Psicothema 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 627-633
www.psicothema.com

ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
Copyright © 2010 Psicothema

Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis

Ana Isabel Rosa-Alcázar, Julio Sánchez-Meca y Concepción López-Soler
Universidad de Murcia

Se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de menores que han sufrido maltrato físico y negligencia por parte de sus padres o tutores. Se incluyeron 16 estudios que cumplían con los criterios de selección, dando lugar a 22 grupos tratados y 8 grupos de control. Los resultados ponen de manifiesto la ausencia de diferencias claras entre los diferentes tratamientos, si bien sus efectos tienen significación práctica de magnitud media-baja. Los tratamientos son más efectivos cuanto mayor es su duración y con menores que han sufrido negligencia. Las estimaciones de los efectos no parecen verse afectadas por sesgos. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados para la investigación futura.

Psychological treatment of physical maltreatment and negligence in children and adolescents: A meta-analysis. The results of a meta-analysis about the efficacy of psychological treatment for children who have suffered physical maltreatment and neglect by their parents or tutors are presented. Sixteen studies that met our selection criteria were included, providing 22 treated groups and 8 control groups. The results showed an absence of clear differences among the diverse treatments, although all of them exhibited a low-to-medium practical significance. The longer they are, the more effective are the treatments and also when neglect was the type of maltreatment suffered by the children. The effect estimates do not seem to be affected by biases. Finally, the clinical implications of the results, as well as those for future research, are discussed.

Puede definirse el maltrato infantil como cualquier daño físico o psicológico que es infringido de forma voluntaria a un niño y que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, bien como emisión u omisión de conductas que perjudiquen el desarrollo físico y emocional satisfactorio del menor (Cantón y Cortés, 2002; Gracia y Musitu, 1993).

Aunque se pueden dar varios tipos de maltrato infantil simultáneamente, éste se puede clasificar en cuatro tipos: maltrato físico, abuso sexual, negligencia o abandono y maltrato en general (Cicchetti y Carlson, 1989). De los distintos tipos de maltrato infantil, nuestra investigación se centra en el maltrato físico y en la negligencia, por las razones que se aducirán más adelante. El *maltrato físico* tiene lugar cuando se infringen en el menor golpes, puñetazos, sacudidas, patadas, palizas o cualquier otro tipo de daños por sus padres o tutores, ya sea de forma accidental o intencionada, así como los castigos y la excesiva disciplina inapropiados a la edad del niño. El *abandono o negligencia* se puede definir como aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección, educación y cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Fecha recepción: 27-8-09 • Fecha aceptación: 9-3-10
Correspondencia: Julio Sánchez-Meca
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia
30100 Murcia (Spain)
e-mail: jsmeca@um.es

Los datos epidemiológicos sobre el maltrato infantil varían considerablemente en función de las fuentes consultadas, pero existe consenso en considerar el maltrato físico y el abandono como los más prevalentes. Así, en 2002 se registraron unos 166.000 casos de maltrato infantil en Estados Unidos (U. S. Deparment of Health and Human Services, 2002), por lo que es de suponer mucho mayor la cifra de casos no denunciados. En España, la incidencia del maltrato en general es de 0,71 casos por cada 10.000 niños y entre 2001 y 2005 parece haber experimentado un incremento de casi un 150% (Soriano Faura y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2009).

Las consecuencias del maltrato físico y de la negligencia son muy variadas, por lo que su evaluación requiere obtener datos de manifestaciones tales como daños físicos, problemas de desarrollo, síntomas depresivos, de estrés postraumático, de ansiedad, problemas de interacción social, problemas de conducta, de autoestima, etc., lo que dificulta su valoración (Cicchetti y Carlson, 1989).

A pesar de estas dificultades, ya existe una base de estudios amplia que pretende determinar qué tratamientos psicológicos son los más eficaces para paliar los efectos negativos del maltrato infantil en los menores que lo sufren. Hasta no hace mucho, las intervenciones en el abuso y abandono infantil se han centrado fundamentalmente en los padres, prestándole poca atención a los niños, al considerar que los padres son los responsables de los malos tratos y si la intervención con éstos tiene éxito, la calidad de vida del niño mejorará. Pero también disponemos ya de intervenciones centradas en la víctima, las cuales se han dirigido a mejorar el apego y las relaciones con los iguales y adultos (Fantuzzo et al., 1996). Las

aproximaciones terapéuticas utilizadas para tratar este problema en el grupo familiar, o bien en los padres pero con cierta implicación con los hijos, provienen sobre todo del modelo conductual (Chaffin et al., 2004), combinado en ocasiones con el modelo sistémico (Meezan y O'Keefe, 1998). Las técnicas más utilizadas tanto con padres como con niños son las de autocontrol, manejo de contingencias, resolución de problemas y habilidades sociales.

