



Prevención del maltrato y abandono infantil:

Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y programas

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention





Prevención del maltrato y abandono infantil: Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y programas

Autores:

Beverly L. Fortson, PhD
Joanne Klevens, MD, PhD, MPH
Melissa T. Merrick, PhD
Leah K. Gilbert, MD, MSPH
Sandra P. Alexander, MEd

2016

División de Prevención de la Violencia
Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, Georgia



Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Thomas R. Frieden, MD, MPH, director

Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones
Debra E. Houry, MD, MPH, directora

División de Prevención de la Violencia
James A. Mercy, PhD, director

Citación sugerida:

Fortson, B. L., Klevens, J., Merrick, M. T., Gilbert, L. K., & Alexander, S. P. (2016). *Prevención del maltrato y abandono infantil: Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y programas*. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



Índice

Agradecimientos	5
Revisores externos	5
Fortalecer los apoyos económicos para las familias	13
Cambiar las normas sociales para apoyar a los padres y la crianza positiva.....	18
Proveer cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida	21
Mejorar las destrezas de crianza para promover el sano desarrollo de los niños.....	25
Intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro.....	29
Participación de los sectores	33
Monitoreo y evaluación	35
Conclusión	36
Referencias.....	37
Apéndice	46





Agradecimientos

Deseamos agradecer a varias personas por su gran contribución a la preparación de este paquete técnico. En primer lugar, agradecemos de manera especial a la Dra. Linda Dahlberg por su visión, orientación y apoyo durante toda la elaboración de este paquete. Asimismo, agradecemos a los directivos de la División, el Centro y los CDC y a los integrantes del Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil de la División de Prevención de la Violencia por su cuidadosa revisión y útiles observaciones de las versiones anteriores de este documento. Agradecemos a Alida Knuth por su pericia en formateo y diseño. También deseamos expresar nuestro agradecimiento a todos los revisores externos por sus útiles observaciones, el apoyo que nos mostraron y el ánimo que nos dieron para la creación de este documento.

Revisores externos

Marissa Abbott
Departamento de Salud de California

Melissa Brodowski
Administración de Asuntos de Niños y Familias

Lauren Fischman
Administración de Asuntos de Niños y Familias

Marilyn Gisser
Departamento de Salud del Estado de Washington

Monique Fountain Hanna
Administración de Recursos y Servicios de Salud

Cailin O'Connor
Center for the Study of Social Policy

Diane Pilkey
Administración de Recursos y Servicios de Salud

Janet Rosenzweig
Prevent Child Abuse America

Elaine Stedt
Administración de Asuntos de Niños y Familias

Kiersten Stewart
Futures Without Violence

Calondra Tibbs
Asociación Nacional de Funcionarios de Salud del Condado y de la Ciudad

Julia Wei
Departamento de Salud de California

Steve Wirtz
Departamento de Salud de California

Mao Yang
Administración de Asuntos de Niños y Familias



Reseña

Este paquete técnico presenta un grupo selecto de estrategias que se basan en la mejor evidencia disponible para ayudar a prevenir el maltrato y abandono infantil. Las estrategias incluyen fortalecer los apoyos económicos a las familias; cambiar las normas sociales para apoyar a los padres y la crianza positiva; proveer cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida; mejorar las destrezas para la crianza a fin de promover el sano desarrollo de los niños; e intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro. Las estrategias que se presentan en este paquete incluyen estrategias que se enfocan en prevenir el maltrato y abandono infantil en primer lugar y enfoques cuyo objetivo es aminorar los daños inmediatos y a largo plazo. Su punto de enfoque varía desde las personas, las familias y las relaciones hasta la comunidad más amplia y el cambio social. Se necesita esta amplitud de enfoque para poder abordar mejor la interacción entre los comportamientos individuales-familiares y los contextos vecinales, comunitarios y culturales más amplios.¹

Este paquete apoya el marco de la iniciativa *Lo esencial en la niñez* de los CDC para la prevención del maltrato y abandono infantil. Expone, en particular, una serie de estrategias y enfoques específicos que pueden crear un contexto de niños y familias sanos y prevenir el maltrato y abandono infantil (metas 3 y 4 del marco, ver a continuación).

El compromiso, la cooperación y el liderazgo de numerosos sectores, incluidos los de salud pública, educación, justicia, atención médica, servicios sociales, comercio o trabajo, y gobierno pueden propiciar la implementación exitosa de este paquete.

¿En qué consiste un paquete técnico?

Un paquete técnico es la recopilación de un conjunto básico de estrategias para reducir un factor de riesgo o resultado específico y mantener esa reducción.² Los paquetes técnicos ayudan a las comunidades y a los estados a dar prioridad a las actividades de prevención con base en la mejor evidencia disponible. Este paquete técnico tiene tres componentes. El primer componente son las **estrategias** (o la dirección o medidas preventivas) para lograr la meta de prevenir el maltrato y abandono infantil. El segundo componente son los **enfoques**. Los enfoques incluyen las formas específicas de impulsar las estrategias. Esto se puede lograr a través de programas, políticas y prácticas. El tercer componente es la **evidencia** que respalda a cada uno de los enfoques para la prevención del maltrato y abandono infantil o los factores de riesgo relacionados. El objetivo del paquete técnico es servir como recurso para orientar y fundamentar la toma de decisiones relativas a la prevención, tanto en las comunidades como en los estados.

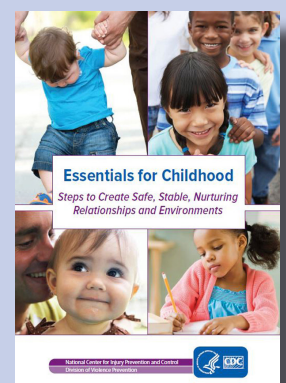
Lo esencial de la niñez: Pasos para crear relaciones y ambientes seguros, estables y enriquecedores

El [marco de Lo esencial en la niñez](#) propone medidas que las comunidades pueden considerar a fin de promover los tipos de relación y ambiente que ayudan a que los niños sean sanos y productivos cuando crezcan. El marco está organizado alrededor de cuatro metas y pasos relacionados para promover que los niños y las familias tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores.

Cuatro áreas meta:

- 1) crear conciencia y compromiso;
- 2) usar datos para fundamentar acciones;
- 3) crear el contexto para la salud de los niños y las familias mediante cambios en las normas y programas;
- 4) crear el contexto para la salud de los niños y las familias mediante políticas.

www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/essentials_for_childhood_framework.pdf





Prevenir el maltrato y abandono infantil es una prioridad

Los malos tratos infantiles incluyen todos los tipos de maltrato (abuso) y abandono (descuido o negligencia) de menores de 18 años por parte del padre o la madre, el cuidador u otra persona con un rol de custodia (p. ej., clérigo, entrenador, maestro) que causen daño, un potencial de daño o la amenaza de daño a un niño.³ Hay cuatro tipos comunes de malos tratos de menores:³

- **Maltrato físico** es el uso de fuerza física, como golpear, patear, sacudir, quemar u otras demostraciones de fuerza contra un niño.
- **Abuso sexual** implica hacer partícipe a un niño en un acto sexual mediante la inducción o coerción. Incluye comportamientos como acariciar indebidamente, penetración y exponer al niño a otras actividades sexuales.
- **Abuso emocional** se refiere a los comportamientos que dañan la autoestima o el bienestar emocional del niño. Ejemplos de abuso emocional son insultar, avergonzar, rechazar, negar expresiones de amor y amenazar.
- **Abandono** es no satisfacer las necesidades físicas y emocionales básicas de un niño. Estas necesidades incluyen vivienda, comida, vestimenta, educación y acceso a atención médica.

El maltrato y abandono infantil es altamente prevalente. Según datos autorreportados, al menos 1 de cada 7 niños sufrió maltrato o abandono infantil durante el año pasado.⁴ Sin embargo, las tasas de maltrato y abandono no son las mismas en todos los niños. Los niños más pequeños tienen más probabilidades de sufrir maltrato y abandono mortal,⁵ mientras que los de 14-17 años tienen más probabilidades de sufrir maltrato y abandono no mortal.⁴ La raza y grupo étnico, y los ingresos de la familia son también factores que podrían afectar la exposición de los niños. Los datos de los Servicios de Protección de Menores muestran tasas altas de victimización entre los niños afroamericanos. Las tasas de maltrato y abandono entre los niños afroamericanos son cerca de dos veces más altas que las de los niños de raza blanca. Estas diferencias por lo general se atribuyen a varios factores comunitarios y sociales que incluyen tanto la pobreza como las diferencias en la notificación e investigación de los casos de maltrato y abandono.⁵ Los niños que viven en hogares de bajo nivel socioeconómico (SES)* tienen tasas de maltrato y abandono infantil cinco veces más altas que los que viven en hogares de nivel socioeconómico más alto.⁶ Independientemente de la fuente de donde provengan los datos, las definiciones que se usen y las mediciones que se hagan, es probable que se subestime la verdadera magnitud del maltrato y abandono infantil; y los niños de todas las edades, razas y grupos étnicos merecen relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores para alcanzar su máximo potencial de salud y vida.

El maltrato y abandono infantil se asocia a varios factores de riesgo. Hay un número de factores individuales, familiares y ambientales que influyen en el riesgo de perpetración de maltrato y abandono infantil y de victimización; todos estos factores interactúan aumentando o disminuyendo este riesgo a lo largo del tiempo y dentro de determinados contextos. Los factores de riesgo de victimización incluyen la edad del niño y la presencia de necesidades especiales, que podrían aumentar la carga de su cuidador (p. ej., discapacidades del desarrollo o intelectuales, problemas de salud mental y enfermedades físicas crónicas).⁷ Los factores de riesgo de perpetración incluyen corta edad parental, crianza por solo uno de los padres, número alto de hijos dependientes, bajos ingresos parentales, abuso de sustancias parental, problemas de salud mental parental, antecedentes de maltrato y abandono infantil parental, aislamiento social, desorganización familiar, estrés de ser padres, violencia en la pareja íntima, malas relaciones entre padres e hijos, violencia en la comunidad y concentración de desventajas en el vecindario (p. ej., altos niveles de pobreza e inestabilidad de vivienda, altas tasas de desempleo).⁷ Aunque los factores de riesgo proveen información sobre quiénes están en mayor riesgo de ser víctima o perpetrador de maltrato y abandono infantil, no son causas directas y no pueden predecir quién será una víctima o un perpetrador.

Los factores que protegen a los niños o actúan como barrera contra el maltrato y abandono se conocen como factores protectores o de protección. Los ambientes familiares de apoyo y las redes de conexiones sociales aparecen de manera constante como factores protectores;^{7,8} sin embargo, hay otros factores—como empleo parental, vivienda adecuada y acceso a atención médica y servicios sociales—que pueden actuar también como protectores contra el maltrato y abandono infantil. Desafortunadamente, ninguno de los factores pinta por sí solo la historia completa de cómo y por qué ocurre el maltrato y abandono infantil, y los factores de riesgo y de protección varían según el tipo que se esté estudiando. Para obtener más información sobre los factores de riesgo y de protección del maltrato y abandono infantil, consulte Merrick, Fortson y Mercy,⁹ y Fortson y Mercy.¹⁰

* Se define como tener ingresos del hogar menores a 15 000 dólares al año; que el mayor nivel de estudios parental es menor a escuela secundaria; o que cualquier miembro de la familia es un participante en un programa contra la pobreza (p. ej., TANF, cupones para alimentos, vivienda pública, asistencia para gastos de energía o comidas escolares subsidiadas).⁶



Las consecuencias económicas y de salud derivadas del maltrato y abandono infantil son considerables. El maltrato y abandono infantil se asocia a un impacto humano, social y económico negativo. Los niños que son víctimas podrían sufrir tanto lesiones físicas inmediatas (p. ej., cortes, hematomas, quemaduras, quebraduras de huesos) como problemas emocionales y psicológicos (p. ej., estrés postraumático, ansiedad).¹¹ El maltrato y abandono infantil también puede tener efectos en los desenlaces más amplios de la salud, así como en la salud mental, el desarrollo social y los comportamientos de riesgo hasta entradas la adolescencia y la adultez. Hay fuerte evidencia que confirma que la violencia en la infancia aumenta el riesgo de lesiones, infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), problemas de salud mental, retraso en el desarrollo cognitivo, problemas de salud reproductiva, enfermedades no transmisibles y de involucrarse en trata sexual, lo que, a su vez, puede causar daño a los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario y a los aparatos circulatorio, locomotor, reproductor y respiratorio.^{11,12} Debido a la alta prevalencia del maltrato y abandono infantil y de sus extensas consecuencias, el impacto económico asociado es considerable. En los Estados Unidos, la carga económica vitalicia total asociada al maltrato y abandono infantil fue de aproximadamente 124 000 millones de dólares en el 2018.¹³

El maltrato y abandono infantil es prevenible. Se ha avanzado mucho en términos de lo que se sabe acerca de cómo prevenir el maltrato y abandono infantil. El maltrato y abandono infantil es el resultado de la interacción de varios factores individuales, familiares y ambientales.¹⁴ En consecuencia, hay fuertes razones para creer que para prevenirlo se necesita un enfoque integral que abarque a sectores claves de la sociedad (p. ej., salud pública, gobierno, educación, servicios sociales y justicia).¹⁵ Asimismo, existe una importante necesidad de aumentar la capacidad de los gobiernos estatales y locales para la implementación y ampliación de las intervenciones eficaces que pueden reducirlo.^{16,17}

La prevención del maltrato y abandono infantil puede prevenir también otras formas de violencia. Cada una de las varias formas de violencia están interrelacionadas y comparten muchos factores de riesgo y de protección,¹⁸ consecuencias,^{19,20} y enfoques eficaces para su prevención.²¹ Debido a que los factores de riesgo y de protección del maltrato y abandono infantil se superponen con los de otras formas de violencia, cabe pensar que la prevención primaria de este puede prevenir otras formas de violencia y maltrato.^{18,22} Además, las estrategias que apoyan el fomento de relaciones seguras, estables y enriquecedoras entre los padres o cuidadores y los niños podrían ser clave para prevenir el desarrollo de comportamientos violentos en los niños temprano en la vida.²³⁻²⁵ La evidencia emergente indica que, al detener el desarrollo temprano de comportamientos violentos, tales relaciones pueden reducir también muchos tipos de violencia que se producen en la adolescencia y en las primeras etapas de la adultez, como la violencia juvenil, la violencia en la pareja íntima y citas románticas, la violencia sexual y la violencia autoinfligida.²⁶

Evaluación de la evidencia

Este paquete técnico incluye programas, prácticas y políticas con evidencia de tener efecto en la victimización, la perpetración o los factores de riesgo del maltrato y abandono infantil. Para que se considerara su inclusión en este paquete técnico, los programas o políticas seleccionados debían cumplir al menos uno de los siguientes criterios: a) demostración mediante metanálisis o revisiones sistemáticas de su efecto en la victimización o perpetración de maltrato y abandono infantil; b) evidencia de efectos preventivos significativos en la victimización o perpetración de maltrato y abandono infantil a partir de al menos un estudio de evaluación riguroso (por ejemplo, un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental); c) demostración mediante metanálisis o revisiones sistemáticas de su efecto en los factores de riesgo de victimización o perpetración de maltrato y abandono infantil; o d) evidencia de efectos significativos en los factores de riesgo de victimización o perpetración de maltrato y abandono infantil a partir de al menos un estudio de evaluación riguroso (por ejemplo, un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental). Por último, también se tuvo en cuenta la probabilidad de que logran efectos beneficiosos con respecto a varias formas de violencia; que no hubiera evidencia de efectos dañinos sobre determinados resultados ni con determinados subgrupos; y que la implementación fuera viable en el contexto de los Estados Unidos si el programa, política o práctica había sido evaluado en otro país.






