Para ello se partió con un diagnóstico, luego se identificaron los actores, se analizaron las relaciones existentes entre ellos, identificaron y priorizaron los problemas.
40	<p>Publicación de Opinión de expertos</p> <p>2010</p> <p>Loredo Abdalá A, Trejo Hernández J, García Piña C, Portillo González A, Capistrán Guadalajara A, Carballo Herrera R, et al.</p>	<p>Es un imperativo que organismos gubernamentales y civiles unan esfuerzos para resolver las diversas dificultades que se presentan, en un intento que permita lograr la atención integral de los casos y lo más importante, desarrollar diversas estrategias de prevención que permitan detener y quizá evitar este flagelo</p>	<p>Objetivo Primario: Obtener conclusiones consensuadas sobre los aspectos básicos del tema, para lograr su difusión a nivel nacional.</p> <p>Objetivos secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una definición precisa, concreta, clara y consensuada del tópico. • Precisar las formas básicas de esta patología. • Estandarizar los aspectos clínicos, sociales y jurídicos de cada forma básica del maltrato infantil. • Implementar la nomenclatura del tema de acuerdo al CIE-10. • Establecer y desarrollar una Red Nacional de Registro de los casos, con base en las expresiones clínicas, sociales y jurídicas de cada modalidad. 	<p>Logro de objetivos primarios y secundarios antes explicitados</p>	<p>La CEAINM se constituyó con representantes de organismos académicos y civiles de este campo de la medicina social mexicana. Se definió su organización interna, agenda de trabajo, calendarización y sitio de las reuniones.</p> <p>Se eligió al Coordinador del grupo para seleccionar y dirigir el accionar general del trabajo. Se establecieron definiciones consensuadas, se precisaron las cuatro modalidades básicas del MI: abuso físico (AF), el abuso sexual (AS), el abuso psicológico (AP) y la negligencia (N).</p> <p>Se definieron y constituyeron diversos</p>	<p>De modo implícito sostiene que realizando estas reuniones de consenso y logrando los objetivos propuestos se podría ayudar a prevenir el maltrato infantil</p>

					<p>subcomités para aspectos básicos de las cuatro modalidades del problema. De cada subgrupo se designó a un responsable para la coordinación del mismo. Para cada forma básica de MI se precisó una definición específica, sus características principales, el formato para el registro de los casos, el algoritmo de acción, los centros de intervención y la sede para recibir la información. Para las modalidades de MI se desarrolló un formato con aspectos médicas, psicológicas, sociales y jurídicas para sospechar el diagnóstico, clasificar los casos.</p>	
41	<p>Revisión No sistemática</p> <p>2010</p> <p>Martins C, Baccarat de Godoy J, Prado de Mello, MH.</p>	<p>Resulta interesante explorar cómo ha cambiado la valoración histórica del maltrato al niño y las políticas de protección para hacerle frente</p>	<p>Conocer y divulgar la evolución histórica de la violencia contra los niños, así como las políticas desarrolladas en la atención a la violencia contra menores; además se discute la importancia de la prevención y de la</p>	<p>La literatura demuestra la importancia de las acciones preventivas y la necesidad de discutir y reflexionar, entre los diferentes sectores, para que culminen en políticas y estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Es relevante incluir el tema en la formación de los profesionales de la salud para que puedan contribuir con el diagnóstico, tratamiento y profilaxis del abuso infantil, rompiendo las cadenas de</p>	<p>Estudio bibliográfico que detalla las bases de datos electrónicas y los términos de búsqueda utilizados. De acuerdo a la pauta ad-hoc, los investigadores clasificaron los documentos según el</p>	<p>A pesar de la valorización de los niños por parte de la sociedad y las políticas públicas existentes, la violencia sigue siendo una grave amenaza para sus condiciones de vida, que necesita estudio y estrategias de afrontamiento. Frente a la historia de la violencia en la sociedad desde su origen, la prevención es de vital importancia en la lucha contra el maltrato infantil, la revisión de los múltiples factores que lo determinan, la inversión en la familia y la delegación no sólo al Estado, sino</p>