Diversas revisiones cualitativas sobre la eficacia de los tratamientos del maltrato infantil arrojan conclusiones discrepantes. Así, Cohn y Daro (1987) indicaron que la mayor parte de las intervenciones eran ineficaces en la desaparición del abuso, negligencia o futuro maltrato. Por el contrario, otras revisiones narrativas indican que los tratamientos psicológicos son prometedores en el maltrato infantil (Oates y Bross, 1995). Por otra parte, aunque se han publicado varios meta-análisis sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos del maltrato infantil en general y del abuso sexual, ninguno de ellos se ha centrado específicamente en el maltrato físico y la negligencia, a pesar de ser éstos los tipos de maltrato más frecuentes. Sí tenemos noticia de tres meta-análisis centrados en el maltrato físico y la negligencia, pero no abordan la eficacia de programas de tratamiento, sino de programas de prevención, por lo que no son relevantes al objetivo de nuestra investigación (Geeraert, van den Noortgate, Grietens y Onghena, 2004; Guterman, 1999; MacLeod y Nelson, 2000). La única revisión sistemática, pero no meta-analítica, de que tenemos noticia acerca del tratamiento de menores que han sufrido negligencia, pero no maltrato físico, es la realizada por Allin, Wathen y MacMillan (2005). Allin et al. (2005), seleccionaron 14 estudios realizados entre enero de 1980 y mayo de 2003 y concluyeron que algunos tipos de terapia de juego y de terapia multisistémica parecen paliar significativamente las consecuencias negativas de la negligencia en los menores. Sin embargo, en su revisión Allin et al. (2005), excluyeron los estudios evaluativos que aplicaron tratamientos conductuales, cognitivo-conductuales, terapia de apoyo, tratamientos multidisciplinarios o programas basados en visitas al hogar.

Hasta donde sabemos, no se ha realizado un meta-análisis comprehensivo sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de menores que han sufrido maltrato físico y/o negligencia. Esta circunstancia, junto con la ausencia de un consenso generalizado sobre cuáles son los efectos de los tratamientos del maltrato físico infantil y la negligencia, nos llevó a realizar un meta-análisis de los estudios evaluativos sobre la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos dirigidos a paliar los efectos perjudiciales de estos tipos de maltrato sobre la salud física y mental de los menores. También fue nuestro objetivo comprobar qué características de los tratamientos, de los menores participantes, del contexto y de la metodología utilizada en los estudios podían estar asociadas a los resultados de eficacia.

Método

Búsqueda de los estudios

Para ser incluido en el meta-análisis los estudios tenían que cumplir los siguientes requisitos: (a) ser una investigación empírica en la que niños o adolescentes que han sufrido maltrato físico o negligencia parental reciben algún tratamiento psicológico; (b) el estudio podía incluir uno o varios grupos de tratamiento diferentes, con o sin grupo de control, pero todos con medidas pretest y postest; (c) el tratamiento tenía que estar dirigido al niño, ya sea solo a él, a la díada hijo-tutor no agresor, o a la familia; (d) el estudio tenía que estar escrito en inglés o en castellano; (e) el estudio tenía que estar publicado o haber sido realizado entre los años 1970 y junio de 2006; y (f) el estudio tenía que aportar los datos estadísticos necesarios para calcular el tamaño del efecto (TE).

Para la localización de los estudios se utilizaron varias estrategias de búsqueda. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las bases electrónicas PsycInfo y Medline en marzo de 2007, comprendiendo los años 1970-2006. A tal efecto se combinaron las palabras clave [(abuse) or (maltreat*)] and {[(adolescen*) or (child*) or (young*)] and [(treat*) or (intervent*)]. En segundo lugar, se revisaron las referencias de varios estudios meta-analíticos previos sobre maltrato infantil, así como revisiones sistemáticas y trabajos teóricos sobre el tema. En tercer lugar, se contactó con investigadores expertos en el área para solicitarles el envío de trabajos empíricos no publicados y que resultaran de difícil acceso. Por último, se revisaron las referencias de los estudios que han sido recuperados y seleccionados para el meta-análisis.

El número total de referencias identificadas por los diferentes medios fue de 1.236. El resultado del proceso de búsqueda nos permitió seleccionar 16 estudios que cumplían con los criterios de selección, aportando un total de 22 grupos de tratamiento y 8 grupos de control. Los 30 grupos implicaron una muestra total de 666 sujetos en el postest, con un tamaño muestral mediano de 20 sujetos. Con la excepción de un estudio realizado en Sudáfrica (Udwin, 1983), todos los demás se llevaron a cabo en Estados Unidos.

Codificación de los estudios

Para examinar las variables que pueden afectar a los resultados de eficacia de los tratamientos del maltrato físico y la negligencia, se elaboró un *Manual de Codificación de los Estudios* mediante el cual se registró una serie de características potencialmente moderadoras de los resultados de los estudios y que actuaron como variables predictoras en los análisis estadísticos (Cooper, Hedges y Valentine, 2009). Así, se registraron varias variables relacionadas con las características de los tratamientos aplicados: (a) el tipo de tratamiento; (b) el foco del tratamiento (dirigido solo al menor, a la díada menor-tutor o a la familia); (c) la homogeneidad del tratamiento; (d) el modo de tratamiento del menor (grupal, individual, mixto); (e) el modo de tratamiento de los padres; (f) la formación de los terapeutas del niño y de los padres; y (g) la duración del tratamiento.

