

Maltrato infantil en la primera infancia: una revisión panorámica sobre prevención, detección y tratamiento

Maltreatment in early childhood: a scoping review of prevention, detection and treatment

Ficha del artículo

Citación: Lefio L, Silva H, Rivas K. Maltreatment in early childhood: a scoping review of prevention, detection and treatment. *Medwave* 2013;13(7):e5748 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5748

Fecha de envío: 22/7/2013

Fecha de aceptación: 9/8/2013

Fecha de publicación: 14/8/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por dos pares revisores, a doble ciego

Autores: Luis Lefio Celedón⁽¹⁾, Helia Silva Bustos⁽¹⁾, Katherinne Rivas Castro⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: lefi.celedon@gmail.com

Correspondencia a: [\[+\]](#)

[Resumen \[+\]](#) [Abstract \[+\]](#)

Introducción

La cantidad de infantes que ven vulnerados sus derechos básicos en el mundo es inconmensurable. Las estimaciones hechas el año 2006 por el Centro de Investigaciones Innocenti, indican que entre 500 y 1.500 millones de niños y niñas son víctimas de violencia todos los años¹.

Si bien el maltrato infantil puede ser abordado desde diversos marcos teóricos, parece de común acuerdo que este fenómeno engloba daño corporal, mental y emocional en las víctimas. De igual forma, sus consecuencias psicosociales pueden y deben ser prevenidas, pesquisadas y tratadas².

Las respuestas para enfrentar este problema de salud pública han sido variadas. Éstas incluyen programas preventivos orientados a mejorar las habilidades de crianza de los padres. Otras se dirigen a grupos vulnerables y vulnerados de la población infantil. Por otra parte, se han desarrollado instrumentos para la pesquisa del maltrato infantil y, consecuentemente, diversas estrategias terapéuticas.

Junto con los esfuerzos por desarrollar alternativas preventivas y terapéuticas, se requieren la sistematización y análisis crítico de las evidencias que se producen, particularmente para su uso en el diseño de programas o estrategias nacionales que permitan hacer frente a este problema. Ello requiere disminuir al máximo posible las incertidumbres respecto de potenciales beneficios producidos por las diferentes alternativas de intervención³.

El maltrato en cualquier momento de la infancia es inaceptable y dañino. En todas las etapas de la vida podemos encontrar ventanas de prevención y reparación, pero la primera infancia parece ser crucial en diversos aspectos del desarrollo, donde además las oportunidades sociosanitarias se multiplican⁴.

En este contexto hemos decidido llevar adelante una revisión panorámica, *scoping review*, que identifique y sintetice la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones destinadas a la prevención universal,

detección y primera respuesta frente a situaciones de maltrato, sufridas por niños y niñas de entre 0 y 4 años y sus familias. Hemos dejado fuera explícitamente las situaciones de abuso sexual, pues creemos que requiere de un tratamiento especial.

Materiales y métodos

Esta investigación se enmarca dentro de la lógica de las revisiones panorámicas o *scoping review*, cuyo propósito general es resumir la evidencia respecto de un tópico general, en este caso maltrato infantil, sin tener necesariamente una pregunta específica como es en el caso de una revisión sistemática. Se enfoca más bien en obtener una idea general sobre el estado de la investigación y generar evidencia sobre una temática relevante⁵.

Las bases de datos electrónicas consultadas fueron MEDLINE, LILACS, PsycINFO, Psyclist, SciELO, ISI Web of Knowledge, Science Direct, EBSCO, EMBASE, Cochrane Library, DARE. Otros motores de búsqueda fueron Tripdatabase.com, Google Scholar, Base de la UNICEF y otras instituciones internacionales vinculadas a este tema.

Las palabras claves utilizadas fueron muy diversas y se asociaron a estudios que dieran cuenta de estrategias de *screening*, pesquisa temprana, intervenciones preventivas y terapéuticas de las diversas situaciones de maltrato infantil en menores de 4 años, excluyendo el abuso sexual. 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 esta es la expresión genérica del *Medical Subject Headings* (MeSH), que se utiliza para maltrato infantil en la literatura en idioma inglés. Luego se excluyeron aquellos estudios que trataban de abuso sexual. Para todas las búsquedas se incluyeron los términos MeSH y Decs ad hoc. La cobertura temporal de la búsqueda incluyó desde enero de 2002 hasta diciembre de 2012. Los idiomas incluidos fueron inglés y español.