Algunos de los enfoques incluidos en este paquete técnico todavía no cuentan con evidencia científica que demuestre un efecto en las tasas de victimización o perpetración de maltrato y abandono infantil, pero se respaldan en evidencia que indica que tienen efecto en los factores de riesgo (p. ej., estrés de ser padres, salud mental parental). En términos de la solidez de la evidencia, los programas con efectos demostrados en los resultados del maltrato y abandono infantil proporcionan un mayor nivel de evidencia; sin embargo, la base de evidencia no es tan sólida en todas las áreas. Por ejemplo, se han hecho menos evaluaciones de los efectos que los enfoques a nivel comunitario y social tienen en la prevención del maltrato y abandono infantil. Por lo tanto, los enfoques que se incluyen en este paquete, que tienen efecto en los factores de riesgo, reflejan la naturaleza evolutiva de la base de evidencia y el uso de la mejor evidencia disponible en un momento dado.

Asimismo, es importante notar que es común que haya una significativa heterogeneidad entre los programas, las políticas y las prácticas que se encuentran bajo un mismo enfoque, en términos de la naturaleza y la calidad de la evidencia disponible. No todos los programas, políticas o prácticas que usan el mismo enfoque (p. ej., visitas domiciliarias) tienen la misma eficacia, e incluso aquellos que sí son eficaces podrían no funcionar en todas las poblaciones. Muy pocos estudios de evaluación han examinado los resultados entre diversas poblaciones (p. ej., poblaciones raciales o étnicas; poblaciones con discapacidades). Además, no todos los programas fueron diseñados para usarse con diversas poblaciones; por lo tanto, podría ser necesario adaptarlos y hacer más evaluaciones para abordar diferentes grupos poblacionales. Se proveen ejemplos de programas, políticas o prácticas basados en la evidencia, no con el objetivo de que sea una lista integral, sino con el de ilustrar modelos que han demostrado tener efecto en las tasas de maltrato y abandono infantil o que cuenten con respaldo empírico que muestre que tienen efecto en los factores de riesgo. En la práctica, la eficacia de los programas, políticas y prácticas identificados en este paquete dependerá en gran medida de la calidad de su implementación. Las directrices para asistir a los profesionales, las organizaciones y las comunidades con la implementación se elaborarán por separado.

Temas contextuales y abarcadores

Las estrategias y enfoques que se incluyen en este paquete técnico abarcan distintos niveles de la ecología social, e incluyen esfuerzos que tienen el objetivo de influenciar tanto los niveles comunitario y social como los niveles individual y relacional. Estas estrategias y enfoques tienen el objetivo de funcionar de manera combinada y de reforzarse mutuamente para prevenir el maltrato y abandono infantil (ver el recuadro a continuación). Las estrategias aparecen en determinado orden: primero están las que se presume que tienen el mayor potencial de producir un efecto amplio de salud pública y luego las que podrían afectar a subgrupos poblacionales más selectos (p. ej., padres primerizos o en quienes ya hay presencia de maltrato y abandono infantil).

 Prevención del maltrato y abandono infantil	
Estrategia	Enfoque
Fortalecer los apoyos económicos para las familias	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar• Políticas laborales que favorecen la vida familiar
Cambiar las normas sociales para apoyar a los padres y la crianza positiva	<ul style="list-style-type: none">• Campañas de educación y participación del público• Enfoques legislativos para reducir el castigo corporal
Proveer cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida	<ul style="list-style-type: none">• Enriquecimiento prescolar con participación familiar• Mejor calidad de cuidado infantil mediante otorgamiento de licencias y acreditación
Mejorar las destrezas de crianza para promover el sano desarrollo infantil	<ul style="list-style-type: none">• Visitas domiciliarias durante la primera infancia• Enfoques centrados en las destrezas de crianza y las relaciones familiares
Intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro	<ul style="list-style-type: none">• Atención médica mejorada• Programas de capacitación conductual para padres• Tratamiento para aminorar los daños por la exposición al maltrato y abandono• Tratamiento para prevenir los comportamientos problemáticos y la participación futura en actos de violencia



Las estrategias y enfoques que se incluyen en este paquete técnico abarcan distintos niveles de la ecología social, e incluyen esfuerzos que tienen el objetivo de influenciar tanto los niveles comunitario y social como los niveles individual y relacional.

La prevención del maltrato y abandono infantil tiene el potencial de afectar otras formas de violencia durante el curso de la vida. Aunque se seleccionó cada una de las estrategias y enfoques según su efecto potencial en el maltrato y abandono infantil, también podrán observarse efectos en otras formas de violencia, lo cual reflejaría la interconexión y superposición de los factores de riesgo y protección del maltrato y abandono infantil, y de los factores de riesgo y protección de otras formas de violencia.^{18,21} Por ejemplo, los programas que abordan los comportamientos problemáticos en los niños pequeños han demostrado ser eficaces para prevenir la recurrencia de la perpetración del maltrato y abandono infantil^{27,28} y también para reducir la delincuencia y el crimen más adelante, durante la adolescencia y la adultez.²⁹ Los programas de visitas domiciliarias y los programas de cuidados infantiles y educación en la primera infancia han mostrado reducir la delincuencia y los arrestos en la adolescencia³⁰ y prevenir la participación en comportamientos criminales en la adultez.³¹⁻³³ Por lo tanto, la implementación de estrategias dirigidas a prevenir el maltrato y abandono infantil tiene un gran potencial de prevenir otros tipos de violencia.

Cada comunidad y organización de todo el país que trabaja en la prevención del maltrato y abandono tiene un contexto social y cultural propio que influye en la selección de las estrategias y enfoques que serán más relevantes para sus poblaciones y entornos. Los profesionales en el campo podrían estar en la mejor posición para evaluar las necesidades y fortalezas de sus comunidades y trabajar con los miembros de la comunidad para tomar decisiones sobre qué combinación de los enfoques incluidos en este documento se ajusta mejor a su contexto.

Este paquete incluye estrategias para los sitios donde las agencias de salud pública están bien posicionadas para hacer llegar liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. También incluye estrategias para los sitios donde la salud pública puede actuar como una importante colaboradora (p. ej., estrategias que abordan los niveles de riesgo comunitarios y sociales), pero donde el liderazgo y el compromiso de otros sectores (como el sector comercial o laboral) son críticos para la implementación de un programa o política en particular (p. ej., políticas laborales que favorezcan la vida familiar). La función que cumplen los diversos sectores en la implementación de las estrategias o enfoques se describe en mayor profundidad en la sección *Participación de los sectores*.

En las secciones que siguen se describen las estrategias y los enfoques que cuentan con la mejor evidencia disponible de prevención del maltrato y abandono infantil.





Fortalecer los apoyos económicos para las familias

Fundamento

Las políticas que mejoran las condiciones socioeconómicas de las familias tienden a ser las que tienen los mayores efectos en la salud.³⁴ Hay fuerte evidencia empírica que vincula, de manera sostenida, los bajos ingresos al desarrollo, los logros académicos y la salud de los niños,^{35,36} e incluso a su exposición al maltrato y abandono infantil.³⁷ Las políticas que fortalecen la seguridad financiera del hogar pueden reducir el maltrato y abandono infantil al mejorar la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos (p. ej., alimentos, vivienda, atención médica), proveer cuidado infantil acorde al nivel de desarrollo del niño y mejorar la salud mental parental.

Las políticas pueden cambiar el contexto de las familias al mejorar el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar ("trabajo que favorece la vida familiar"), lo cual permite que los padres les proporcionen a sus hijos el cuidado necesario y mejora las probabilidades de que los niños tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores. Los estudios muestran varias políticas "que favorecen la vida familiar", que reducen los factores de riesgo de maltrato y abandono infantil (como el estrés y la depresión).

Enfoques

Se pueden fortalecer los apoyos económicos a las familias al centrarse en la seguridad financiera del hogar y trabajo que favorezca la vida familiar.

El **fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar** puede reducir el maltrato y abandono infantil al mejorar la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos (p. ej., alimentos, vivienda, atención médica), proveer cuidado infantil acorde al nivel de desarrollo del niño y reducir el estrés y la depresión parental, ambos factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷ El fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar puede también reducir la exposición de los niños al hacinamiento y contribuir a estabilidad en la vivienda y en los arreglos de cuidado infantil. La seguridad financiera del hogar se puede fortalecer de varias maneras:

- **Pagos de manutención de hijos.** Los estados pueden modificar la forma en que los pagos de manutención de hijos afectan los beneficios del programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Muchos estados usan los pagos de manutención de hijos para reembolsarse a sí mismos, pero también tienen la opción de permitir que el padre con patria potestad y el hijo reciban la totalidad o parte de este monto, sin que esto reduzca sus beneficios de TANF. Cuando se permite que estos pagos pasen al padre con patria potestad, ya sea en parte o en su totalidad, sin que esto reduzca los beneficios de TANF, aumentan los ingresos del hogar.
- **Los créditos tributarios** para familias con niños (p. ej., el Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo, EITC) ayudan a las familias de bajos ingresos a aumentar sus ingresos a la vez que incentivan el trabajo o contrarrestan el costo de tener hijos. El EITC federal es un crédito reembolsable diseñado originalmente para fomentar el trabajo al contrarrestar el impacto que tienen los impuestos federales en las familias de bajos ingresos. El monto del crédito varía según los ingresos obtenidos mediante el trabajo, el estado civil de la persona y el número de hijos calificados. Los EITC estatales generalmente se basan en un porcentaje del EITC federal, y la elegibilidad para recibirlos y los montos que se otorgan varían; aproximadamente la mitad de los estados del país los han adoptado.³⁸
- **Opciones de los estados para administrar programas federales de asistencia nutricional.** El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) es un programa financiado por el Gobierno federal y administrado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) que provee a los hogares de bajos ingresos beneficios en efectivo, que solo se pueden usar para comprar alimentos. Los estados tienen varias opciones que pueden facilitar el acceso al programa SNAP (p. ej., solicitud en línea; frecuencia o simplicidad con que los hogares reportan sus ingresos y horas de trabajo; si se tiene en cuenta la manutención de hijos en el cálculo



de los ingresos; las descalificaciones que se imponen).³⁹ Los beneficios del programa ayudan a los padres de bajos ingresos a satisfacer las necesidades alimentarias básicas de sus hijos. Debido a que los beneficios de SNAP permiten que los padres usen los ingresos que obtienen de otras fuentes para comprar otras cosas, el programa reduce la pobreza familiar y la pobreza entre los niños.⁴⁰ SNAP también reduce la gravedad de la inseguridad alimentaria.⁴¹

- **Movilidad en la vivienda asistencial.** Los estados tienen la opción de usar los fondos otorgados a través del programa de Subsidios de Desarrollo Comunitario Conjunto (CDBG) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. para comprar propiedades en vecindarios con bajos niveles de pobreza y alquilarlas a familias de bajos ingresos por una renta reducida.⁴² Alternativamente, pueden usar los fondos del Programa de Vales de Elección de Vivienda (Sección 8) e imponer la condición de que se usen en vecindarios con bajos niveles de pobreza y combinarlos con medidas que prevengan la discriminación contra los beneficiarios de estos vales.⁴² La movilidad en la vivienda asistencial a través de estos programas permite que las familias que viven en vecindarios con altos niveles de pobreza se muden a comunidades más estables, más seguras y con mejores recursos y que, a la vez, ahorren en la renta. Pueden usar estos ahorros para satisfacer otras necesidades.
- **Los programas de subsidios para el cuidado infantil** proveen vales, cuidado infantil de bajo costo o transferencias en efectivo a las familias de bajos ingresos para contrarrestar el costo del cuidado infantil de tiempo completo de calidad. El cuidado infantil subsidiado mejora el bienestar de las familias de bajos ingresos al reducir el costo de este; muchos padres que reciben estos subsidios reportan que mejoran su bienestar financiero.⁴³ Los estados pueden subir el límite del umbral de ingresos para ampliar la elegibilidad y tener en cuenta los gastos del hogar al calcular la elegibilidad; ampliar la definición de actividades aprobadas para que incluya capacitación, educación, tiempo de búsqueda de trabajo, horas de descanso (para los padres que trabajen durante el turno de la tarde o la noche) y licencia temporaria; aumentar el monto del subsidio, dar aumentos con base en la calidad del cuidado provisto y mejorar el monitoreo de la calidad; tener plazos de reducción escalonada que permitan que los clientes salgan lentamente del programa a medida que ganen más, en lugar de tener un umbral de ingresos rígido; simplificar el proceso de solicitud y reducir los tiempos de espera para la aprobación; simplificar el proceso de verificación y de repetición de solicitud, y reducir la frecuencia de la recertificación para mejorar la continuidad del cuidado infantil; y aumentar la cantidad de proveedores con horarios no convencionales (p. ej., durante la tarde, los fines de semana) o incentivar a los proveedores para que ofrezcan un horario más extenso.

Las **políticas laborales que favorecen la vida familiar** cambian el contexto para las familias al mejorar el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar a la vez que aseguran su seguridad económica. Esto hace que sea más fácil para los padres proveer el cuidado necesario a sus hijos.