También se codificaron varias variables relacionadas con las características de los menores tratados: (a) el tipo de maltrato sufrido (solo maltrato físico, solo negligencia, mezcla de ambos y maltrato en general); (b) diagnóstico de maltrato (todos los menores de la muestran habían sido maltratados vs. algunos menores se encontraban en riesgo de sufrirlo); (c) la edad media de la muestra (en años); (d) el sexo de la muestra (% de varones); y (e) la proporción de menores en la muestra con maltrato físico.

Se codificaron las siguientes variables relacionadas con el diseño y la metodología de los estudios: (a) la asignación de los menores a los grupos (aleatoria vs. no aleatoria); (b) el enmascaramiento de los evaluadores; (c) el uso de análisis por intención de tratar; (d) si se analizaron los abandonos; (e) la mortalidad experimental; (f) el tipo de grupo de control; y (g) la calidad metodológica del estudio (en una escala de 0 a 7 puntos). Por último, se registró una variable contextual: la fecha de publicación del estudio.

Para comprobar la fiabilidad del proceso de codificación, dos investigadores del equipo codificaron de forma independiente todos los estudios, obteniéndose un buen acuerdo, en general, en todas las variables, alcanzándose un grado medio de acuerdo del 78%. Las inconsistencias entre los codificadores se resolvieron por consenso.

El tamaño del efecto

Por razones éticas, no es habitual encontrar en este campo de investigación estudios que incluyan un grupo de control. De hecho, solo 8 de los 16 estudios de nuestro meta-análisis lo incluían. Por tanto, definimos como unidad de análisis el grupo y como TE la diferencia entre las medias del pretest y del postest, dividida por la desviación típica del pretest (Cooper et al., 2009). Los índices *d* positivos indicaron una mejora del pretest al postest. Valores *d* negativos, por tanto, indicaron lo contrario.

Este índice *d* es metodológicamente más débil que el que compara un grupo tratado con uno de control, ya que es más propenso a sufrir sesgos debidos a factores tales como el mero paso del tiempo, procesos madurativos, efectos de historia o remisión espontánea. Pero este índice es la única opción posible cuando no todos los estudios incluyen un grupo de control. No obstante, dado que obtendremos índices *d* para los grupos de tratamiento y para los grupos de control, la diferencia entre ambos nos permitirá estimar los efectos netos del tratamiento.

Dado que los estudios reportaron muy diversas medidas de resultado, clasificamos éstas distinguiendo entre medidas propias de abuso en el menor, medidas de interacción padre-hijo, depresión en el niño, desarrollo infantil, competencia social del niño, problemas de conducta en el niño, funcionamiento y ajuste familiar, competencia y ajuste de los padres y otras medidas que no se podían clasificar en ninguna de las anteriores. Para cada una de ellas calculamos un índice *d* y también obtuvimos un índice global promediando todas ellas.

Para comprobar la fiabilidad de los cálculos del TE, dos investigadores del equipo realizaron los cálculos independientemente de todos los estudios, alcanzando un coeficiente de correlación intraclase satisfactorio de 0,72.

Análisis estadístico

Para evitar problemas de dependencia se hicieron meta-análisis separados para cada variable de respuesta. En cada meta-análisis calculamos el efecto medio obtenido con los grupos tratados y con los grupos de control, junto con sus intervalos de confianza, analizamos la heterogeneidad de los TEs y, caso de existir heterogeneidad, analizamos el influjo de variables moderadoras de los resultados. En estos análisis asumimos modelos de efectos aleatorios y de efectos mixtos, ya que se consideran más realistas que los de efectos fijos (Cooper et al., 2009). Para las variables moderadoras cualitativas aplicamos ANOVAs y para las continuas aplicamos modelos de regresión. En ambos casos, obtuvimos un estadístico que evalúa el influjo de dicha variable moderadora (Q_B y Z para los ANOVAs y los modelos de regresión, respectivamente) y otra que valora la especificación del modelo (Q_W y Q_E, respectivamente), así como la proporción de varianza explicada. Los análisis estadísticos se realizaron con los macros para SPSS elaborados por el profesor David B. Wilson, disponibles libremente en el sitio web: http://www.mason.gmu.edu/~dwilsonb/ma.html.

Resultados

Eficacia de los tratamientos

Promediando todas las variables de resultado, la comparación entre el TE medio para los 22 grupos tratados (d_+= 0,305) con el TE medio de los 8 grupos de control (d_+= 0,075) arrojó un resultado marginalmente significativo [Q_B= 3,247, p= 0,071; ω^2= 0,068], si bien el efecto medio para los grupos tratados fue estadísticamente significativo, mientras que el de los grupos de control fue prácticamente nulo.

