



PUBLICACIÓN ADELANTADA

Programas de prevención del maltrato infantil, análisis de Triple P y su posible aplicación en Colombia: revisión narrativa

Miguel Barrios-Acosta¹, Zulma Maya-Molina², Nathaly Valero-Ovalle³

¹Profesor Titular, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

²Pediatra, Virrey Solís I.P.S., Bogotá, Colombia.

³Pediatra, Fundación HOMI, Bogotá, Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO	RESUMEN
<p>PALABRAS CLAVE <i>Educación no Profesional;</i> <i>Evaluación de Programas y Proyectos de Salud;</i> <i>Maltrato a los Niños;</i> <i>Prevención primaria;</i> <i>Prevención Secundaria;</i> <i>Prevención Terciaria</i></p> <p>Recibido: febrero 12 de 2023 Aceptado: junio 18 de 2024</p> <p>Disponible en línea: febrero 27 de 2025</p> <p>Correspondencia: Miguel Barrios-Acosta; mebarriosa@unal.edu.co</p> <p>Cómo citar: Barrios-Acosta M, Maya-Molina Z, Valero-Ovalle N. Programas de prevención del maltrato infantil, análisis de Triple P y su posible aplicación en Colombia:</p>	<p>Introducción: la experiencia en el mundo de programas poblacionales de prevención del maltrato infantil es amplia, sin embargo, la eficacia científica aplica para pocos. La <i>Society for Prevention Research</i> y el Centro de Información para el Bienestar Infantil Basado en Evidencia de California lideran la cualificación de estas intervenciones.</p> <p>Objetivos: analizar la evidencia de los programas colectivos de prevención del maltrato con énfasis en Positive Parenting Program (Triple P) como una opción para implementar en jardines infantiles de Colombia.</p> <p>Metodología: se revisaron MEDLINE, PubMed, ELSEVIER, LILACS, desde las palabras MeSH “<i>Child abuse</i>”, “<i>Child Maltreatment</i>”, “<i>Parenting Education</i>”, “<i>Prevention</i>”, “<i>Program Evaluation</i>”. La búsqueda arrojó 2413 resultados y</p>

revisión narrativa. Iatreia [Internet]. 2024. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.302>



se incorporaron 76 artículos en el análisis de los programas preventivos del maltrato, profundizando en Triple-P.

Conclusiones: los programas con mejores evidencias incluyen *Incredible Years*, *Early Start*, *Nurse Family Partnership*, *Adults and Childrens Together* y *Triple P*. Este último tiene alta eficacia y aceptación en entornos culturales diversos, se ha demostrado su eficacia mediante ensayos poblacionales con buenos resultados en indicadores distales. Triple P se identifica como una buena opción para disminuir el maltrato infantil desde su aplicación en instituciones educativas de la primera infancia en Colombia.

Este manuscrito fue aprobado para publicación por parte de la Revista Iatreia teniendo en cuenta los conceptos dados por los pares evaluadores. **Esta es una edición preliminar, cuya versión final puede presentar cambios.**



AHEAD OF PRINT PUBLICATION

Programs for Prevention of Child Abuse, Analysis of Triple P and its Potential Application in Colombia: a Narrative Review

Miguel Barrios-Acosta¹, Zulma Maya-Molina², Nathaly Valero-Ovalle³

¹Full Professor, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

²Pediatrician, Virrey Solis I.P.S., Bogotá, Colombia.

³Pediatrician, Fundación HOMI, Bogotá, Colombia.

ARTICLE INFORMATION

KEYWORDS

*Education, Nonprofessional;
Child Abuse;
Program Evaluation;
Primary Prevention;
Secondary Prevention;
Tertiary Prevention*

Received: February 12, 2023

Accepted: June 18, 2024

Available online: February 27, 2025

Correspondence: Miguel Barrios-Acosta;
mebarriosa@unal.edu.co

How to cite: Barrios-Acosta M, Maya-Molina Z, Valero-Ovalle N. Programs for Prevention of Child Abuse, Analysis of Triple P and its Potential Application in Colombia: a Narrative Review. *Iatreia* [Internet]. 2024. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.302>

ABSTRACT

Introduction: Experience in the field of population-based child maltreatment prevention programs is extensive; however, scientific effectiveness applies to only a few. The Society for Prevention Research and the California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare lead the qualification of these interventions.

Objective: To analyze the evidence of collective child maltreatment prevention programs with emphasis on the Positive Parenting Program (Triple P) as an option for implementation in kindergarten in Colombia.