- **Los salarios dignos** permiten a los padres que trabajan tener suficientes ingresos para cubrir el costo de la vida y satisfacer las necesidades básicas de sus hijos (p. ej., alimentos, vivienda, cuidados infantiles y atención médica adecuados) y reducen la probabilidad de abandono infantil. Los efectos en la salud mental parental pueden mejorar también la forma en que crían a sus hijos.
- **Las licencias pagas** proveen ingresos de remplazo a los trabajadores que estén de licencia para cuidar a su familia o para crear el vínculo con un hijo nuevo (**licencia parental paga**), o los que estén de licencia personal para recuperarse de una afección grave (**licencia por enfermedad paga**) o para descansar y volver a energizarse (**vacaciones pagas**). Las licencias pagas pueden reducir los factores de riesgo de maltrato y abandono infantil (p. ej., estrés parental).
- **Los horarios uniformes y flexibles** dan a los trabajadores un patrón predecible de trabajo o permiten la adaptación del ambiente laboral. Los horarios flexibles de trabajo incluyen flexibilidad en la programación de las horas de trabajo (p. ej., semana laboral comprimida, horas flexibles para iniciar o terminar el día laboral, flexibilidad para programar turnos de trabajo y descansos para cubrir el cuidado de niños), flexibilidad en la cantidad de horas que se trabajan (p. ej., tiempo parcial) y flexibilidad respecto del lugar donde se realiza el trabajo (p. ej., oficina en la casa, sitio satélite, sitio alternativo). El trabajo por turnos o con horarios inconstantes puede dificultar el equilibrio entre las responsabilidades laborales y las responsabilidades familiares, que incluyen conseguir cuidados infantiles estables y acceso a asistencia para el cuidado infantil.⁴⁴



Varios de los enfoques que proveen apoyos económicos a las familias han demostrado tener efectos directos en el maltrato y abandono infantil.

Resultados potenciales

- Mejoras en la salud, el desarrollo y la cobertura médica de los niños.
- Reducciones en el maltrato físico de los niños.
- Reducciones en el abandono infantil.
- Reducciones en las causas no intencionales o indeterminadas de lesiones en la infancia.
- Reducciones en la depresión materna y el estrés parental.
- Reducciones en los comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes.
- Reducciones en las enfermedades crónicas entre los adultos y en las principales causas de muerte.

Evidencia

Mucha de la investigación que se ha hecho hasta la fecha en esta área se ha centrado en los factores de riesgo; sin embargo, varios enfoques que proveen apoyos económicos a las familias han demostrado tener efectos directos en el maltrato y abandono infantil.

Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar

- **Manutención de niños** pasada a las familias que reciben beneficios de TANF. Aunque los ingresos del hogar de las familias de bajos ingresos aumentan ligeramente cuando se les pasa la manutención de niños, esta política también aumenta la probabilidad de que los padres sin patria potestad que aporten manutención de niños aporten montos mayores.⁴⁵ En un estudio a nivel de estado, controlado, aleatorizado de madres que ingresaban al programa TANF ($n = 13\ 067$) se comparó a aquellas que recibían el monto entero de manutención de hijos y los beneficios de TANF (grupo de intervención) con aquellas que recibían \$50 o el 41 % de dicha manutención de hijos, lo que fuera mayor.⁴⁵ Esto sumó entre \$105 y \$180 de ingresos mensuales adicionales para las familias en el grupo de intervención. Los niños de las madres del grupo de intervención tuvieron probabilidades 10 % menores de ser parte de una denuncia de maltrato o abandono infantil que los Servicios de Protección de Menores estuvieran investigando. Pasar la manutención de hijos a las familias podría reducir también los conflictos con sus responsabilidades familiares⁴⁶ y la posibilidad de que las madres se junten con una persona que no sea el padre biológico de sus hijos⁴⁷, ambos factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.^{37,48}
- **Créditos tributarios** para niños y familias. El EITC saca a las familias trabajadoras de la pobreza,^{49,50} la cual es un factor de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷ El EITC tiene efecto en la mortalidad infantil, la cobertura de seguro médico,⁵¹ el desempeño escolar^{52,53} y el estrés y los problemas de salud mental maternos.⁵⁴ Se necesitan investigaciones para determinar los efectos del EITC en el maltrato y abandono infantil. Los modelos de simulación mostraron que asignar un Crédito Tributario por Hijos de \$1000 por niño, pagado a cada hogar independientemente de sus ingresos o situación impositiva, reduciría la pobreza infantil en los Estados Unidos de 26.3 a 23.2 %; un crédito de \$2000 la reduciría a 20.4 %; uno de \$3000 la reduciría a 17.6 % y uno de \$4000 la reduciría a 14.8 %.⁵⁵




Un estudio basado en las variaciones entre las provincias y los datos de encuestas mostró que los créditos tributarios por hijo de \$769 (dólares canadienses del 2004) se asociaron a reducciones en la repetición de grado de los niños y en sus puntajes de hiperactividad e inatención, de trastorno de la conducta y agresión física, y de trastorno emocional y ansiedad, así como en los puntajes de depresión materna, en la muestra global. No se observaron efectos en los puntajes de las pruebas de matemáticas o vocabulario de los niños, ni en la probabilidad de que se les diagnosticara una discapacidad del aprendizaje ni en los comportamientos prosociales.⁵⁶ Los créditos tributarios mostraron tener efecto en varios factores (p. ej., depresión materna, hiperactividad, trastorno de la conducta en los niños) que son factores de riesgo de maltrato físico y abandono infantil;³⁷ estos efectos podrían prevenir el maltrato y abandono a largo plazo.

- **Opciones de los estados para administrar programas federales de asistencia nutricional.** La inseguridad alimentaria es un factor de riesgo de maltrato y abandono infantil.⁵⁷ SNAP reduce la gravedad de la inseguridad alimentaria,⁴¹ pero no cambia la probabilidad de que las familias sufran inseguridad alimentaria. En un estudio en el que se vincularon bases de datos administrativas se halló que entre los niños inscritos en Medicaid y las familias que recibían SNAP o beneficios alimentarios a través del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) había menos denuncias de maltrato y abandono que entre las familias que no recibían SNAP o WIC.⁵⁸
- **Movilidad en la vivienda asistencial.** La asistencia para el alquiler de vivienda, que facilita la mudanza a comunidades con niveles más bajos de pobreza y mejores recursos, reduce la victimización en el hogar y los disturbios sociales vecinales, y aumenta la seguridad vecinal.⁵⁹ La evidencia del experimento *Moving to Opportunity* (Mudanza hacia la Oportunidad o MTO) mostró varios resultados positivos.⁶⁰⁻⁶² El experimento MTO fue un estudio controlado aleatorizado de gran tamaño realizado en Baltimore, Boston, Chicago, Los Ángeles y Nueva York en el cual se asignaron aleatoriamente familias de bajos ingresos que vivían en vecindarios con altos niveles de pobreza a uno de tres grupos: un grupo que ofrecía un vale de vivienda que solo se podía usar para mudarse a un vecindario con bajas tasas de pobreza (es decir, regiones censales con tasas de pobreza de menos del 10 % en 1990) combinado con consejería en movilidad de vivienda; un grupo que ofrecía un vale para vivienda conforme a la Sección 8 sin ninguna restricción en cuanto a su ubicación; y un grupo de control. Se inscribió a los participantes en el estudio originalmente a partir de 1994, y luego se les hizo seguimiento durante 10-15 años. En comparación con el grupo de control, los participantes del grupo MTO tuvieron menos sufrimiento psicológico y depresión,^{61,62} los cuales son factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷ Los niños que se mudaron a vecindarios de menor pobreza antes de los 13 años tuvieron probabilidades más altas de ir a la universidad y pasaron a ganar 31 % más que aquellos cuyas familias no recibieron el vale condicional.⁶³ Además, las niñas que se criaron en vecindarios de menor pobreza tuvieron más probabilidades de casarse, y cuando tuvieron hijos, más probabilidades de mantener una relación con el padre. También tuvieron mayores probabilidades de vivir en vecindarios de menor pobreza de adultas. Por lo tanto, los nietos del grupo de intervención tuvieron más probabilidades de ser criados por dos padres, gozar de mayores ingresos familiares y pasar toda su niñez en vecindarios de menor pobreza, cortando potencialmente el ciclo de la pobreza. En otros estudios se halló que la asistencia para vivienda también reduce las tasas de personas sin hogar,⁶⁴ un factor de riesgo de reubicación de niños al hogar de un pariente o a un hogar de acogida.⁶⁵
- **Subsidios para el cuidado infantil.** Los padres que reciben subsidios para el cuidado infantil tienden a elegir cuidado infantil de mejor calidad.⁶⁶ El cuidado infantil de mejor calidad aumenta las probabilidades de que los niños tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores, y reduce el riesgo de muerte relacionada al maltrato.⁶⁷ En análisis de regresión multinivel de tendencias intraestatales se halló —luego de hacer ajustes por pobreza en la niñez, adultos sin título de escuela secundaria, desempleo, carga de niños y composición racial o étnica— que los estados que satisfacían la demanda de asistencia para el cuidado infantil (es decir, sin lista de espera) redujeron las tasas de maltrato y abandono infantil,⁶⁸ y que los vecindarios con más plazas de cuidado infantil con licencia en relación con la necesidad de cuidado infantil, definida como la cantidad de niños de 1 a 5 años en el vecindario con padres que trabajan, tuvieron tasas menores de maltrato y abandono infantil.⁶⁹ El acceso a cuidado infantil asequible reduce también el estrés parental,⁷⁰ y el acceso a cuidado infantil de alta calidad se asocia a menor cantidad de síntomas de depresión materna.⁷¹ Tanto el estrés parental como la depresión materna son factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷ Asimismo, los niños que viven con adultos no emparentados tienen probabilidades 50 % más altas de morir de lesiones infligidas que los que viven con ambos padres biológicos,⁶⁷ lo cual pone de relieve la importancia del cuidado infantil de alta calidad, ya que las madres no tendrían que dejar a sus hijos solos con otros adultos (no emparentados) en la casa.



Políticas laborales que favorecen la vida familiar

- **Salarios dignos.** Un estudio controlado de grupos emparejados, con garantía de ingresos anuales dignos, mostró una reducción en dos de los factores de riesgo de perpetración de maltrato y abandono infantil: bajos niveles de educación y problemas de salud mental.⁷² En particular, los salarios dignos se asociaron a un mejor desempeño escolar y mejores tasas de graduación entre los niños; a una reducción en las tasas de hospitalización, especialmente por lesiones; y a visitas al médico, especialmente por salud mental.⁷²
- **Licencias pagas.** Las licencias por maternidad aumentan la frecuencia y la duración de la lactancia materna.⁷³ A su vez, la lactancia materna es un factor potencial de protección contra el maltrato y abandono infantil. En un estudio de 15 años con cohortes en el que se compararon tres grupos de niños (es decir, niños no amamantados, niños amamantados por menos de cuatro meses y niños amamantados por cuatro meses o más) los que no habían sido amamantados tenían un riesgo 3.8 veces mayor de sufrir maltrato y abandono infantil perpetrado por sus madres en comparación con aquellos que habían sido amamantados por cuatro meses o más.⁷⁴ Los niños amamantados por menos de cuatro meses tenían un riesgo 2.6 veces mayor que aquellos amamantados por cuatro meses o más. Además, las madres que trabajan antes de dar a luz y retrasan su regreso al trabajo tienen menos síntomas de depresión que aquellas que regresan al trabajo antes.⁷⁵ Esto podría tener un efecto en el maltrato y abandono infantil, ya que la depresión es un factor de riesgo.³⁷ Las licencias familiares pagas también están significativamente asociadas a reducciones en las tasas de hospitalización por traumatismos de cabeza causados por maltrato.⁷⁶ Los días por enfermedad pagos y las vacaciones pagas se asocian a menores tasas de depresión y estrés,⁷⁷ ambos de los cuales son factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷
- **Horarios uniformes y flexibles.** Cuando los horarios diarios del trabajo son irregulares e impredecibles, los padres a menudo tienen dificultad para contratar un cuidado infantil constante y de calidad.⁷⁸ Los niños cuyos padres tienen horarios de trabajo impredecibles tienen más deficiencias cognitivas (p. ej., de memoria, aprendizaje, solución de problemas) que aquellos cuyos padres tienen horarios más predecibles.⁷⁸⁻⁸⁰ Además, los padres con turnos de trabajo irregulares, en comparación con aquellos con turnos de trabajo más uniformes y regulares, tienen más conflictos entre su vida laboral y su vida familiar⁸¹ y más probabilidades de estar estresados,⁷⁸ lo cual es un factor de riesgo de maltrato físico y abandono infantil.³⁷ Por el contrario, los horarios de trabajo uniformes y flexibles (por ejemplo, que favorecen la vida laboral y personal al mismo tiempo) se asocian a tasas más bajas de depresión y estrés,⁷⁷ ambos de los cuales son factores de riesgo de maltrato físico y abandono infantil.³⁷



Los padres con turnos de trabajo irregulares a veces sufren más conflicto entre su vida laboral y familiar, y tienen más probabilidades de estar estresados.



Cambiar las normas sociales para apoyar a los padres y la crianza positiva

Fundamento

Cambiar las normas sociales que aceptan o permiten la indiferencia ante la violencia es muy importante para la prevención del maltrato y abandono infantil. Las normas sociales son las creencias y expectativas a nivel de grupo de cómo se comportan o se deberían comportar los miembros del grupo.⁸² El grupo puede ser grande o pequeño y las normas culturales pueden abarcar al país entero o a una pequeña subpoblación. Hay una multitud de normas que tienen que ver con el desarrollo y la seguridad de los niños, como las normas sobre la forma segura para dormir, la lactancia materna, la seguridad en los automóviles, la forma de hablarles y la responsabilidad compartida por los niños. Una norma social que es particularmente pertinente a la prevención del maltrato y abandono infantil es la forma en que los padres disciplinan a sus hijos. Otra tiene que ver con si es apropiado que los padres busquen ayuda para la crianza de sus hijos.

Para fundamentar la elección y el cambio en cuanto a las políticas, además de cambiar las normas sociales relativas a los comportamientos, también es importante cambiar nuestra forma de pensar y hablar sobre por qué ocurre el maltrato y abandono infantil y quién es responsable de prevenirlo (nuestro discurso).⁸³ Por ejemplo, un discurso dominante en los Estados Unidos es la idea de que cualquier persona que trabaje lo suficientemente duro puede progresar sola. Esta idea centrada en la responsabilidad individual no tiene en cuenta las causas contextuales y las soluciones sociales a problemas complejos, como el maltrato y abandono infantil.

Enfoques

Hay dos tipos de enfoque que buscan cambiar las normas sociales y nuestra forma de pensar y hablar sobre el maltrato y abandono infantil. Estos incluyen campañas de educación y participación del público y enfoques legislativos para reducir el castigo corporal.