			actuación de los profesionales de la salud.	determinación y fatalidad.	contexto histórico o político, por lo que se asegura consistencia en base a un riguroso análisis de la información.	a la sociedad como un todo la tarea de protección del niño. // Fortalecer el rol del profesional de la salud con el fin de cumplir con lo legal, y las responsabilidades morales, familiarizarse con los indicadores de maltrato y la negligencia, el reconocimiento temprano y la notificación, identificación, tratamiento, evaluación y referencia para otros profesionales especializados, de manera coherente y ágil, proporcionando, además de la atención básica a sus necesidades y el apoyo emocional
43	Revisión No sistemática 2011 Carreño, Clara Inés; Rey, Alicia.	Da cuenta de un esfuerzo tendiente a minimizar la preocupación colombiana en relación al maltrato infantil.	Definir en qué consiste el maltrato infantil y construir un discurso, para ello acudieron a la revisión de investigaciones que les anteceden, y permiten relacionar los hallazgos con los propósitos de la investigación.	La infancia es una construcción social en constante movimiento y con diversos significados, según los diferentes contextos y momentos históricos de la humanidad. El carácter colectivo y social de la infancia se expresa mediante las representaciones que los adultos construyen sobre los niños. Destaca que se asocia a carencia. Hay representaciones en donde prima la idealización de la niñez. Reflexiona sobre la multicausalidad de los hechos y de la representación social del castigo.	Se recogen varias investigaciones y experiencias, las que se analizan sin pauta específica. Se llevó a cabo una revisión del estado del arte del conocimiento producido en las experiencias de investigación / intervención realizadas en el marco del Programa de Especialización en Prevención del Maltrato Infantil de la Universidad Javeriana, entre los años 2002 al 2006. El enfoque asumido para indagar la construcción de las categorías Infancia y Maltrato, fueron las representaciones sociales.	La idea es que luego del conocimiento se busque crear posibilidades de transformación, en la medida en que la dinámica reflexiva y la experiencia emocional se encaminan hacia una conciencia crítica que lleve a la comunidad a cambiar las relaciones sociales; es decir, que permitan pasar de la reflexión a la acción social. De esta manera, el discurso sobre el maltrato infantil va constituyéndose en un saber hacer. Está la necesidad de continuar precisando el sentido del castigo, la norma, la corrección, el maltrato en las relaciones actuales promovidas entre el adulto y el niño, desde distintos campos de análisis e investigación. Igualmente, continuar ahondando en la comprensión del ejercicio de la función paterna y materna, dentro de la labor formadora de la familia, en el contexto dinámico de los cambios que se están produciendo.

51	<p>Revisión No sistemática</p> <p>2009</p> <p>Macmillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN.</p>	<p>Conocer qué intervenciones existen y son efectivas de acuerdo a la etapa de la prevención en que se sitúan</p>	<p>Identificar, evaluar y resumir la reciente evidencia de alta calidad para la investigación de la prevención del maltrato infantil y las intervenciones para reducir los efectos adversos de tales exposiciones.</p>	<p>Se identifican y evalúan todas las intervenciones de acuerdo al nivel de prevención: 1. Intervenciones para prevenir la exposición al maltrato infantil, por tipo de maltrato; 2. Intervenciones para prevenir la re-exposición y los resultados adversos del maltrato infantil, según tipo de abuso; 3. Intervenciones para prevenir el maltrato físico infantil y la negligencia: entrenamiento familiar con enfermeras; 4. Intervenciones para prevenir el maltrato físico infantil y la negligencia: Inicio temprano; 5. Intervenciones para prevenir el maltrato físico infantil y la negligencia: Triple-P Programa de Parentalidad Positiva; 6. Intervenciones para prevenir el maltrato psicológico: mejorando la sensibilidad materna; 7. Intervenciones para reducir la recurrencia del maltrato físico: Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT); 8. Intervenciones para prevenir el trauma después del abuso sexual: centrado en la terapia cognitivo-conductual; 9. Intervenciones para prevenir la exposición mediante la reducción de la violencia de pareja (abogacía); 10. Intervenciones para la prevención de trastornos post violencia íntima de pareja: psicoterapia; 11. Definiciones de las intervenciones de cuidado dentro y fuera de casa.</p>	<p>A pesar de no ser una revisión sistemática se guiaron por los criterios de la US Preventive Services Task Force. Adecuado diseño para responder a las preguntas planteadas. Detalla el método utilizado, las bases de datos y los términos de búsqueda, al igual que los criterios de inclusión y exclusión. Adecuada selección y análisis de los estudios incluidos.</p>	<p>Las investigaciones futuras deben asegurar que las intervenciones se realicen en ensayos controlados, con resultados reales de malos tratos y se evalúen las medidas de salud asociadas.// Cada vez más, hay un reconocimiento de la superposición de los diferentes tipos de exposición al maltrato y la necesidad de tener esto en cuenta en el desarrollo de los programas de prevención. // Se requiere de un compromiso de todas las disciplinas para aplicar los principios basados en la evidencia y es esencial que se vinculen la ciencia y la política.</p>
57	<p>Revisión No sistemática</p> <p>2004</p> <p>Tenney-Soeiro R, Wilson C.</p>	<p>Debido a que el trauma no accidental y el abandono siguen siendo los principales problemas para los niños, las familias y los proveedores es que se hace necesario revisar</p>	<p>Revisar la epidemiología, diagnóstico, secuelas y prevención del maltrato infantil y negligencia en el mundo actual.</p>	<p>Se estima que un total de 900000 niños son víctimas de maltrato. El maltrato ocurre en todas las edades pero es más común en la primera infancia. Se puede manifestar con lesiones de piel, trauma óseo, trauma craneoencefálico o muchas otras formas. Se demuestran secuelas a largo plazo, las que reflejan que debe revisarse el rol preventivo</p>	<p>No se detallan términos de búsqueda ni bases de datos, ni criterios de inclusión y exclusión. No se hace referencia a la existencia de al menos</p>	<p>Se requiere evaluación continua de los pacientes. Aquellos pediatras que identifiquen uso de drogas en sus pacientes y padres, deben darse el tiempo suficiente para la detección de posibles formas de abuso y disfunción familiar. Es importante insistir en las visitas domiciliarias, los programas de intervención temprana y en la educación</p>

		la evidencia actual		de los pediatras.	2 revisores.	
--	--	---------------------	--	-------------------	--------------	--

VI. RECOMENDACIONES

En la tabla 12 se resumen intervenciones específicas, con sus respectivos grados de recomendación según nivel de evidencia, para evaluar su implementación en la realidad nacional. Al mismo tiempo se debe tener en consideración que las características de esta revisión, con enfoque sistemático y análisis de medicina basada en evidencia, favorecerán aquellas intervenciones cuyas características permitan o faciliten la estandarización. En este sentido las intervenciones con enfoque cognitivo conductista poseen una mayor probabilidad de ser estudiadas, publicadas y analizadas. Por ello, resulta interesante recordar la revisión de Skowron E y Reinemann DH (2005) (38) que identifica un efecto positivo general para un gran variedad de enfoques terapéuticos en maltrato sin que uno predomine por sobre otro.

No es posible recomendar instrumentos de pesquisa poblacionales específicos dado su pobres resultados predictivos y de utilizarse debe tomarse en cuenta las problemáticas asociadas a las estigmatización de familias (37). Si bien el tratamiento del maltrato presenta resultados positivos, en diversos indicadores, no es posible recomendar un enfoque terapéutico específico (38). En el caso de la negligencia y el síndrome por zamarreo la situación es más precaria aún en cuanto a la evidencia disponible (29).

Cualquiera de las intervenciones que presentan mejor nivel de evidencia requiere una mirada en profundidad de sus características, además de una mirada crítica y amplia que permita evaluar cualitativamente su pertinencia y adecuación a la realidad nacional. Para ello se sugiere la conformación de un espacio de reflexión de expertos nacionales en esta área, ya sea por su conocimiento teórico del problema, como práctico de la realidad de los servicios de salud y del intersector.

Recomendamos, basados en los planteamientos de organismos y expertos internacionales, un enfoque de salud pública poblacional al momento de implementar medidas tendientes a prevenir y tratar el maltrato infantil, esto quiere decir:

- construir una base de información y vigilancia del problema;
- una priorización en base a vulnerabilidad y equidad en salud;
- el desarrollo de un programa de intervención que incluya prevención, pesquisa, tratamiento, rehabilitación integral;
- la constitución de espacios permanentes y efectivos de coordinación intersectorial y participación de la comunidad;
- y desarrollar una base de investigación cuantitativa, que facilite la evaluación objetivable de experiencias de intervención, pero también cualitativa que permita comprender en profundidad las características y complejidades del problema en nuestra realidad nacional, y evaluar aquellos aspectos no cuantificables de las intervenciones que se proponen o implementan, así como permitir una adecuada

retroalimentación y evaluación permanente, que en general deben contemplar el desarrollo de cualquier tipo de intervención con impacto poblacional (60, 61, 62).

TABLA 12. RESUMEN DE PRINCIPALES INTERVENCIONES IDENTIFICADAS POR NIVEL DE INTERVENCIÓN Y GRADO DE RECOMENDACIÓN.

Nivel de intervención	Intervención	Resultado Esperado	Calidad de la evidencia	Grado de Recomendación
Prevención	Programas de habilidades de crianza grupales (Parenting programmes) en padres adolescentes.	Mejora de resultados en relación a la capacidad de los padres de responder e interactuar con las necesidades de lactantes y niños, particularmente lo que se refiere a la claridad para comprender las señales del bebé y el niño, la respuesta del niño a los padres y una medida de interacción padres-hijos.	Meta-análisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no randomizados con limitaciones metodológicas relevantes (33).	1B
		Mejora los indicadores de depresión, ansiedad, culpa, confianza y satisfacción con la relación de pareja a 6 meses de seguimiento.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados randomizados (32, 47).	1A
		Mejora los indicadores de problemas de conducta del niño.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados randomizados (47).	1B
	Triple P-Positive Parenting Program.	Mejora las habilidades de crianza de los padres y bienestar parental.	Meta-análisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no rand. con limitaciones metodológicas	1B

		relevantes (52, 53).	
	Disminución de la incidencia poblacional de maltrato infantil.	Ensayo poblacional de alta calidad (50).	1B
Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT).	Mejora las habilidades de crianza de los hijos, la calidez paterna, disminuyen la hostilidad paterna, aumentan la auto-eficacia y reducen el estrés de los padres.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales randomizados y no randomizados con limitaciones metodológicas relevantes (53).	1C
Programa de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal, entre las madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo) , y que se extendió a través de la infancia.	Reducción en la incidencia del maltrato infantil en cuanto a abuso físico y el abandono.	Revisión sistemática cualitativa con 2 ensayos clínicos randomizados para evaluar este aspecto (35).	1B
Parent Education Program; Nurse Family Partnership ; y Child-Parent Centers.	Reducción de las tasas de maltrato infantil en seguimiento de dos años plazo.	Revisión sistemática cualitativa de estudios de evaluación prospectiva de programas, en su mayoría ensayos poblacionales (49).	1C
Programa PURPLE.	Mejora los conocimientos de madres acerca de las características del llanto infantil y aumenta la conducta de alejarse ante llanto inconsolable.	2 ensayos controlados randomizados con limitaciones metodológicas relevantes (7, 45).	1C

Detección	La implementación de Diagramas de flujo decisional ante la sospecha de maltrato físico en servicios de urgencia (comparado con práctica habitual - Canadá).	Aumentaron la documentación de lesión física no accidental.	Revisión Sist. cualitativa de estudios prospectivos con limitaciones metodológicas relevantes y estudios Observacionales de Corte transversal (27, 18)	1C
	Los instrumentos: Dundee Family Service Indicator (DFSI) y el Family Psycho Social Risk Inventory aplicados en el período ante y postnatal.	Presentaron los mejores indicadores de sensibilidad/ especificidad y valores predictivos de maltrato infantil.	Revisión sistemática cualitativa de estudios prospectivos con limitaciones metodológicas relevantes (37).	1C
Primera Respuesta	La introducción de un equipo especializado y de intervención en crisis en servicios de urgencia (Canadá).	Aumentó la participación de los servicios de protección infantil (intersector)	Revisiones sistemáticas cualitativas de estudios controlados aleatorizados, cuasi aleatorizados y observacionales (27)	1C
Tratamiento y Rehabilitación	Kinship Care: colocación bajo cuidado familiar (o de parentesco) en comparación con los centros de cuidado (o de guarda), en niños con diagnóstico de maltrato menores de 18 años (USA).	Mejores resultados en lo que respecta a problemas de conducta, comportamientos adaptativos, trastornos psiquiátricos, bienestar, estabilidad de la colocación, y la tutela que los niños puestos en hogares transitorios.	Revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos randomizados, no randomizados y estudios cuasi-experimentales con limitaciones metodológicas relevantes (34).	1B
	Intervención Breve domiciliaria (8 semanas) diseñada para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos (Canadá).	Mejora de la sensibilidad parental, mejorar la seguridad del apego infantil y la reducción de la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12-71 meses).	1 ensayo clínico aleatorizado (48)	1C

	Diversos enfoques terapéuticos de niños maltratados.	Estimación de tamaño efecto medio (d).	1 revisión sistemática con metanálisis (38)	1C
--	--	--	---	----

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Palabras clave y filtros por cada pregunta solicitada:

1. Intervenciones para la prevención universal del maltrato físico infantil
 - Términos MeSH: Intervention Studies; Universal Precautions; Child Abuse; Child Abuse/prevention and control; Early Medical Intervention , , Universal prevention, child maltreatment
 - Decs: Estudios de intervención; Precauciones universales, Maltrato a los niños, Maltrato a los niños /prevención y control, Intervención médica temprana.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato físico, intervención, prevención universal.
 - Filtros: Practice Guideline; Review, Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
2. Intervenciones para la prevención universal del maltrato psicológico/emocional infantil
 - Términos MeSH: Intervention Studies, Universal Precautions; Child Abuse; Child Abuse/prevention and control, Early Medical Intervention
 - Decs: Estudios de intervención; Precauciones universales, Maltrato a los niños/psicología, Intervención médica temprana.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, maltrato emocional, intervención, prevención universal.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto; Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
3. Intervenciones para la prevención universal de la negligencia o descuido de niños
 - Términos MeSH: Intervention Studies; Universal Precautions, Child Abuse; "Child Abuse/prevention and control, Early Medical Intervention , child neglect
 - Decs: Estudios de intervención; Precauciones universales, Maltrato a los niños/psicología, Intervención médica temprana
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, maltrato emocional, intervención, negligencia, descuido.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
4. Intervenciones para la prevención universal del zamarreo infantil
 - Términos MeSH: Intervention Studies; Universal Precautions; Shaken Baby Syndrome; Shaken Baby Syndrome/prevention and control, Early Medical Intervention.

- Decs: Estudios de intervención; Precauciones universales, Síndrome del bebé sacudido; Síndrome del bebé sacudido/prevención y control, Intervención médica temprana
 - Otros: (términos no MeSH y en español): zamarreo, intervención, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
5. Detección del maltrato físico infantil en la atención primaria
- Términos MeSH: Child Abuse/diagnosis, Primary Health Care, child maltreatment
 - Decs: Maltrato a los niños/diagnóstico; Atención primaria
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, screening
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes; Lactante, Niño, Preescolar.
6. Detección del maltrato físico infantil en servicios de urgencia
- Términos MeSH: Child Abuse/diagnosis; Emergency Medical Services, , child maltreatment
 - Decs: Maltrato a los niños/diagnóstico, Servicios Médicos de Urgencia
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, servicios de urgencia
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes; Lactante, Niño, Preescolar.
7. Detección del maltrato psicológico/emocional en la atención primaria
- Términos MeSH: Child Abuse/psychology, Primary Health Care
 - Decs.: Maltrato a los niños/psicología, Atención primaria
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, niños
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child; Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas; Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
8. Detección del maltrato psicológico/emocional en los servicios de urgencia
- Términos MeSH: Child Abuse/diagnosis; Child Abuse/psychology; Emergency Medical Services
 - Decs.: Maltrato a los niños/ diagnóstico, Maltrato a los niños/psicología, Servicios Médicos de Urgencia
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, niños, screening
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica; Revisiones sistemáticas, Guía; Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
9. Detección de negligencia infantil en la atención primaria

- Términos MeSH: Child Abuse/diagnosis, Primary Health Care, neglect
 - Decs: Maltrato a los niños/diagnostico; Atención primaria
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, negligencia, descuido, screening
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child; Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
10. Detección de negligencia infantil en los servicios de urgencia
- Términos MeSH: Child Abuse/psychology; Primary Health Care, neglect
 - Decs.: Maltrato a los niños/psicología, Atención primaria
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, niños, negligencia, descuido.
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant, Newborn; Infant; Child, Preschool; Adolescent.
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Recién Nacido, Lactante, Preescolar, Niño, Adolescente.
11. Detección de zamarreo infantil en la atención primaria
- Términos MeSH: Shaken Baby Syndrome; Shaken Baby Syndrome /diagnosis; Primary Health Care
 - Decs: Síndrome del bebé sacudido, del bebé sacudido/diagnóstico; Atención primaria.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): zamarreo infantil.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant, Newborn; Infant.
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Recién nacido, Lactante.
12. Detección de zamarreo infantil en los servicios de urgencia
- Términos MeSH: "Shaken Baby Syndrome; Shaken Baby Syndrome /diagnosis; Emergency Medical Services
 - Decs: Síndrome del bebé sacudido/diagnóstico; Servicios médicos de urgencia.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): zamarreo infantil, servicios de urgencia, screening
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant, Newborn; Infant.
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.
13. Detección de niños testigos de violencia intrafamiliar en la atención primaria
- Términos MeSH: Domestic Violence; Primary Health Care; Diagnosis, child witnesses of violence
 - Decs: Violencia doméstica, Servicios médicos de urgencia, Diagnostico
 - Otros: (términos no MeSH y en español): testigos, niños, violencia intrafamiliar, screening
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.

14. Intervención en primera respuesta de maltrato físico infantil en la atención primaria
 - Términos MeSH: Child Abuse; Primary health care; Early Medical Intervention; Intervention Studies, child maltreatment.
 - Decs: Maltrato a los niños, Atención Primaria, Intervención médica temprana; Estudios de intervención.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): Maltrato infantil; primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.

15. Intervención en primera respuesta de maltrato físico infantil en los servicios de urgencia.
 - Términos MeSH: Child Abuse; Emergency Medical Services; Intervention Studies
 - Decs: Maltrato a los niños, Servicios médicos de urgencia, Estudios de intervención
 - Otros: (términos no MeSH y en español): Maltrato infantil, primera respuesta, intervención temprana
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.

16. Intervención en primera respuesta de maltrato psicológico y emocional infantil en la atención primaria.
 - Términos MeSH: Child Abuse/psychology, Primary Health Care; Intervention Studies
 - ecs.: Maltrato a los niños/psicología, Servicios Médicos de Urgencia, Estudios de intervención
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, niños, primera respuesta, intervención temprana.
 - Decs.: Maltrato a los niños/psicología, Atención primaria
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.

17. Intervención en primera respuesta de maltrato psicológico y emocional infantil en los servicios de urgencia
 - Términos MeSH: Child Abuse/psychology, Emergency Medical Services; Intervention Studies
 - Decs.: Maltrato a los niños/psicología, Servicios Médicos de Urgencia, Estudios de intervención.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato psicológico, niños, primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros MeSH: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar.

18. Intervención en primera respuesta de negligencia infantil en la atención primaria
 - Términos MeSH: Child Abuse; Primary health care, neglect
 - Decs: Maltrato a los niños; Atención primaria.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, primera respuesta, intervención temprana.

- Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos, Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar
 - Fechas: 2002-2012
19. Intervención en primera respuesta de negligencia infantil en servicios de urgencia
- Términos MeSH: Child Abuse; Emergency Medical Services; Intervention Studies, neglect
 - Decs: Maltrato a los niños; Servicios Médicos de Urgencia, Estudios de intervención
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline, Systematic Reviews, Guideline, Cohort Studies, Randomized Controlled Trials as Topic, Infant, Child, Preschool
 - Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar
20. Intervención en primera respuesta de zamarreo infantil en la atención primaria
- Términos MeSH: Shaken Baby Syndrome; Primary health care; Intervention Studies
 - Decs: Síndrome del bebé sacudido, Atención primaria, Estudios de intervención.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): zamarreo infantil, primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant, newborn; Infant
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Recién nacido, Lactante
21. Intervención en primera respuesta de zamarreo infantil en los servicios de urgencia
- Términos MeSH: Shaken Baby Syndrome; Emergency Medical Services; Intervention Studies
 - Decs: Síndrome del bebé sacudido, Servicios médicos de urgencia, Estudios de intervención.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): zamarreo infantil, servicios de urgencia, primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant, newborn; Infant
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes; Recién nacido, Lactante
22. Intervención en primera respuesta de niños (as) testigos de violencia intrafamiliar de niños de 0 a 1 año en contextos de salud en servicios de urgencia
- Términos MeSH: Domestic Violence; Emergency Medical Services; Intervention Studies , child witnesses of violence
 - Decs: Violencia doméstica, Servicios médicos de urgencia, Estudios de intervención
 - Otros: (términos no MeSH y en español): violencia intrafamiliar, testigos, niños, primera respuesta, intervención temprana.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic Infant; Infant, Newborn
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Recién Nacido, Lactante.

23. Intervenciones para el tratamiento de negligencia en niños de 0 a 18 años en salud.
- Términos MeSH: Child Abuse/therapy; Emergency Medical Services; Intervention Studies; Health services, neglect
 - Decs: Maltrato a los niños/terapia; Servicios Médicos de Urgencia, Estudios de intervención, Servicios de salud.
 - Otros: (términos no MeSH y en español): maltrato infantil, intervención, negligencia, tratamiento.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant Newborn; Infant; Child, Preschool; Child: Adolescent.
 - Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Recién nacido, Lactante, Preescolar, Niño, Adolescente.
24. Intervenciones para el tratamiento de maltrato físico infantil en atención de salud.
- Términos MeSH: Child Abuse/Therapy; Health Services.
 - Decs: Maltrato a los niños/Terapia, Servicios de salud
 - Otros: (términos no MeSH y en español): Maltrato infantil, tratamiento.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar
25. Intervenciones para el tratamiento de maltrato psicológico/emocional infantil en salud
- Términos MeSH: Child Abuse/Therapy; Child Abuse/Psychology; Intervention Studies; Health services
 - Decs: Maltrato a los niños/Terapia, Maltrato a los niños/psicología, Estudios de intervención, Servicios de salud
 - Otros: (términos no MeSH y en español): Maltrato psicológico, niños, tratamiento, niños, intervención.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar
26. Intervenciones para el tratamiento infantil, testigos de violencia intrafamiliar en salud
- Términos MeSH: Domestic Violence; Therapeutics, Intervention studies; Health services, , child witnesses of violence.
 - Decs: Violencia doméstica; Terapéutica, Estudios de intervención, Servicios de salud
 - Otros: (términos no MeSH y en español): violencia intrafamiliar, testigos, niños, tratamiento, intervención.
 - Filtros: Practice Guideline; Systematic Reviews; Guideline; Cohort Studies; Randomized Controlled Trials as Topic; Infant; Child, Preschool
 - Filtros Decs: Guía de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas, Guía, Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios como Asunto, Estudios de Cohortes, Lactante, Niño, Preescolar

Además se realizaron búsquedas generales con términos no indexados tales como: neglect, Child maltreatment, childhood maltreatment y shaken baby syndrome y se filtró según las características de edad y tipo de estudios antes descritos.

ANEXO 2

TABLA 13: RESUMEN CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS: PARENT EDUCATION PROGRAM Y NURSE FAMILY PARTNERSHIP

Program Characteristics	CPC	NFP
Description	Provides high quality preschool at ages 3-4 Extended intervention provides support up to age 9 (grade 3) for up to 6 total years Provides family support services	Provides nurse home visitation from pregnancy (prior to 30 weeks) up to age 2
Population served	Low-income inner city neighborhoods in Chicago Located in high-poverty areas not being served by Head Start	High risk moms (< 19 years old, single-parents, and/or low SES) who were pregnant with their first child Any woman bearing her first child could request to participate
Services provided	Child education component Basic math and language skills, oral communication, and social skills Parent component Volunteering in the class and on class trips Parent resource room at school Educational/vocational training Outreach services (e.g., resource mobilization, home visits) Health and nutrition services	Nurse home visits; 3 main activities: Educating parents about infant and fetal development Getting family and friends involved and supporting the mother Connecting the family to other social services
Staff	All teachers have a bachelors degree and are certified in early childhood	Trained nurses (bachelors degrees)
Program evaluation	Multiple aspects of the program have been evaluated and shown long-term positive effects	Multiple aspects of the program have been evaluated and shown long-term positive effects
Benefit to cost ratio	US\$7.14:1	US\$2.88: 1

Note: The benefit to cost ratio of CPC preschool was \$10.15 when all crime victim savings were included (Reynolds et al., 2002). In NFP, the high-risk sample had an economic return per dollar invested of \$5.70 and the low-risk sample had a return of \$1.26 (Karoly et al., 2005). CPC = Child-Parent Centers; NFP = Nurse-Family Partnership; SES = socioeconomic status.

Fuente : Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW.; 2009

ANEXO 3

TABLA 14: CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS EVALUADOS EN REVISIÓN SISTEMÁTICA

“Instruments Designed to Predict Future Child Maltreatment”

	Brayden <i>et al.</i> (1993)	Browne & Saqi (1988)	Gordon (1977)	Hunter <i>et al.</i> (1978)	Lealman <i>et al.</i> (1983)	Milner <i>et al.</i> (1984)	Muir <i>et al.</i> (1989)	Murphy <i>et al.</i> (1985)
Instrument name	Maternal History Interview—2 (MHI-2)			Family Psycho-Social Risk Inventory		Child Abuse Potential Inventory (CAPI)	Dunedin Family Services Indicator (DFSI)	Family Stress Checklist (FSC). Later named Kempe Family Stress Inventory (KFSI)
Objective of instrument	Prediction of risk of child maltreatment	Prediction of potential child abuse	Identification of families at higher risk of maltreating their children	Prediction of child abuse and neglect	Prediction of child maltreatment	Prediction of physical child abuse	Prediction of parenting problems and child abuse	Identification of families at high risk of serious parenting problems including child maltreatment
Type of instrument	5 categories (subscales) of questions based on socioeconomic, demographic and clinical data. Involves subjective judgement	12-item checklist (items weighted). Socioeconomic, demographic and clinical data obtained. Involves subjective judgement	6-item checklist. Socioeconomic, demographic and clinical data obtained. Involves subjective judgement	24-item inventory. Information as part of an interview. Socioeconomic, demographic and clinical data obtained. Involves subjective judgement	10-item checklist composed of 3 major items (7 minor). Social, demographic and clinical data obtained. Objective	160 items. Mainly clinical data. A lie scale is normally included in the CAPI but was not employed in this study. Readability of the Inventory is grade 3 level	9-item checklist based on social, demographic and clinical data. Information obtained through semi-structured interview; information obtained from multidisciplinary team and brief parent report questionnaire	10-item checklist based on socioeconomic, demographic and clinical data obtained in interview. Involves subjective judgement
Criteria used to assign parents to high-risk category	Score in high-risk percentile of any subscale	Not stated	Positive score for 2 or more criteria	10 or more points	At least 3 factors present of which 1 is a major factor	Score above the cutoff score for abuse, which in this study was taken to be scoring above the 95th percentile of the control group	Score of 2 or more	Score 35 or more
Who completes the instrument	Professional	Midwife and health visitor	Professional	Social worker or child psychiatrist	Professional	Subject	Nurse	Social worker
Instrument administered to	Mother	Families	Families	Families	Mother	Parent	Mother	Parents
Age instrument administered	Child less than 28 weeks gestation	Midwife rates family at birth and health visitor adds any information obtained during child's first month of life	Perinatal period	When child admitted to intensive care unit	When mother discharged from maternity unit	When majority of the programme mothers' children less than 6 months of age	During pregnancy	3–6 months gestation

Fuente: Peters P and Barlow J, 2003