Con objeto de comprobar si los resultados del meta-análisis pudieran verse afectados por el sesgo de publicación, aplicamos el test de Egger (Sterne y Egger, 2005) sobre el TE calculado sobre el cómputo global de todas las variables de resultado. El contraste de la significación estadística de la intercepción del modelo de regresión no fue significativo [b_0= 0,215; T(20)= 0,220, p= 0,828], por lo que podemos descartar el sesgo de publicación como una amenaza contra la validez de nuestros resultados.

Para comprobar si los tamaños del efecto eran estadísticamente heterogéneos entre sí, aplicamos la prueba Q y el índice I^2 sobre el cómputo global de las medidas de resultado, obteniendo un resultado estadísticamente significativo [Q(29)= 45,026, p= 0,029; I^2= 35,6%]. La heterogeneidad exhibida por los tamaños del efecto nos llevó a examinar características de los estudios que pudieran dar cuenta de tal variabilidad.

Aunque nuestro propósito original era comparar los resultados de eficacia obtenidos por los diferentes tratamientos, la gran casuística que hemos encontrado y la vaguedad con la que a veces los estudios describen los tratamientos, nos llevó a tener que hacer una clasificación poco concreta de éstos, distinguiendo entre: tratamientos basados en el modelo conductual, tratamientos no basados en dicho modelo y tratamientos que combinan ambos enfoques. De esta forma, con cada variable de resultado para la que disponíamos de al menos 10 grupos, aplicamos un ANOVA en el que incluimos las tres categorías de tratamiento y los grupos de control, estos últimos como punto de referencia.

La tabla 1 presenta los resultados de los ANOVAs aplicados al cómputo promedio de todas las variables de resultado y a las cuatro variables de resultado que cumplían con el criterio de 10 grupos como mínimo: medidas de abuso en el niño, medidas de desarrollo infantil, competencia social del niño y problemas de conducta en el niño. Para el cómputo global promedio de todas las variables de resultado no se obtuvieron diferencias significativas entre las diferentes categorías de tratamiento analizadas, si bien las tres modalidades de tratamiento alcanzaron TEs medios estadísticamente significativos y con relevancia práctica, aunque de magnitud media-baja según el criterio de Cohen (1988), que considera valores *d* en torno a 0,20, 0,50 y 0,80 como reflejando magnitudes del efecto baja, media y alta, respectivamente. Los grupos de control, por el contrario, obtuvieron un efecto medio prácticamente nulo (d_+= 0,074).

De las cuatro variables de resultado analizadas, la única que alcanzó diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro categorías de tratamiento fue la relativa a los problemas de conducta del menor (p= 0,029), de forma que los tratamientos conductuales fueron los más efectivos (d_+= 0,433) y los no basados en el modelo conductual obtuvieron un efecto prácticamente nulo (d_+= 0,043). Con las otras tres variables de resultado (reducción de los abusos en el menor, mejora del desarrollo infantil y mejora de la

competencia social del menor) no se obtuvieron diferencias significativas entre las categorías de tratamiento, si bien cabe destacar que los modelos no conductuales se mostraron eficaces en la mejora del desarrollo infantil (d_+= 0,422) y de la competencia social del niño (d_+= 0,564).

Centrándonos en los 22 grupos de tratamiento, analizamos el influjo de otras características de los tratamientos, tomando como variable dependiente el cómputo promedio de todas las variables medidas. La tabla 2 presenta los ANOVAs aplicados sobre las variables moderadoras cualitativas, mientras que en la tabla 3 figuran los análisis de regresión simples aplicados sobre las variables moderadoras continuas. De todas ellas, la única variable que pareció influir en los resultados de eficacia de los tratamientos fue la duración de éstos, de forma que a mayor duración mayor TE (p= 0,028).

Características de los menores

Otro conjunto de variables moderadoras que pueden afectar a los resultados de eficacia obtenidos por los tratamientos son las que se refieren a las características sociodemográficas y personales de los menores. La tabla 4 presenta los ANOVAs aplicados sobre las características cualitativas y la tabla 3 recoge los análisis de regresión simple aplicados sobre las características continuas.

Tabla 1
Resultados de los ANOVAs para los tipos de tratamiento

Variable de resultado / Tipo de tratamiento	k	d_+	I. C. al 95% di	I. C. al 95% ds	Resultados del ANOVA
Cómputo global promedio:					
Tto. conductual	9	0,328	0,124	0,531	Q_B= 3,182
Tto. no conductual	9	0,282	0,091	0,473	ω^2= 0,071
Tto. combinado	4	0,315	0,043	0,587	
Grupos de control	8	0,074	-0,154	0,302	
Abusos en el menor:					
Tto. conductual	5	0,426	0,257	0,594	Q_B= 2,081
Tto. no conductual	2	0,214	-0,035	0,462	ω^2= 0,085
Tto. combinado	4	0,405	0,196	0,613	
Grupos de control	4	0,400	0,148	0,652	
Desarrollo infantil:					
Tto. conductual	3	-0,041	-0,679	0,597	Q_B= 4,580
Tto. no conductual	7	0,422	0,050	0,794	ω^2= 0,140
Tto. combinado	1	0,674	-0,357	1,706	
Grupos de control	4	-0,171	-0,705	0,362	
Compet. social del menor:					
Tto. conductual	5	0,171	-0,216	0,559	Q_B= 4,034
Tto. no conductual	2	0,564	0,040	1,088	ω^2= 0,191
Tto. combinado	3	0,203	-0,169	0,575	
Grupos de control	4	-0,100	-0,492	0,291	
Probl. conducta del menor:					
Tto. conductual	4	0,433	0,254	0,612	Q_B= 8,995*
Tto. no conductual	5	0,043	-0,143	0,229	ω^2= 0,516
Tto. combinado	3	0,263	0,016	0,510	
Grupos de control	3	0,181	-0,078	0,440	

* p<0,05. k: número de estudios. d_+: tamaño del efecto medio. di y ds: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio. Q_B: prueba chi-cuadrado de comparación de los efectos medios entre las categorías. Todas las pruebas Q_W resultaron no significativas. ω^2: proporción de varianza explicada.

Se obtuvo un resultado altamente significativo al comparar los efectos medios de los tratamientos según el tipo de maltrato sufrido por los menores (p<0,0001). En concreto, los tratamientos fueron más eficaces cuando la muestra estuvo compuesta solo por menores que habían sufrido negligencia (d_+= 0,750) o por una mezcla de menores con negligencia y maltrato físico (d_+= 0,782), siendo inferior el efecto del tratamiento cuando la muestra inclu-

Tabla 2
Resultados de los ANOVAs para las variables de tratamiento

Variable de resultado / Tipo de tratamiento	k	d_+	I. C. al 95% di	I. C. al 95% ds	Resultados del ANOVA
Foco del tratamiento:					
El menor	7	0,159	-0,125	0,442	Q_B= 1,376
La familia	10	0,334	0,154	0,515	ω^2= 0,015
La díada menor - tutor	5	0,371	0,114	0,629	
Homogeneidad tratam.:					
No homogéneo	12	0,261	0,094	0,428	Q_B= 0,345
Homogéneo	9	0,343	0,125	0,562	ω^2= 0,0
Entrenamiento niño:					
Grupal	1	0,909	0,336	1,482	Q_B= 4,755*
Individual	8	0,218	-0,027	0,464	ω^2= 0,174
Mixto	9	0,355	0,165	0,545	
Entrenamiento padres:					
Individual	6	0,239	0,026	0,452	Q_B= 1,497
Mixto	9	0,409	0,240	0,577	ω^2= 0,030
Formac. terapeuta niño:					
Psicólogo	1	0,709	-0,125	1,542	Q_B= 1,405
Coterapeuta	4	0,153	-0,347	0,652	ω^2= 0,033
Mixto	8	0,399	0,131	0,666	
Formac. terapeuta padres:					
Psicólogo	3	0,144	-0,114	0,403	Q_B= 5,304*
Trabajador social	1	0,750	0,082	1,418	ω^2= 0,332
Mixto	6	0,482	0,276	0,688	

* p<0,10. Todas las pruebas Q_W resultaron no significativas

Tabla 3
Resultados de los análisis de regresión simple de las variables moderadoras continuas

Variable moderadora	k	B_j	Z	R^2
(A) Variables de tratamiento:				
Nº de sesiones	10	-0,017	-0,87	0,081
Duración (semanas)	14	0,020	2,19*	0,276
(B) Variables de sujeto:				
Edad media niños (años)	18	0,010	0,47	0,013
Sexo niños (% de varones)	16	-0,004	-0,60	0,024
Maltrato físico (%)	16	-0,001	-0,59	0,024
(C) Variables metodológicas:				
Calidad metodológica (0 - 7)	22	-0,092	-1,07	0,053
Mortalidad en el postest	22	0,006	0,01	0,0
(D) Variables de contexto:				
Fecha del estudio	22	-0,006	-0,67	0,021

* p<0,05. k: número de estudios. B_j: coeficiente de regresión no estandarizado. Z: prueba de significación estadística para B_j. Todas las pruebas Q_E resultaron no significativas. R^2: proporción de varianza explicada

yó solo a menores con maltrato físico (d_+= 0,407) y muy inferior cuando la muestra estuvo compuesta por menores con distintos tipos de maltrato (d_+= 0,146). Asimismo, se obtuvo un resultado marginalmente significativo (p= 0,071) al comparar los efectos del tratamiento cuando toda la muestra estuvo formada por menores víctimas de maltrato (d_+= 0,375) que cuando la muestra incluyó a algunos menores que se encontraban en alto riesgo de sufrir maltrato (d_+= 0,117), siendo este último efecto no significativo. Por lo demás, ni la edad media de la muestra, ni el género ni la proporción de menores con maltrato físico en la muestra afectaron a los resultados de eficacia (tabla 3).

Variables metodológicas

Uno de los aspectos que todo meta-análisis debe abordar es el estudio del posible influjo de las características metodológicas de los estudios sobre los resultados de eficacia. La tabla 5 presenta los resultados de los ANOVAs aplicados a diferentes variables metodológicas cualitativas y la tabla 3 recoge los análisis de regresión simples sobre las variables continuas. La única característica metodológica que obtuvo un resultado marginalmente significativo fue el tipo de grupo de control: los grupos de control que recibieron la atención rutinaria de los servicios de protección del menor presentaron un TE medio mayor (d_+= 0,187) que el de los grupos de atención placebo (d_+= -0,183), si bien en ambos casos los TEs medios no fueron estadísticamente significativos. Por tanto, podemos descartar que las estimaciones de los efectos estén gravemente sesgadas.

Por último, la única variable de contexto analizada, la fecha de publicación del estudio, no presentó una relación estadística con los TEs (véase tabla 3).

Tabla 4
Resultados de los ANOVAs para las variables de sujeto

Variable de resultado / Tipo de tratamiento	k	d_+	I. C. al 95%		Resultados del ANOVA
			di	ds	
Tipo de maltrato:					
Físico	4	0,407	0,203	0,610	Q_B= 23,362**
Negligencia	1	0,750	0,366	1,135	ω^2= 0,603
Físico + Negligencia	4	0,782	0,489	1,075	
General	13	0,146	0,028	0,263	
Diagnóstico de maltrato:					
Todos maltratados	16	0,375	0,230	0,520	Q_B= 3,261*
Mezcla con riesgo	6	0,117	-0,122	0,356	ω^2= 0,092

* p<0,10. ** p<0,001. Todas las pruebas Q_W resultaron no significativas

Tabla 5
Resultados de los ANOVAs para las variables metodológicas

Variable de resultado / Tipo de tratamiento	k	d_+	I. C. al 95%		Resultados del ANOVA
			di	ds	
Asignación a los grupos:					
No aleatoria	9	0,332	0,126	0,537	Q_B= 0,099
Aleatoria	13	0,288	0,113	0,463	ω^2= 0,0
Enmascaram. evaluadores:					
No	8	0,280	0,076	0,484	Q_B= 0,109
Sí	14	0,325	0,152	0,499	ω^2= 0,0
Análisis por intenc. tratar:					
No	14	0,362	0,208	0,516	Q_B= 1,602
Sí	8	0,183	-0,046	0,412	ω^2= 0,024
Análisis de los abandonos:					
No	14	0,370	0,218	0,521	Q_B= 2,239
Sí	8	0,160	-0,070	0,389	ω^2= 0,051
Tipo de grupo de control:					
Servicios rutinarios	5	0,187	-0,029	0,403	Q_B= 3,112*
Atención placebo	3	-0,183	-0,533	0,167	ω^2= 0,701
Asignac. al grupo de control:					
No aleatoria	3	0,198	-0,135	0,532	Q_B= 0,633
Aleatoria	5	0,036	-0,184	0,256	ω^2= 0,013

* p<0,10. Todas las pruebas Q_W resultaron no significativas

Discusión y conclusiones

El propósito de esta investigación era comprobar si el tratamiento psicológico de menores que han sufrido maltrato físico y/o negligencia es efectivo y analizar la eficacia diferencial de los diferentes tratamientos psicológicos. Globalmente, los efectos beneficiosos de los tratamientos psicológicos analizados tienen relevancia práctica, aunque solo de magnitud media-baja, si bien se muestran superiores a las intervenciones rutinarias de los grupos de control, que no alcanzan beneficios tangibles para el bienestar y la salud del menor.

La amplia casuística de los tratamientos aplicados, por una parte, y la ambigüedad con que la mayoría de los estudios los describieron, por otra, ha limitado nuestras posibilidades de comparar los efectos de tratamientos específicos. La comparación entre los tratamientos conductual, los no conductuales y los combinados nos lleva a la conclusión de que no existen diferencias tangibles en eficacia entre ellos. Tan solo en lo que respecta a la reducción de los problemas de conducta del menor se observa mejores resultados con los tratamientos conductuales en comparación con los no conductuales y los combinados. Por otra parte, nuestros resultados van en la línea de los obtenidos por Allin et al. (2005) para los tratamientos no conductuales basados en el juego y la terapia multisistémica, al encontrar efectos beneficiosos.

Los tratamientos son más efectivos conforme mayor es su duración, cuando el maltrato sufrido por los menores ha sido la negligencia y cuando los menores ya están padeciendo el maltrato en comparación con los menores en riesgo de padecerlo.

No hemos encontrado evidencias claras de que aspectos metodológicos del diseño de los estudios afecten a las estimaciones de los efectos de los tratamientos y, en consecuencia, podemos considerar que dichas estimaciones no han sufrido sesgos graves. Además, nuestro análisis del sesgo de publicación nos permite descartar éste como una amenaza contra la validez de nuestros resultados.

Los resultados de nuestro meta-análisis nos permiten plantear algunas recomendaciones para la investigación futura en este campo. En primer lugar, sería muy recomendable que los estudios futuros reporten lo más detalladamente posible las características de los tratamientos aplicados ya que, de lo contrario, no es posible valorar los beneficios que cada técnica es capaz de aportar al bienestar del menor.

En segundo lugar, los estudios de tratamiento sobre abuso sexual infantil pueden mejorar en su diseño y metodología. El problema de la falta de grupos de control, por razones éticas obvias, puede paliarse implementando grupos de control activos. Los ta-

maños muestrales deberían incrementarse y deberían incorporarse medidas de seguimiento para analizar el mantenimiento de los efectos del tratamiento.

Por último, una limitación de nuestro meta-análisis está en que casi todos los estudios que hemos incluido se llevaron a cabo en Estados Unidos. Esta circunstancia limita la capacidad de generalización de nuestros resultados y esperamos que este tipo de investigaciones se realicen en otros países para comprobar la generalizabilidad de los resultados y la posible existencia de diferencias en eficacia debidas a factores culturales.

Apéndice
Relación de estudios incluidos en el meta-análisis con sus principales características

Estudio	Tratamiento al menor		Tratamiento a los padres		Dur.	Edad	Sexo	Maltr.	Cal.	N	d
	Tratamiento conductual	Tratamiento no conductual	Tratamiento conductual	Tratamiento no conductual							
Burch y Mohr (1980)a	Relaj. + HHSS	–	–	–	16	–	–	4	2,96	21	0,481
Burch y Mohr (1980)b	–	–	–	–	–	–	–	–	2,5	10	0,306
Culp et al. (1987)	–	T. Milieu	T. Milieu	T. Milieu	30,4	3	57	3	3,4	32	0,909
Culp et al. (1991)	–	Juego + Otras	HHSS	HHSS	36	3,9	56	3	2,94	16	0,750
Chaffin et al. (2004)a	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	24	8,5	–	1	5	36	0,480
Chaffin et al. (2004)b	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	24	8,5	–	1	5	36	0,364
Chaffin et al. (2004)c	–	–	–	–	–	8,5	–	–	5	36	0,158
Davis y Fantuzzo (1989)	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	0,5	5	40	3	4	5	0,187
Donohue y Van Hasselt (1999)	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	–	9	43	4	3,51	47	0,236
Elmer (1986)	–	Ecléctico	Ecléctico	Ecléctico	12	0,34	54,8	4	3,5	31	-0,012
Fantuzzo et al. (1988)a	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	3,5	4,3	72	4	5	12	-0,543
Fantuzzo et al. (1988)b	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	3,5	4,3	72	4	5	12	0,614
Fantuzzo et al. (1988)c	–	–	–	–	3,5	4,3	72	–	5	12	-0,399
Fantuzzo et al. (1996)a	Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	8	4,53	40	4	4,41	10	0,408
Fantuzzo et al. (1996)b	–	–	–	–	8	4,34	40	–	4,41	10	-0,201
Gaudin et al. (1990)a	Ref./Cast. + HHSS + Otras	–	Otras	Otras	–	–	–	2	2,7	36	0,750
Gaudin et al. (1990)b	–	–	–	–	–	–	–	–	2,97	17	0,230
Kolko (1996)a	Relaj. + Autocontrol + Ref./Cast. + HHSS	–	–	–	19,1	8,6	72	1	5,34	21	0,400
Kolko (1996)b	Exp.Grad. + HHSS	–	TFS	TFS	–	8,6	73	1	4,5	17	0,352
Kolko (1996)c	–	–	–	–	–	8,6	72	–	3	12	0,242
Kolko et al. (2003)a	–	Ecléctico	Ecléctico	Ecléctico	–	11,71	43,6	4	5	55	0,257
Kolko et al. (2003)b	–	Ecléctico	Ecléctico	Ecléctico	--	11,71	38,5	4	4	13	0,183
Meezan y O'Keefe (1998a)a	TF + EP + HHSS	TFS	TFS	TFS	–	–	–	4	4,27	32	0,141
Meezan y O'Keefe (1998a)b	TF + EP + HHSS	TFS	TFS	TFS	–	–	–	4	4,09	23	0,003
Reams y Friedrich (1994)a	–	T. Milieu	–	–	15	4,1	80	4	3,96	25	-0,123
Reams y Friedrich (1994)b	–	T. Milieu + EP	–	–	–	4,17	66,7	4	3,44	15	0,069
Sankey et al. (1985)a	–	Otras	Otras	Otras	12	0,33	50	4	4,5	20	0,105
Sankey et al. (1985)b	–	–	–	–	–	0,33	50	–	4,5	20	0,131
Udwin (1983)a	–	EP	–	–	5	4,8	58,8	3	4,5	17	0,709
Udwin (1983)b	–	–	–	–	–	4,6	58,8	3	4,5	17	-0,045

Dur.: duración del tratamiento (nº de semanas). Edad: edad media de la muestra (en años). Sexo: porcentaje de varones en la muestra. Maltr.: distribución del tipo de maltrato en la muestra (1: solo maltrato físico; 2: solo negligencia; 3: maltrato físico y negligencia; 4: maltrato en general, pero con un alto porcentaje de maltrato físico y/o negligencia). Cal.: puntuación en la escala de calidad metodológica (0-7 puntos). N: tamaño muestral. d: diferencia de medias estandarizada para el cambio pretest-postest obtenida con el cómputo global de todas las variables de resultado. Relaj.: técnicas de relajación. HHSS: entrenamiento en habilidades sociales. T. Milieu: terapia Milieu. Juego: terapia de juego. Ref./Cast.: técnicas de reforzamiento / castigo. Autocontrol: técnicas de autocontrol. Exp. Grad.: técnicas de exposición gradual. TFS: terapia familiar sistémica. TF: terapia familiar. EP: entrenamiento a padres

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por un convenio entre la Consejería de Bienestar Social, Mujer e Inmigración de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia al Grupo de Investigación Universitario en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica.

Referencias

(Las referencias precedidas por un asterisco fueron incluidas en el meta-análisis).

Allin, H., Whaten, C.N., y MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 497-504.

*Burch, G., y Mohr, V. (1980). Evaluating a child abuse intervention program. *Social casework: The Journal of Contemporary Social Work, 61*, 90-100.

Cantón, J., y Cortés, M.R. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

*Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., y 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*, 500-510.

Cicchetti, D., y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohn, A.H., y Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tells us. *Child Abuse and Neglect, 11,* 433-442.

Cooper, H., Hedges, L.V., y Valentine, J.C. (Eds.) (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2nd ed.). Nueva York: Russell Sage Foundation.

*Culp, R.E., Little, V., Letts, D., y Lawrence, H. (1991). Maltreated children's self-concept: Effects of a comprehensive treatment program. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 114-121.

*Culp, R.E., Richardson, M.T., y Heide, J.S. (1987). Differential developmental progress of maltreated children in day treatment. *Social Work, 32*, 497-499.

*Davis, S.P., y Fantuzzo, J.W. (1989). The effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn and aggressive maltreated preschool children. *Journal of Family Violence, 4*, 227-248.

*Donohue, B., y Van Hasselt, V.B. (1999). Development and description of an empirically based ecobehavioral treatment program for child maltreatment. *Behavioral Interventions, 14*, 55-82.

*Elmer, E. (1986). Outcome of residential treatment for abused and high-risk infants. *Child Abuse and Neglect, 10*, 351-360.

*Fantuzzo, J.W., Jurecic, L., Stovall, A., Hightower, A.D., Goins, C., y Schachtel, D. (1988). Effects of adult and peer social initiations on the social behavior withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 34-39.

*Fantuzzo, J.W., Sutton-Smith, B., Atkins, M., Meyers, R., Stevenson, H., Coolahan, K., et al. (1996). Community-based resilient peer treatment of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1377-1386.

*Gaudin, J.M., Wodarski, J.S., Arkinson, M.K., y Avery, L.S. (1990). Remedying child neglect: Effectiveness of social network interventions. *Journal of Applied Social Sciences, 15*, 97-123.

Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., y Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment, 9*, 277-291.

Gracia, E., y Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Guterman, N.B. (1997). Early prevention of physical child abuse and neglect: Existing evidence and future directions. *Child Maltreatment*, *2*, 12-34.

Hetzel-Riggin, M.D., Brausch, A.M., y Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse and Neglect, 31*, 125-141.

*Kolko, D.J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment, 1*, 322-342.

*Kolko, D.J., Baumann, B.L., y Caldwell, N. (2003). Child abuse victims' involvement in community agency treatment: Service correlates, short-term outcomes and relationship to reabuse. *Child Maltreatment, 8*, 273-287.

MacLeod, J., y Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, *24*, 1127-1149.

*Meezan, W., y O'Keefe, M. (1998). Multifamily group therapy: Impact on family functioning and child behavior. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 79*, 32-44.

Oates, R.K., y Bross, D.C. (1995). What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade. *Child Abuse and Neglect, 19*, 463-473.

*Reams, R., y Friedrich, W. (1994). The efficacy of time-limited play therapy with maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 889-899.

Reeker, J., Ensing, D., y Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse and Neglect, 21*, 669-680.

*Sankey, C.G., Elmer, E., Halechko, A.D., y Schulberg, P. (1985). The development of abused and high-risk infants in different modalities: Residential versus in-home care. *Child Abuse and Neglect, 9*, 237-243.

Skowron, E., y Reinemann, D.H.S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 52-71.

Soriano Faura, F.J., y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en el ámbito de la Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria, 11*, 121-144.

Sterne, J.A.C., y Egger, M. (2005). Regression methods to detect publication and their bias in meta-analysis. En H.R. Rothstein, A.J. Sutton y M. Borenstein (Eds.): *Publication bias in meta-analysis: Prevention, assessment and adjustments* (pp. 99-100). Chichester, UK: Wiley.

*Udwin, O. (1983). Imaginative play training as an intervention method with institutionalised preschool children. *British Journal of Educational Psychology, 53*, 32-39.

U.S. Department of Health and Human Services (2002). Child maltreatment perpetrators: A 54-month analysis of recidivism. *Child Abuse and Neglect, 25,* 1093-1108.