Methodology: MEDLINE, PubMed, ELSEVIER, LILACS were reviewed using MeSH terms "Child Abuse," "Child Maltreatment," "Parenting Education," "Prevention," "Program Evaluation." The search yielded 2413 results, and 76 articles were incorporated into the analysis of preventive maltreatment programs, with a focus on Triple P.



Conclusions: Programs with the best evidence include Incredible Years, Early Start, Nurse Family Partnership, Adults and Children Together, and Triple P. The latter has high efficacy and acceptance in diverse cultural settings; its effectiveness has been demonstrated through population trials with good results in distal indicators. Triple P is identified as a good option for reducing child maltreatment through its implementation in early childhood educational institutions in Colombia.

EDICIÓN PRELIMINAR

INTRODUCCIÓN

Esta revisión narrativa analiza los programas poblacionales preventivos del maltrato infantil (MI) y propone ejecutar una prueba con Triple P para considerar, según los resultados, su implementación en una escala masiva en la primera infancia en Colombia. La introducción del texto presenta un encuadre conceptual y una síntesis del estado del arte sobre los programas; se continúa con el análisis transversal de los mismos; se presentan las fortalezas de Triple P; y en las reflexiones finales se sustenta la propuesta del grupo de autores.

El posicionamiento de las experiencias adversas en la niñez (ACEs, por sus siglas en inglés) ha favorecido transformaciones en la salud pública. La asociación entre una alta exposición a ACEs con enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez que impactan en la mortalidad, morbilidad y disminución de años de vida ajustados por discapacidad (1,2), ha puesto la intervención del MI como una prioridad sanitaria, particularmente la prevención, por su relación costo-beneficio.

Datos epidemiológicos demuestran la alta prevalencia global del MI. La revisión de series de metaanálisis publicada por Stoltenborgh (3), establece una prevalencia de abuso físico de 22,6 % y de abuso sexual del 12,7 % según autoreportes. La negligencia es la causa más frecuente de intervención dentro de los sistemas de protección. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha establecido a partir de la Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes del 2018 (4), el abuso físico como el subtipo de MI más frecuente, seguido por la violencia sexual.

La mayor parte de los casos de MI son ocultos para la institucionalidad, porque a esta solo llegan los casos más graves. El esquema de las ACEs propuesto por Felitti & Anda implica una pirámide de repercusión del MI, que afecta inicialmente al desarrollo integral, seguido por problemas emocionales y comportamentales (1,2,5). Lo anterior usualmente pasa

desapercibido en las instituciones educativas y servicios de salud. Es por esto que es importante identificar y prevenir precozmente el MI.

La *Society for Prevention Research (SPR)* conceptúa que no existe un estándar de oro para evaluar los programas de prevención (6). La prevención en salud tiene dos grandes vertientes: aquella producida desde la salud colectiva que incluye la prevención universal, selectiva e indicada; que se complementa y contrapone al enfoque preventivista individual, que incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria (7). Así, dentro de la intervención de la violencia contra la niñez es necesario priorizar la prevención sobre la intervención, la prevención colectiva sobre la individual, la universal sobre la selectiva y la indicada (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el abordaje de la violencia desde un enfoque ecológico (9). En pediatría la mejor apuesta ecológica es la teoría bioecológica del desarrollo humano de Bronfenbrenner, que contiene cuatro elementos para entender el desarrollo infantil (DI): individuo, proceso, contexto y tiempo (10,11). La aplicación de este enfoque dentro de la evaluación de los programas de prevención del MI se ha hecho con base en los resultados cuantificables en el contexto. Incluyendo los impactos sobre el exosistema, que se corresponden con resultados distales o sobre el mesosistema haciendo referencia a resultados próximos. Algunos indicadores cuantificados del exosistema incluyen la disminución de reportes de MI en los sistemas de protección, las tasas de reubicación de los niños por fuera de sus núcleos familiares, la disminución de la demanda de servicios de salud mental como los programas para tratar el consumo de sustancias psicoactivas en los cuidadores, entre otros. Los indicadores referenciados como mejoras dentro de los mesosistemas incluyen la calidad del relacionamiento entre los cuidadores y niños, mejora en el manejo de la emocionalidad, relacionamiento social y académico de los

niños, así como en la disminución de síntomas somáticos o el mejor control de enfermedades, entre otras.

La implementación de un programa de prevención del MI impacta primero sobre los indicadores del mesosistema y posteriormente en el exosistema. Así, la evaluación de los programas de prevención puede hacerse con base en las variables intermedias. Al respecto, se han planteado algunos cuestionamientos sobre la calidad de tales mediciones.

La evidencia de los programas preventivos impone varios retos. Uno tiene relación con las conclusiones estadísticas de los programas evaluados. Este es un punto difícil de dirimir por la dificultad de hacer ensayos poblacionales controlados. Aquellos resultados que se basan en indicadores proximales pueden tener elementos de confusión difíciles de controlar porque exploran las relaciones entre cuidadores y niños, las cuales se evalúan desde la subjetividad de los adultos que participan en los programas (12). Una posibilidad para disminuir los factores de distorsión es trabajar sobre efectos objetivables del MI en los niños, aplicando escalas que evalúen su funcionalidad en áreas como la emocionalidad, comportamiento, impulsividad, entre otras.

Una síntesis que condensa la evidencia científica de los programas de prevención del MI fue hecha por Kaye *et al.* (13) quienes seleccionaron 23 programas con evidencia probada o potencialmente útiles sobre una muestra de 191. Los programas con evidencia tienen características comunes que incluyen: son programas de prevención selectiva (83 %), se aplican posnatalmente (100 %), quienes los implementan deben tener un entrenamiento certificado (88 %), incluyen una evaluación sistemática durante la implementación (94 %) y se evalúan con base en sus resultados (71 %). Adicionalmente, los autores señalan que un elemento fundamental para el éxito de los programas de prevención del MI depende de la

aceptación por las familias participantes. Estos programas deben ser flexibles y permitir su adecuación a las necesidades de las familias.

Esta revisión surge de la apuesta investigativa del grupo de puericultura del departamento de pediatría de la Universidad Nacional de Colombia buscando programas relevantes en la prevención del MI, que puedan ser aplicables en nuestro medio; específicamente que incorporen los preceptos de la *crianza positiva*. Se conoce que entre más temprana y preventiva sea una intervención del MI, mayor probabilidad de eficacia tendrá. Desde estos preceptos, las instituciones educativas que trabajan con la primera infancia, como los jardines infantiles, pueden ser los escenarios ideales para lograr un mayor impacto. En particular, si se hace la detección temprana de problemas del desarrollo.

En el país, la conceptualización de la crianza humanizada formulada por el grupo de puericultura de la Universidad de Antioquia (14), que incorpora elementos de la parentalidad positiva, estableció una transformación para los programas formativos de pre y posgrado en pediatría del país. Los resultados de la presente indagación y análisis siguen los propósitos e intereses propuestos por el Grupo de Crianza Humanizada para lograr una niñez libre de violencia en Colombia.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El análisis de los programas se realizó en dos momentos, en 2022 y en 2024. La búsqueda se hizo a partir de los términos MeSH «Child Abuse», «Child Maltreatment», «Parenting education», «Prevention», «Program Evaluation» en la indagación inicial; en 2024 adicionamos «Parent-Child Relations», «Parenting», «Caregivers», «Education-Nonprofessional», «Population Education», «Health Education», «Physical Abuse», «Child

Abuse, Sexual» y sus sinónimos, en las bases MEDLINE, PubMed, Elsevier y LILACS. La indagación inicial arrojó 2413 artículos en español e inglés. Con base en los resúmenes y por consenso entre los autores, la muestra incluyó 76 artículos que se analizaron completamente. Por la fuerza para documentar evidencia y la amplia variabilidad metodológica en los estudios primarios, únicamente se incorporaron para la escritura del texto 3 metaanálisis, 3 revisiones sistemáticas y 1 revisión de revisiones. En la exploración de 2024 se utilizaron los conectores booleanos OR, AND y NOT para agrupar los términos seleccionados, el último conector se usó para descartar abuso sexual. No se limitó la fecha ni localización geográfica de los estudios y se obtuvieron 3633 referencias en el total de artículos analizados en los resultados se incluye: 2 revisión de revisiones, 5 revisiones sistemáticas y 6 metaanálisis y una síntesis de metaanálisis (22-27). La Tabla 1 sintetiza los programas con buen nivel de eficacia preventiva del MI. Los conceptos sobre Triple-P se basan en 18 artículos.

Tabla 1. Resumen de programas que han mostrado evidencia para la prevención del MI

Programa	Tipo de prevención	Público objetivo	Forma de entrega y duración	Clasificación CEBC
Child First	Primaria / Secundaria	Niños desde etapa prenatal hasta los 5 años y sus padres/cuidadores que están en riesgo de sufrir o han sufrido abuso, negligencia o trauma infantil; tienen problemas socioemocionales, de comportamiento o de desarrollo; o viven en familias que experimentan trauma y adversidad significativos	Visitas domiciliarias. Duración: 6 - 12 meses	2
Circle of Security-Home Visiting-4 (COS-HV4)	Primaria	Familias con niños menores de 6 años en poblaciones de alto riesgo como niños inscritos en Early Head Start, madres adolescentes o padres con bebés irritables	Visitas domiciliarias. Duración: 3 meses	3
Nurse-Family Partnership (NFP)	Primaria	Madres primerizas de bajos ingresos de niños desde etapa prenatal a 2 años	Visitas domiciliarias. Duración: 2 años y medio	1

Safe Care	Primaria / Secundaria	Padres de niños de 0 a 5 años en riesgo o con historia de MI o negligencia	Visitas domiciliarias. Duración: 18 - 20 semanas	2
ACT Raising Safe Kids	Primaria	Padres y cuidadores de niños de 0 a 10 años	Grupal. Duración: 9 semanas	3
C.A.R.E.S. (Coordination, Advocacy, Resources, Education and Support)	Primaria	Familias en alto riesgo de abuso o negligencia con niños de 0 a 17 años	Grupal. Duración: 4 - 6 meses	3
Incredible Years	Primaria / Secundaria	Padres y cuidadores de niños entre 4 a 8 años	Grupal. Duración: 14 semanas para prevención y 18 - 20 semanas para tratamiento	1
Parents as Teachers	Primaria	Familias con niños de 0 a 5 años	Visitas domiciliarias. Duración: 2 años	3
Period of PURPLE Crying	Primaria	Padres con bebés de 0 a 5 meses	Grupal. Duración: 3 meses	3
The Safe Child Program	Primaria	Niños de 3 a 9 años	Gupal. Duración: 5 - 10 sesiones por año de los 3 a los 9 años	3
Safe Environment for Every Kid (SEEK)	Primaria / Secundaria	Familias con niños de 0 a 5 años con o sin factores de riesgo como depresión parental o abuso de sustancias	Grupal. Duración: hasta que el niño alcance los 5 años de edad	1
Step-by-Step Parenting Program	Secundaria	Padres con dificultades de aprendizaje de niños de 0 a 3 años	Grupal. Duración: 2 años	3
Triple P - Positive Parenting Program System	Primaria / Secundaria	Padres y cuidadores de niños de 0 a 16 años	Grupal, individual, autodirigido. Duración: variable de acuerdo con el nivel de intervención	2

Fuente: elaboración propia

ANÁLISIS DE PROGRAMAS CON ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL MI

Los enfoques conceptuales predominantes en los programas más efectivos incluyen las teorías del apego de Bowlby, del aprendizaje social de Bandura, el conductismo, la hipótesis de coerción de Patterson y la crianza positiva (16,28). Los objetivos de la mayoría de los programas están diseñados para promover relaciones saludables entre padres e hijos e incrementar las habilidades y mejorar la actitud de padres y cuidadores por medio del conocimiento del desarrollo de los niños. Esto facilita el funcionamiento prosocial y reduce el uso de métodos coercitivos y el estrés parental; mejorando las dinámicas familiares y los comportamientos problemáticos en los niños (15,16). Los anteriores propósitos se alcanzan a través de la formación en las siguientes áreas (13,19–21):

Habilidades personales de los padres: manejo de la ira, autoconfianza, motivación para cambiar, problemas de salud mental.

Relacionamiento entre padres: comunicación y toma de decisiones respecto a la crianza.

Conocimientos: conocimiento del DI típico y habilidades del niño.

Relacionamiento padres-hijos.

Habilidades parentales: actitudes y expectativas hacia la crianza, establecimiento de límites claros y apropiados, resolución de problemas, estrategias para manejo de comportamientos problemáticos.

Redes de apoyo: social/emocional y programas de asistencia.

El método de los programas relaciona 2 componentes. Uno referente a la entrega, que incluye visitas domiciliarias, capacitaciones grupales a cuidadores e intervenciones multicomponente (18). El metaanálisis de Chen *et al.* (15) encontró que las visitas

domiciliarias y los programas de educación grupal son efectivos para la prevención del MI. Las visitas domiciliarias son más costosas, requieren un trabajo más intenso y tienen menor alcance poblacional.

El segundo componente metodológico incluye estrategias pedagógicas para la apropiación de contenidos. Esto es psicoeducación, conferencias a cuidadores, discusiones grupales, entrenamiento de habilidades cognoscitivas y conductuales, juegos de roles y materiales audiovisuales de modelamiento para habilidades parentales, entre otras (13,19,20,29).

La implementación de los programas se evalúa con base en indicadores intermedios, identificando la modificación de factores de riesgo para MI o actitudes parentales (21). Algunas herramientas incluyen la valoración de percepciones de los padres del comportamiento de sus hijos, su estado emocional, el estrés de los padres y la crianza. Las escalas más utilizadas fueron: el Inventario de Funciones Parentales en Adultos-adolescentes, el Índice de Estrés Parental, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, la Lista de Verificación del Comportamiento del Niño, el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, la Escala Parental y la Escala de Tácticas de Conflicto (15,30). Son escasos los estudios que incluyen la percepción de los niños/as. Una excepción fue un estudio sobre el impacto de Triple-P usando el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica (31).

Según MacMillian *et al.* (29), dentro de los programas que usan visitas domiciliarias, solo Early Start (ES) y Nurse Family Partnership (NFP) mostraron beneficios significativos; y en aquellos que trabajan mediante capacitación para padres, Triple-P es el único con evidencia. En la publicación de Mikton *et al.* (18) que incluyó 26 estudios, el tipo de entrega más usado fueron las visitas domiciliarias y señalan a NFP como el único programa con evidencia demostrada. Según ellos los programas de educación parental grupal tienen

evidencia insuficiente. La revisión sistemática de Altafim *et al.* (21), que incluyó 23 investigaciones con la inclusión de 16 programas, encontró que la prevención del MI se da a través de la promoción de prácticas y habilidades de parentalidad positiva y los programas más destacados fueron *Adults and Children Together (ACT)* y Triple P.

La compilación de metaanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones de revisiones incorporadas y las recomendaciones del Centro de Información para el Bienestar Infantil Basado en Evidencia de California (por su sigla en inglés: CEBC), se presentan en la Tabla 1. Esta ilustra los programas con mejor evidencia para la prevención del MI. El análisis de estos programas permite afirmar que es recomendable la intervención, incluso sin que estas tengan un soporte estadístico significativo. La heterogeneidad entre los estudios dificulta determinar comparativamente sus impactos. Las experiencias exitosas se basan en programas formulados con base en las necesidades de los participantes y elementos socioculturales, económicos y políticos locales (15,20,29).

CEBC clasificó a NFP, *Incredible Years (IY)* y *Safe Environment for Every Kid (SEEK)* en nivel 1, superando a Triple-P cualificado en 2. NFP realiza una intervención primaria y de inicio prenatal. Esta apuesta, de acuerdo con la revisión, es menos eficiente que aquellas que trabajan con poblaciones selectivas y después del parto. El carácter universal, su implementación de larga duración mediante visitas domiciliarias y costo, hacen a NFP poco aplicable en nuestro medio. IY incorpora una apuesta primaria adicional a la secundaria y el ingreso de los niños es tardío, lo que puede disminuir su eficacia en la detección e intervención temprana y existen experiencias exitosas de menor duración y con algunas ventajas logísticas dentro de la aplicación. SEEK usa prevención universal/selectiva y tiene duración prolongada que podría disminuir la adherencia, en particular para poblaciones con alta movilidad como sucede en Colombia.

SUSTENTO DE TRIPLE P COMO OPCIÓN VÁLIDA PARA LA PREVENCIÓN DEL MI EN LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA

La selección de un programa dentro de la implementación de una política pública es fruto de dinámicas complejas que incorporan, pero trascienden a los aspectos técnico-científicos, aunque se sustente que las políticas deben formularse desde la mejor evidencia disponible. Este apartado expone las razones por las que Triple P es una buena elección para prevenir el MI. Esta potencialidad deberá probarse antes de considerarse su uso poblacional.

Triple P es una estrategia de apoyo a las familias para la crianza desarrollada por Matt Sanders y sus colegas del *Parenting and Family Support Center* de la Universidad de Queensland, Australia. Nace en 1977 como un sistema de intervención familiar conductual, enfocado en la asesoría individual a padres con niños en edad preescolar con problemas del comportamiento. Sus primeros hallazgos se publicaron en la década de 1980 y han evolucionado, permitiendo su implementación a gran escala, convirtiéndose en un programa de alcance poblacional y de difusión global (32,33). Puede usarse como una intervención preventiva universal y también en familias vulnerables como prevención selectiva o indicada.

El programa posee una estrategia de 5 niveles que van disminuyendo su espectro de alcance a medida que aumenta la intensidad de la intervención, es decir, desde estrategias con enfoque poblacional hasta otras dirigidas a niños de alto riesgo o con condiciones específicas como la discapacidad. Incluye varios métodos de entrega según las necesidades de las familias (34–36). Triple P tiene una apuesta multidisciplinaria (34–37), una aplicabilidad multicultural probada con estudios cuasiexperimentales y ensayos clínicos aleatorizados usando los niveles 2 y 4 (38–41), con aceptación de las familias, posibilidades

de ajuste en los contenidos según el contexto (42) y que asegura una amplia disponibilidad (34–37).

La aplicación de Triple P como un programa preventivo del MI en Colombia tiene grandes retos. Probablemente el más importante es el entendimiento social del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como una institución peligrosa para las familias, particularmente para las más vulnerables. Así, la visibilización de cualquier programa cuyo propósito sea la detección e intervención del MI genera desconfianza y rechazo en las familias para participar. Las formas más comunes del MI incluyen abuso físico no severo aplicado mediante castigo corporal, abuso emocional y negligencia. Sus primeras manifestaciones son alteraciones del DI que frecuentemente pasan desapercibidas en los sectores de salud o educación.

Triple P ha sido aplicado en Latinoamérica (41,43,44) y un solo estudio (44) tuvo un acercamiento poblacional que consistió en la aplicación de 3 grupos focales orientados a explorar la validez interna del nivel 4 del programa. Lo anterior no es una apuesta poblacional. Los otros acercamientos han sido de corte clínico individual.

La apuesta de esta narrativa por Triple P proviene de estudios poblacionales aleatorizados (45). Foster *et al.*(46) evaluaron los gastos en la implementación de Triple P en nueve condados de Carolina del Sur, EE.UU. Se encontró que la inversión fue inferior a 12 dólares por niño y se proyectó que una reducción del 10 % en el MI compensa los costos de Triple P en un año. Esto es rentable con base en los impactos económicos y sociales que ocasiona el MI, por sus repercusiones a largo plazo y para romper la reproducción de la violencia. Encontraron altas tasas de finalización del entrenamiento y aceptación por las familias, los proveedores capacitados continúan usando Triple P en su trabajo cotidiano, lo

que prolonga el impacto del programa (37). Triple P demostró evidencia de eficacia y eficiencia lo que permitió su posicionamiento en la agenda pública (47).

Un estudio de tipo poblacional aleatorio (45) demostró impacto preventivo de Triple P sobre el MI usando 3 indicadores poblacionales: reporte de casos de maltrato al sistema de protección infantil, reubicación de los niños por fuera del hogar y consultas a urgencias y hospitalizaciones debidas a lesiones relacionadas con MI. Un apéndice de esa investigación (48), compara la línea de base cinco años más tarde, encontrando que esas variables se mantuvieron más bajas en los condados intervenidos. Por ejemplo, respecto a los casos reportados y confirmados como MI, en la población intervenida con Triple P la tasa se mantuvo constante; mientras que en los condados de control dicha tasa aumentó (0,44 % versus 43 %). Estos estudios le dan soporte a Triple P como un programa para fomentar la crianza positiva y como estrategia de salud pública para prevenir el MI.

REFLEXIONES FINALES

La necesidad de disminuir la violencia contra la niñez hace parte de los compromisos del Estado colombiano dentro de acuerdos internacionales como los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). Estudios de tipo poblacional con base en datos nacionales ilustran que la magnitud de esta problemática es significativa (11,49) y esto no se ve reflejado en las cifras oficiales de casos intervenidos por el ICBF. Por lo que la apuesta del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, aunque debe seguir fortaleciendo la respuesta reactiva al MI debe cambiar a un enfoque preventivista poblacional que tiene mejores resultados.

La estrategia INSPIRE propuesta por diez prestigiosos organismos multinacionales que incluyen entre ellos a el Banco Mundial, la ONU, la UNESCO, entre otras, se ha señalado como una carta de navegación importante para impactar las metas 5.2, 16.1, 16.2 de los ODS,

específicamente para finalizar el MI. Según estos lineamientos, la P de la sigla establece que el fomento de relaciones parento-filiales amorosas, protectoras y libres de violencia es la forma más eficaz para alcanzar el propósito de las metas señaladas (26).

Los jardines infantiles con financiación gubernamental son los contextos ideales para implementar estrategias preventivas del MI por recibir la mayor cantidad de niños/as provenientes de familias con altos niveles de riesgos y vulnerabilidad social, en donde la probabilidad del MI se incrementa.

La intervención preventiva desde el fomento de la parentalidad positiva es eficaz para disminuir aquellas formas del MI de mayor prevalencia a un bajo costo. Esta apuesta debe motivar a los cuidadores primarios a emerger como tutores de resiliencia para corregir un curso problemático o atípico del DI. Lo anterior desde el cambio en el relacionamiento entre ellos, a través de un programa estructurado y validado.

Dentro de las modalidades de aplicación en Triple P, la selección del nivel 2 que se implementará presencialmente a través de tres seminarios grupales con un carácter universal para todas las familias del jardín, es una estrategia útil para posicionar el concepto de tutores de resiliencia. Esta invitación neutraliza la posibilidad de estigmatización a familias debido al MI. Concurrentemente, a las familias de niños tamizados positivamente para riesgo o sospecha de problemas en el desarrollo, según la aplicación universal previa de la Escala Abreviada del Desarrollo 3 (EAD-3), se les invitará a participar del nivel 4 de Triple P.

Los resultados alterados de la EAD-3 con frecuencia son secundarios a formas menos severas de MI. Así, su intervención como una forma para mejorar una dificultad en el desarrollo del niño/a, a través de la mejora del relacionamiento parento-filial mediante el nivel 4 de Triple P, hipotéticamente debe mejorar el DI y disminuir o erradicar el MI.

El nivel 4 de Triple-P contempla 8 sesiones, de las cuales las 4 primeras son grupales y brindan información sobre DI, habilidades parentales y estrategias para elaborar un plan de cambio ajustado a las necesidades específicas de la familia; las sesiones 5 a 7 son seguimientos telefónicos para monitorear progresos y de ser necesario ajustar las estrategias; en la sesión final se evalúa el programa y el proceso. Esta apuesta investigativa está en curso por parte del Grupo de Investigación de Puericultura de la Universidad Nacional de Colombia. El propósito central de esta narrativa es buscar una posible solución para disminuir los niveles de violencia contra la niñez colombiana y fomentar relacionamientos amorosos y protectores en las familias.

REFERENCIAS

1. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 Apr;256(3):174-86. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
2. Felitti V. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Perm J* [Internet]. 2002;6(1):44-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220625/>
3. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* [Internet]. 2011 May;16(2):79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes EVCNNA - 2018 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-vecnna-2018-spa.pdf>
5. Oh DL, Jerman P, Silvério-Marques S, Koita K, Purewal-Boparai SK, Burke-Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. BMC Pediatr [Internet]. 2018 Feb 23;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
6. Proctor KB, Brestan-Knight E. Evaluating the use of assessment paradigms for preventive interventions: A review of the Triple P - Positive Parenting Program. Child Youth Serv Rev [Internet]. 2016;62:72-82. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.01.018>
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. [Internet]. 2009. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;sequence=1
8. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. Preven Scien [Internet]. 2009;10(1):1-12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>

9. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, ed. World report on violence and health [Internet]. World Health Organization; 2002. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
10. Cross WE. Ecological Factors in Human Development. Child Dev [Internet]. 2017 May 1;88(3):767-9. <https://doi.org/10.1111/cdev.12784>
11. Cuartas J. Violencia contra niños, niñas y adolescentes: etiología, consecuencias y estrategias para su prevención. Serie Documentos de trabajo: Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo [Internet]. 2021;81. Disponible en: <https://gobierno.uniandes.edu.co/sites/default/files/books/DT/DT-81.pdf>
12. Lanier P, Dunnigan A, Kohl PL. Impact of Pathways Triple P on Pediatric Health-Related Quality of Life in Maltreated Children. J Dev Behav Pediatr [Internet]. 2018 Dec;39(9):701-708. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000608>
13. Kaye MP, Faber A, Davenport KE, Perkins DF. Common components of evidence-informed home visitation programs for the prevention of child maltreatment. Child Youth Serv Rev. 2018 Jul 1;90:94-105. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.05.009>
14. Posada A, Gómez JF, Ramírez H. Crianza Humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2008;29(5):295-305. <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640313010.pdf>

15. Chen M, Chan KL. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2016 Jan 1;17(1):88-104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
16. Vlahovicova K, Melendez-Torres GJ, Leijten P, Knerr W, Gardner F. Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2017;20:351-65. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0232-7>
17. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Prev Sci* [Internet]. 2013;14:352-63. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0314-1>
18. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2009;87:353-61. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.057075>
19. Van der Put CE, Assink M, Gubbels J, Boekhout van Solinge NF. Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2018;21:171-202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
20. Gubbels J, van der Put CE, Assink M. The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(13):2404. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132404>

21. Altafim ERP, Linhares MBM. Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psych Inter* [Internet]. 2016 Jan 1;25(1):27-38. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003>
22. Backhaus S, Leijten P, Jochim J, Melendez-Torres GJ, Gardner F. Effects over time of parenting interventions to reduce physical and emotional violence against children: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2023 Jun 1;60. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102003>
23. Euser S, Alink LR, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. A gloomy picture: A meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Oct 18;15(1):1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>
24. Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. *Health Educ Res* [Internet]. 2014;29(3):388-432. <https://doi.org/10.1093/her/cyu012>
25. Peterson C, Kearns MC. Systematic Review of Violence Prevention Economic Evaluations, 2000-2019. *Am J Prev Med* [Internet]. 2021;60(4):552-62. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.11.002>

26. Cuartas J, Salazar A, Backhaus S, Little MT, McCoy D, Yoshikawa H, et al. Strategies to Prevent Violence Against Children in the Home: A Systematic Review of Reviews. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2024;25(4):3419-3433. <https://doi.org/10.1177/15248380241247018>
27. Morello L, Caputi M, Scaini S, Forresi B. Parenting Programs to Reduce Recurrence of Child Maltreatment in the Family Environment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(20):13283. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013283>
28. Ashraf IJ, Pekarsky AR, Race JAE, Botash AS. Making the Most of Clinical Encounters: Prevention of Child Abuse and Maltreatment. *Pediatric Clin North America* [Internet]. 2020;67(3):481-498. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.004>
29. Macmillan HL, Wathen N, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* [Internet]. 2009;373(9659):250-266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61708-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61708-0)
30. Casillas KL, Fauchier A, Derkash BT, Garrido EF. Implementation of evidence-based home visiting programs aimed at reducing child maltreatment: A meta-analytic review. *Vol. 53, Child Abuse Neglect* [Internet]. 2016;53:64-80. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.009>

31. Petra M, Kohl P. Pathways Triple P and the child welfare system: A promising fit. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2010 Apr;32(4):611-8. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.12.008>
32. Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2012;8:345-79. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
33. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 1999;2:71-90. <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
34. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *J Fam Psychol* [Internet]. 2008;22(4):506-17. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
35. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014;34(4):337-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
36. McWilliam J, Brown J, Sanders MR, Jones L. The Triple P Implementation Framework: the Role of Purveyors in the Implementation and Sustainability of Evidence-Based Programs.

Prevention Science [Internet]. 2016;17(5):636-45. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0661-4>

37. Shapiro CJ, Prinz RJ, Sanders MR. Facilitators and Barriers to Implementation of an Evidence-Based Parenting Intervention to Prevent Child Maltreatment: The Triple P-Positive Parenting Program. Child Maltreat [Internet]. 2012;17(1):86-95. <https://doi.org/10.1177/1077559511424774>

38. Özyurt G, Dinsever Ç, Çaliskan Z, Evgin D. Can positive parenting program (Triple P) be useful to prevent child maltreatment? Indian J Psychiatry [Internet]. 2018 Jul-Sep;60(3):286–291. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6201675/?report=reader>

39. Leung C, Sanders PR, Shirley Leung P, Mak R, Lau J, Ed M. An Outcome Evaluation of the Implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. Family Process [Internet]. 2003;42(4):531-544. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00531.x>

40. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. Investigation of the Effectiveness and Social Validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese Society. J Fam Psychol [Internet]. 2010 Feb;24(1):87-91. <https://doi.org/10.1037/a0018181>

41. Mejia A, Calam R, Sanders MR. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Brief Parenting Intervention in Low-Resource Settings in Panama. Prevention Science [Internet]. 2015 Jul 4;16(5):707-17. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0551-1>

42. Keown LJ, Sanders MR, Franke N, Shepherd M. Te Whānau Pou Toru: a Randomized Controlled Trial (RCT) of a Culturally Adapted Low-Intensity Variant of the Triple P-Positive Parenting Program for Indigenous Māori Families in New Zealand. *Prevention Science* [Internet]. 2018 Oct 1;19(7):954-65. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0886-5>
43. Mejia A, Ulph F, Calam R. Exploration of Mechanisms behind Changes after Participation in a Parenting Intervention: A Qualitative Study in a Low-Resource Setting. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2016 Mar 1;57(1-2):181-9. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12020>
44. Errázuriz P, Cerfogli C, Moreno G, Soto G. Perception of Chilean Parents on the Triple P Program for Improving Parenting Practices. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2016 Nov 1;25(11):3440-9. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0492-8>
45. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. *Prevention Science* [Internet]. 2009;10(1):1-12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
46. Foster EM, Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ. The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2008 May;30(5):493-501. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.002>

47. Ma T, Tellegen CL, Sanders MR. Predictors of champion behaviors in an evidence-based parenting program: A structural equation modeling approach. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2023 Mar 1;71(1-2):211-23. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12623>

48. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Addendum to "Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial." *Prevention Science* [Internet]. 2016 Apr 16;17(3):410-6. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0631-x>

49. Cuartas J. Physical punishment against the early childhood in Colombia: National and regional prevalence, sociodemographic gaps, and ten-year trends. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2018 Oct 1;93:428-40. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.08.024>