Las **campañas de educación y participación del público** usan estrategias de comunicación (p. ej., de encuadre y difusión de mensajes o mercadeo social), una variedad de canales de comunicación (p. ej., medios de comunicación masiva o social) y esfuerzos comunitarios (p. ej., foros abiertos, discusiones y tamizajes vecinales) para reencuadrar la forma de pensar y hablar de las personas con respecto al maltrato y abandono infantil y quién es responsable de prevenirlo. Los encuadres eficaces resaltan el problema y dirigen a la audiencia hacia las soluciones.⁸⁴

Los **enfoques legislativos para reducir el castigo corporal** pueden ayudar a establecer normas en torno a estrategias de disciplina seguras y más eficaces a fin de aminorar los daños del castigo físico severo, particularmente si los enfoques están acompañados de campañas de educación y participación del público. En la actualidad, ningún estado limita el uso del castigo corporal en el hogar, pero algunos lo han prohibido en los entornos de cuidado alternativos (cuidado de acogida o institucional), las guarderías infantiles, los centros de cuidado infantil después de la escuela, las escuelas y los centros de detención de menores.⁸⁵

Resultados potenciales

- Cambio en la percepción de quién tiene la responsabilidad de los niños, de personal a compartida.
- Mayor respaldo del público a las políticas que apoyan a los niños y las familias.
- Reducción en la creencia de que el castigo corporal de los niños es apropiado.
- Reducción en el uso reportado de castigo corporal.
- Aumento en la creencia de que es apropiado dar atención enriquecedora a los niños a todas las edades.
- Reducción en la creencia de que no es bueno buscar ayuda para la crianza de los niños.
- Aumento en la búsqueda de ayuda para la crianza de los niños.
- Aumento de la conciencia pública sobre los factores que pueden inhibir o promover el sano desarrollo de los niños.




Evidencia

Hay evidencia que indica que las campañas de educación y participación del público y los enfoques legislativos para la reducción del castigo corporal pueden afectar los comportamientos relacionados con el maltrato y abandono infantil.

Campañas de educación y participación del público. Las campañas de educación y participación del público que emplean técnicas de mercadeo social se han usado eficazmente en la salud pública para cambiar comportamientos,⁸⁶ específicamente, los comportamientos relacionados con el maltrato y abandono infantil.⁸⁷ Por ejemplo, la campaña *Breaking the Cycle (Cortar el Ciclo)*, que promovió los beneficios de no maltratar a los niños y de ayudar a los padres a entender el ciclo del maltrato (es decir, que los niños aprenden de los padres), fue eficaz para cambiar el abuso emocional de los padres hacia sus hijos y la exposición de los niños al conflicto parental.⁸⁸ Una encuesta posterior a la campaña mostró que hasta el 44 % de los padres había contemplado cambiar su comportamiento y hasta el 16 % había intentado dejar de gritar, insultar y menospreciar a sus hijos, y de pelear o discutir delante de ellos. Una comparación previa y posterior de otra campaña centrada en la crianza positiva mostró una reducción del 19 % en el estigma asociado a necesitar ayuda para la crianza de los hijos.⁸⁹

Enfoques legislativos para reducir el castigo corporal. La evidencia indica que los enfoques legislativos pueden afectar el uso del castigo corporal severo contra los niños, el entendimiento de qué constituye castigo violento y las actitudes hacia el uso de tal castigo.⁹⁰⁻⁹² Los hallazgos de un estudio que abarcó a varios países⁹³ y de una revisión sistemática de la literatura científica⁹⁴ mostraron que las restricciones legislativas en el castigo corporal se han asociado estrechamente a reducciones en el apoyo de las personas al castigo corporal y a su uso como técnica de disciplina de niños. Una comparación de cinco países europeos, tres de los cuales tenían prohibiciones sobre el castigo corporal y dos de los cuales no las tenían,⁹³ halló que las prohibiciones lograron reducir las tasas globales de castigo corporal. Los países en los cuales era legal tenían tasas más altas de todas las formas de castigo corporal que los países que tenían prohibiciones. Asimismo, la aceptación del castigo corporal fue más baja en los países que tenían prohibiciones.⁹³



Cambiar las normas sociales que aceptan o permiten la indiferencia ante la violencia es muy importante para la prevención del maltrato y abandono infantil.





Proveer cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida

Fundamento

El cuidado infantil y la educación de calidad en la primera infancia pueden mejorar el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños y aumentar la probabilidad de que tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores, tanto en el entorno de cuidado infantil y educativo como en el hogar. Los hallazgos de investigaciones pasadas parecen indicar que los estados que satisfacían la demanda de asistencia para el cuidado infantil⁶⁸ y los vecindarios con más plazas de cuidado infantil con licencia en relación con la necesidad de cuidado infantil⁶⁹ tenían tasas menores de maltrato y abandono infantil. La dificultad para encontrar cuidado infantil de calidad se asocia también a tasas mayores de abandono infantil autorreportado entre las madres que abusan de sustancias.⁹⁵ El acceso a un cuidado infantil asequible de calidad se asocia a menor estrés parental⁷⁰ y depresión materna,⁷¹ ambos de los cuales son factores de riesgo de maltrato y abandono infantil.³⁷ La educación de la primera infancia que incluye la participación de los padres también puede mejorar tanto las prácticas de crianza y las actitudes de los padres como la participación familiar en la educación de los niños.⁹⁶ Asimismo, ofrece a los padres la oportunidad de desarrollar conexiones sociales con otros padres.⁶⁹ Además, asistir a escuelas de calidad que tienen una cultura de apoyo y cuentan con licencia o acreditación promueve las destrezas sociales y el desarrollo cognitivo en los niños, lo cual hace menos probable que manifiesten comportamientos problemáticos difíciles en la escuela o el hogar, lo cual contribuye, a su vez, a mejores logros escolares y menos estrés y conflicto parental.⁹⁷

Enfoques

Los programas de enriquecimiento prescolar con participación familiar y la mejor calidad en el cuidado infantil mediante licencias y acreditación son dos enfoques para mejorar las prácticas de crianza, la educación parental, el apoyo social y el acceso a los recursos de la comunidad, que crean simultáneamente ambientes óptimos de aprendizaje para los niños pequeños.

Los programas de **enriquecimiento prescolar con participación familiar** proveen educación de calidad de la primera infancia a los niños económicamente desfavorecidos a fin de construir una fuerte base para su aprendizaje futuro y su sano desarrollo. Estos programas proveen, además, apoyo y oportunidades educacionales para los padres. Los servicios están disponibles para los niños y las familias siempre que cumplan requisitos mínimos, como vivir en un área escolar de alta pobreza que sea elegible para recibir fondos federales conforme al Título I, demostrar la necesidad y aceptar participar⁹⁸ o tener ingresos equivalentes o inferiores a la línea federal de pobreza. Se hace hincapié en que la participación parental es esencial para el desarrollo de los niños y para aumentar el éxito que tengan en la escuela. Estos programas suelen comenzar desde la lactancia o la primera infancia y podrían continuar hasta la segunda o tercera infancia.

Mejor calidad de cuidado infantil mediante otorgamiento de licencias y acreditación. El cuidado infantil con acreditación asegura que las experiencias diarias de los niños sean positivas y de apoyo. Con base en investigaciones y el desarrollo de los niños pequeños, la Asociación Nacional de Educación Infantil⁹⁹ ha identificado los estándares y criterios para la acreditación de programas, que son indicadores de calidad o características que se cree que promueven mejor el bienestar de los niños y fomentan ambientes seguros, enriquecedores y estimulantes. Estas características pueden ayudar a los padres a elegir mejor el cuidado de sus hijos porque indican una probabilidad mucho más alta de que se ofrezcan cuidados infantiles de alta calidad.



Resultados potenciales

- Reducción en las interacciones con los servicios de bienestar infantil.
- Reducción en la violencia física y sexual contra los niños.
- Tasas más bajas de reubicación de niños fuera de su hogar.
- Tasas más altas de graduación de escuela secundaria, asistencia universitaria y más años de estudios completados, y tasas más bajas de abandono escolar.
- Tasas más bajas de arresto de menores, arresto por delitos, encarcelamiento.
- Tasas más bajas de repetición de grado y de servicios de educación especial.
- Tasas más altas de cobertura de atención médica.
- Tasas más bajas de síntomas de depresión.
- Tasas más altas de empleo de tiempo completo.
- Tasas más bajas de discapacidad.



Evidencia

Hay evidencia de que los programas de enriquecimiento preescolar con participación familiar y el cuidado infantil que cuenta con acreditación pueden prevenir el maltrato y abandono infantil y podrían proporcionar otros beneficios a los niños y las familias como, por ejemplo, mejores interacciones entre los padres y los hijos.

Los programas **de enriquecimiento preescolar con participación familiar** tienen, en general, efectos positivos documentados en las destrezas cognitivas, el logro escolar, las destrezas sociales y los problemas de conducta de los niños y son eficaces en reducir el maltrato y abandono infantil. Se examinaron los efectos de un programa llamado *Child Parent Centers* (*Centros Parentoinfantiles o CPC*) en un seguimiento a los 15 años de edad de un grupo de 1539 niños de bajos ingresos de grupos minoritarios (93 % afroamericanos, 7 % hispanos).³² Desde 1985, se han recogido anualmente datos sobre las experiencias educacionales y familiares de registros escolares y encuestas de participantes. En relación con el grupo preescolar de comparación, los niños que participaron en el grupo de intervención preescolar del programa *CPC* durante 1 o 2 años tuvieron 52 % menos informes corroborados de maltrato y abandono infantil,⁹⁶ una tasa más alta de graduación de escuela secundaria (49.7 % vs. 38.5 %), y tasas más bajas de arresto juvenil (16.9 % vs. 25.1 %), arrestos violentos (9.0 % vs. 15.3 %) y abandono escolar (46.7 % vs. 55.0 %) cuando se les hizo seguimiento hasta los 20 años.³² La participación en el programa *CPC*, tanto a una edad preescolar como escolar, se asoció significativamente a una reducción del 33 % en los informes corroborados de maltrato y abandono infantil y a tasas más bajas de repetición de grado y de servicios de educación especial. En un seguimiento de la misma cohorte a los 19 años,¹⁰⁰ los que participaron en el grupo preescolar del *CPC* (en relación con el grupo preescolar de comparación) tuvieron tasas más altas de asistencia a carreras universitarias de 4 años (14.7 % vs. 10.0 %) y más probabilidades de tener cobertura de seguro médico. Los graduados del programa preescolar tuvieron también tasas más bajas de arrestos por delito, condenas, encarcelamiento, síntomas de depresión y reubicación fuera de su hogar. En relación con el grupo de comparación, la participación en la intervención tanto a edad preescolar como escolar se asoció a tasas más altas de empleo de tiempo completo, niveles más altos de logro académico, tasas más bajas de arrestos por delitos violentos y tasas más bajas de discapacidad. La suma de todos estos resultados significa mayores beneficios para la sociedad. En un estudio reciente se halló que el programa preescolar dio a la sociedad un retorno total de \$10.83 por dólar invertido (retorno anual del 18 %).¹⁰¹ Aunque el retorno de la inversión no fue tan significativo en el grupo de edad escolar y los programas de intervención de continuación como en el programa preescolar, aún fue significativo.¹⁰¹

Se evaluó otro programa de participación familiar, llamado *Early Head Start* (*Comienzos Tempranos o EHS*), en un estudio aleatorizado de 3001 familias mediante entrevistas con los cuidadores primarios, evaluaciones de los niños y observaciones de las interacciones entre padres e hijos.¹⁰² Los niños de 3 años de edad que participaron en el programa *EHS* tuvieron un mejor desarrollo cognitivo y lingüístico y manifestaron menos comportamientos agresivos que los niños del grupo de control, quienes pudieron acceder a servicios en la comunidad, pero a quienes no se les brindaron los servicios del *EHS*. Los padres de los niños inscritos en el programa *EHS* les daban más apoyo emocional a sus hijos, estimulaban más su lenguaje y aprendizaje, les leían más y les daban menos nalgadas, en comparación con los padres del grupo de control. También



se evaluó el programa *EHS* usando datos administrativos de bienestar infantil que se recolectaron retrospectivamente para un subgrupo de participantes ($n = 1227$), a fin de determinar el efecto que tenía en el maltrato y abandono infantil.¹⁰³ Los resultados indicaron que los niños del grupo de *EHS* tuvieron significativamente menos interacciones con bienestar infantil entre los 5 y 9 años de edad que los niños del grupo de control, y que el programa *EHS* redujo la frecuencia de las interacciones subsiguientes. Además, en comparación con los niños del grupo de control, los del programa *EHS* tuvieron menos probabilidades de tener informes corroborados de maltrato físico o abuso sexual, pero más probabilidades de tener informes corroborados de abandono.¹⁰³ Según las observaciones de Green et al.,¹⁰³ no es probable que el programa *EHS* haya aumentado las tasas de abandono infantil, sino que la inscripción en dicho programa haya aumentado la visibilidad de los niños que lo sufrían. Por lo tanto, es probable que el aumento en las tasas de abandono sea el resultado de mayor monitoreo a las familias que recibían los servicios de *EHS*.

Mejor calidad de cuidado infantil mediante otorgamiento de licencias y acreditación. El cuidado infantil que cuenta con acreditación, lo cual garantiza un cuidado de calidad, se asocia a resultados positivos para los niños. Por ejemplo, en comparación con los bebés de temperamentos fáciles, los bebés de temperamentos difíciles que recibieron cuidados infantiles de calidad tuvieron menos problemas de conducta que aquellos que recibieron cuidados de menor calidad.¹⁰⁴ Otras investigaciones parecen indicar que el cuidado infantil de calidad puede contrarrestar un ambiente hogareño de menor calidad. Cuando se compararon los niños que tenían ambientes hogareños de menor calidad y cuidados infantiles de alta calidad con niños que tenían tanto ambientes hogareños como cuidados infantiles de menor calidad, se observó que los del primer grupo tenían menos problemas de conducta (un factor de riesgo de maltrato y abandono infantil)^{37, 105}



El cuidado infantil que cuenta con acreditación, lo cual garantiza un cuidado de calidad, se asocia a resultados positivos para los niños.





Mejorar las destrezas de crianza para promover el sano desarrollo de los niños

Fundamento

La relación que tienen los niños con otras personas dentro y fuera de su familia interviene en el sano desarrollo del cerebro y el desarrollo de sus capacidades físicas, emocionales, sociales, conductuales e intelectuales.¹⁰⁶ Los padres que no tienen las destrezas adecuadas para la crianza de sus hijos³⁷ o que están pasando por problemas de salud o financieros tienen más dificultad para criarlos y brindarles el cuidado y la atención necesarios para que tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores.^{107, 108} Hay abundante evidencia de que los programas de capacitación para padres o las intervenciones familiares conductuales impartidas en entornos clínicos y centradas en influenciar los comportamientos de los niños mediante el refuerzo positivo son eficaces en influenciar las prácticas de crianza de las familias.¹⁰⁹⁻¹¹¹ Algunos hallazgos parecen indicar también que estos tipos de programa pueden prevenir el maltrato físico y el abandono.¹¹² Aunque el foco pueda ser diferente, la meta de cada uno es proporcionar a los padres destrezas que puedan usar para fomentar la salud y el bienestar de sus hijos.

Enfoques

Hay varios enfoques que tienen el objetivo de mejorar las destrezas de crianza y fomentar el sano desarrollo infantil en maneras que prevengan el maltrato y abandono infantil.