Se incluyeron estudios en seres humanos a escala individual y grupal, ya sea comunitaria o poblacional, referidos a intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud integral de la niñez, prevención, pesquisa y tratamiento del maltrato infantil entre 0 y 4 años. También se consideraron investigaciones originales o revisiones sistemáticas de la literatura con evaluación cuantitativa de resultados, estudios experimentales como ensayos aleatorios o cuasi aleatorios (individuales, en grupos o comunidades), estudios cuasi experimentales, series de tiempo interrumpidas, estudios no experimentales como cohortes y estudios de evaluación de test diagnósticos. Se excluyeron 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 e investigaciones cualitativas.

La definición operacional de maltrato infantil y negligencia para efectos de esta revisión integró los conceptos de 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 la satisfacción de necesidades básicas ya sean emocionales, psicológicas y/o cognitivas fundamentales 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; niños y niñas menores de un año víctimas de zamarreo. Por lo tanto, fueron excluidos el abuso sexual, el bullying, la explotación sexual y laboral.

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 de resultado primario y los resultados principales con su respectiva significancia estadística y medidas de magnitud, en el caso de que fueran reportadas.

En el caso de revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas, ensayos clínicos aleatorios y no aleatorios, se les analizó críticamente su calidad metodológica siguiendo las guías del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford. En lo que respecta a los estudios observacionales (cohorte, transversal, analíticos, descriptivos y de evaluación de test diagnósticos) se utilizaron las recomendaciones de la iniciativa

STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), con las distinciones elaboradas para cada tipo de estudio. Para ambos procesos participaron dos revisores independientes.

Resultados

De la primera búsqueda de artículos en las bases ya descritas, se identificó un total de 105. Utilizando los criterios de inclusión señalados, luego de un análisis de los resúmenes de los estudios para corroborar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 36 artículos de investigación o revisión. De éstos, trece correspondían a revisiones sistemáticas cualitativas o cuantitativas; catorce a ensayos controlados aleatorios; tres a ensayos controlados no aleatorios; dos a estudios cuasi experimentales; dos a estudios de cohorte; dos a estudios observacionales de evaluación de test diagnósticos y ocho a estudios observacionales de corte transversal distinto del anterior.

En términos generales son escasas las investigaciones que estudian las intervenciones más efectivas en pesquisa, intervención temprana y tratamiento de maltrato infantil en menores de cuatro años. El caso de las intervenciones de carácter preventivo es relativamente diferente, aún cuando se concentran en la evaluación de estrategias cognitivo-conductuales, que en el mejor de los escenarios alcanzó un seguimiento entre los 24 meses y tres años.

Respecto de la calidad metodológica evaluada por los dos revisores independientes, quienes siguieron las guías de análisis crítico ya descritas, del total de estudios de investigación incluidos 14% fueron catalogados como de baja calidad, 48% regulares y 38% como buenos. En la Tabla 1 se sintetizan las principales intervenciones identificadas y los potenciales beneficios esperados, según el nivel de intervención y con evaluación de calidad de evidencia.

En el ámbito de la prevención, las estrategias mejor evaluadas y que cuentan con el mayor nivel de evidencia de resultados positivos (metaanálisis y revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos aleatorios y cuasi aleatorios), son los denominados programas de habilidades de crianza grupales (*parenting programmes*). Éstos tienen variados formatos y características, que en general comparten el estar basados en enfoques conductuales y cognitivo-conductuales. Este proceso implica un aprendizaje interactivo y colaborativo, donde los facilitadores del programa enseñan comportamientos, principios y habilidades de crianza a los padres y cuidadores. Dichos programas han demostrado efectos positivos en la sensibilidad de detección de parte de los cuidadores a las necesidades de los niños y niñas, en los patrones conductuales de los niños/as y en la interacción entre padres e hijos^{8,23,25}. Entre los factores clave de la efectividad de estos programas se encuentra el aprender cómo y en qué momento utilizar las habilidades de crianza positiva y la resignificación de percepciones cognitivas inútiles acerca de su niño/a.

Dentro de los programas específicos más evaluados y con mejor nivel de evidencia (metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios), encontramos el Triple P (*Positive Parenting Program*). En particular, en su dimensión de mejorar las habilidades de crianza de padres y en la reducción de la incidencia poblacional de maltrato infantil^{26,27,28}.

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 parentales¹⁰.

También se han evaluado con relativa frecuencia diversas intervenciones de profesionales de enfermería en formatos variados. Entre ellos destacan los programas de visitas domiciliarias por enfermeras en el período perinatal y para madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo). En ellos se demostró reducción en la incidencia del maltrato infantil (abuso físico) y de abandono. Los resultados están respaldados por revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios^{29,30}.

Otros programas también 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*³¹.

Específicamente en el tema de la prevención del síndrome del niño zamarreado, se identificó el programa PURPLE que con un buen nivel de evidencia (ensayos clínicos aleatorios, no aleatorios y estudios observacionales), ha probado mejorar los conocimientos de las madres acerca de las características del llanto infantil y aumentar la conducta de alejarse ante el llanto inconsolable del bebé. Sin embargo, no demostró impacto en indicadores de incidencia de este síndrome^{32,33}. Otras intervenciones que han utilizado material audiovisual específico para prevenir este síndrome, mostraron similares resultados^{6,7,8}.

Respecto de la detección, se identificó una revisión sistemática cualitativa de buena calidad metodológica que consideró ocho estudios que evaluaban la capacidad predictiva de maltrato en menores de seis años. Estos estudios evaluaron instrumentos estandarizados, los que podían ser administrados a familias durante el periodo prenatal o postnatal a fin de predecir maltrato infantil futuro. La mayoría de los estudios metodológicamente más rigurosos tuvieron una sensibilidad superior al 50%. Esto 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 maltratados.

No obstante, sólo dos de estos instrumentos obtuvieron una puntuación suficientemente elevada de valor predictivo positivo que permitiese su uso clínico. Los instrumentos mencionados son el *Dundein Family Service Indicator* (DFSI) y el *Family Psycho Social Risk Inventory*. Estos mismos dos instrumentos fueron los únicos de los incluidos en el estudio que fueron probados usando la muestra entera (por sobre 98% de los examinados), obteniendo niveles aceptables de exactitud tanto para especificidad como para valor predictivo positivo, es decir por encima del 90% y 25% respectivamente. El DFSI obtuvo un valor predictivo positivo de 48%. Esto significa que más de la mitad de las familias que fueron diagnosticadas como de riesgo, en realidad no sufrían maltrato³⁶. Por otro lado, el diseño de diagramas de flujo para la toma de decisiones a partir de la sospecha de maltrato, ha demostrado permitir una mejoría en la detección del maltrato físico infantil^{34,35}. También se han evidenciado cambios en las formas y características del dibujo de los niños maltratados⁹, entre otras aproximaciones de detección de casos de menor nivel de evidencia^{10,11,12,13,14,15,16,17,18}.

En relación a las intervenciones efectivas para el tratamiento del maltrato infantil, se identificó una revisión sistemática con metaanálisis de regular calidad metodológica. Incluye intervenciones terapéuticas de diversa índole, evidentemente no comparables entre sí, pero que concluye y estima efectos positivos estadísticamente significativos del tratamiento³⁹. Engloba como resultados una diversidad muy amplia, entre ellos proceso cognoscitivo del niño, auto-informe de personalidad infantil, entrevista de personalidad del niño y los padres, calificaciones de niño, calificaciones de maestros y observaciones objetivas del comportamiento de niños, de los padres y auto-reporte de observaciones de comportamiento de la familia. También realiza un análisis estadístico con una medida de tamaño de efecto (d+). Es decir, todos los tratamientos evaluados demuestran un efecto positivo estadísticamente significativo en los resultados medidos, pero resulta difícil estimar la relevancia clínico-poblacional de dicho efecto. Además, el mismo estudio no identifica el que un acercamiento terapéutico específico tenga un mejor o mayor efecto positivo en maltrato infantil.

Por otro lado, hay evidencia que demuestra que la atención primaria de salud puede ser un espacio propicio para la educación en habilidades de crianza, mejorando a ocho semanas de seguimiento las prácticas parentales e indicadores de maltrato¹⁹. Otras estrategias terapéuticas, basadas en el juego interactivo y en el modelo de procesamiento de la información social, han sido probadas sin demostrar efectos positivos en niños maltratados^{20,21}.

En este mismo nivel de intervención se identificó el *Kinship Care* o colocación bajo cuidado familiar o de parentesco a niños maltratados menores de 18 años en Estados Unidos. Éste fue comparado con la colocación habitual en hogares transitorios, resultando ser una intervención efectiva en cuanto a demostrar mejoras en problemas de conducta, trastornos adaptativos y psiquiátricos con un buen nivel de evidencia³⁷, al igual que en lo que respecta al bienestar y estabilidad de la colocación.

Mediante un ensayo clínico aleatorizado³⁸ se evaluó una intervención breve domiciliar de ocho semanas, la cual fue diseñada en Canadá para mejorar la sensibilidad parental y el apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos. Se encontró que mejora la sensibilidad parental y la seguridad del apego infantil, al

mismo tiempo que se evidencia una reducción en la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12 a 71 meses). No se identificaron intervenciones efectivas probadas para el tratamiento de negligencia en niños menores de cuatro años²².

Tabla I. Resumen de principales intervenciones y evidencias identificadas por nivel de intervención y evaluación de calidad

[Click para ampliar](#)

Nivel de intervención	Intervención	Resultado esperado	Calidad de la evidencia
Prevención	Programas de habilidades de crianza grupales (<i>Parenting programmes</i>) 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.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ²³ .
		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 aleatorios ^{24,25} .
		Mejora los indicadores de problemas de conducta del niño.	Revisión sistemática cualitativa de ensayos controlados aleatorios ⁹ .
	Triple P, <i>Positive Parenting Program</i> .	Mejora las habilidades de crianza de los padres y bienestar parental.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ^{26,27} .
		Disminución de la incidencia poblacional de maltrato infantil.	Ensayo poblacional de alta calidad ²⁸ .
	Terapia de interacción padres-hijos (<i>Parent-Child Interaction Therapy-PCIT</i>).	Mejora las habilidades de crianza de los hijos, la calidez paternal, disminuye la hostilidad paterna, aumenta la auto-eficacia y reduce el estrés de los padres.	Metaanálisis de ensayos clínicos y poblacionales aleatorios y no aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ¹⁰ .
	Programa de visitas domiciliarias por enfermeras en el periodo perinatal, entre las madres primerizas en familias de alto riesgo (<19 años, estatus monoparental y nivel socioeconómico bajo), que se extendió a través de la infancia.	Reducción en la incidencia del maltrato infantil en cuanto a abuso físico y abandono.	Revisión sistemática cualitativa con 2 ensayos clínicos aleatorios y un ensayo clínico aleatorio adicional ^{29,30} .
<i>Parent Education Program; Nurse Family Partnership; y Child-Parent Centers.</i>	Reducción de las tasas de maltrato infantil en seguimiento a dos años plazo.	Revisión sistemática cualitativa de estudios de evaluación prospectiva de programas, en su mayoría ensayos poblacionales ³¹ .	
Programa PURPLE.	Mejora los conocimientos de madres acerca de las características del llanto infantil y aumenta la conducta de alejarse ante llanto inconsolable.	Dos ensayos controlados aleatorios, con limitaciones metodológicas relevantes ^{32,33} .	
Detección	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 sistemática cualitativa de estudios prospectivos, con limitaciones metodológicas relevantes. Estudios observacionales de corte transversal ^{34,35} .
	Los instrumentos <i>Dundein Family Service Indicator (DFSi)</i> y el <i>Family Psycho Social Risk Inventory</i> son 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 ³⁶ .
Tratamiento y rehabilitación	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 aleatorios, cuasi-aleatorios y observacionales ¹⁶ .
	<i>Kinship Care</i> 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 (Estados Unidos).	Mejores resultados en lo que respecta a problemas de conducta, trastornos adaptativos y psiquiátricos, bienestar, estabilidad de la colocación y en la tutela <i>versus</i> los niños puestos en hogares transitorios.	Revisiones sistemáticas cualitativas de ensayos clínicos aleatorios, no aleatorios y estudios cuasi-experimentales, con limitaciones metodológicas relevantes ³⁷ .
	Intervención breve domiciliaria (8 semanas) diseñada para mejorar la sensibilidad parental y apego infantil en padres con antecedentes de maltratar a sus hijos (Canadá).	Mejora de la sensibilidad parental, la seguridad del apego infantil y la desorganización de los niños en el período de la primera infancia (12 a 71 meses).	Un ensayo clínico aleatorio ³⁸ .
	Diversos enfoques terapéuticos de niños maltratados.	Estimación de tamaño efecto medio (d).	Una revisión sistemática con metaanálisis ³⁹ .

Discusión

En esta revisión panorámica hemos identificado una serie de programas preventivos efectivos, cuyo marco general de intervención se basa en promover habilidades de crianza en padres y cuidadores, poniendo entonces al centro el nivel familiar de intervención. Por otro lado, no se identificaron programas con características comunitarias. Ello no indica necesariamente que no existan, sino que tal vez no es ésta la estrategia metodológica de búsqueda más eficiente para tal objetivo. Esto se deba probablemente a que la estandarización de actividades, característica vital para ser incluido en una revisión de este tipo, no sea del todo pertinente para un programa con enfoque comunitario.

Los instrumentos que se han desarrollado hasta la fecha de búsqueda de esta revisión, no parecen tener las propiedades básicas para ser lo suficientemente confiables como para su uso poblacional. En el mejor de los casos los falsos positivos siguen siendo demasiado frecuentes, por lo que si tomamos en cuenta las consecuencias sociales y el estigma de ser catalogado dentro del encuadre del maltrato infantil, parece razonable su utilización en acciones no punitivas.

En el ámbito terapéutico las conclusiones básicas indican que es mejor tratar que no tratar. No hay evidencia para apoyar una estrategia metodológica por sobre otra y se requiere una mayor cantidad y calidad de investigación para llegar a tales conclusiones. Existe evidencia de algunas estrategias con efectos positivos en grupos más vulnerables y específicos de la población. En relación al maltrato infantil y sus consecuencias, también hay alguna otra evidencia con indicadores de proceso más que de resultados.

Al finalizar esta revisión nos parece relevante resaltar las limitaciones en cuanto a la cantidad de evidencia empírica sistemáticamente evaluable. Por lo mismo, vale la pena volver a las recomendaciones de organizaciones y expertos en esta materia. Entre ellas destacan las elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006, que promueven un enfoque de salud pública para la comprensión de esta problemática y una perspectiva multisectorial de afrontamiento. Entre otras recomendaciones encontramos la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia, a través de encuestas de población (prevalencia de maltrato infantil, asociación entre maltrato pasado y comportamiento actual de alto riesgo), y los mecanismos para investigar las muertes infantiles conocidas y sospechosas. Desde una perspectiva ecológica promueve intervenciones en todos los niveles de este modelo. Entre ellas destacan como las estrategias de mejor evidencia de efectividad para prevenir maltrato, el apoyo a las familias con visitas domiciliarias y programas de capacitación para padres.

Al priorizar se sugiere un enfoque de riesgo y vulnerabilidad. Como elementos básicos de la normativa en este tema se debería incluir la 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) y que las políticas, planes, programas y servicios estén basados en la mejor evidencia disponible. Por otra parte la respuesta integrada, sistémica y multisectorial, debe ser eficientemente coordinada, con todos los roles de los actores implicados claros y con un comité de coordinación nacional^{40,41}. En este mismo tipo de estudios, otros organismos y autores 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^{42,43,44}.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE en su más reciente versión en inglés y declaran lo siguiente:

- Dr. Lefio has nothing to disclose.
- Dr. Silva Bustos has nothing to disclose.
- Dr. Rivas has nothing to disclose.

Financiamiento

La búsqueda bibliográfica se realizó en el marco de la ejecución del estudio “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”, comisionado por el Ministerio de Salud de Chile y ejecutado por *Medwave* Estudios Limitada, y en el cual se desempeñaron como investigadores LLC y HSB. El Ministerio no tuvo ningún rol en el diseño de la presente revisión, en la recolección y análisis de los artículos, en la decisión de publicar o en la preparación del manuscrito.

Referencias

1. UNICEF. Progreso para la infancia: un balance sobre la protección de la niñez. 2009 Sep;8:1-7. | [Link](#) |
2. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* 2000 Sep;24(9):1127-49. | [PubMed](#) |
3. Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006. | [Link](#) |
4. Organización de los Estados Americanos. Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia. OEA, Cartagena de Indias, 2007.[on line] | [Link](#) |
5. Brien SE, Lorenzetti DL, Lewis S, Kennedy J, Ghali WA. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci.* 2010 Jan 15;5:2. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
6. Bailey M, Gress T, Bolden D, Pfitzer L. Testing educational strategies for Shaken Baby Syndrome. *W V Med J.* 2008 Nov-Dec;104(6):22-3. | [PubMed](#) |
7. Russell BS, Trudeau J, Britner PA. Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury: event history analysis results. *Child Abuse Negl.* 2008 Oct;32(10):949-57. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E. Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Acad Pediatr.* 2011 Nov-Dec;11(6):481-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Veltman MW, BrowneK DT. The assessment of drawings from children who have been maltreated: a systematic review. *Child Abuse Review.*2002;11(1):19-37. | [CrossRef](#) |
10. Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, et al. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics.* 2009 Aug;124(2):509-16. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |