
Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia

L. Perdikidis Olivieri^a, J. González de Dios^b

^aEAP Los Fresnos. Servicio Madrileño de Salud, Área 3. Torrejón de Ardoz. Madrid (España).

^bDepartamento de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Universidad Miguel Hernández. Alicante (España).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 1:S149-52

Leo Perdikidis Olivieri, lperdikidis@gmail.com

Referencia bibliográfica: Hindely N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2006;91:744-52.

Términos clave en inglés: child abuse; recurrence.

Términos clave en español: maltrato infantil; recurrencia.

Fecha de recepción: 31 de octubre de 2006.

Fecha de aceptación: 8 de noviembre de 2006.

Cómo citar este artículo: Perdikidis Olivieri L, González de Dios J. Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. *Evid Pediatr*. 2006;2:73.

Dirección electrónica del artículo:

www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/2006_vol2_numero4.9.htm

Resumen estructurado

Objetivo: revisar sistemáticamente todos los estudios que identificaban factores asociados con la recurrencia de maltrato infantil demostrado.

Diseño: revisión sistemática.

Fuentes de datos: dos revisores buscaron de manera independiente en bases de datos electrónicas (Medline, Psyclit, Cinahl, Sigle, Embase y National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information) hasta septiembre de 2003. La búsqueda se realizó con términos relacionados con niños (*children, adolescen-*

ce, etc), con maltrato infantil (*neglect, maltreatment, etc*), con recurrencia (*re-abuse, recurrence, etc*) y con *outcome*. También se buscó en las tres revistas que más artículos publican sobre el tema (*Child Abuse and Neglect, Child and Youth Services Review, and Child Maltreatment*). Los listados de referencia de los estudios seleccionados así como el contacto personal con expertos se usaron para encontrar estudios adicionales.

Selección de estudios: dos revisores valoraron de manera independiente todos los estudios identificados y las dis-

crepancias fueron resueltas con un tercer autor. Criterios de inclusión: estudios de cohortes publicados en inglés que consideraban "maltrato" en cualquiera de sus formas, trataban sobre maltrato demostrado y su recurrencia, niños y adolescentes < 18 años. De 89 estudios identificados, 16 cumplían con los criterios de inclusión.

Extracción de datos: los dos autores evaluaron la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante la valoración de: selección de la muestra, diseño del estudio, identificación de factores de riesgo, pérdidas o retiradas, claridad de las mediciones de resultado, tipo de análisis estadístico y reconocimiento de las limitaciones del estudio. Cada variable se puntuó en una escala de cero a dos (puntuación máxima = 14). Se recogieron datos relacionados con las características de los participantes en el estudio, tipo de maltrato, frecuencia de reabuso, tiempo de seguimiento y factores asociados con la recurrencia del maltrato. Los resultados obtenidos no se combinaron en un metaanálisis dada la heterogeneidad de los estudios; se identificaron los factores de riesgo si fueron identificados de forma consistente en al menos dos estudios.

Resultados principales: los estudios presentaban un rango de puntuación en

calidad de 4 a 12 puntos (en la mitad de ellos era > 10, destacando entre ellos cuatro estudios de DePanfillis y Zuravin). La población de estudio era de Estados Unidos (en 15 estudios) y Australia (en uno). Los tipos de maltrato fueron: cualquier tipo de maltrato (en ocho estudios), excluían abuso sexual (en seis), exclusivamente maltrato físico (en uno) y exclusivamente abuso sexual (en uno). La mayoría de los estudios consideraban cualquier tipo de maltrato en las recurrencias y el tiempo de seguimiento fue muy variable (e incluso en algunos estudios no explícito), encontrando una variación alta de las tasas de recurrencia de maltrato. Uno de los estudios de mayor envergadura¹ presentaba una frecuencia del 14,7% (intervalo del 3,5-22,2% entre los distintos estados de EE.UU.) a los seis meses de seguimiento y del 22,6% a los 18 meses. Algunos estudios consideraban recurrencia el maltrato en el mismo niño y en otros el maltrato a cualquier hijo de la familia. Los cuatro factores asociados de forma más consistente con recurrencia de maltrato son: número de episodios previos de maltrato (el tiempo entre episodios de maltrato disminuye a medida que los episodios aumentan en frecuencia), tipo de maltrato (principalmente la negligencia), factores relacionados con el entorno familiar (conflicto entre los pa-

dres) y factores relacionados con los padres (problemas mentales). El tiempo de mayor riesgo de recurrencia parece ser durante el primer mes después del episodio de maltrato, disminuyendo posteriormente. Los niños que han sido previamente maltratados tienen un riesgo seis veces superior de recurrencia de maltrato que los que no lo han sido nunca.

Conclusión: hay factores claramente relacionados con la recurrencia de maltrato y deben ser reconocidos por los profesionales que atienden a niños con maltrato infantil.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

Comentario crítico

Justificación: el maltrato infantil constituye una patología de gran importancia, tanto para el pediatra como para otras instituciones, y es motivo de preocupación para la sociedad en general. Por ello, es esencial conocer muchos de los aspectos que contribuyen a su aparición y manejo, tal como se confirma en la reciente publicación de artículos de gran interés^{2,3}. Este artículo hace un esfuerzo importante por recoger todos los artículos relevantes relacionados con un aspecto del maltrato menos estudiado: los factores de riesgo asociados a la recurrencia de maltrato posterior al episodio de maltrato detectado.

Validez o rigor científico: correcta, según los criterios del *Evidence-Based Medicine Working Group*, intentando evitar el sesgo de publicación a través de la búsqueda exhaustiva de trabajos publicados y no publicados. Sin embargo, es preciso comentar ciertas limitaciones, algunas ya referidas por los propios autores: pudo haber un sesgo de selección, dado que tan sólo se incluyeron estudios en los que el maltrato estaba demostrado y no todos los casos referidos a los servicios de protección infantil; asimismo, el potencial sesgo de idioma al elegir sólo estudios publicados en inglés. La mayoría de los trabajos seleccionados finalmente eran de tipo retrospectivo, salvo un estudio. No se pudo hacer metaanálisis porque las poblaciones eran heterogéneas y, además, el número de pérdidas era importante (cerca del 50% en algunos estudios), debido a las características de este tipo de familias por lo que es posible que la incidencia de maltrato recurrente sea mucho mayor.

Interés o pertinencia clínica: aunque se detecta una variación alta de las tasas de recurrencia de maltrato, suelen ser cifras importantes. Se identifican algunos factores relacionados de forma consistente con la recurrencia del maltrato (número de episodios previos, negligencia, conflicto entre los padres y los problemas de salud mental), así como otros relacionados, pe-

ro con menor consistencia (abuso de alcohol/drogas por parte de los padres, estrés familiar, falta de apoyo social, familias con hijos menores, antecedente de maltrato en los padres, estar ya en contacto con los servicios de protección infantil). El tiempo de mayor riesgo de recurrencia es durante el primer mes después del episodio de maltrato. Además, el riesgo aumenta con cada episodio de maltrato y el intervalo entre episodios disminuía a medida que aumentaba su frecuencia.

Aplicabilidad en la práctica clínica: en la actualidad se insiste mucho sobre la necesidad de detectar el maltrato por parte del pediatra, pero es necesario saber también qué ocurre a partir del momento en que se detecta el problema y el riesgo que tienen de volver a ser maltratados estos niños. Para ello es esencial

conocer aquellos factores (sociales, familiares y personales) que más están relacionados con el maltrato continuado⁴ y, a partir de ello, elaborar estrategias para afrontar el problema. Este estudio nos alerta a la hora de asegurarnos de que, después de detectado el episodio de maltrato, se deben poner las medidas oportunas (sobre el niño maltratado y sus hermanos), sobre todo al principio, para evitar que éste no recurra. No debemos conformarnos con la detección exclusivamente del caso.

Una potencial limitación es el hecho de que la mayoría de los trabajos incluidos en la revisión sistemática son de Estados Unidos, con lo que puede ser complicado extrapolar los resultados y generalizarlos a otros países y culturas, sobre todo no occidentales.

Bibliografía

1. Fluke JD, Yuan YYT, Edwards M. Recurrence of maltreatment: an application of the National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Abuse Negl.* 1999;23:633-50.
2. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systema-*

tic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD 005463. DOI: 10.1002/14651858. CD005463.pub2

3. Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, Docherty A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child.* 2006;91:740-3.

4. Cohen JA. The Importance of Culture in Treating Abused and Neglected Children: An Empirical Review. *Child Maltreatment.* 2001;6: 148-57.