Los programas de **visitas domiciliarias durante la primera infancia** les proveen a las familias información, apoyo para cuidadores, y capacitación en salud, desarrollo y cuidado infantil, en el hogar. Los programas de visitas domiciliarias varían frecuentemente, según el modelo que se use. Muchos programas, como *Nurse Family Partnership (Asociación de Enfermeros y Familias o NFP)* se ofrecen a las madres primerizas de bajos ingresos, ya que están en mayor riesgo de perpetrar maltrato y abandono infantil.¹¹³ Otros programas de visitas domiciliarias, como *Durham Connects*, se ofrecen en ciertas regiones geográficas a todos los padres primerizos.¹¹⁴ Los programas de visitas domiciliarias pueden ser impartidos por enfermeros, profesionales o paraprofesionales. El contenido de los programas varía según el modelo que se use; algunos implementan el contenido de manera estricta con manuales (p. ej., *NFP*) mientras que otros lo hacen de manera más flexible (*Healthy Families*).¹¹⁵ El momento en que comienzan los programas también varía según el modelo. Algunos programas comienzan en el embarazo, mientras que otros comienzan después del nacimiento del niño.¹¹⁵

Los **enfoques centrados en las destrezas de crianza y las relaciones familiares** proveen a los padres y cuidadores apoyo, y les enseñan destrezas de manejo de comportamientos y crianza positiva para construir familias fuertes y seguras que protegen a los niños contra la violencia y sus consecuencias de largo plazo.^{116, 117} Los programas pueden estar dirigidos a los padres con hijos de determinadas edades o padres en general.¹¹⁶ Los padres, por lo general, reciben información sobre el desarrollo infantil y las causas y consecuencias de la violencia, así como información sobre destrezas para el manejo de la ira, destrezas para la resolución de problemas y técnicas de disciplina que no implican castigo físico.¹¹⁶



Resultados potenciales

- Reducciones en la perpetración de maltrato y abandono infantil.
- Reducciones en los factores de riesgo de maltrato y abandono infantil (p. ej., abuso de sustancias parental, participación en actos criminales, momento de los nacimientos subsiguientes, problemas conductuales infantiles).
- Mejores interacciones entre padres e hijos (p. ej., más enriquecedoras).
- Mejores comportamientos de crianza (p. ej., manejo del comportamiento de los niños) que incluyen reducciones en el uso de formas severas de disciplina verbal o física.
- Mejores conocimientos, comportamientos y creencias en relación con la prevención de la violencia.
- Menos visitas a la sala de emergencias y estadías hospitalarias.
- Reducciones en el uso de servicios de bienestar.
- Reducciones en los comportamientos delictivos.
- Reducciones en el consumo de sustancias y arrestos juveniles.



Evidencia

Los enfoques que mejoran las destrezas de crianza de los padres y promueven el sano desarrollo de los niños han demostrado tener efecto en la prevención del maltrato y abandono infantil; sin embargo, su nivel de eficacia varía según el modelo y el programa que se use.

Visitas domiciliarias durante la primera infancia. La evidencia sobre la eficacia de los programas de visitas domiciliarias es mixta: algunos modelos muestran poco o nada de efecto y otros muestran un fuerte efecto.¹¹⁸⁻¹²⁰ Estos efectos mixtos probablemente surjan porque el contenido de los modelos de visitas domiciliarias varía. El programa *Nurse Family Partnership (NFP)*, por ejemplo, ha documentado una reducción relativa del 48 % en el maltrato y abandono infantil, así como reducciones en los factores de riesgo (p. ej., abuso de sustancias parental, momento de los nacimientos subsiguientes, problemas conductuales de los niños) asociados al maltrato y abandono infantil.²⁴ El programa *NFP* redujo también la cantidad de embarazos subsiguientes, el uso de servicios de bienestar y los comportamientos delictivos en las mujeres que participaron en el programa de visitas domiciliarias, en relación con el grupo de comparación.^{24, 121} Además, se observaron reducciones en el consumo de sustancias y arrestos entre los niños que participaron en el *NFP*.³⁰ Asimismo, se documentaron reducciones en la cantidad de informes de Servicios de Protección de Menores hasta los tres años en las familias de Países Bajos que recibían *NFP*, en comparación con aquellas que recibían la atención habitual.¹²² A los 6 meses, *Durham Connects*, un programa de visitas domiciliarias en el que enfermeros evalúan los factores de riesgo sicosociales y de salud a través de cuatro dominios y 12 factores, documentó menos episodios de atención médica de emergencia y más conexiones con la comunidad, más comportamientos de crianza positiva, participación en cuidados infantiles de mejor calidad fuera del hogar y tasas más bajas de ansiedad, que con las madres de control, y también ambientes hogareños de calidad más alta en comparación con el control.¹²³ A los 12 meses, se documentó un 50 % menos de uso de atención médica de emergencia en las familias que participaban en *Durham Connects* en comparación con las de control.¹²⁴ En el informe *Home Visiting Evidence of Effectiveness Review*¹²⁰ se identifican otros modelos de visitas domiciliarias que podrían funcionar para las comunidades en función de los recursos disponibles y el contexto dentro del cual se impartan.

Enfoques centrados en las destrezas de crianza y las relaciones familiares. Los enfoques de capacitación en destrezas de crianza han demostrado uniformemente tener efectos positivos en la prevención del maltrato y abandono infantil. Uno de los programas, *Adults and Children Together Against Violence: Parents Raising Safe Kids (Adultos y Niños Juntos contra la Violencia: Crianza de Niños Seguros o ACT)*, que enseña destrezas de crianza positiva documentó reducciones en el uso de formas de disciplina verbal y física severas y un aumento en los comportamientos enriquecedores en el postratamiento y en el seguimiento de los tres meses.¹¹⁷ En otras investigaciones, se observaron significativamente menos instancias de dar nalgadas y golpear con objetos a los niños entre aquellos que recibieron la capacitación, en comparación con un grupo que no la recibió.¹¹⁶ También se observaron mejoras significativas desde el inicio hasta el postratamiento en los padres que recibieron capacitación tanto en conocimientos, comportamientos y creencias relacionados con la prevención de la violencia como en destrezas de crianza.¹¹⁶



Se han usado varios programas, incluido *The Incredible Years* (*Años increíbles*) y *SafeCare* (*Cuidado Seguro*), con poblaciones universales y muestras de poblaciones en riesgo (además de niños y familias donde ya había instancias de maltrato y abandono) a fin de mejorar las destrezas de crianza, promover el desarrollo óptimo de los niños y prevenir el maltrato y abandono infantil. El programa *The Incredible Years* es para padres de niños de hasta 12 años de edad y tiene el objetivo de fomentar la competencia emocional y social, y de prevenir, reducir y tratar los problemas conductuales y emocionales de los niños.¹²⁵ El programa dura entre 9 y 20 sesiones, dependiendo de si se trata de un grupo de prevención o un grupo de tratamiento.¹²⁵ En las evaluaciones del programa con muestras de poblaciones en riesgo, los padres mostraron puntajes de crianza negativa más bajos y de crianza positiva más altos después de participar en el programa, en comparación con aquellos que no participaron.¹²⁶ *SafeCare* es un programa domiciliario sobre crianza para padres de niños de 0 a 5 años, que se centra en los factores de riesgo de maltrato físico y abandono infantil. En el programa, se les enseña a los padres: (1) cómo interactuar de manera positiva con sus hijos, planificar actividades y responder de manera adecuada a los comportamientos difíciles de los niños (módulo de interacciones entre padres e hijos); (2) cómo reconocer los peligros presentes en la casa a fin de mejorar el ambiente hogareño (módulo de seguridad); y (3) cómo reconocer los síntomas de enfermedad y lesión y responder a estos, además de cómo mantener buenos registros de salud (módulo de salud).¹²⁷ Las madres de bajos ingresos que hicieron el módulo sobre interacciones entre padres e hijos de *SafeCare* mostraron un uso más frecuente de estrategias de crianza positiva y practicaron una crianza más sensible a sus hijos que las del grupo de control que estaban en lista de espera.¹²⁸



Los enfoques que mejoran las destrezas de crianza y promueven el sano desarrollo de los niños han demostrado tener efecto en la prevención del maltrato y abandono infantil.





Intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro

Fundamento

La exposición al maltrato y abandono infantil tiene un efecto negativo a corto y largo plazo en la salud física y mental, el bienestar y en las estructuras y los sistemas biológicos.^{15, 36, 129, 130} Además, los niños con antecedentes de maltrato y abandono infantil están en riesgo de perpetrar maltrato y otros tipos de violencia cuando sean adultos y están en riesgo de futuras y múltiples instancias de victimización.¹³¹⁻¹³⁵ Algunos hallazgos parecen indicar que los programas de capacitación conductual para padres pueden prevenir la recurrencia del maltrato físico y el abandono.^{27, 28} Estos programas frecuentemente se centran en las personas que tienen factores de riesgo de maltrato físico y abandono demostrados, como son los contactos con el sistema de bienestar infantil. En las instancias donde haya ocurrido maltrato y abandono y los niños presenten síntomas (como problemas conductuales, estrés postraumático, ansiedad y depresión), estos pueden tratarse eficazmente con programas de tratamiento basados en la evidencia.¹³⁶ Por lo tanto, cabe pensar que el tratamiento de los niños y las familias que hayan sufrido maltrato podría tanto mitigar las consecuencias que la exposición al maltrato y abandono infantil tiene en la salud como prevenir su recurrencia y reducir el riesgo de otros tipos de violencia más adelante en la vida y la probabilidad de que maltraten a sus propios hijos más adelante en la vida.

Enfoques

Se han identificado varios enfoques para prevenir el maltrato y abandono infantil, su recurrencia y los resultados negativos asociados. Los enfoques que se describen a continuación sirven para intervenir con el fin de aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro que supone la exposición a maltrato y abandono infantil o los factores de riesgo asociados.

La **atención médica primaria mejorada** se puede usar para identificar y abordar los problemas sicosociales presentes en la familia que actúen como factores de riesgo de maltrato y abandono infantil. Los proveedores de atención médica se capacitan para identificar y abordar los factores que aumentan el riesgo de maltrato y abandono infantil (p. ej., depresión parental, abuso de sustancias, estrés mayor, aplicación de castigos severos, violencia en la pareja íntima).¹³⁷ Se hace generalmente seguimiento con un trabajador social para abordar los problemas o dar remisiones a recursos en la comunidad. Los padres también reciben hojas informativas que incluyen tanto información sobre los problemas abordados con el trabajador social, como información sobre recursos locales.¹³⁷

Los **programas de capacitación conductual para padres** podrían reducir la recurrencia del maltrato y abandono infantil y, a la vez, enseñar a los padres destrezas específicas para que construyan una relación segura, estable y enriquecedora con sus hijos. Los programas de capacitación conductual para padres generalmente se imparten a las familias de manera individual o grupal en un formato estructurado a lo largo de 12-16 sesiones. La edad de los niños a los cuales se dirige el programa generalmente varía desde 0 hasta 12 años, pero las edades específicas dependen del modelo elegido. Los temas que se cubren en estos programas generalmente varían desde interacciones entre padres e hijos y destrezas para mejorar las relaciones hasta manejo de los comportamientos de los niños y destrezas de disciplina.

Tratamiento de niños y familias para aminorar los daños de la exposición al maltrato y abandono infantil. El tratamiento terapéutico puede mitigar las consecuencias que la exposición al maltrato y abandono tienen en la salud, así como disminuir el riesgo de que se produzcan otros tipos de violencia más adelante en la vida y reducir la probabilidad de que las personas maltraten a sus propios hijos. Estos tratamientos generalmente son administrados por profesionales capacitados, en entornos grupales o individuales, a lo largo de 12 o más sesiones. Se brindan frecuentemente a los niños a distintas edades y etapas del desarrollo y, como tal, pueden involucrar la participación de ambos, padres e hijos, en el proceso de tratamiento.

Tratamiento de niños y familias para prevenir los comportamientos problemáticos y la participación futura en actos de violencia. Estos tratamientos terapéuticos son generalmente administrados por profesionales altamente capacitados, en entornos grupales o individuales, a lo largo de varios meses. Debido a que se enfocan en los jóvenes y el rol que tienen los padres y los cuidadores en monitorear y guiar sus comportamientos, a menudo se incluyen los padres y cuidadores en el



proceso de tratamiento o a toda la red de conexiones sociales del niño. Los niños de todas las edades pueden participar en estos programas, aunque la edad específica de los niños a los cuales se dirigen depende del programa que se implemente específicamente.

Resultados potenciales

- Menos vacunaciones retrasadas.
- Reducciones en la perpetración de maltrato y abandono.
- Reducciones en los síntomas de traumatismo en los niños a corto y largo plazo, incluidos los síntomas de internalización (p. ej., estrés postraumático, depresión, ansiedad) y de externalización (p. ej., comportamientos sexualizados, comportamientos agresivos).
- Mejores interacciones entre padres e hijos, mejores conductas de crianza y mejor funcionamiento familiar.
- Reducciones en la depresión, el sufrimiento emocional y el consumo de sustancias de los padres.
- Reducción en la cantidad de veces y la duración del tiempo que se reubicaba a los niños fuera del hogar.
- Reducciones en el consumo de sustancias entre los jóvenes.
- Reducciones en la recurrencia.

Evidencia

Un conjunto de datos grande resalta la importancia de intervenir con aquellos que han sufrido maltrato y abandono, y aquellos que están en riesgo de perpetrarlos. El maltrato y el abandono a menudo tienden a ser cíclicos; por lo tanto, la interrupción del ciclo de la violencia puede prevenir la exposición de muchos niños al maltrato y al abandono.

Los programas de **atención médica primaria mejorada**, como el modelo *Safe Environment for Every Kid (Un Ambiente Seguro para cada Niño o SEEK)*, han demostrado tener efectos positivos contra el maltrato y abandono infantil. Por ejemplo, las familias que participaron en el programa SEEK tuvieron menos denuncias ante Servicios de Protección de Menores que las familias que completaron los servicios de la manera habitual (13.3 % y 19.2 %, respectivamente); reportaron menos eventos de agresión física grave (puntaje promedio ponderado: 0.11 y 0.33, respectivamente); y tuvieron más probabilidades de apegarse al tratamiento médico (4.6 % y 8.4 %, respectivamente) y de asegurarse de vacunar a sus hijos a tiempo (3.3 % y 9.6 %, respectivamente).¹³⁷ Los resultados del programa *SEEK* también mostraron menos agresión psicológica materna (tamaño del efecto = -0.16) y menos eventos de agresión física materna menores (tamaño del efecto = -0.16).¹³⁸


Los **programas de capacitación conductual para padres**, como *Parent-Child Interaction Therapy (Terapia de Interacción entre Padres e Hijos o PCIT)*, *The Incredible Years* y *SafeCare*, muestran éxito en la prevención de la recurrencia del abuso en las familias con casos corroborados de maltrato y abandono infantil y en la reducción de los factores de riesgo en las familias que están en alto riesgo (p. ej., aquellas que usan prácticas de crianza severas o punitivas).^{27,28,139-141} Un estudio realizado con los padres denunciados a Servicios de Protección de Menores halló menor cantidad de nuevas denuncias de maltrato físico o abandono en un seguimiento realizado a los 36 meses de los padres que completaron *SafeCare* (15 % de recurrencia), en comparación con las familias que completaron los servicios de manera habitual (46 % de recurrencia).¹⁴² Los padres físicamente abusivos que estaban en el sistema de bienestar infantil y que participaron en el programa *PCIT* tuvieron una cantidad significativamente menor de nuevas denuncias de maltrato físico que los que habían participado en los servicios de la manera habitual (19 % vs. 49 %).²⁷ En un estudio de familias con antecedentes de abandono o maltrato físico crónicos y graves, el programa *PCIT* combinado con una característica motivacional fue eficaz para reducir la cantidad de denuncias futuras a bienestar infantil, y se observó mayor efecto cuando los niños regresaban a sus hogares en menos tiempo.²⁸ *The Incredible Years* es eficaz en reducir las prácticas de crianza severas y los problemas de conducta y aumentar la disciplina positiva y la crianza enriquecedora.¹⁴³ En un estudio de padres biológicos y de acogida que habían obrado principalmente con abandono, aumentaron las destrezas de crianza positiva en aquellos que participaron en el programa *The Incredible Years* (en comparación con el grupo de control) y las mejoras fueron mayores cuando asistieron a seis o más sesiones.¹⁴⁴

El **tratamiento de niños y familias para aminorar los daños de la exposición al maltrato y abandono infantil**, como *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma o TF-CBT)*, fue eficaz en reducir los síntomas de trastorno por estrés postraumático, depresión y problemas conductuales en la evaluación



postratamiento y en reducir el trastorno por estrés postraumático a los 12 meses postratamiento.¹⁴⁵ Otras investigaciones parecen indicar que las mejoras postratamiento de los síntomas relacionados con el trauma (p. ej., estrés postraumático, depresión, temor, comportamientos sexualizados, ansiedad, vergüenza, problemas conductuales) se mantienen en los niños a los 6 y 12 meses postratamiento, al igual que los comportamientos relacionados con la crianza y los síntomas de sufrimiento emocional y depresión parentales.¹⁴⁶

El **tratamiento de niños y familias para prevenir los comportamientos problemáticos y la participación futura en actos de violencia** a menudo aborda las consecuencias conductuales del maltrato y abandono infantil. Se examinó la eficacia de *Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program: School-age Program (Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual para Niños con Comportamientos Sexuales Problemáticos para Niños en Edad Escolar)* en un estudio prospectivo de 10 años con 135 niños, de 5 a 12 años, que tenían problemas de comportamiento sexual, y se observaron reducciones significativas en la recurrencia de dichos comportamientos en el grupo de tratamiento cognitivo-conductual, en comparación con el grupo de terapia lúdica (2 % vs. 10 %).¹⁴⁷ En una comparación de este mismo grupo de niños con uno de un centro médico general, no se observaron diferencias en cuanto a las contravenciones no sexuales.¹⁴⁷ En otras investigaciones, la terapia cognitivo-conductual tuvo como resultado mejoras en los problemas de comportamiento sexual en los niños al momento de la evaluación postratamiento o de seguimiento.^{148, 149} Otro programa, *Multisystemic Therapy (Terapia Multisistémica o MST)*, es un programa de tratamiento intensivo diseñado para los infractores juveniles crónicos y violentos de 12 a 17 años de edad. El programa involucra a toda la red de conexiones sociales del niño (p. ej., familia, escuela, maestros, vecindario y amigos) como medio para prevenir el comportamiento problemático del niño y su participación posterior en actos de violencia.¹⁵⁰ El programa se asocia a mejores interacciones entre padres e hijos, menos síntomas en el joven y el cuidador, mejores conductas de crianza, mayor apoyo social y menos reubicaciones fuera del hogar (63 % menos días).¹⁵¹⁻¹⁵³ Además, en un seguimiento a los 24 meses, se observaron reducciones en las tasas de maltrato infantil y en la duración del tiempo que estaban reubicados los jóvenes fuera de su hogar.¹⁵³ En un metanálisis reciente de los efectos de la terapia multisistémica se hallaron efectos pequeños pero significativos del tratamiento en la delincuencia, la sicopatología, el consumo de sustancias, los factores familiares, la reubicación fuera del hogar y factores relacionados con otros jóvenes.¹⁵⁴



Un conjunto de datos grande resalta la importancia de intervenir con aquellos que han sufrido maltrato y abandono y aquellos que están en riesgo de perpetrarlo.





Participación de los sectores

El sector de salud pública puede cumplir una función importante y única para abordar el maltrato y abandono infantil. Las agencias de salud pública, que generalmente priorizan sus esfuerzos hacia la prevención y trabajan para lograr efectos abarcadores a nivel poblacional, pueden aportar liderazgo y recursos críticos para abordar este problema. Estas agencias pueden, por ejemplo, actuar como medios para convocar y reunir a las organizaciones socias y partes interesadas a fin de planificar, priorizar y coordinar los esfuerzos de prevención del maltrato y abandono infantil. Estas, asimismo, se encuentran bien posicionadas para recoger y difundir datos, implementar medidas preventivas, evaluar programas y hacer seguimiento del progreso. Si bien el sector de salud pública puede ser un líder en la prevención del maltrato y abandono infantil, las estrategias y los enfoques descritos en este paquete técnico no se pueden lograr solo a través de este sector.

Los otros sectores y organizaciones que son vitales para la implementación de este paquete técnico incluyen los sectores de educación, gobierno (local, estatal y federal), servicios sociales, servicios de salud, comercio o trabajo, justicia, vivienda, medios de comunicación, y las organizaciones que conforman la sociedad civil, como las organizaciones religiosas, las organizaciones juveniles, las fundaciones y otras organizaciones no gubernamentales. Estos pueden, de manera colectiva, marcar una diferencia en la prevención del maltrato y abandono infantil al tener efecto en los diversos contextos que actúan como apoyo y contribuyen para que los niños tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores.

Las estrategias y los enfoques que se describen en este paquete técnico se resumen en el apéndice, junto con los sectores relevantes que están bien posicionados para liderar esfuerzos de implementación. Por ejemplo, los organismos comerciales o laborales y los organismos gubernamentales están en la mejor posición para implementar programas y políticas que sirven para *Fortalecer los apoyos económicos para las familias*. Estos tipos de apoyo van más allá de lograr cambios en el comportamiento individual, y requieren del compromiso y apoyo de los sectores que puedan abordar directamente algunos de los riesgos subyacentes y los contextos ambientales que aumentan la probabilidad de maltrato y abandono infantil. Las entidades de salud pública pueden cumplir un papel importante al reunir y sintetizar información para fundamentar políticas, crear conciencia y evaluar la eficacia de distintas políticas. Las colaboraciones con organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias pueden ser instrumentales para conseguir respaldo para las políticas que afectan a los niños y las familias, y crear conciencia sobre estas políticas.

El sector de salud pública ha estado al frente de muchas campañas de educación y participación del público centradas en cambiar las normas sociales y afectar de manera positiva los comportamientos relacionados con la salud (p. ej., no conducir después de beber, dejar de fumar y nutrición). Tiene la capacidad para tomar un rol de liderazgo similar para cambiar las normas sociales que apoyan a los padres y la crianza positiva, a fin de prevenir el maltrato y abandono infantil. Por otro lado, los enfoques legislativos para reducir el castigo corporal caen dentro del ámbito de los cuerpos legislativos locales, estatales y federales, que son las entidades que redactan y promulgan las leyes. Al igual que con otros cambios de políticas, la salud pública puede ayudar a recolectar información para fundamentar las políticas (incluso investigaciones sobre políticas alternativas y sus efectos), colaborar con otras agencias dentro del poder ejecutivo de los Gobiernos locales o estatales respecto de la implementación de las políticas y evaluar la eficacia de las medidas tomadas.

Los sectores de servicios sociales y salud pública son vitales para la implementación y la prestación continua de *Cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida*. En calidad de sector líder en la implementación de programas tales como *Child-Parent Centers* y *Early Head Start* en todo el país, el sector de servicios sociales está ayudando a garantizar que las familias y las comunidades adquieran las destrezas y reciban los servicios necesarios para promover el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los niños pequeños, y de ese modo preparar a los niños para su desarrollo y crecimiento futuro. Los organismos comerciales o laborales y los organismos gubernamentales están en la mejor posición para garantizar *Cuidado infantil de calidad* mediante el otorgamiento de licencias y acreditación. La salud pública puede asistir al educar a las comunidades y a otros sectores sobre la importancia de garantizar que haya una gama integral e integrada de apoyos y servicios de cuidado infantil y educación de primera infancia de calidad para las familias, a fin de prevenir el maltrato y abandono infantil y mejorar los resultados de salud a lo largo de toda la vida. El sector de salud pública puede trabajar con las comunidades para completar una evaluación de salud comunitaria con el fin de identificar más precisamente las brechas existentes en los servicios y la mayor carga del maltrato y abandono en la comunidad. También puede cumplir una función vital en continuar las investigaciones que documentan los beneficios del cuidado



infantil y la educación de primera infancia de calidad tanto en la salud y el desarrollo de los niños como en el bienestar de la familia y la prevención del maltrato y abandono infantil, ya que esta evidencia es muy importante para argumentar a favor de continuar apoyando estos programas para los niños y familias necesitados.

Por último, el paquete técnico incluye un número de enfoques para *Mejorar las destrezas de crianza para promover el sano desarrollo de los niños* e *Intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro* de maltrato y abandono infantil. Los sectores de atención médica, salud pública, justicia y servicios sociales pueden trabajar de manera colaborativa para identificar y ayudar a las familias que están en riesgo y a aquellas en quienes el maltrato y abandono infantil ya está presente. El sector de atención médica, además de capacitar a los proveedores con licencia para reconocer y abordar los factores de riesgo de maltrato y abandono infantil, puede coordinar los servicios sociales y los servicios de salud del comportamiento inclusivos a fin de abordar las consecuencias que el maltrato y el abandono tienen en la salud, y las situaciones que podrían poner a las familias en riesgo de recurrencia.

Independientemente de la estrategia que se use, se necesitará la acción de muchos sectores para que se logre la implementación exitosa de este paquete técnico. En este sentido, todos los sectores pueden tener un rol importante e influyente en el fomento de relaciones y ambientes seguros, estables y enriquecedores y en la prevención del maltrato y abandono infantil.





Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación son componentes necesarios del enfoque de salud pública para la prevención. Es necesario tener datos oportunos y confiables para monitorear el alcance del problema y evaluar el efecto de los esfuerzos de prevención. También se necesitan datos para la implementación de programas, ya que la planificación, la implementación y la evaluación dependen todas de tener mediciones precisas del problema.

A fin de recoger la información más precisa respecto de la magnitud del maltrato y abandono infantil y el efecto de los programas, prácticas y políticas implementados, la recolección de datos debe cumplir con tres parámetros clave: (1) se deben usar definiciones de vigilancia uniformes entre todas las disciplinas; (2) se deben aplicar definiciones de caso coherentes entre todos los sitios de recolección de datos; y (3) la recolección de datos debe hacerse de manera periódica y continua. El maltrato y abandono infantil ha sido examinado por mucho tiempo desde la perspectiva de servicios sociales y protección de menores, pero los incidentes de maltrato y abandono a menudo son objeto de atención de varios sectores y agencias, incluidos los investigadores, médicos, defensores y funcionarios de salud pública y las comunidades legales y médicas. Como tal, es común que cada sector o agencia use definiciones específicas, lo cual limita la comunicación entre las disciplinas y obstaculiza los esfuerzos para identificar, evaluar, seguir, tratar y prevenir eficazmente el maltrato y abandono infantil.

Los datos de vigilancia ayudan a los investigadores y a los médicos a seguir los cambios en la carga del maltrato y abandono infantil. Existen sistemas de vigilancia a nivel federal, estatal y local. Es importante evaluar la disponibilidad de datos de vigilancia y los sistemas de datos en todos estos niveles para identificar y abordar las brechas en estos sistemas. A nivel federal, el Sistema Nacional de Datos de Maltrato y Abandono Infantil (NCANDS) es un ejemplo de sistema de vigilancia que provee datos. Este es un sistema de recolección de datos voluntario que recoge información proveniente de los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico sobre las denuncias de maltrato y abandono infantil presentadas ante Servicios de Protección de Menores. Se estableció en respuesta a la Ley de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil de 1988 y los datos se usan para analizar las tendencias en todo el país. Los hallazgos principales se publican en los Informes de Resultados de Bienestar Infantil al Congreso y en informes anuales sobre el maltrato infantil.

Los datos de los Equipos de Revisión de Datos de Mortalidad estatales o locales ofrecen otra fuente de identificación de muertes en las que medie el maltrato y abandono infantil y de obtención de información sobre las brechas en los servicios, los sistemas y los factores de riesgo modificables. La información proveniente de estas revisiones se puede usar a nivel local, estatal y federal para enfocar el planeamiento y desarrollo de políticas, la mejora de la calidad y el desarrollo de sistemas de salud, y para mejorar los esfuerzos para la creación y el mantenimiento de programas de reducción de riesgos y prevención de maltrato y abandono infantil.¹⁵⁵

Mientras que el sistema NCANDS provee informes oficiales sobre el maltrato y abandono infantil, la Encuesta Nacional de Exposición Infantil a la Violencia (NatSCEV) provee datos autorreportados sobre la violencia contra niños, a través de una encuesta de discado de números al azar, representativa a nivel nacional, a niños (0-9) y jóvenes (10-18). Los jóvenes reportan sus propias experiencias de victimización (evaluación de más de 50 formas de victimización, en los últimos 12 meses y en toda la vida) en cinco áreas generales (es decir, delitos convencionales, maltrato y abandono infantil, victimización de pares y hermanos, victimización sexual y presenciar violencia). Los cuidadores reportan estas victimizaciones, en nombre de los niños. Las estimaciones de maltrato y abandono infantil a nivel estatal son, por supuesto, tan importantes como las estimaciones a nivel nacional. Como tal, el monitoreo a nivel estatal es crucial si deseamos comprender la magnitud de la aceptación de las estrategias de prevención y su efecto. Independientemente de la fuente de datos que se especifique, es importante que el monitoreo continuo y rutinario esté alineado con el trabajo de varios socios y agencias a nivel federal, estatal y local para que podamos llegar a un entendimiento más global del problema y de los esfuerzos de prevención que son eficaces en esta área.

Asimismo, es importante hacer un seguimiento del progreso de los esfuerzos de prevención y evaluar su impacto, incluido el impacto de este paquete técnico. Los datos de las evaluaciones, que resultan de la implementación y evaluación de los programas, son esenciales para informar sobre lo que funciona y lo que no funciona para reducir las tasas de maltrato y abandono infantil y los factores de riesgo y de protección relacionados.



Se ha logrado avanzar mucho en los últimos años en la construcción, mediante investigaciones, de la base de evidencia sobre la prevención del maltrato y abandono infantil. Sin embargo, se necesita hacer más investigación para ampliar el inventario de estrategias eficaces para la prevención, así como la base de evidencia de los factores de protección que existen en las personas, las familias y las comunidades, y los factores de riesgo que van más allá de la persona o la familia. Al evaluar el efecto de los programas en las tasas de maltrato y abandono infantil y en los factores de riesgo y de protección, aquellos que se dedican a la prevención cumplen una función importante para la construcción de la base de evidencia. El campo avanzará si en las investigaciones se sigue evaluando la eficacia de los programas surgidos del campo y se identifican y evalúan los programas para poblaciones prioritarias. También se necesita hacer investigación sobre el efecto de las estrategias sociales y comunitarias, incluidas las políticas y el cambio ambiental en la comunidad, en la reducción de las tasas de maltrato y abandono infantil y el aumento de relaciones y ambientes seguros, estables y enriquecedores para los niños y las familias. Por último, será importante que los investigadores prueben la eficacia de distintas combinaciones de estrategias que se incluyen en este paquete técnico.

Conclusión

El maltrato y abandono infantil es un problema grave de salud pública que tiene consecuencias trascendentales en los miembros más pequeños y vulnerables de la sociedad. Cada niño en los Estados Unidos está mejor cuando los otros niños tienen relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores. Por ende, todos tenemos un interés en asegurarnos de que los otros niños, no solo los nuestros, tengan relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores. Este paquete técnico incluye estrategias y enfoques que se usarían idealmente de manera combinada en abordajes multinivel o multisector para prevenir el maltrato y abandono infantil. Incluye estrategias y enfoques alineados con el énfasis que los CDC le dan a la prevención primaria, o sea, a evitar que el maltrato y abandono infantil ocurra en primer lugar, así como enfoques para aminorar los daños a corto y largo plazo. Tenemos la esperanza de que este paquete técnico sea usado como guía por varios sectores, como salud pública, atención médica, educación, justicia, servicios sociales y comercio, y que estos sectores se unan a los esfuerzos de los CDC para prevenir el maltrato y abandono infantil y sus consecuencias. Cada una de las estrategias y cada uno de los enfoques identificados están respaldados por estudios que indican que reducen directamente el maltrato y abandono infantil o sus factores de riesgo. Este paquete técnico fue diseñado con el entendimiento de que el monitoreo y la evaluación cumplirán una función importante en la implementación y de que a medida que haya más literatura científica sobre una estrategia o enfoque, se podrá refinar el paquete técnico para que refleje los conocimientos más actuales en el campo hasta la fecha.

Si bien el maltrato y abandono infantil es un problema importante de salud pública, también es uno prevenible. Las estrategias y enfoques relativos a políticas, normas y programas identificados en este paquete tienen el objetivo de ayudar a guiar la creación de comunidades y vecindarios en los que cada niño tenga relaciones interpersonales y ambientes seguros, estables y enriquecedores y la creación de un mundo en el que todos los niños puedan desarrollarse a su máximo potencial.





Referencias

1. Daro, D., & Dodge, K. A. (2009). Creating community responsibility for child protection: Possibilities and challenges. *Future of Children, 19*(2), 67-93.
2. Frieden, T. R. (2014). Six components necessary for effective public health program implementation. *American Journal of Public Health, 104*(1), 17-22.
3. Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pub/CMPSurveillance.html>.
4. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics, 169*(8), 746-754.
5. United States Department of Health and Human Services (DHHS), Administration for Children and Families. (2015). *Child maltreatment 2013*. Washington, DC: Government Printing Office. Retrieved from <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2013.pdf>.
6. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, executive summary*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Child maltreatment: Risk and protective factors*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/riskprotectivefactors.html>.
8. Development Services Group. (2015). *Develop a protective factors framework for ACYF*. Retrieved from <http://www.dsgonline.com/ACYF>.
9. Merrick, M. T., Fortson, B. L., & Mercy, J. A. (2015). The epidemiology of child maltreatment. In P. D. Donnelly & C. L. Ward (Eds.), *Oxford textbooks in public health – Violence: A global health priority*. Oxford, UK: Oxford University Press.
10. Fortson, B. L., & Mercy, J. (2012). Violence against children. In J. M. Rippe (Ed.), *Encyclopedia of lifestyle medicine and health* (pp. 2818-2829). Thousand Oaks, CA: SAGE.
11. Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A review of the physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*(5), 454-468.
12. Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease. An update from ten states and the District of Columbia. *American Journal of Preventive Medicine, 48*(3), 345-349.
13. Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect, 36*, 156-165.
14. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
15. Petersen, A. C., Joseph, J., & Feit, M. (Eds.). (2013). *New directions in child abuse and neglect research*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from <http://www.nap.edu/read/18331/chapter/1>.
16. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network. (FMHI Publication No. 231).
17. Richmond-Crum, M., Joyner, C., Fogerty, S., Ellis, M. L., & Saul, J. (2013). Applying a public health approach: The role of state health departments in preventing maltreatment and fatalities of children. *Child Welfare, 92*(2), 99-117.
18. Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Klevens, J. (2014). *Connecting the dots: An overview of the links among multiple forms of violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute.



19. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse and Neglect*, 33, 403-411.
20. Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528-540.
21. World Health Organization. (2010). *Violence prevention: The evidence*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf.
22. Hamby, S., & Grych, J. (2013). The web of violence: Exploring connections among different forms of interpersonal violence and abuse. In R. J. Johnson (Series Ed.), *SpringerBriefs in Sociology* (pp. 1-106). New York: Springer.
23. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.
24. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
25. Olds, D. L., Kitzman, H. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J., Anson, E. A., Luckey, D. W., Knudtson, M. D., Henderson, Jr., C. R., Bondy, J., & Stevenson, A. J. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419-424.
26. Mikton, C., & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353-361.
27. Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510.
28. Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and Parent-Child Interaction Therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 84-95.
29. Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Tremblay, R., & Jennings, W. G. (2008). Effects of early family/parenting programs on antisocial behavior and delinquency. *Campbell Systematic Reviews*, 1, 1-122.
30. Olds, D. L., Henderson, Jr., C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(14), 1238-1244.
31. Garces, E., Thomas, D., & Currie, J. (2002). Longer term effects of Head Start. *American Economic Review*, 92(4), 999-1012.
32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.
33. Reynolds, A. J., & Ou, S. (2011). Paths of effects from preschool to adult well-being: A confirmatory analysis of the Child-Parent Center program. *Child Development*, 82, 555-582.
34. Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: The health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100, 590-595.
35. Cooper, K., & Stewart, K. (2013). *Does money affect children's outcomes? A systematic review*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation. Retrieved from <http://www.jrf.org.uk/publications/does-money-affect-childrens-outcomes>.
36. Shonkoff, J., Garner, A., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
37. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.



38. Center on Budget and Policy Priorities. (2015). *Policy basics: The Earned Income Tax Credit*. Retrieved from <http://www.cbpp.org/research/federal-tax/policy-basics-the-earned-income-tax-credit>.
39. United States Department of Agriculture (USDA). (2013). *State options report, Supplemental Nutrition Assistance Program*. Retrieved from http://www.fns.usda.gov/sites/default/files/snap/11-State_Options.pdf
40. Tiehen, L., Jolliffe, D., & Gunderson, C. (2012). *Alleviating poverty in the United States: The critical role of SNAP benefits*. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.
41. Gibson-Davis, C., & Foster, E. M. (2006). A cautionary tale: Using propensity scores to estimate the effect of Food Stamps on food insecurity. *Social Service Review, 80*, 93-126.
42. United States Department of Housing and Urban Development. (2016). Community development block grant program (CDBG) and section 8 housing voucher program. Washington, DC. More information is available at www.hud.gov.
43. Forry, N. D. (2009). The impact of child care subsidies on low-income single parents: An examination of child care expenditures and family finances. *Journal of Family and Economic Issues, 30*, 43-54.
44. National Women's Law Center. (2015). *Child care. Helping parents in low-wage jobs access affordable child care: Opportunities under the reauthorized child care and development block grant*. Retrieved from http://nwlc.org/wp-content/uploads/2015/08/ccdbg_reauthorization_low-wage_workers_issue_brief_.pdf
45. Cancian, M., Yang, M., & Slack, K. S. (2013). The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. *Social Service Review, 87*(3), 417-437.
46. Meyer, D. R., & Cancian, M. (Eds.). (2001). *W-2 child support demonstration evaluation, phase 1, final report, volume 2: The well-being of W-2 families*. Retrieved from <http://www.irp.wisc.edu/research/childsup/csde/csdesummary.htm#list>.
47. Cancian, M., & Meyer, D. R. (2014). Testing the economic independence hypothesis: The effect of an exogenous increase in child support on subsequent marriage and cohabitation. *Demography, 51*, 857-880.
48. Radhakrishna, A., Bou-Saada, I. E., Hunter, W. M., Catellier, D. J., & Kotch, J. B. (2001). Are father surrogates a risk factor for child maltreatment? *Child Maltreatment, 6*, 281-289.
49. Levitie, J., & Koulisch, J. (2008). State earned income tax credits: 2008 legislative update. *Center on Budget and Policy Priorities*. Retrieved from <http://www.cbpp.org/cms/?fa=view&id=462>
50. Waldfogel, J. (2004). Welfare reform and the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 26*, 919-929.
51. Arno, P. S., Sohler, N., Viola, D., & Schechter, C. (2009). Bringing health and social policy together: The case of the Earned Income Tax Credit. *Journal of Public Health Policy, 30*, 198-207.
52. Dahl, G., & Lochner, L. (2012). The impact of family income on child achievement. Evidence from the Earned Income Tax Credit. *American Economic Review, 102*(5), 1927-1956. <http://dx.doi.org/10.1257/aer.102.5.1927>
53. Marr, C., Charite, J., & Huang, C. C. (2013). Earned Income Tax Credit promotes work, encourages children's success at school, research finds. *Center on Budget and Policy Priorities*. Retrieved from www.cbpp.org/files/6-26-12tax.pdf
54. Evans, W. N., & Garthwaite, C. L. (2010). Giving mom a break: The impact of higher EITC payments on maternal health. *NBER Working Paper No. 16296*.
55. Pressman, S. (2011). Policies to reduce child poverty: Child allowances versus tax exemptions for children. *Journal of Economic Issues, 45*, 323-332.
56. Milligan, K., & Stabile, M. (2011). Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. *American Economic Journal: Economic Policy, 3*, 175-205.
57. Yang, M. (2015). The effect of material hardship on child protective service involvement. *Child Abuse & Neglect, 41*, 113-125.
58. Lee, B. J., & Mackey-Bilaver, L. (2007). Effects of WIC and Food Stamp program participation on child outcomes. *Children and Youth Services Review, 29*, 501-517.
59. United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Guide to Community Preventive Services. (2001). *Housing programs and policies: Tenant-based rental assistance programs*. Retrieved from www.thecommunityguide.org/healthequity/housing/tenantrental.html.



60. Ludwig, J. (2012). The long-term results from the Moving to Opportunity residential mobility demonstration. *Cityscape*, 14(2), 1-28.
61. Ludwig, J., Duncan, G., Gennetian, L. A., Katz, L. F., Kessler, R. C., Kling, J. R., & Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood effects on the long term well-being of low-income adults. *Science*, 337(6101), 1505-1510.
62. Sanbonmatsu, L., Marvakov, J., Potter, N. A., Yang, F., Adam, E., Congdon, W. J., Duncan, G. J., Gennetian, L. A., Katz, L. F., Kling, J. R., Kessler, R. C., Lindau, S. T., Ludwig, J., & McDade, T. W. (2012). The long term effects of Moving to Opportunity on adult health and economic self-sufficiency. *Cityscape: A Journal of Policy Development and Research*, 14, 109-135.
63. Chetty, R., Hendren, N., & Katz, L. F. (in press). The effects of exposure to better neighborhoods on children: New evidence from the Moving to Opportunity experiment. *American Economic Review*.
64. Wood, M., Mills, G., Gubits, D., Orr, L., Long, D., Feins, J., Kaul, B., & Jones, A. (2006). *Effects of housing vouchers on welfare families*. U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research. Retrieved from <http://www.huduser.gov/portal/publications/commdev/hsgvouchers.html>
65. Cowal, K., Shinn, M., Weitzman, B. C., Stojanovic, D., & Labay, L. (2002). Mother-child separations among homeless and housed families receiving public assistance in New York City. *American Journal of Community Psychology*, 30, 711-730.
66. Michalopoulos, C., Lundquist, E., & Castells, N. (2010). *The effects of child care subsidies for moderate-income families in Cook County, Illinois*. New York, New York: MDRC.
67. Schnitzer, P. G., & Ewigman, B. G. (2005). Child deaths resulting from inflicted injuries: Household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics*, 116(5), e687-e693.
68. Klevens, J., Barnett, S. B., Florence, C., & Moore, D. (2015). Exploring policies to reduce child physical abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 40, 1-11.
69. Klein, S. (2011). The availability of neighborhood early care and education resources and the maltreatment of young children. *Child Maltreatment*, 16, 300-311.
70. Morrissey, T. W., & Warner, M. E. (2007). Why early care and education deserves as much attention, or more, than prekindergarten alone. *Applied Development Science*, 11(2), 47-70.
71. Gordon, R. A., Usdansky, M. L., Wang, X., & Guzman, A. (2011). Child care and mothers' mental health: Is high-quality care associated with fewer depressive symptoms? *Family Relations*, 60, 446-460.
72. Forget, E. L. (2011). The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37, 283-305.
73. Berger, L. M., Hill, J., & Waldfogel, J. (2005). Maternity leave, early maternal employment and child health and development in the U.S. *The Economic Journal*, 115, F29-F27.
74. Strathearn, L., Mamun, A. A., Najmun, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*, 123, 483-493.
75. Chatterji, P., & Markowitz, S. (2005). Does the length of maternity leave affect maternal health? *Southern Economic Journal*, 72(1), 16-41.
76. Klevens, J., Luo, F., Xu, L., & Latzman, N. E. (2016). Paid family leave's impact on hospital admissions for pediatric abusive head trauma. *Injury Prevention*. doi:10.1136/injuryprev-2015-041702 [e-pub ahead of print]
77. Aumann, K., & Galinsky, E. (2009). *The state of health in the American workforce: Does having an effective workplace matter?* Retrieved from <http://familiesandwork.org/downloads/StateofHealthinAmericanWorkforce.pdf>
78. Morsy, L., & Rothstein, R. (2015). Parents' non-standard work schedules make adequate childrearing difficult: Reforming labor market practices can improve children's cognitive and behavioral outcomes. *Economic Policy Institute, Issue Brief #400*. Retrieved from <http://www.epi.org/files/pdf/88777.pdf>.
79. Han, W. (2005). Maternal nonstandard work schedules and child cognitive outcomes. *Child Development*, 76(1), 137-154.
80. Joshi, P., & Bogen, K. (2007). Nonstandard schedules and young children's behavioral outcomes among working low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 69, 139-156.



81. Economic Policy Institute. (2015). Irregular work scheduling and its consequences. *EPI Briefing Paper #394*. Retrieved from <http://www.epi.org/files/pdf/82524.pdf>.
82. Paluck, E. L., & Ball, L. (2010). Social norms marketing aimed at gender based violence: A literature review and critical assessment. Retrieved from <http://static1.squarespace.com/static/5186d08fe4b065e39b45b91e/t/52d1f24ce4b07fea759e4446/1389490764065/Paluck+Ball+IRC+Social+Norms+Marketing+Long.pdf>
83. Lakoff, G. (2008). *The political mind*. New York: Penguin.
84. Davey, L. (2014). Understanding message framing for effective policy communications. *Children's Safety Network South to Southwest Webinar*. Retrieved from <http://www.childrensafetynetwork.org/webinar/south-southwest-webinar-s2sw-understanding-message-framing-effective-policy-communications>.
85. Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2015). *Country report for USA*. Retrieved from <http://www.endcorporalpunishment.org/progress/country-reports/usa.html>.
86. Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health, 26*, 319-339.
87. Horsfeld, B., Bromsfield, L., & McDonald, M. (2010). Are social marketing campaigns effective in preventing child abuse and neglect? *National Child Protection Clearinghouse, 32*. Retrieved from <https://aifs.gov.au/cfca/publications/are-social-marketing-campaigns-effective-preventing-child>.
88. Stannard, S., Hall, S., & Young, J. (1998). Social marketing as a tool to stop child abuse. *Social Marketing Quarterly, Summer*, 64-68.
89. Henley, N., Donovan, R. J., & Morehead, H. (1998). Appealing to positive motivations and emotions in social marketing: Example of a positive parenting campaign. *Social Marketing Quarterly, Summer*, 49-53.
90. Osterman, K., Bjorkqvist, K., & Wahlbeck, K. (2014). Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: Trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior, 40*, 568-581.
91. Roberts, J. V. (2000). Changing public attitudes towards corporal punishment: The effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect, 24*(8), 1027-1035.
92. Sariola, H. (2012). *Attitudes to disciplinary violence*. Finland: Central Union for Child Welfare.
93. Bussman, K., Erthal, C., & Schroth, A. (2011). Effects of banning corporal punishment in Europe – A five nation comparison. In J. E. Durrant & A. B. Smith (Eds), *Global pathways to abolishing physical punishment* (pp. 299-322). New York: Routledge.
94. Zolotor, A. J., & Puzia, M. E. (2010). Bans against corporal punishment: A systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. *Child Abuse Review, 19*, 229-247.
95. Cash, S. J., & Wilke, D. J. (2003). An ecological model of maternal substance abuse and child neglect: Issues, analyses, and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*, 392-404.
96. Reynolds, A. J., & Robertson, D. L. (2003). School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development, 74*(1), 3-26.
97. Mersky, J. P., Topitzes, J. D., & Reynolds, S. W. (2011). Maltreatment prevention through early childhood intervention: A confirmatory evaluation of the Chicago Child-Parent Center preschool program. *Children & Youth Services Review, 33*, 1454-1463.
98. Chicago Public Schools. (2014). *Child Parent Center*. Retrieved from <http://cps.edu/Schools/EarlyChildhood/Pages/Childparentcenter.aspx>.
99. National Association for the Education of Young Children. (2015). *NAEYC early childhood program standards and accreditation criteria: Revised guidance for assessment – Effective October 1, 2015*. Retrieved from <http://www.naeyc.org/academy/primary/viewstandards>.
100. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Ou, S. R., Robertson, D. L., Mersky, J. P., Topitzes, J. W., & Niles, M. D. (2007). Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and well-being: A 19-year follow-up of low-income families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*(8), 730-739.
101. Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B. A. B., Ou, S., & Robertson, D. L. (2011). Age-26 cost-benefit analysis of the Child-Parent Early Education Program. *Child Development, 82*, 379-404.



102. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Constantine, J., Boller, K., Brooks-Gunn, J., Chazan-Cohen, R., Tarullo, L. B., Brady-Smith, C., Fuligni, A. S., Schochet, P. Z., Paulsell, D., & Vogel, C. (2005). The effectiveness of Early Head Start for 3-year-old children and their parents: Lessons for policy and programs. *Developmental Psychology, 41*, 885-901.
103. Green, B. L., Ayoub, C., Bartlett, J. D., Von Ende, A., Furrer, C., Chazan-Cohen, R., Vallotton, C., & Klevens, J. (2014). The effect of Early Head Start on child welfare system involvement: A first look at longitudinal child maltreatment outcomes. *Children and Youth Services Review, 42*, 127-135.
104. Pluess, M., & Belsky, J. (2009). Differential susceptibility to rearing experience: The case of childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(4), 396-404.
105. Watamura, S. E., Phillips, D. A., Morrissey, T. W., McCartney, K., & Bub, K. (2011). Double jeopardy: Poorer social-emotional outcomes for children in the NICHD SECCYD experiencing home and child-care environments that confer risk. *Child Development, 82*(1), 48-65.
106. National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships: Working paper no. 1*. Retrieved from http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp1/.
107. Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreatment, 9*, 395-408.
108. Yeung, W. J., Linver, M. R., & Brooks-Gunn, J. (2002). How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development, 73*, 1861-1879.
109. Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 567-589.
110. Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
111. Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy-makers. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*(1), 41-60.
112. Whitaker, D. J., Lutzker, J. R., & Shelley, G. A. (2005). Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention. *Child Maltreatment, 10*(3), 245-259.
113. Nurse Family Partnership. (2011). *Evidence-based public policy*. Retrieved from <http://www.nursefamilypartnership.org/public-policy>.
114. Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R., O'Donnell, K. J., & Sato, J. M. (2013). Toward population impact from home visiting. *Zero to Three, 33*(3), 17-23.
115. Fortson, B. L., Martin, J. B., & Lokey, C. N. (2015). Prevention of child abuse and neglect. In P. T. Clements & A. Burgess (Eds.), *Nursing approach to the evaluation of child maltreatment* (2nd edition). Saint Louis, MO: STM Learning.
116. Knox, M. S., Burkhart, K., & Hunter, K. E. (2011). ACT Against Violence Parents Raising Safe Kids program: Effects on maltreatment-related parenting behaviors and beliefs. *Journal of Family Issues, 32*, 55-74.
117. Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the Adults and Children Together (ACT) Against Violence Parents Raising Safe Kids program. *Journal of Primary Prevention, 32*, 147-160.
118. Gonzalez, A., & MacMillan, H. L. (2008). Preventing child maltreatment: An evidence-based update. *Journal of Postgraduate Medicine, 54*(4), 280-286.
119. Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development, 75*(5), 1435-1456.
120. Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., Del Grosso, P., Akers, L., & Kleinman, R. (2015). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from http://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE_Executive_Summary_2015.pdf.



121. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Luckey, D. W., Henderson, Jr., C. R., Holmberg, J., Tutt, R. A., Stevenson, A. J., & Bondy, J. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, *120*, e832-e845.
122. Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C. C. M., van Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hirasing, R. A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. *PLoS One*, *10*(4), e0120182.
123. Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R. A., O'Donnell, K., Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American Journal of Public Health*, *104*(S1), S136-S143.
124. Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R. A., O'Donnell, K., & Sato, J. (2013). Randomized controlled trial of universal postnatal nurse home visiting: Impact on emergency care. *Pediatrics*, *132*, S140-S146.
125. Blueprints for Healthy Youth Development. (2015). *Incredible Years – Parent*. Retrieved from <http://www.blueprintsprograms.com/factSheet.php?pid=7719a1c782a1ba91c031a682a0a2f8658209adbf>.
126. Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 283-302.
127. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2015). *SafeCare*. Retrieved from <http://www.cebc4cw.org/program/safecare/detailed>.
128. Carta, J. J., Lefever, J. B., Bigelow, K., Borkowski, J., & Warren, S. F. (2013). Randomized trial of a cellular phone-enhanced home visitation parenting intervention. *Pediatrics*, *132*, S167-S173.
129. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.
130. Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M. J., Drake, B., & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: A longitudinal study of low-income children. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*, 511-522.
131. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 7-26.
132. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, *373*, 68-81.
133. Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 797-810.
134. Renner, L., & Slack, K. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra-and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 599-617.
135. Widom, C. S., Czaja, S., & Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 650-663.
136. Silverman, W. K., Ortiz, C. O., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 156-183.
137. Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W., & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) model. *Pediatrics*, *123*(3), 858-864.
138. Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N., & Magder, L. S. (2012). The SEEK model of pediatric primary care: Can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Academic Pediatrics*, *12*(4), 259-268.
139. Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *37*, 531-543.
140. Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 253-261.



141. Silovsky, J. F., Bard, D., Chaffin, M., Hecht, D., Burris, L., Owora, A., & Lutzker, J. (2011). Prevention of child maltreatment in high-risk rural families: A randomized clinical trial with child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review, 33*, 1435-1444.
142. Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., & Wesch, D. (2002). Using recidivism data to evaluate Project SafeCare: Teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreatment, 7*, 277-285.
143. Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2010). Adapting The Incredible Years: An evidence-based parenting programme for families involved in the child welfare system. *Journal of Children's Services, 5*(1), 25-42.
144. Linares, L. O., Montalto, D., Li, M., & Oza, S. V. (2006). A promising parent intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 32-41.
145. Cary, C. E., & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review, 34*, 748-757.
146. Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment, 17*(3), 231-241.
147. Carpentier, M., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 482-488.
148. Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1228-1235.
149. Friedrich, W. N., Luecke, W., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Psychotherapy outcome with sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 396-409.
150. Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., & Rowland, M. D. (2009). *Multisystemic Therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford.
151. Brunk, M., Henggeler, S. W., & Whelan, J. P. (1987). A comparison of Multisystemic Therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 311-318.
152. Swenson, C. C., Schaeffer, C., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic Therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*, 497-507.
153. Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., Tuerk, E. H., & Henggeler, S. W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse and Neglect, 37*(8), 596-607.
154. van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 468-481.
155. Palusci, V., & Covington, T. (2014). Child maltreatment deaths in the U. S. National Child Death Review Case Reporting System. *Child Abuse & Neglect, 38*, 25-36.





Apéndice: Resumen de estrategias y enfoques para prevenir el maltrato y abandono infantil

Estrategia	Enfoque o programa, práctica o política	Perpetración	Victimización	Factor de riesgo	Sectores principales ¹	
Fortalecer los apoyos económicos para las familias	Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar					Comercial/ laboral Gobierno (local, estatal, federal)
	<i>Pagos de manutención de hijos</i>		✓	✓		
	<i>Créditos tributarios</i>			✓		
	<i>Programas estatales de asistencia nutricional</i>		✓	✓		
	<i>Movilidad en la vivienda asistencial</i>			✓		
	<i>Subsidios para el cuidado infantil</i>		✓	✓		
	Políticas laborales que favorecen la vida familiar					Comercial o laboral Gobierno (local, estatal, federal)
	<i>Salarios dignos</i>			✓		
	<i>Licencias pagas</i>		✓	✓		
	<i>Horarios flexibles e uniformes</i>			✓		
Cambiar las normas sociales para apoyar a los padres y la crianza positiva	Campanas de educación y participación del público					Salud pública
	<i>Breaking the Cycle</i>			✓		
	Enfoques legislativos para reducir el castigo corporal					Gobierno (local, estatal, federal)
	<i>Prohibiciones relativas al hogar, la escuela y otros entornos</i>			✓		
Proveer cuidado infantil y educación de calidad en los primeros años de vida	Enriquecimiento precolar con participación de la familia					Servicios sociales
	<i>Child Parent Centers</i>		✓	✓		Salud pública
	<i>Early Head Start</i>		✓	✓		
	Mejor calidad de cuidado infantil mediante otorgamiento de licencias y acreditación					Comercial o laboral
	<i>Otorgamiento de licencias y acreditación</i>			✓		Gobierno (local, estatal, federal)

¹Esta columna hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Hay muchos otros sectores para cada estrategia, como las organizaciones no gubernamentales, que son esenciales para planificar la prevención e implementar actividades programáticas específicas.

²El programa tiene el objetivo de abordar los daños causados por el maltrato y abandono (p. ej., trastorno por estrés postraumático, depresión).



Estrategia	Enfoque o programa, práctica o política	Perpetración	Victimización	Factor de riesgo	Sectores principales ¹
Mejorar las destrezas de crianza para promover el sano desarrollo de los niños	Visitas a domicilio durante la primera infancia				Salud pública Atención médica
	<i>Nurse Family Partnership</i>	✓		✓	
	<i>Durham Connects</i>			✓	
	Enfoques de destrezas de crianza y relaciones familiares				Salud pública Servicios sociales
	<i>Adults and Children Together Against Violence: Parents Raising Safe Kids (ACT)</i>	✓		✓	
	<i>Incredible Years</i>			✓	
		<i>Safe Care</i>			✓
Intervenir para aminorar los daños y prevenir el riesgo futuro	Atención médica mejorada				Salud pública Atención médica
	<i>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</i>	✓		✓	
	Programas de capacitación conductual para padres				Salud pública Servicios sociales
	<i>Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)</i>	✓		✓	
	<i>Safe Care</i>	✓		✓	
		<i>Incredible Years</i>			✓
	Tratamiento para aminorar los daños por la exposición a maltrato y abandono				Atención médica Servicios sociales Justicia
	<i>Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)</i>	N/C ²	N/C ²	✓	
	Tratamiento para prevenir los comportamientos problemáticos y la participación futura en actos de violencia				Atención médica Servicios sociales Justicia
	<i>Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program: School-age Program</i>			✓	
<i>Multisystemic Therapy (MST)</i>	✓		✓		

¹Esta columna hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Hay muchos otros sectores para cada estrategia, como las organizaciones no gubernamentales, que son esenciales para planificar la prevención e implementar actividades programáticas específicas.

²El programa tiene el objetivo de abordar los daños causados por el maltrato y abandono (p. ej., trastorno por estrés postraumático, depresión).

Para obtener más información

Para informarse más sobre la prevención del maltrato y abandono infantil llame al 1-800-CDC-INFO o visite la página web sobre la prevención de la violencia en www.cdc.gov/violenceprevention.

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention

