

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

**Asistencia a menores en situación de riesgo y
desprotección:
RECURSOS DE INTERVENCIÓN**

Profesora: © Bárbara Torres



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN (p. 1)

1. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MALTRATO INFANTIL (p.1)

- 1.1. ¿Qué entendemos por programas de intervención familiar en el contexto de la intervención frente al maltrato infantil? (p.1)
- 1.2. Programas proactivos para la prevención del maltrato infantil. (p.7)
 - 1.2.1. Unas notas introductorias a la cuestión de la prevención del maltrato infantil. (p.7)
 - 1.2.2. Programas de prevención del maltrato infantil. (p.10)
- 1.3. Programas reactivos, indicados o de prevención terciaria del maltrato infantil. (p.32)
 - 1.3.1. Principios básicos y características específicas de la intervención en protección infantil. (p.34)
 - 1.3.2. La terapia familiar en el maltrato infantil. (p.40)
 - 1.3.3. La atención psicoterapéutica a los niños maltratados. (p.45)
 - 1.3.4. Evidencias relativas a la eficacia del tratamiento psicológico del maltrato infantil. (p.61)

2. EL ACOGIMIENTO FAMILIAR (p.67)

- 2.1. Presupuestos y objetivos básicos en el acogimiento familiar. (p.67)
- 2.2. Tipos de acogimiento familiar. (p.70)
- 2.3. El acogimiento familiar como proceso. (p.71)

3. LA ADOPCIÓN (p.80)

- 3.1. Presupuestos y criterios en relación a la adopción. (p.80)
- 3.2. El proceso de adopción. (p.82)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (p.89)

INTRODUCCIÓN

La presente lección está orientada a conocer algunos de los principales recursos de intervención que se utilizan en el abordaje de los casos de maltrato infantil. Específicamente, se examinarán los denominados “programas de intervención familiar” en sus variantes más relevantes, así como dos de los recursos de protección infantil que, implicando la separación del menor de su familia de origen, representan respuestas diferentes a esta problemática: el acogimiento familiar y la adopción.

1. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MALTRATO INFANTIL

1.1. ¿Qué entendemos por programas de intervención familiar en el contexto de la intervención frente al maltrato infantil?

Considero que el ámbito de la intervención en los casos de maltrato infantil resulta pertinente comenzar por intentar una clarificación de los términos mismos incluidos en la denominación “programas de intervención familiar”, ya que este concepto puede entenderse desde ópticas muy diversas.

En primer lugar, el término “programa” alude a un proyecto ordenado de actividades, que se desarrolla en una serie de fases (planificación, diseño, ejecución, evaluación) de acuerdo a una sistemática definida (ver la lección del profesor Dr. Joaquín de Paúl de este postgrado, y consúltese también las obras de Anguera, Chacón y Blanco, 2008; Hernández y Valera, 2008; Reboloso, Fernández y Cantón, 2008). Por tanto, si hablamos de “programas de intervención familiar” deberíamos circunscribirnos a las intervenciones que cumplen estos criterios y, sin embargo, en muchas ocasiones casi cualquier actuación orientada a la consecución de algún objetivo relacionado con el bienestar que incida sobre uno o varios miembros de una familia en la que se ha producido maltrato infantil suele ser incluida dentro de los “programas de intervención familiar”. Tal y como indica Arruabarrena (2009), muchos de los programas de intervención familiar en nuestro país carecen de un diseño y un procedimiento estructurado de intervención, existiendo una gran diversidad en su diseños (población atendida, recursos utilizados, intensidad de los mismos, etc.), sin una definición homogénea de cuáles son los “recursos mínimos” con los que debe contar un programa de este tipo y con una ausencia casi total de una evaluación de los mismos.

Por otra parte, el término "intervención" también merece alguna que otra matización. La intervención en el contexto del maltrato infantil puede ser entendida en función de criterios muy diferentes y, a pesar de ello, no necesariamente excluyentes. Por ejemplo, de acuerdo a si sigue un modelo clínico, educativo o comunitario (Máiquez y Capote, 2001); en función de la finalidad perseguida en el Plan de Caso establecido (Arruabarrena y Alday, 2008) o, entre otros, dependiendo del nivel preventivo en donde se sitúe. A este respecto, siguiendo la propuesta de Rae-Grant (1994) puede establecerse un continuum en el que la intervención dirigida a la promoción del bienestar estaría situada en un extremo y la intervención para problemas establecidos en el otro. Los tres niveles preventivos dentro de este continuum serían:

- Universal (intervenciones para la totalidad o grupos amplios de la población), que se corresponde con la denominación clásica de prevención primaria.
- Selectiva (intervenciones para familias identificadas como de alto-riesgo para el maltrato infantil), equivalente a la prevención secundaria.
- Indicada (intervención para los casos en los que ya se ha producido el maltrato con el propósito de prevenir su re-ocurrencia, prevenir el maltrato en los hermanos menores, y/o prevenir otras consecuencias negativas a largo plazo), análoga a la prevención terciaria.

Los enfoques universal y selectivo son pro-activos, de naturaleza genuinamente preventiva, mientras que el enfoque indicado es reactivo, donde no existe una verdadera prevención del problema en cuestión, al menos en un momento inicial. No obstante, cabe indicar tal y como señalan Tomison y Poole (2000), que esta distinción que procede del modelo de salud pública tiene ciertas limitaciones, ya que no todos los programas pueden ser incluidos claramente en una de las categorías. Así, por ejemplo, las intervenciones terapéuticas con los niños víctimas de maltrato pueden ser consideradas intervenciones terciarias (en la medida de que el maltrato ya ha tenido lugar) y también como intervenciones de índole secundaria ya que el abordar las consecuencias del maltrato puede reducir la probabilidad de transmisión intergeneracional del mismo.

En cualquier caso, aunque la intervención familiar en los casos en los que se ha producido ya la situación de maltrato infantil sea entendida como una estrategia indicada, al igual que la psicoterapia o el abordaje terapéutico de los niños/as

maltratados o de los maltratadores, no siempre este componente terapéutico es contemplado en los programas de intervención frente al maltrato infantil. Así, ni siquiera "intervención"/"intervención familiar" ha de entenderse siempre como sinónimo de "tratamiento"/"tratamiento familiar", en el sentido más estricto de este último concepto (intervención terapéutica). De hecho, si atendemos a los recursos que suelen emplearse en la intervención en el maltrato infantil, estos pueden ser de muy diverso tipo, incluyendo ayudas económicas, recursos sociales, educativos y terapéuticos. De hecho, tal y como señala Guterman (2001), muchos enfoques y recursos de intervención pueden ser aplicados tanto a grupos universales como a grupos diana, de forma que las estrategias de captación, por ejemplo, raramente representan aproximaciones puramente universales o selectivas. También, como otro ejemplo de esta cierta indefinición, la distribución de materiales educativos y los grupos de apoyo a padres son utilizados con frecuencia tanto en las intervenciones de naturaleza universal, como en los programas dirigidos a población de alto riesgo e, incluso, a familias maltratantes.

Por último, con respecto al vocablo "familiar", me parece de interés reproducir aquí las palabras de P. Crittenden (1996, p. 158), quien señala: *"El maltrato infantil es un problema familiar. Aunque los casos conocidos o notificados generalmente hacen referencia a un niño/a y a un progenitor, tales casos están insertos en el funcionamiento de las familias. Por ejemplo, los cónyuges o compañeros/as no denunciados a menudo permiten el maltrato; además, en muchos casos, existe también un maltrato entre los miembros de la pareja. Los hermanos/as de los niños a los que hace referencia la notificación a menudo son testigos del maltrato y, muchos de ellos, en otras ocasiones, son también maltratados. Además, en muchos casos, los progenitores también fueron maltratados en su infancia por sus padres. Finalmente, algunos de los niños notificados maltratarán también, en su época adulta, a sus cónyuges e hijos. Debido a que el maltrato es un problema familiar, debe ser entendido, prevenido y tratado en el contexto de las familias"*.

En consecuencia, podríamos establecer que las intervenciones dirigidas a abordar el problema del maltrato infantil han de ser "familiares". No obstante, no debemos olvidar que el modelo ecológico (Cicchetti y Rizley, 1981) y, más recientemente, el modelo ecológico-transaccional (Cicchetti, Toth y Maugan, 2002) constituye la teoría explicativa del maltrato infantil más comúnmente aceptada en la actualidad (Daro y McCurdy, 2007) y que dicho modelo plantea que es la interacción entre los factores individuales, familiares, comunitarios y sociales lo que incrementa o reduce la probabilidad de la aparición y mantenimiento del maltrato. Por tanto, dentro de las "intervenciones familiares" pueden recogerse intervenciones con individuos de la

familia (progenitor, niño/a), actuaciones con varios miembros de la familia (padres, hermanos), trabajo con la familia en su conjunto (sistema familiar), sin olvidar que la familia y sus miembros están insertos en un contexto comunitario y social, susceptible igualmente de ser intervenido en aras de procurar solventar la problemática del maltrato infantil. Por tanto, en el ámbito de la intervención en los casos de malos tratos infantiles, el término "familiar" presenta una delimitación un tanto vaga, no siendo raro que la intervención contemple los diferentes niveles ecológicos identificados como contextos relevantes en el desarrollo humano (ontogenético, microsistémico, ecosistémico y macrosistémico) (Bronfenbrenner, 1977).

Además, es preciso señalar que, en el marco de las actuaciones en protección infantil, la expresión "intervención familiar" no implica necesariamente que el menor víctima de la situación de maltrato permanezca con su familia de origen mientras se desarrolla la "intervención familiar". De hecho, y dado que un principio básico de la intervención en materia de protección infantil es el de procurar que el menor pueda alcanzar su bienestar y desarrollo integral en el seno de su familia, aun en los casos en que haya sido necesario el alejamiento del niño/a de su familia biológica, y exceptuando, aunque no siempre, los casos de adopción, se suelen establecer intervenciones con dicha familia con el fin de buscar la reunificación del menor con la misma o, cuando ello no es viable, promover al menos unas relaciones más saludables entre el niño/a y su familia de origen. Por tanto, el hecho de que exista una "intervención familiar" no se contrapone necesariamente a que se tome una medida protectora de "acogimiento familiar", "acogimiento residencial" o, incluso, una "adopción".

Dicho esto, en este documento vamos a seguir el siguiente esquema para abordar, forzosamente de manera somera, el complejo panorama de los "programas de intervención familiar" en el ámbito del maltrato infantil:

- Programas proactivos para la prevención del maltrato infantil:
 - Universales, o de prevención primaria (dirigidos a la población general o a amplios sectores de la misma con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores implicados en el maltrato infantil).
 - Selectivos o de prevención secundaria (desarrollados en colectivos identificados como de "alto riesgo" para el maltrato infantil y orientados a impedir el agravamiento de la situación de riesgo y, en consecuencia, evitar la posibilidad de que en el futuro surja una

situación de desprotección y pueda ser necesario separar al niño/a de su familia).

- Programas reactivos, indicados, o de prevención terciaria (intervenciones en las familias en las que ya se ha producido la situación de maltrato infantil y que buscan evitar su re-ocurrencia y paliar sus diferentes secuelas). Dentro de este nivel, se incluirán específicamente las intervenciones de índole terapéutica para el maltrato infantil.

En el cuadro siguiente, adaptado de Holzer, Higgins, Bromfield, Richardson y Higgins (2006), podemos observar ejemplos de estos diferentes niveles de intervención, clasificados de acuerdo a dónde está puesto el foco de la intervención.

	NIVEL DE INTERVENCIÓN		
FOCO	Primario	Secundario	Terciario
Niño/a	Programas de Seguridad Personal	Entrenamiento en asertividad para niños "con riesgo"	Programas Terapéuticos (individual o grupal)
Padres/ Familia	Programas universales de visitas de enfermera domiciliaria	Programas de Educación Parental	Programas de Servicios de Protección Infantil
Comunidad	Campañas de sensibilización en los medios de comunicación	Campañas dirigidas a grupos "de riesgo"	Intervenciones comunitarias intensivas (ej.: zonas de tolerancia 0 al alcohol)

1.2 Programas proactivos para la prevención del maltrato infantil

Tal y como plantean Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker y Lutzker (2009), el ámbito de la prevención del maltrato infantil no se ha centrado hasta ahora en la reducción

de su prevalencia. Los estudios de intervención fundamentalmente han estado dirigidos al tratamiento de padres maltratantes, a la prevención de la recaída entre progenitores abusivos, o a proporcionar servicios de alta intensidad a subgrupos específicos de familias con elevado riesgo para el maltrato infantil. Así, en general, en el ámbito internacional, las intervenciones en el maltrato infantil que están dirigidas hacia familias que han sido identificadas por las autoridades competentes como familias en las que el maltrato ya ha tenido lugar siguen siendo mayoritarias (Stagner y Lansing, 2009). En nuestro país, esto es todavía más cierto ya que puede decirse que las estrategias preventivas representan raras excepciones. No obstante, conviene enfatizar que, a la vista de las tasas de maltrato infantil, de sus graves consecuencias, y de una insatisfacción general con respecto a muchas intervenciones terapéuticas, particularmente en relación a su incapacidad para alterar la trayectoria maltratante de familias con una larga historia de maltrato físico y abandono severos (Saunders, Berliner y Hanson, 2003), muchos profesionales consideramos que el énfasis de los programas debería estar puesto en la intervención proactiva, propiamente preventiva (primaria y secundaria), más que en la intervención indicada, rehabilitadora (tratamiento).

1.2.1. Unas notas introductorias a la cuestión de la prevención del maltrato infantil

Tal y como indican Stagner y Lansing (2009), el desarrollo exitoso de la prevención requiere identificar y definir claramente el problema que debe ser prevenido. También requiere un cálculo preciso de los costes del problema y su comparación con los costes de la acción preventiva. Finalmente, implica también establecer una conexión clara entre las causas del problema y el cambio en el comportamiento o condición que puede prevenir el posterior problema. Esta conexión proporciona el marco para la intervención preventiva. Aunque se ha avanzado mucho a lo largo de las últimas décadas a este respecto, especialmente en lo que se refiere a la conceptualización del maltrato infantil y a un conocimiento más preciso de su etiología y consecuencias, todavía falta mucho por hacer en lo que respecta a lograr una estimación acertada de sus costes, así como de la eficacia de los programas desarrollados tanto para su prevención como para su tratamiento. La evaluación sistemática y rigurosa de los programas de intervención en el maltrato infantil que cuenta ya con cierta, aunque reciente, tradición en otros países occidentales, sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro país que puede inscribirse en lo que algunos han calificado como “mal endémico” de nuestros Servicios Sociales (Del Valle, 1995), aunque existen, afortunadamente, algunas notables excepciones (Arruabarrena y de Paúl, 2002; Cerezo, Dolz, Pons-Salvador y Cantero, 1999;

Rodríguez, Rodrigo, Correa, Martín y Máiquez, 2004; Torres, Alonso-Arbiol, Cantero y Abubakar, 2011).

Reconociendo la multicausalidad en la etiología del maltrato infantil, es obvio que ninguna intervención aislada tendrá éxito en remediar este problema. Durante los últimos 30 años, los esfuerzos por prevenir el maltrato infantil han evolucionado a través de tres estadios (Daro y Cohn-Donnelly, 2002a): a) el reconocimiento público del problema; b) la implementación de un amplio rango de programas que han abordado uno o más factores de los identificados como que incrementan el riesgo del maltrato infantil, y c) una evolución de los sistemas diseñados con el objetivo de integrar estos esfuerzos. Los esfuerzos programáticos para prevenir el maltrato infantil han seguido, según Daro y McCurdy (2007) dos caminos distintos: intervenciones dirigidas a reducir el maltrato y abandono físico (incluyendo también el abandono emocional y los trastornos del apego) e intervenciones orientadas a reducir el abuso sexual infantil.

Los programas en el primer grupo han puesto el énfasis en el conocimiento o en la conducta parental como la "causa" del maltrato, con servicios diseñados a abordar dicha causa (p.ej.: los programas de educación parental). Tales programas han evolucionado en sintonía con el paradigma ecológico para abordar el contexto más amplio en el que se desarrolla la relación progenitor-hijo. Así, es común en los programas de prevención actuales focalizarse en redes de apoyo parental, acceso al cuidado de la salud, patrones de interacción progenitor-hijo, además del énfasis más tradicional en el conocimiento y conducta parental. Además, estos programas tienden a centrarse en los nuevos padres, ofreciendo asistencia cuando la mujer está embarazada o el niño acaba de nacer. Los servicios de prevención subsiguientes son entonces añadidos a esta base universal en respuesta a las necesidades específicas emergentes que presentan el niño en crecimiento o la evolución de la relación progenitor hijo.

En contraste con los esfuerzos por prevenir el maltrato y el abandono físico, la población diana en el caso de la prevención del abuso sexual han sido las víctimas potenciales y no los potenciales perpetradores. Existen tres factores que han contribuido a este patrón: el malestar social que rodea a la sexualidad, la dificultad para desarrollar opciones de tratamiento voluntarias para los ofensores, y la ausencia de factores de riesgo claro para identificar a los potenciales perpetradores y a las potenciales víctimas. Las estrategias dentro de este contexto incluyen un número de esfuerzos de tipo educativo, proporcionados sobre una base universal, a los niños/as sobre la distinción entre "tocamiento" bueno, malo y cuestionable y

sobre el concepto de la propiedad sobre el propio cuerpo o los derechos de los niños a controlar quién toca sus cuerpos y dónde son tocados. A medida de que los niños maduran, estas clases cubren un rango más amplio de conceptos, tales como la conducta apropiada en las citas, estereotipos de género y estrategias no agresivas de resolución de conflictos. Estos programas educativos también ofrecen a los niños y jóvenes opciones de servicios o derivaciones si han sido ya abusados o están envueltos en una relación abusiva con un igual. Aunque la mayoría de estos esfuerzos incluyen algún tipo de orientación o instrucción para los padres y personal escolar sobre cómo detectar y responder a los casos de sospecha de agresión sexual, su énfasis principal es hacer a los niños menos vulnerables a ella.

Estas mismas autoras (Daro y McCurdy, 2007) señalan que en los últimos años la prevención del maltrato infantil está evolucionando desde respuestas centradas individualmente a los casos de maltrato y abandono hacia un sistema centrado en la comunidad con una responsabilidad compartida y apoyo mutuo para promover el bienestar de los niños.

En esta misma línea se inscribe la propuesta de Stagner y Lansing (2009) de un modelo de "inversión-en-prevención" (investment-prevention model): estos autores señalan que, mientras la respuesta tradicional busca prevenir la re-ocurrencia del maltrato una vez ha tenido lugar, el nuevo marco se centra en prevenir que el maltrato ocurra. En lugar de identificar factores de riesgo para el maltrato y abordar los problemas y deficiencias del cuidador o cuidadores principales, el nuevo modelo se centra en fortalecer los factores protectores y construir redes familiares y sociales que refuercen la capacidad de los padres para cuidar de sus hijos. Mientras la orientación tradicional de los Servicios Sociales ha sido fundamentalmente legal y médica, este nuevo marco tiene una orientación más evolutiva y ecológica. Persigue construir sobre las fortalezas que los niños tienen en momentos particulares del ciclo vital y mejorar el contexto social del niño. En lugar de poner a las familias en manos de profesionales desconocidos que las arrastran de un programa a otro, incluyendo el acogimiento familiar, el modelo de inversión en prevención busca integrar a profesionales y paraprofesionales de la comunidad en la que vive la familia en su vida diaria, así como asegurar un sistema de servicios interconectados. Finalmente, en lugar de buscar minimizar el daño al niño, persigue maximizar su potencial, fortalecer la capacidad de los padres y comunidades para cuidar de sus hijos en formas que promuevan el bienestar. Otros autores (Prinz y Sanders, 2007, Conley y Berrick, 2010) también abogan por enfoques basados en la población en el ámbito de las intervenciones preventivas en el ámbito del niño y la familia.

Dada la gran variedad de estrategias preventivas empleadas en el maltrato infantil, a continuación se comentarán de forma resumida las principales intervenciones de este tipo, aunque nos centraremos fundamentalmente en dos de las más ampliamente utilizadas (los programas de educación parental y los programas de visitas domiciliarias) y, en cualquier caso, siempre intentando subrayar las evidencias existentes en torno a su eficacia. Sin embargo, ha de tenerse muy presente que una de las principales cuestiones debatidas en torno a la evaluación de los programas preventivos del maltrato infantil es la referida a qué criterios se han de utilizar para establecer su efectividad: ¿hemos de considerar únicamente las evidencias más directas de reducción de las tasas de maltrato y abandono infantil como, por ejemplo, las denuncias a los Servicios de Protección Infantil, o los casos atendidos en servicios de emergencia o ingresos hospitalarios motivados por maltrato al niño/a? (Chaffin, 2004; Reynolds, Mathieson y Topitzes, 2009). O, ¿pueden contemplarse también los efectos de los programas sobre la reducción de factores de riesgo o la potenciación de factores protectores asociados con el maltrato infantil, como pueden ser determinadas características de los padres o del niño y de la relación padres-hijo? (Holzer y cols., 2006; Daro y McCurdy, 2007). Desde una perspectiva ecológica, creemos que ambos tipos de evidencias son de interés para la prevención del maltrato infantil.

1.2.2. Programas de prevención del maltrato infantil

De acuerdo a diferentes revisiones relativas a la prevención del maltrato infantil (Daro y McCurdy, 2007; Dodge y Coleman, 2009; Eckenrode, 2011; Lyndon y Portwood, 2010; McLeod y Nelson, 2000; Nelson, Laurendau y Chamberland, 2001; Wulczyn, 2009), los programas dirigidos a la prevención del maltrato infantil pueden ser clasificados de diferentes modos. No obstante, básicamente podemos distinguir:

- Programas de educación parental
- Programas de apoyo parental
- Programas de visitas domiciliarias
- Programas de prevención de agresiones a niños
- Programas basados en medios de comunicación
- Programas de asociación comunitaria
- Programas multi-componentes

Es preciso recalcar que esta clasificación resulta un tanto artificial, ya que en muchas de las actuaciones preventivas se combinan, como ya hemos señalado,

recursos de diferente índole, siendo la expresión más clara de esto los denominados programas multi-componentes. Además, tampoco debe olvidarse que, como ya ha sido comentado, muchos de los recursos utilizados en las acciones preventivas son igualmente empleados en las intervenciones que se desarrollan en el caso de las familias en las que ya se ha producido el maltrato infantil, de las que nos ocuparemos posteriormente.

a) Programas de Educación Parental

De acuerdo a la revisión de Holzer, Bromfield y Richardson (2006), los Programas de Educación Parental se basan en la premisa de que las intervenciones que promueven una parentalidad cariñosa, consistente y positiva son fundamentales para crear un ambiente seguro y de apoyo para los niños. La investigación ha documentado que el riesgo de maltrato se incrementa cuando a los padres les faltan las necesarias habilidades de crianza, apoyos sociales y conocimiento del desarrollo infantil. Por tanto, los programas de educación parental están diseñados para: 1) incrementar el conocimiento parental sobre el desarrollo infantil; 2) ayudar a los padres a desarrollar habilidades parentales y 3) normalizar los desafíos y las dificultades inherentes a la parentalidad.

Estos programas funcionan en diferentes niveles. Por ejemplo, algunas intervenciones operan en un nivel comunitario (como, por ejemplo, la campaña "Cada niño es importante" de la Fundación Australiana para la Infancia), mientras otras intervenciones adoptan un enfoque directo trabajando con individuos o grupos (por ejemplo, el *Triple P-Positive Parenting Program* de la misma fundación). A pesar de estos diferentes enfoques, todos los programas de educación parental están pensados para ayudar a las familias básicamente a través de incrementar el conocimiento parental y reducir el estrés de los progenitores. Los programas de Educación Parental logran estos resultados a través de:

- Aumentar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo del niño/a y de las exigencias de la parentalidad.
- Incrementar y mejorar las habilidades parentales para hacer frente a las situaciones estresantes derivadas de la crianza.
- Mejorar la vinculación con el niño/a, los lazos de tipo emocional y la comunicación mutua.
- Aumentar las habilidades parentales para hacer frente al estrés asociado a la crianza de niños con necesidades especiales.
- Incrementar el conocimiento parental sobre el manejo de la casa y el niño/a.

- Reducir las exigencias derivadas del cuidado de los niños/as.
- Aumentar el acceso de todos los miembros de la familia a los Servicios Sociales y Sanitarios.

Holzer y colaboradores (2006) realizan una revisión de 14 programas de educación parental de EE.UU., Canadá y Australia descritos en 20 artículos. De ellos, 18 informaban de resultados exitosos tras la participación en el programa de educación parental, tales como:

- Menores incidentes de maltrato infantil (aunque solo un reducido número de estudios evaluaban directamente este resultado).
- Reducción en la prevalencia de atribuciones parentales negativas (ej: atribuir la conducta negativa del niño a una intención maliciosa).
- Mayor capacidad para hacer uso de estrategias de disciplina positivas/productivas en lugar de estrategias de tipo punitivo.
- Mayor competencia parental y auto-eficacia.
- Mayor conciencia/conocimiento parental sobre el desarrollo infantil, los factores de riesgo para el maltrato y sus consecuencias para el niño.

Estos autores (Holzer y cols., 2006) analizan la credibilidad de las evidencias obtenidas en estos programas y señalan que:

- Los resultados están basados en diferentes diseños de evaluación. Algunas evaluaciones poseen diseños de evaluación rigurosos (ej.: grupos de tratamiento y de control aleatorios), mientras otras no (ej.: uso de medidas retrospectivas que confían en el recuerdo de los participantes en lugar de un verdadero diseño pre- y post- test).
- Además, la mayoría de los estudios no incluyen medidas que evalúen directamente si ha existido mejoras en el bienestar infantil o una reducción en la incidencia del maltrato infantil.
- Por tanto, aunque la mayoría de las evaluaciones de estos programas obtienen impactos favorables, su influencia en reducir el maltrato infantil queda a un nivel especulativo.

Asimismo, identifican algunas de las características que favorecen la efectividad de los programas de educación parental (Holzer y cols., 2006):

- Reclutamiento "diana": los programas efectivos se dirigen específicamente a familias identificadas como "de riesgo" para el maltrato infantil. En algunos casos, esta identificación se realiza a partir

de los auto-informes parentales en escalas que miden ira parental, actitudes parentales, estrés familiar y potencial para el maltrato infantil. En otros estudios, el riesgo es establecido a partir de la desventaja económica, nivel de educación parental, desempleo, ausencia de apoyo social, etc. La mayoría identifican y reclutan a las familias a través de la derivación de servicios de salud u otros.

- Programas Estructurados y duración de la participación: todos los programas revisados tenían una estructura o secuencia de la intervención claramente definida. No obstante, había variedad en la naturaleza y duración de la participación (ej.: taller educativo de una tarde o participación parental continuada durante semanas o meses). Cuanto más intenso y prolongado es el programa, más efectivo resulta en reducir la prevalencia del maltrato infantil.
- Combinación de estrategias de intervención: los programas más exitosos comprendían una combinación de estrategias de educación parental. Los programas que incluyen entrenamiento en habilidades parentales, reentrenamiento cognitivo, información sobre desarrollo infantil y servicios concretos, eran generalmente más efectivos que los que tenían un foco más restrictivo. De hecho, varios autores han indicado los beneficios de combinar las estrategias de educación parental con otras iniciativas complementarias (ej.: asistencia médica, programas de empleo, entrenamiento conductual...).
- Enfoque basado en las "fortalezas": la mayoría de los programas que incorporan este enfoque (que identifica las fortalezas y habilidades parentales existentes y se basa en ellas para avanzar) tenían mejores resultados que los programas que funcionan desde una perspectiva del déficit.

Un ejemplo de Programa de Educación Parental interesante es el *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000) ya que combina diferentes recursos en distintos niveles de intervención definidos en función de las necesidades de las familias. Además, el programa cumple con los estándares de criterios de evidencia para la diseminación promulgada por la Sociedad para la Investigación en Prevención (2004). Así, existe evidencia substancial de su eficacia y efectividad; de su capacidad para ir incluyendo recursos materiales desarrollados profesionalmente y un proceso estandarizado de formación y acreditación para los interventores; información clara y fácilmente disponible sobre el coste-efectividad del programa; disponibilidad de herramientas de evaluación para los interventores,

así como identificación de las condiciones para promover la sostenibilidad y garantía de calidad del programa.

El programa *Triple P-Positive Parenting Program*, ha sido desarrollado desde un enfoque de salud pública para tratar de superar las dificultades para llegar a la población necesitada de apoyo en su labor parental que presentan los programas basados en la evidencia. Este programa fue diseñado como un sistema comprehensivo de apoyo a la parentalidad y a la familia basado en la población. Es un sistema multinivel que incluye cinco niveles de intervención de intensidad incrementada y reducción del alcance a la población. En este sentido, incluye niveles de intervención preventiva de naturaleza primaria y secundaria, con diferentes intensidades y recursos. El sistema ha sido diseñado para aumentar la competencia parental, y prevenir o alterar prácticas parentales disfuncionales, reduciendo así un importante grupo de factores de riesgo familiares tanto para el maltrato infantil como para problemas conductuales y emocionales de los niños.

El *Triple P-Positive Parenting Program* ha sido diseñado como un sistema multinivel de prevención para familias con al menos un hijo de edades comprendidas entre los 0 y los 12 años. Todos los niveles programados del Triple P tienen manuales de intervención que han sido diseñados cuidadosamente, un régimen de formación sistemática para los interventores, y recursos materiales coordinados para los padres (vídeos, cuadernos de ejercicios y hojas de consejos). Los cinco principios centrales de la parentalidad positiva que son invocados a través del sistema multinivel del programa para promover la competencia social y la autoregulación emocional de los niños son: 1) asegurar un ambiente seguro y agradable; 2) promover un ambiente de aprendizaje positivo; 3) utilización de la disciplina asertiva; 4) mantenimiento de expectativas razonables, y 5) cuidado de uno mismo como padre/madre. El énfasis está en que los padres aprendan a cómo aplicar estas diferentes habilidades a diferentes cuestiones evolutivas, comportamentales y emocionales de los niños, yendo desde los desafíos comunes en la crianza infantil (ej: control de esfínteres, conducta durante las comidas, a la hora de acostarse, comportamiento en público) hasta desafíos más intensos (ej: conducta agresiva en el niño, miedos y ansiedades, dificultades de atención, hiperactividad). Los cinco principios parentales positivos se trasladan a 35 estrategias y habilidades parentales específicas que se agrupan en varias categorías principales: a) mejora de la relación progenitor-hijo; b) alentar la conducta deseable; c) enseñar nuevas habilidades y comportamientos; d) manejar las conductas inapropiadas; e) prevención de problemas en situaciones de alto-riesgo; f) habilidades de auto-regulación; g) manejo del estado de ánimo y habilidades de afrontamiento

parentales; y h) apoyo a la pareja y habilidades de comunicación. El programa Triple P proporciona un menú de opciones evolutivamente ajustadas que facilitan el establecimiento de metas por parte de los padres y la autoregulación. Los padres aprenden cómo aplicar aquellas técnicas y estrategias que son relevantes para su hijo, sus metas como padres y su situación familiar.

El Nivel Universal del Programa Triple P (Nivel 1), implica la implementación de estrategias a través de medios de comunicación e informativas sobre la parentalidad positiva. Estas estrategias persiguen desestigmatizar el apoyo familiar y a la parentalidad, hacer que estrategias efectivas de parentalidad sean fácilmente accesibles a todos los padres, y facilitar la búsqueda de ayuda y la autorregulación de los padres que necesitan una intervención de mayor intensidad. Este nivel incluye el uso de la radio, periódicos locales, cartas a las escuelas, correo masivo a familias, presencia en eventos de la comunidad e información a través de página web.

El nivel selectivo (Nivel 2) del programa Triple P tiene utilidad para muchos padres y está orientado a normalizar las intervenciones sobre la parentalidad. Existen dos formatos de entrega en este nivel: 1) consultas breves y flexibles con padres individuales y 2) seminarios sobre parentalidad con un amplio grupo de padres. El formato de consultas breve y flexible implica uno o dos contactos de consulta (de unos 20 minutos cada uno) y está diseñado para padres con niños que presentan problemas menores y concretos que no requieren niveles de intervención más intensivos. Sin embargo, esto es también una estrategia útil y no amenazadora para ayudar a que los padres comiencen a abordar sus propias conductas parentales pero en el contexto de solicitar información o ayuda sobre el comportamiento de su hijo. La intervención puede proporcionarse en el contexto de la guardería o escuela infantil o en otros contextos con los que los padres tienen un contacto rutinario con personas que les proporcionan servicios y otros profesionales que ayudan regularmente a familias. Así, este nivel puede ser visto como una forma de consejería evolutiva anticipatoria. El formato de seminarios parentales, denominado Series de Seminarios Triple P, implica tres sesiones de 90 minutos diseñadas para ser ofrecidas a grupos amplios de padres. La serie incluye seminarios específicos sobre los temas siguientes: El poder de la parentalidad positiva; Criando niños confiados y competentes; Criando niños resilientes. Los tres seminarios son independientes unos de otros de forma que los padres pueden asistir a cualquiera de ellos o a todos. Los seminarios se utilizan para promover el conocimiento sobre el Programa Triple P y como sesiones breves informativas para cualquier padre/madre. Cada seminario incluye una presentación, un periodo de

preguntas y respuestas, distribución de hojas de consejos sobre parentalidad y la disponibilidad de interventores al final de cada sesión para abordar dudas individuales y solicitudes de ayuda adicional.

El nivel 3 de intervención del Programa Triple P es denominado Cuidado Principal o Primario y es apropiado para el manejo de problemas discretos de conducta del niño que no se ven complicados por otras dificultades de manejo comportamental más serias o por una disfunción familiar significativa. La diferencia clave con el nivel 2 es que la provisión de consejo e información es complementada por un entrenamiento activo en habilidades para aquellos padres que lo requieren para llevar a cabo las estrategias de parentalidad recomendadas. Este nivel del programa es especialmente apropiado para padres de bebés y niños de edad preescolar en relación a los problemas de conducta infantil y desafíos parentales comunes. Este nivel implica una serie de cuatro consultas breves (20 minutos) que incorporan entrenamiento activo en habilidades y el uso selectivo de hojas de consejos sobre parentalidad que cubren los problemas comunes evolutivos y conductuales de los niños antes de la adolescencia. Esta modalidad de consultas breves y flexibles también permite servir para facilitar la generalización de estrategias de mejora para enseñar a los padres cómo aplicar el conocimiento y habilidades adquiridas a conductas no diana y a otros niños en la familia.

El nivel Estándar y Grupal del Programa Triple P (nivel 4) beneficia a las poblaciones indicadas de niños que tienen problemas detectables pero que todavía pueden o no cumplir los criterios para un trastorno de conducta, y de padres que están luchando con desafíos parentales. Los padres aprenden una variedad de habilidades de manejo del niño y cómo aplicar estas habilidades tanto en casa como en la comunidad. El nivel 4 combina el ofrecer información con entrenamiento activo y apoyo para un amplio rango de conductas diana tanto en el contexto del domicilio como de la comunidad. Existen dos formatos diferentes en los recursos de este nivel: 1) Estándar. Un programa de 10 sesiones (hasta 90 minutos por sesión) con familias individuales que utiliza métodos de entrenamiento activo en habilidades, así como visitas al domicilio o sesiones de observación clínica (40-60 minutos cada); 2) Grupal: Un programa de 8 sesiones grupales que emplea un proceso de entrenamiento activo en habilidades y que consiste en cinco sesiones grupales de 2 horas que proporcionan a los padres las oportunidades para aprender a través de la observación, el debate, la práctica y el feedback; tres sesiones telefónicas de seguimiento de unos 15-30 minutos que proporcionan apoyo adicional a los padres mientras ponen en práctica lo que han aprendido en las sesiones grupales.

El nivel Mejorado del Programa Triple P (nivel 5) es un aumento opcional del nivel 4 Estándar para las familias con factores de riesgo adicionales que pueden necesitar ser abordados a través de intervención. Aunque muchas familias reciben suficientes beneficios del nivel Estándar, otras requieren del nivel mejorado que incluye módulos de intervención sobre comunicación en la pareja, manejo de los estados de ánimo y habilidades de afrontamiento del estrés para los padres y sesiones de práctica adicional que abordan cuestiones padres-hijo.

En el primer estudio en el que se realiza una aleatorización de comunidades a la condición del programa Triple P y se implementan intervenciones parentales basadas en la evidencia como estrategia preventiva, Prinz y colaboradores (2009) demuestran un impacto positivo en los indicadores de maltrato infantil en la población. Se hallaron efectos preventivos en los tres indicadores (casos comprobados de maltrato infantil, separaciones de niños de sus familias de origen y lesiones por maltrato infantil) que diferenciaban a las familias participantes en el Programa Triple P de las controles teniendo en cuenta los niveles de línea base.

Por otra parte, en nuestro país, podemos comentar como un ejemplo relevante de Programa de Educación Parental el denominado "Programa de Apoyo Personal y Familiar" (PAPF, para una descripción detallada del diseño, contenido y resultados del programa puede consultarse: Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

Siguiendo a Trenado, Pons-Salvador y Cerezo (2009), el PAPF, originalmente desarrollado en la Comunidad Canaria, está dirigido a familias en situación de riesgo psicosocial y tiene como objetivo fomentar en los progenitores un sentido de competencia personal y que los padres se sientan activos y protagonistas en su tarea de crianza, mediante el cambio de actitudes y creencias relevantes para la crianza y desarrollando la auto-confianza parental. El PAPF parte de un enfoque positivo y sigue una metodología experiencial, que se estructura en sesiones grupales, semanales, que se extienden por un periodo de 8 meses. Las sesiones son lideradas por profesionales de los servicios sociales, entrenados en seminarios de 2 días intensivos. Los contenidos se articulan en cinco módulos que versan sobre organización familiar, cómo afrontar los problemas infantiles, las situaciones de transición y cambio familiar, comunicación y resolución de problemas y cómo afrontar situaciones conflictivas familiares. Los padres en grupos reducidos observan, mediante viñetas y diversos materiales, episodios de la vida cotidiana donde pueden observar las reacciones de distintos miembros de la familia ante dichos episodios. Los padres son invitados a ponerse en el punto de vista de las personas implicadas, para después reflexionar sobre sus propias concepciones y las

consecuencias que de ellas se derivan sobre el comportamiento de sus hijos. A partir de la interpretación de situaciones educativas, se espera que los padres puedan reconstruir sus concepciones e ideas sobre sus hijos y reconceptualizar las prácticas educativas a partir de episodios cotidianos como paso previo para poderlas modificar.

Siguiendo un diseño cuasi-experimental (pretest-posttest y solo posttest-grupo control) el PAF fue evaluado en un estudio en el que participaron 340 madres, de las cuales 185 madres habían realizado el programa y el resto constituyó el grupo control. Los resultados indicaron que el PAF fue muy eficaz en el cambio de la percepción que tienen las madres de su competencia: mostraron mayor autoeficacia, locus de control interno y acuerdo marital, y logró cambios moderados las creencias sobre el desarrollo infantil y la educación de los niños. Así mismo las madres informaron de un uso menor de prácticas de crianza inadecuadas, permisivas-negligentes y coercitivas (Rodrigo, Máiquez, Correa, Martín y Rodríguez, 2006; Rodrigo y cols., 2008).

b) Programas de apoyo parental

De acuerdo con McLeod y Nelson (2000), las intervenciones de apoyo social/ayuda mutua proactivas se centran en construir la red social de los padres. Los interventores introducen a los participantes en redes de apoyo informal y promueven la implicación con los recursos comunitarios. Un ejemplo de programa proactivo de apoyo social es el desarrollado para grupos de padres de niños prematuros que se encuentran durante 7-10 semanas (Minde, Shosenberg, Marton, Thompson, Ripley, y Burns, 1980). El objetivo principal de las sesiones grupales es proporcionar a los progenitores un espacio en el que comentar las cuestiones relacionadas con afrontar la crianza infantil. También pueden proporcionarse conferencias y recursos materiales (informativos). Un programa similar, diseñado para como estrategia de prevención primaria para progenitores que afrontan la crianza de su primer hijo/a es el de Boger, Richter y Weatherston (1983).

Desde sus comienzos, los programas que tienen como foco central de su intervención el ofrecer apoyo social a los padres han ido integrándose paulatinamente en los enfoques de educación parental, de manera que este último tipo de programas suelen incluir con frecuencia el objetivo de fortalecer la red social de apoyo mutuo de los padres a través de diferentes estrategias.

De hecho, en la revisión de Daro y McCurdy (2007), ambos tipos de programas se consideran de manera conjunta. Estas autoras indican que los servicios educativos y de apoyo ofrecidos a los padres en el contexto de programas basados en centros o en contextos grupales han sido utilizados de diferentes maneras para abordar los factores de riesgo asociados con el maltrato y abandono infantil. Aunque el foco principal de estas intervenciones está a menudo en los padres, casi todos los modelos más frecuentemente replicados incluyen oportunidades para interacciones estructuradas padres-hijos y muchos incorporan intervenciones paralelas para los niños. Este enfoque multicomponente es particularmente cierto cuando el programa es ofertado a familias a través de sistemas de educación públicos, programas de educación temprana o centros de día (guarderías). Aspectos comunes de este tipo de esfuerzos desarrollados grupalmente incluyen debates semanales durante 8-14 semanas sobre temas específicos de la parentalidad (ej: disciplina, desarrollo cognitivo, comunicaciones). Las sesiones grupales con los niños proporcionan a los padres la posibilidad de comentar temas o compartir sentimientos; las sesiones de interacción progenitor-niño permiten modelar las habilidades que van a ser presentadas a los padres, así como oportunidades regulares para todos los participantes para compartir comidas y celebraciones familiares (como cumpleaños y graduaciones). Además, en el curriculum escolar habitual se pueden incorporar instrucciones específicas para los niños que refuerzan adicionalmente los conceptos. Debido al importante papel que juegan los educadores y cuidadores de guarderías, estos modelos suelen también incluir componentes de formación específica para estos profesionales sobre las metas del programa y las expectativas conductuales. En casi todos los casos, estos modelos se basan en una filosofía de apoyo familiar que enfatiza el incremento de los factores protectores además de la reducción de las conductas negativas.

Daro y McCurdy (2007) señalan que la evidencia empírica sólida en apoyo de la eficacia de este método en reducir el riesgo de maltrato es limitada pero creciente. Un meta-análisis de un amplio rango de servicios de apoyo familiar proporcionados a familias de niños de todas las edades, encontró que estos tipos de programas grupales de educación y apoyo parental presentaban mayores efectos que los servicios de visitas domiciliarias en lo que respecta a su impacto en el desarrollo cognitivo y socio-emocional de los niños (Layzer, Goodson, Bernstein y Price, 2001, citado en Daro y McCurdy, 2007).

Además de este tipo de intervenciones relativamente cortas, otros esfuerzos preventivos de educación y apoyo parental ofrecidos en un formato grupal se prolongan bastante más en el tiempo. Por ejemplo, el denominado *Minnesota Early*

Learning Design (MELD, Hoelting, Sandell, Letourneau, Smerlinder y Stranik, 1996), es un curriculum de 2 años de duración en el que grupos de 10-20 madres de recién nacidos se encuentran semanalmente para comentar sobre diferentes cuestiones parentales y personales, tales como el cuidado de la salud, desarrollo infantil, orientación infantil, manejo familiar y crecimiento personal. Las técnicas centrales incluyen presentaciones en grupos amplios, debates en grupos pequeños, modelado, y socialización antes y después de los encuentros. Las evaluaciones de esta estrategia han encontrado que las siguientes características del servicio son centrales para lograr resultados positivos: la facilitación grupal por parte de padres que han experimentado situaciones vitales similares a las de los miembros del grupo y la disponibilidad del servicio a largo plazo.

Sin embargo, el éxito de estos esfuerzos está lejos de ser universal (Layzer y cols., 2001, citado en Daro y McCurdy, 2007). Tal y como indica Barth (2009), algunos argumentan que la educación parental no puede tener éxito a menos que los problemas familiares (abuso de alcohol, violencia doméstica, salud mental, problemas de conducta infantil...) sean también abordados, pero el autor indica que existe bastante evidencia de que ayudar en primer lugar a los padres a ser más competentes con sus hijos puede favorecer también cambios positivos en otros factores de riesgo para el maltrato infantil. Por otra parte, es cierto que muchas familias de alto riesgo encuentran difícil mantener una implicación sostenida en programas basados en grupos estructurados debido a barreras logísticas, tales como problemas de transporte, dificultades para ajustarse a un horario fijo y limitaciones para dejar a sus hijos a cuidado durante los encuentros grupales. Asimismo, estos servicios ofrecidos en formato grupal pueden ser difíciles de ajustar a las necesidades individuales de todos los participantes. Tal y como señalan Daro y Cohn-Donnelly (2002b), si la cuestión abordada es general, con una amplia aplicación a lo largo de diferentes poblaciones, tal y como cómo acceder a un servicio dado o cómo anticipar un desafío parental concreto, esta imposibilidad para personalizar el servicio es menos importante. Sin embargo, si los padres deben afrontar problemas complejos, esta incapacidad para ofrecer orientación personal puede reducir la efectividad del programa. De ahí que programas de educación y apoyo parental con diferentes niveles de intervención ajustados a las necesidades familiares como el Triple P comentado anteriormente se revelen como especialmente prometedores.

c) Programas de visitas domiciliarias

Los programas de visitas domiciliarias representan otro de los enfoques más extendidos en la prevención del maltrato infantil. Pueden dirigirse a diferentes grupos, tales como a todas las madres con sus niños recién nacidos, a padres y niños con problemas específicos, a familias en desventaja económica o a familias donde los padres o niños son considerados “de riesgo” para el maltrato infantil. Este tipo de programas son diversos y proporcionan un amplio rango de intervenciones diseñadas para mejorar el funcionamiento familiar y/o aliviar el potencial para el maltrato infantil.

Estos programas tienen la ventaja de brindar servicios en el domicilio en lugar de requerir que las familias acudan a los servicios en la comunidad. Lo que hace a estos programas diferentes de otras estrategias preventivas es que posibilitan a los visitantes domiciliarios la oportunidad de observar el ambiente en el que las familias viven, identificando las necesidades de éstas y ofreciendo servicios a la medida de las mismas, así como promoviendo el establecimiento de relaciones no viables en otros tipos de programas.

Muchos de los programas preventivos de visitas domiciliarias se ocupan de familias de padres con niños recién nacidos o de corta edad, o incluso se inician durante el embarazo de las madres (McLeod y Nelson, 2000). Este enfoque de intervención temprana refleja una mayor conciencia en la importancia del desarrollo infantil durante los primeros años de vida, la relevancia del papel de los padres en dar forma a los primeros años del niño y en el impacto subsiguiente de estos años en la salud y desarrollo del niño a medida que crece.

En estos programas tempranos de visitas domiciliarias, se pueden identificar cuatro objetivos comunes (Daro y McCurdy, 2007): prevenir el maltrato y abandono infantil, mejorar la salud del niño, optimizar el funcionamiento y desarrollo infantil, y mejorar las habilidades de cuidado de los padres. Las visitas domiciliarias (proactivas) se centran en torno a la relación de las madres con las visitadoras domiciliarias quienes, siendo profesionales o no, proporcionan apoyo e información a las madres en las áreas de salud infantil, desarrollo del niño, modelar interacciones adulto-niño positivas (ej: para fomentar un apego seguro bebé-madre), proporcionar apoyo social y potenciar estrategias parentales adecuadas. También existe a veces un foco en el crecimiento personal y social, ocupacional y educacional de las madres.

Los programas tempranos de visitas domiciliarias pueden variar significativamente en un número de dimensiones tales como el inicio y la duración de los servicios, la

provisión de educación y formación, la población diana y el tamaño del programa, entre otras.

De acuerdo a la revisión de Higgins, Bromfield, y Richardson, (2006), la mayoría de las evaluaciones de los 10 programas de visitas domiciliarias examinados informan de cierto grado de efectividad. Los resultados de estas evaluaciones incluían:

- Menores incidentes de maltrato infantil (cuando este resultado es evaluado directamente).
- Mejora en el conocimiento y habilidades parentales.
- Mejoras en el desarrollo cognitivo y social de los niños.
- Mayor vinculación de los padres con los servicios sanitarios y otro tipo de servicios.

Higgins y colaboradores (2006) concluyen que, en general, los resultados favorables de muchas evaluaciones de estos programas en Europa, EE.UU y Australia han llevado a una aceptación amplia de que estos programas son efectivos para reducir el potencial del maltrato infantil. Sin embargo, los resultados positivos derivados de estas evaluaciones están basados en un rango diverso de diseños de evaluación, algunos de los cuales no ofrecen resultados fiables. Muchas evaluaciones de estos programas no usan grupos de control aleatorios, emplean métodos de auto-informe o comparan participantes con aquellos que no han querido participar. Otra revisión reciente de las evaluaciones de 9 de este tipo de programas (Howard y Brooks-Gunn, 2009) sugiere que, en general, los investigadores han encontrado poca evidencia de que los programas de visitas domiciliarias prevengan directamente el maltrato y abandono infantil. Sin embargo, parece que tienen efectos positivos en las familias al influir en las prácticas parentales de crianza, en la calidad del ambiente en el domicilio del niño, y en el desarrollo infantil. Así, la mejora en las habilidades parentales, es probable que se asocie a mejoras en el bienestar infantil con un descenso correspondiente en el maltrato a lo largo del tiempo. En cualquier caso, Howard y Brooks-Gunn (2009) enfatizan que estos programas logran sus mayores beneficios en los casos de madres adolescentes primerizas de bajos ingresos.

A pesar de que las variaciones en los diseños de estos programas pueden dificultar los esfuerzos por aislar los verdaderos efectos de las intervenciones de visitas domiciliarias como método para prevenir el maltrato infantil, las técnicas meta-analíticas pueden evaluar el efecto global de las visitas domiciliarias en los padres y niños y calcular cómo estos efectos pueden variar a lo largo de determinadas

dimensiones de los programas. De acuerdo a la revisión de Daro y McCurdy (2007), tres meta-análisis recientes de programas de visitas domiciliarias muestran resultados similares en relación a su efectividad (Hahn y cols., 2003; Geeraert, Van den Noorgate, Grietens y Onghena, 2004; Sweet y Appelbaum, 2004): que los programas de visitas domiciliarias previenen de forma significativa el maltrato y abandono infantil en familias con niños de 3 o menos años, tal y como es evaluado a través de informes de los Servicios de Protección Infantil o medidas indirectas del maltrato tales como lesiones, accidentes y visitas a servicios de urgencias. Los dos meta-análisis que exploran otros indicadores del funcionamiento infantil y familiar también informan de efectos positivos significativos de las visitas domiciliarias, aunque estos análisis arrojan ciertas diferencias en las estimaciones de los tamaños del efecto.

A continuación describiremos con mayor detalle uno de los programas de prevención del maltrato infantil basado en visitas domiciliarias que se lleva desarrollando en EE.UU. desde finales de los 70 y que cuenta con diferentes evaluaciones rigurosas y positivas, así como con datos de seguimiento de más de una década. Este programa es el conocido como *The Nurse-Family Partnership* (NFP) y ha sido desarrollado por Olds y colaboradores (Olds, 2007; Olds, Henderson, Kitzman y Cole, 1995; Olds, y cols., 1997; Olds, Hill, O'Brien, Racine y Moritz, 2003).

El NFP es un programa de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras durante el periodo pre-natal y primera infancia (hasta los dos años de edad del niño/a) dirigido a familias de bajos ingresos en las que la madre (frecuentemente sola y adolescente) no ha tenido previamente ningún hijo vivo. Las enfermeras que acuden al domicilio de las familias tienen tres objetivos principales: 1) optimizar los resultados del embarazo ayudando a las mujeres a mejorar sus conductas relacionadas con la salud; 2) mejorar el desarrollo y la salud del niño/a ayudando a los padres a proporcionar un cuidado más competente del niño; y 3) mejorar el propio desarrollo personal de los padres ayudándoles a desarrollar una visión de su futuro y a realizar decisiones constructivas sobre la planificación de embarazos subsiguientes, permanecer en la escuela y encontrar trabajo. Está basado en las teorías de la ecología humana (Bronfenbrenner, 1977), auto-eficacia (Bandura, 1977) y el apego (Bowlby, 1969). La teoría de la ecología humana enfatiza que el desarrollo de los niños está influido por cómo sus padres cuidan de ellos, cuidado que, a su vez, es influido por las características de sus familias, redes sociales, vecindarios, comunidades y las interrelaciones entre ellos. Basándose en esta teoría, las enfermeras intentan mejorar el ambiente material y social de la familia

implicando a otros familiares, especialmente a los padres, en las visitas domiciliarias, así como vinculando a las familias con los servicios de salud y humanos necesarios.

Por otra parte, la teoría de la auto-eficacia proporciona un marco útil para entender cómo las mujeres toman decisiones sobre sus conductas relacionadas con la salud durante el embarazo, el cuidado de sus hijos, y su propio desarrollo personal. Esta teoría plantea que los individuos escogen aquellas conductas que creen que les conducirán a un determinado resultado y con las que tendrán éxito. Las percepciones de los individuos sobre su auto-eficacia pueden influir sus elecciones y pueden determinar cuánto esfuerzo se proponen hacer frente a los obstáculos. Así, primero, el curriculum del NFP está diseñado para ayudar a las mujeres entender qué se sabe sobre la influencia de determinados comportamientos sobre su propia salud y sobre la salud y desarrollo de sus bebés. Las directrices del programa son actualizadas periódicamente para recoger la evidencia más reciente relativa a las influencias sobre la salud familiar e infantil. En segundo lugar, las enfermeras ayudan a los padres a establecer metas realistas y objetivos pequeños alcanzables que, una vez conseguidos, incrementan la reserva de los padres de experiencias exitosas. Estos éxitos aumentan su confianza a la hora de afrontar desafíos más grandes.

El NFP también está sustentado en la teoría del apego, que plantea que los bebés están biológicamente predispuestos a buscar proximidad con cuidadores específicos en momentos de estrés, enfermedad o fatiga con el fin de promover su supervivencia. La teoría del apego plantea que la confianza de los niños en el mundo y su posterior capacidad para empatizar y responder a sus propios hijos cuando sean padres, está influida por el grado en que formaron un apego con una adulto cariñoso, responsivo y sensible cuando estaban creciendo, lo que afecta sus representaciones internas sobre sí mismos y sus relaciones con los otros. Por tanto, el programa promueve explícitamente un cuidado sensible, responsivo y comprometido en los primeros años de la vida del niño. Además, las visitadoras domiciliarias ayudan a las madres y a otros cuidadores a revisar sus propias historias de crianza y tomar decisiones acerca de cómo quieren cuidar a sus hijos a la luz de la forma en que ellas fueron cuidadas cuando niñas. Finalmente, las enfermeras buscan desarrollar una relación empática y de confianza con la madre y otros miembros de la familia, debido a que el experimentar tal relación se espera que ayude finalmente a las mujeres a confiar en otros y promueva un cuidado más sensible y empático de sus hijos. En la medida en que la relación de la enfermera con los padres (especialmente la madre) está caracterizada por un profundo

reconocimiento de las necesidades de las madres y asistencia en ayudar a las madres a ganar control sobre muchos desafíos que les preocupan, la enfermera demostrará la esencia de una relación de apego efectiva.

El contenido del NFP está basado en la evidencia de la investigación, tratando de modificar los factores de riesgo y protectores específicos asociados con los resultados negativos que el programa busca abordar: pobres resultados al nacimiento, problemas de salud y desarrollo infantil, y ciclos vitales comprometidos de los padres. Los tres amplios ámbitos de factores de riesgo y protectores próximos que el diseño del programa busca afectar son: conductas prenatales relacionadas con la salud, cuidado sensible y competente del niño, y curso vital temprano de los padres (planificación de embarazos, finalización de sus estudios, búsqueda de empleo e implicación de los padres en la vida de sus hijos). Los resultados para los padres y el niño que el NFP pretende influir son: resultados de nacimiento (complicaciones obstétricas, parto prematuro y nacimiento de bajo peso); maltrato, abandono infantil y lesiones no intencionadas; problemas neuro-evolutivos en el niño (perturbaciones en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual); curso vital parental posterior (autosuficiencia de la economía familiar, dependencia de los servicios de bienestar social y abuso de sustancias por parte de la madre). Finalmente, el NFP busca llegar a influir en determinados resultados a medio y largo plazo en la vida del niño y el adolescente: fracaso escolar, conducta antisocial y abuso de sustancias.

En lo que respecta al diseño del Programa, la frecuencia de las visitas cambia según el periodo de embarazo y las necesidades de los padres. Cuando éstos experimentan crisis, las enfermeras los visitan con mayor frecuencia. Las madres entran en el programa hacia el final del segundo trimestre del embarazo y reciben en torno a unas 7-9 visitas durante el embarazo y unas 21-26 visitas tras el nacimiento del niño hasta su segundo año de vida. Cada visita dura aproximadamente unos 75-90 minutos. Se eligieron enfermeras para realizar las visitas debido a su formación tradicional en salud de la mujer y niños y por su competencia en manejarse con situaciones clínicas complejas propias de las familias de riesgo. En cuanto al contenido del programa, durante las visitas domiciliarias las enfermeras desarrollan tres principales actividades: a) promueven mejoras en la conducta de las mujeres (y otros miembros de la familia) asociadas a los resultados del embarazo, la salud y desarrollo infantil, y el curso vital de los padres; b) ayudan a las mujeres a construir relaciones de apoyo con miembros de la familia y amigos; y c) vinculan a las mujeres y otros miembros de la familia con los servicios de salud y humanos necesarios.

De acuerdo con Higgins y colaboradores (2006), las características que han de cumplir este tipo de programas de visitas domiciliarias para ser efectivos son:

- Reclutamiento de una “población de riesgo”: los programas que tienen como “diana” familias “con riesgo” para el maltrato infantil y/o que están en desventaja socioeconómica tienen más probabilidades de tener resultados positivos que los dirigidos a la población general.
- ¿Quién debe realizar las visitas?: los programas que usan paraprofesionales (visitadores sin cualificación profesional pero con un entrenamiento específico en su rol en el domicilio) tienden a ser menos efectivos que los que usan profesionales. Otros investigadores afirman que la relación entre el visitador y el padre/madre es más importante que su nivel de educación y que paraprofesionales bien apoyados y entrenados pueden ser igualmente efectivos. Sin embargo, esto no ha sido probado de forma empírica todavía.
- Experiencia del visitador en abordar las metas del programa con sus clientes: la evidencia parece indicar que se requieren visitadores domiciliarios altamente entrenados y experimentados para obtener resultados positivos con familias con necesidades múltiples y complejas.
- Duración apropiada del programa: los programas necesitan ser lo suficientemente prolongados para impactar en los factores que contribuyen a la aparición del maltrato infantil. La importancia de la duración es evidenciada por el éxito de los programas que incluyen las visitas domiciliarias tanto en el periodo antenatal como postnatal. Este resultado enfatiza también la importancia de estrategias para asegurar la participación del cliente durante la totalidad del programa, tales como acoplar las necesidades parentales con las habilidades del visitador.
- Acoplar el diseño del programa al tipo de clientes: las metas del programa deben estar ajustadas con el tipo de población a la que se dirige el programa.
- Mejora de los resultados de madres y niños: estos programas tienen mejores resultados cuando el foco está en mejorar tanto el bienestar materno como infantil.

Para finalizar, queremos mencionar aquí, aunque no se trate de un programa de visitas a domicilio, un programa que ha sido diseñado en nuestro país y lleva implementándose más de dos décadas en la Comunidad Valenciana. Se trata del Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil © (PAPMI), programa registrado que es propiedad de la Universitat de València, y fue diseñado por Cerezo e

implementado por primera vez en un municipio de Valencia en 1990. Se dirige a la totalidad de la población y apoya a la maternidad/ paternidad y a la díada "cuidador primario-bebé", sobre una relación que se establece a través de los contactos o citas periódicas que los padres realizan al centro.

Tal y como plantean Trenado y colaboradores (2009), es particularmente relevante centrar la atención de la prevención en el ámbito de la primera infancia por dos motivos principales: la vulnerabilidad del bebé y la disposición de los nuevos padres y madres que se enfrentan a una tarea que desconocen. Así pues, la actuación de apoyo a los padres en esa etapa, del primer año de vida de sus niños, para favorecer una relación fluida madre/ padre-hijo y una adecuada resolución de los conflictos, promueve un desarrollo ajustado y óptimo del desarrollo de las competencias del niño.

En el PAPMI, se abordan de forma individual y personalizada los aspectos de la interacción y el seguimiento de la evolución del niño, de la que se hace a los padres y madres coprotagonistas. Se atiende a los factores protectores y a los factores de inestabilidad y riesgo en su evolución temporal, por tanto de forma dinámica. Este Programa está sujeto a mecanismos de evaluación continua que han permitido validar sus efectos sobre las familias y la promoción de sus prácticas parentales competentes (Cerezo y cols., 1999).

El PAPMI se basa en estos presupuestos, reconociendo el papel esencial de la familia como núcleo socializador y sustentador emocional y afectivo de sus miembros, en particular de los niños. Se destaca el reconocimiento de la capacidad de los padres y madres de cambiar y mejorar para ejercer sus tareas de parentalidad de un modo más competente y de enriquecer el desarrollo de su hijo.

El desarrollo de un apego infantil seguro, como indicador de una interacción satisfactoria a lo largo del primer año de vida, se puede considerar como un sistema protector básico que posibilita el afrontamiento ante las dificultades, en mejores condiciones (Pons-Salvador, 2007). Por tanto, uno de los aspectos relativos al impacto del Programa PAPMI se desarrolla en torno a su efecto sobre la calidad del apego que desarrolla el niño. Se han realizado diversos estudios que muestran que a mayor número de visitas más probabilidad de apego seguro, contrastado con grupos de comparación que no han estado expuestos a la intervención del Programa, (Cerezo, Pons-Salvador y Trenado, 2008, citado en Trenado y cols., 2009).

d) Programas de prevención de agresiones a niños

Únicamente haremos una breve mención a este tipo de programas ya que existen otras lecciones dentro de este postgrado que están específicamente dedicadas al tema de las agresiones (sexuales) a los niños.

Tal y como indican Daro y McCurdy (2007), en contraste con los esfuerzos diseñados para alterar las conductas de las personas que cometen maltrato, existe una categoría de programas preventivos que surgieron en los inicios de los años 80 diseñados para alterar la conducta de las víctimas potenciales. A menudo se los conoce como programas de prevención de agresiones infantiles o programas de educación en seguridad, estos programas presentan a los niños con información específica sobre el tema del maltrato físico y agresión sexual, sobre cómo evitar situaciones de riesgo y, en caso de haber sido abusados, cómo responder.

Un aspecto clave de estos programas es su base universal, a menudo estando integrados en el curriculum escolar o en recursos de apoyo primario para los niños (ej: Boy Scouts, grupos de jóvenes, programas de tiempo libre). Aunque algunos autores han planteado críticas en torno a la adecuación de este tipo de programas (ver, por ejemplo, en nuestro país, López, 1995), en el ámbito internacional esta estrategia continúa desarrollándose en muchos distritos escolares y paulatinamente ha adoptado un foco más general buscando ayudar a los niños a evitar un amplio rango de conductas abusivas, incluyendo la agresión por iguales y la prevención de la violencia.

De acuerdo a las revisiones descriptivas y a los meta-análisis realizados, estos programas parece que obtienen ganancias que se distribuyen de forma desigual a lo largo de conceptos y participantes. En general, se plantea que los niños parecen tener más dificultad en aceptar la idea de que el abuso puede ocurrir a manos de alguien que ellos conocen que por parte de extraños. Entre los niños más jóvenes, parece que los conceptos de mayor complejidad como los relativos a los "secretos" y el manejarse con sentimientos ambiguos a menudo son malentendidos, aunque los meta-análisis más recientes han encontrado que los niños más pequeños (menores de 5,5 años) se benefician inicialmente más que los mayores de estos programas tanto en lo que respecta a conocimiento como a habilidades. No obstante, este resultado parece desaparecer en el seguimiento, sugiriendo que los niños más pequeños pueden tener más dificultad en retener el conocimiento y las habilidades en el tiempo.

Dejando a un lado las estrategias de prevención del abuso sexual infantil basadas en el control de los ofensores (registro de los abusadores sexuales, notificación de su presencia en la comunidad, encarcelamiento...), en su revisión sobre la prevención del abuso sexual infantil Finkelhor (2009) plantea que los programas educativos basados en la escuela, además de enseñar a los niños habilidades para identificar situaciones peligrosas, rechazar la aproximación de un abusador, romper una interacción y solicitar ayuda, también promueven la revelación de los abusos sufridos, reducen la auto-culpabilización y movilizan a los "mirones". Indica que las investigaciones existentes sobre la evaluación de estos programas sugieren que aunque parecen lograr algunos de sus objetivos tales como los citados, todavía la evidencia no es concluyente acerca de si estos programas reducen realmente la victimización. Este autor (Finkelhor, 2009) enfatiza la necesidad de mayor investigación y desarrollo de este enfoque, en particular de los esfuerzos por integrarlo en un curriculum comprensivo sobre promoción de la salud y la seguridad. Asimismo recoge la evidencia existente que apoya las estrategias de consejo tanto para los ofensores, particularmente los jóvenes, para reducir las nuevas ofensas, y para las víctimas para prevenir los resultados negativos en su salud mental y curso vital asociados al abuso.

e) Programas basados en medios de comunicación

Los esfuerzos de concienciación pública a través de diferentes medios de comunicación constituyen un ejemplo de estrategias preventivas de índole primaria. Se busca prevenir el maltrato infantil al influir en las creencias sociales sobre la parentalidad, los derechos de los menores, etc. a través de llegar a un amplio número de individuos de forma consistente empleando medios de comunicación cotidiana (ej: televisión, radio, periódicos y revistas, vallas publicitarias y, más recientemente, Internet). De acuerdo con Daro y McCurdy (2007), los estudios sobre los niveles de reconocimiento social sugieren que este tipo de campañas han sido efectivas en educar al público sobre la existencia del maltrato infantil y sus potenciales efectos sobre las víctimas. Sin embargo, en lo que respecta a la meta más ambiciosa de modificar actitudes y comportamientos parentales, la evidencia existente hasta el momento parece ser mixta.

f) Programas de asociación comunitaria

Este tipo de enfoque es más reciente en lo que se refiere a la prevención del maltrato infantil. La estrategia central es alentar a que diferentes entidades u organismos (ej: Servicios de Protección Infantil, agencias de servicios sociales,

organizaciones comunitarias y residentes de la comunidad) trabajen juntos para proteger a los niños y apoyar a las familias. Un ejemplo de este tipo de enfoque es el *Child Welfare Services Stakeholders Group* de California, EE.UU. (<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/PG51.htm>).

El objetivo del *CWS Stakeholders Group* es examinar los procesos y resultados actuales del programa de Servicios de Bienestar Infantil en California y determinar las direcciones y metas deseadas para el mismo. El Grupo identificará valores comunes con respecto al cuidado de los niños maltratados y sus familias, así como los cambios programáticos y organizacionales necesarios. Estos cambios propuestos estarán diseñados para aumentar y mejorar la calidad de los Servicios de Bienestar Infantil de California. Dentro del grupo se incluyen representantes de las siguientes organizaciones y grupos: a) usuarios de servicios de bienestar infantil; b) familias y jóvenes que han sido acogedoras y acogidos; c) defensores de los niños, jóvenes y padres de acogida; d) profesionales que ofrecen servicios públicos y privados; e) administrador Federal, del Estado y del Condado; f) Representantes de servicios de apoyo de salud general, salud mental, drogas y alcohol, servicios de desarrollo y del Departamento de Finanzas; g) comunidad legal y del juzgado; h) legislatura del Estado de California; i) Departamento de Educación; j) Instituciones de investigación, y k) fundaciones.

Otras asociaciones se centran más explícitamente en construir la implicación de los residentes en la protección de la comunidad o impulsar dentro de las comunidades locales un mayor énfasis en alcanzar una reciprocidad mutua entre los individuos residentes en una comunidad. Tal y como indican *Daro y McCurdy (2007)* el evaluar los efectos colectivos de una asociación comunitaria sobre el maltrato infantil requiere tanto de datos a nivel individual y a nivel comunitario. Sin embargo, no existe evidencia suficiente para evaluar el efecto de este tipo de asociaciones sobre el funcionamiento de los Servicios de Protección Infantil o sobre las normas de la comunidad. Sin embargo, parece que algunas estrategias de este tipo son alentadoras como, por ejemplo, el caso de las asociaciones regionales bajo la dirección del *State's Team for Children, Families and Individuals* de Vermont (EE.UU.) en el sentido de que desde la implantación de tales asociaciones se han aumentado la disponibilidad de servicios de apoyo familiar para todas las mujeres embarazadas y niños pequeños, y se ha constatado una reducción significativa de los casos notificados de maltrato y abandono infantil, así como mejoras en otros indicadores de bienestar infantil (Hogan, 2001).

g) Programas multi-componentes

Ya hemos señalado anteriormente que, dada la etiología multicausal del maltrato infantil, es poco probable que una estrategia preventiva aislada pueda tener éxito. De hecho, de acuerdo con Daro y Cohn-Donnelly (2002a) a lo largo de la historia de la prevención del maltrato infantil se ha constatado una evolución que tiene como estadio más reciente los esfuerzos por integrar los sistemas preventivos diseñados e implementados de forma aislada.

Las intervenciones multi-componentes, comunitarias proactivas proporcionan una variedad de diferentes componentes del programa, incluyendo apoyo familiar, educación y entrenamiento parental, cuidado infantil (guardería) o educación pre-escolar e implicación en otros recursos comunitarios. Como los programas de visitas domiciliarias, a menudo estos programas de múltiples componentes suelen comenzar durante el periodo pre-natal o de infancia temprana.

Nelson y colaboradores (2001), en su revisión de programas para promover el bienestar infantil y prevenir el maltrato infantil señalan que los programas multi-componentes basados en la comunidad han demostrado promocionar el bienestar familiar y prevenir un número de resultados negativos en los niños. Asimismo, de acuerdo a la revisión meta-analítica de McLeod y Nelson (2000), se señala como conclusión principal que las intervenciones más efectivas parecen ser las de naturaleza proactiva (en particular, los programas de visitas domiciliarias y los de múltiples componentes) que se inician temprano (prenatalmente o al nacimiento), ya que no sólo presentan los mayores tamaños del efecto sino que, además, muestran un incremento de estos tamaños del efecto durante el seguimiento, ocurriendo lo contrario en el caso de las intervenciones reactivas. En esta revisión se incluyeron un total de 56 estudios, constatándose que la mayoría de las intervenciones se realizan con niños de edad pre-escolar de bajo estatus socioeconómico. Las visitas domiciliarias y los Servicios Intensivos de Preservación Familiar (SIPF) realizados en el domicilio por profesionales o paraprofesionales, de acuerdo a una base selectiva (alto-riesgo) o indicada (terciaria), constituyen la mayoría de las intervenciones informadas. Casi el 40% de las intervenciones eran proporcionadas durante menos de 6 meses.

Otro resultado de gran interés que aporta este meta-análisis en lo que a la prevención del maltrato infantil se refiere, es que las intervenciones examinadas parecen tener más éxito en promover el bienestar familiar (cambio de actitudes en relación la parentalidad, interacción positiva padres-hijos y un ambiente familiar seguro y estimulante) que en reducir las tasas reales de maltrato infantil. Nelson y colaboradores (2001) indican que solo los programas de visitas domiciliarias han

mostrado prevenir el maltrato físico y la negligencia infantil, mientras que los programas multi-componentes basados en la comunidad han demostrado promocionar el bienestar familiar y prevenir un número de resultados negativos en los niños. Señalan que los programas más efectivos son aquellos que abordan varios niveles ecológicos diferentes de análisis, comienzan al nacimiento, son de larga duración, intensivos, flexibles, están controlados por la comunidad local y están basados en relaciones de respeto y confianza entre los miembros de la comunidad y los interventores, los cuales están bien entrenados y son competentes.

De hecho, y como ya hemos apuntado anteriormente, esta cuestión es objeto de controversia y es examinada en una reciente revisión sobre programas de intervención temprana para la prevención del maltrato infantil (Reynolds y cols. 2009). La conclusión a la que llegan estos autores es que se existe una evidencia limitada de que estos programas puedan prevenir realmente el maltrato infantil. De los 12 modelos de intervención investigados, sólo 1/3 de ellos informan de que los participantes tenían tasas de maltrato infantil significativamente inferiores a los grupos de comparación. Además, únicamente en 3 programas había evidencia consistente sobre efectos duraderos.

No obstante, ya hemos indicado que desde una perspectiva ecológica, los programas de intervención preventiva que, de una manera u otra, persiguen influenciar de forma positiva el bienestar del niño y/o de la familia, resultan de interés para la difícil tarea de prevenir el maltrato infantil. A este respecto, conviene recoger aquí los resultados del meta-análisis realizado por Bakermans-Kraneburg, van Izendoorn y Juffer (2003) sobre programas para incrementar la sensibilidad materna y el apego seguro, ya que la insensibilidad materna y el apego inseguro han sido repetidamente asociados a la conducta maltratante y negligente.

En este trabajo, se examinan 88 programas focalizados en familias con niños pequeños (menores de 54 meses) que cubren un amplio rango de estrategias de intervención (desde el visionado de vídeos hasta el recibir visitas domiciliarias), poblaciones diana (padres de bajo riesgo hasta grupos clínicos) y tipos de interventores (profesionales y paraprofesionales). Todas las evaluaciones se apoyaban en medidas observacionales de sensibilidad materna o apego para evaluar su efectividad. En general, el meta-análisis encuentra efectos moderados del programa sobre la sensibilidad maternal y efectos positivos, aunque pequeños, sobre la seguridad del apego. Para las 81 intervenciones que evaluaban la sensibilidad maternal, algunas características del programa, de los participantes y

del estudio influenciaban su efectividad. Primero, una focalización del programa en la sensibilidad materna parece ser más efectiva que otros objetivos, tales como incrementar el apoyo maternal, alterar las representaciones cognitivas parentales o cierta combinación de estos focos. Otras características del programa, tales como el uso de vídeos o vídeo-feedback, el extenderse por menos de 16 sesiones, su inicio después de que el niño tenga 6 meses de edad y la inclusión de los padres (varones) en la intervención arrojaban efectos significativamente superiores. Para las familias multiproblemáticas, los interventores no-profesionales parecen ser más efectivos que los profesionales. En términos de las características de los participantes, estos programas eran más efectivos con las muestras clínicas que con las no-clínicas. No aparecieron diferencias en función del estatus socioeconómico, parentalidad adolescente, nacimiento prematuro o estatus multiproblemático. Finalmente, las características del estudio influían en el tamaño del efecto, ya que los estudios aleatorizados arrojaban un tamaño del efecto menor, aunque todavía moderado que los estudios no-aleatorizados, y los estudios con tasas más bajas de abandonos producían efectos mayores.

De los 29 programas que evaluaban el apego del niño hacia el progenitor, la focalización en la sensibilidad materna producía efectos mayores que cualquier otro foco. En contraste con los resultados hallados respecto a la sensibilidad materna, se encontró que el uso de vídeos debilitaba los efectos del programa sobre los patrones de apego. La duración del servicio, la edad del niño, las credenciales del interventor y los procedimientos de aleatorización no moderaron en este caso el tamaño del efecto.

1.3. Programas reactivos, indicados o de prevención terciaria del maltrato infantil

En la actualidad, la gran mayoría de la inversión pública y social para abordar el problema del maltrato infantil se centra en la intervención terciaria (Daro y McCurdy, 2007, Prinz y cols., 2009; Stagner y Lansing, 2009).

Una vez que se ha producido el maltrato infantil en el seno de la familia, tal y como hemos apuntado, la intervención busca evitar la repetición del maltrato, así como paliar las consecuencias negativas del mismo, tratando de garantizar que las necesidades básicas del menor/es sean suficientemente satisfechas de modo que la

familia alcance un funcionamiento apropiado y el niño/a o adolescente consiga un desarrollo sano.

En cualquier caso, la etiología ecológica y multifactorial de las situaciones de riesgo y desprotección infantil hace necesaria una intervención multinivel (individual, diádico, familiar, grupal, etc.), multimodal (diferentes focos y modalidades de intervención) y de naturaleza interdisciplinar/intersectorial. A este respecto, Barudy (2000), indica que los dominios de actuación en los casos de maltrato infantil en el ámbito intrafamiliar son tres: a) Dominio de la investigación/acción clínica; b) dominio de las políticas públicas de protección infantil: nivel administrativo; c) dominio de las intervenciones judiciales.

De acuerdo al meta-análisis de McLeod y Nelson (2000), en las intervenciones de tipo reactivo frente al maltrato infantil, encontramos una gran variedad de programas y recursos, muchos de los cuales, tal y como ya se ha señalado, son empleados en las intervenciones proactivas de naturaleza primaria o secundaria. Así, Los programas reactivos incluyen Servicios Intensivos de Preservación Familiar (SIPF), los programas de componentes múltiples, las intervenciones focalizadas en el apoyo social/ayuda mutua y los programas de educación/entrenamiento parental.

Los programas SIPF reactivos son programas de apoyo domiciliario para familias en las que el maltrato ya ha ocurrido. Típicamente son ofrecidos por agencias de protección infantil con un foco en prevenir el maltrato posterior y la salida del niño del domicilio familiar. Suelen proporcionar un amplio rango de servicios en el domicilio familiar (ej.: consejo, asesoramiento legal, entrenamiento/formación y apoyo concreto) y cada visitador domiciliario suele trabajar con un número reducido de familias al mismo tiempo. Aunque como filosofía inicial, los servicios suelen ser intensivos y de corta duración, también se pueden constatar intervenciones más prolongadas en el tiempo. Para un conocimiento detallado de este tipo de programas en nuestro contexto, véase Rodrigo y colaboradores (2008).

Las intervenciones multicomponentes reactivas proporcionan una variedad de componentes en los programas para las familias en las que el maltrato ya ha sucedido. Cuando incluyen servicios de visitas domiciliarias éstas abordan cuestiones tales como la reducción del estrés, entrenamiento padre-hijo, resolución de problemas, autocontrol, apoyo social, entrenamiento en asertividad, habilidades básicas, seguridad del hogar, limpieza del hogar, consejo para encontrar trabajo, derivación a programas de alcoholismo, manejo del dinero, consejo marital, etc.

Las intervenciones reactivas de apoyo social /ayuda mutua se centran en construir fuentes informales de apoyo y promover la implicación en la comunidad. Los padres que están implicados en las agencias de protección infantil participan en un rango de actividades, incluyendo actividades recreativas, grupos de discusión, charlas con profesionales de la educación y trabajo voluntario. También se dan oportunidades a los participantes para hacer contactos con otros miembros del grupo fuera de las actividades o reuniones programadas. A diferencia de las otras intervenciones, este tipo de programas son en ocasiones realizados por y para los padres/madres que tienen implicación con las agencias de protección infantil.

Las intervenciones reactivas de entrenamiento parental se focalizan en la enseñanza de estrategias y habilidades parentales y en ayudar a los padres a mejorar sus habilidades en el manejo de la conducta de sus hijos, usando un modelo de entrenamiento parental basado, por ejemplo, en la teoría del aprendizaje social.

Dado que en el apartado dedicado a los programas proactivos ya hemos ofrecido una exposición de las intervenciones y recursos que suelen emplearse (educación parental, visitas domiciliarias, apoyo parental, programas multicomponentes...), en este apartado nos centraremos en plantear las cuestiones relativas a las características particulares que tiene la intervención en los casos de maltrato infantil, así como a desarrollar algunas de las modalidades terapéuticas más extendidas y recoger las evidencias existentes sobre su eficacia.

1.3.1. Principios básicos y características específicas de la intervención en protección infantil

Diferentes autores (Barudy, 2000; Arruabarrena y Alday, 2008; de Paúl y Arruabarrena, 2001; Intebi, 2008; Sánchez Redondo, 1996) han enfatizado las particularidades inherentes a la intervención en los casos de maltrato infantil. Entre tales características podemos señalar:

- ❖ *Foco: bienestar del niño/a y prioridad a su protección.* Así, aunque con los agentes del maltrato se busca la interrupción de los comportamientos abusivos y/o negligentes, el objetivo final de la intervención es asegurar la seguridad y bienestar del niño o adolescente a través de la satisfacción de sus necesidades básicas.

- ❖ *Principios que han de gobernar la toma de decisiones en la intervención:*

- Finalidad de la protección: Una familia adecuada. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de una familia adecuada, preferentemente con sus padres, en su defecto con su familia extensa y, en último caso, con una familia ajena.
 - Interés superior del niño, niña o adolescente. Los intereses de los niños, niñas y adolescentes deben prevalecer a cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. Ante la presencia de conflicto entre los intereses de los padres o responsables legales y los intereses del niño, niña o adolescente, se protegerá los intereses de los segundos.
 - Una alternativa mejor. Toda acción protectora debe suponer una alternativa mejor a la ausencia de protección. Se debe ofrecer a las familias, niños, niñas y adolescentes todos los apoyos disponibles y con la flexibilidad e intensidad necesaria de cara a mejorar sus condiciones de vida.
 - Una alternativa definitiva. Todo niño, niña o adolescente con medida protectora tiene derecho a un plan de intervención definitivo cuyos objetivos principales sean la continuidad de la atención y la estabilidad de su vida familiar.
 - Intervención mínima. Todo niño, niña o adolescente protegido tiene derecho a que la intromisión en su vida y en la de su familia sea mínima. Por ello, los profesionales que realicen la intervención familiar: a) no prolongarán su intervención indefinidamente, desarrollando intervenciones lo más breves posible; b) buscarán el acuerdo y colaboración de los miembros de la familia, y c) utilizarán al máximo los recursos normalizados y próximos al entorno de la familia.
 - Sopesar y controlar los riesgos. Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se sopesen previamente los riesgos y los beneficios de las decisiones que se adopten. Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se adopten medidas preventivas respecto a los riesgos que entraña la opción elegida.
- ❖ *La intervención debe abarcar:* a) el apoyo a las figuras parentales; b) el apoyo a los niños y adolescentes, y c) el fortalecimiento o establecimiento de la red de apoyo de la familia.
- ❖ *Potenciar al máximo la implicación de la familia en la intervención.* Mayoritariamente, las familias que maltratan a sus hijos no acuden

voluntariamente a solicitar ayuda por este tipo de dificultades, siendo habitual que presenten una intensa resistencia, manifiesta o no, a la intervención que suele ser percibida como amenazante y como una intromisión de los profesionales en sus vidas. Por ello, la generación de “conciencia del problema” y “de motivación al cambio” suelen ser objetivos y no pre-requisitos de la intervención. Así, los profesionales que intervienen con la familia deben prever que dichas resistencias van a estar presentes en el proceso de intervención, para poner en marcha estrategias que permitan minimizarlas y favorecer así la implicación de la familia en el tratamiento. Por otra parte, este principio ayuda a contrarrestar la habitual dependencia de estas familias de los Servicios Sociales y su tendencia a delegar responsabilidades en el exterior. Así, salvo en situaciones de extrema gravedad (que supongan un alto riesgo para los niños, niñas y adolescentes) o en las intervenciones con finalidad de Complemento Familiar, los profesionales de la intervención familiar no sustituirán a los padres en sus funciones o responsabilidades respecto a la atención de los menores.

- ❖ *Intervenir para maximizar las capacidades y potencialidades de las familias.* A pesar de sus múltiples problemas, las familias que maltratan a sus hijos también poseen aspectos positivos y capacidades tanto para la atención de los niños, niñas y adolescentes como para el desarrollo de otras actividades de su vida diaria. Por tanto, un foco de la intervención familiar se situará en establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño, niña o adolescente, y no exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección. El tratamiento se dirigirá a reforzar al máximo las capacidades y aspectos positivos de los padres o responsables legales para cuidar y proteger a los menores y el reconocimiento de los miembros de la familia de sus propias posibilidades en la resolución de los problemas.

- ❖ *Ofrecer una atención directa a los menores víctimas de la situación de desprotección.* La necesidad de apoyar directamente a los niños/as y adolescentes que han experimentado malos tratos obedece a diferentes motivos, entre los cuales, destacamos: a) debido al tiempo que se requiere habitualmente para lograr cambios significativos en el funcionamiento familiar que redunden en el bienestar de los menores, si es que éstos llegan finalmente a producirse, cuanto antes se inicie una intervención de apoyo, más posibilidades habrá de ayudarles a resolver sus dificultades, evitar su

agravamiento y prevenir la aparición de dificultades futuras; b) dado el papel activo que los niños y adolescentes juegan en las dinámicas de sus relaciones interpersonales (con sus padres y otras figuras significativas), sus dificultades –que pueden ser consecuencia de la desprotección- pueden llegar a convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la misma; c) Aun en los casos más exitosos, no puede asumirse que la resolución de los problemas personales de los padres o responsables legales o la mejora de su comportamiento hacia los menores, vaya a implicar necesariamente una mejora suficiente en la situación de éstos. Muchos niños, niñas y adolescentes víctimas de desprotección presentan problemas importantes en su desarrollo o situación emocional (por ejemplo, retrasos cognitivos, trastornos psicopatológicos, problemas comportamentales severos) que requieren un abordaje y tratamiento específico, y d) en aquellos casos en que la intervención con los padres o responsables legales no es posible o no logra los resultados deseados, sigue siendo posible mejorar de forma significativa la situación de los menores a través de la intervención directa con ellos.

❖ *La necesidad de la introducción de la autoridad (administrativa y/o judicial) en el tratamiento (contexto de ayuda y normativo):*

- Factor movilizador de la familia (generación de crisis).
- Representación de la ley, los límites y el control.

- Clarificación y asunción de la jerarquía en la intervención (Juez, Servicio de Protección Infantil, Servicio Social de Base, Equipo de Intervención Familiar...).
- Entre las implicaciones derivadas del contexto de control y ayuda, están:
 - Clarificación a la familia.
 - Asunción de los objetivos establecidos por la entidad competente/derivante. Búsqueda de objetivos consensuados por todas las partes.
 - Limitaciones a la confidencialidad. La confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente en la práctica clínica habitual no podrá ser mantenida con frecuencia debido a la priorización de la seguridad y bienestar del niño/a y a la obligación ética y legal de notificar cualquier sospecha de un episodio de maltrato a las autoridades competentes.

- Doble transparencia (con la familia y con la autoridad competente).
- ❖ *La necesidad de adoptar una perspectiva multidisciplinar* adecuadamente coordinada debido a la dificultad de la intervención y la relevancia de las decisiones a adoptar:
- Constitución de una red funcional. Trabajo en red. Contexto multi e interdisciplinar. La condición de “multiproblemáticas” de estas familias obliga a adoptar una perspectiva más amplia que la tradicional en el tratamiento psicológico o el trabajo social.
 - Responsabilidad compartida sobre el tratamiento.
 - Formación especializada en la intervención en PI, con utilización de diferentes procedimientos y técnicas, así como conocimiento actualizado de los recursos comunitarios disponibles.
- ❖ *Posibilidad de generación de “situaciones de urgencia”*. Factores asociados a las situaciones de desprotección como trastornos psicopatológicos, adicciones, violencia conyugal, etc. pueden provocar en determinados momentos situaciones que pongan en riesgo grave e inminente la seguridad de los niños, niñas y adolescentes y por ello requerir la intervención inmediata de los profesionales de que desarrollan la intervención.
- ❖ *Capacidad para afrontar adecuadamente posibles riesgos para los profesionales que desarrollan la intervención*. Si bien no es habitual, podrían darse situaciones en las que la integridad y/o seguridad del profesional o profesionales de que realizan la intervención puedan verse comprometidas (p.ej., por agresiones físicas, amenazas de agresiones físicas, posibilidad de explosiones de violencia incontroladas).

1.3.2. *La terapia familiar en el maltrato infantil*

Aunque la intervención en los casos de maltrato infantil siempre requiere la intervención en el nivel familiar, ello no significa que la “terapia familiar” sea un recurso omnipresente en el contexto de este tipo de intervención. No obstante, la

terapia familiar representa uno de los recursos terapéuticos a los que suele recurrirse con relativa frecuencia en los casos de malos tratos a menores.

Sin embargo, desde una perspectiva sistémica, no puede decirse que exista una familia maltratadora típica, sino una heterogeneidad de organizaciones familiares con funcionamientos diversos que, en un momento de la historia familiar, generan una situación de maltrato infantil. Los autores que, desde este enfoque, se han dedicado al tratamiento de estas familias proponen distintas tipologías para explicar las organizaciones y el funcionamiento familiar asociado al maltrato infantil (Barudy, 1993, 1998; Cirillo y Di Blasio, 1991; Masson, 1981, 1987; para una revisión de tales clasificaciones, puede consultarse: Pumar, Torres, Rivero, Achúcarro y Herce, 1996).

Más allá de las posibles explicaciones que, desde una perspectiva sistémica de la familia, puedan plantearse en torno a los factores familiares implicados en la aparición y mantenimiento del maltrato infantil, existe un consenso generalizado acerca de las dificultades existentes para el trabajo terapéutico con estas familias (Barudy, 1993, 2000; Gil, 2006, Masson, 1981, Cirillo y di Blasio, 1991).

Así, los profesionales de la salud mental tienen el difícil reto de trabajar con familias que se encuentran normalmente en una situación de crisis precipitada por el descubrimiento o alegación del maltrato infantil. Por tanto, la familia, y los padres en particular, necesitan entender el proceso que se pone en marcha cuando se produce una notificación de maltrato infantil y, particularmente, acerca de las instituciones, roles y procedimientos que van a tener lugar. Diferentes tipos de profesionales pueden entrar en contacto con las familias durante un proceso de intervención en casos de maltrato infantil. El ofrecer información sobre este proceso y estos profesionales es una de las cosas más útiles que podemos hacer y, para ello, debemos estar familiarizados con el proceso. Resulta útil informar a los padres sobre los miembros del equipo encargado de su ayuda; enumerar las agencias implicadas y comentar el rango de servicios y actividades que pueden encontrarse. Los padres pueden verse abrumados por el número de servicios que se espera que accedan y usen, así como acerca de la cantidad de información personal que les suele ser solicitada. Es importante coordinar los servicios de cara a ser de verdadera ayuda.

Por otra parte, y como ya hemos mencionado anteriormente, es típico en estas familias la "ausencia de demanda terapéutica" (Masson, 1981, Cirillo y Di Blasio, 1991). Las dificultades que presentan estas familias para solicitar ayuda se pueden

entender por una serie de factores socioculturales: el temor a autodenunciarse (con lo cual niegan, se justifican, etc.); la desconfianza en los servicios sociales y de su capacidad de dar ayuda, el desconocimiento de la psicoterapia como recurso, así como la presencia de dinámicas familiares que se oponen a la intervención. Por lo tanto, a menudo estas familias son forzadas a recibir servicios por la autoridad administrativa o judicial, viéndose sorprendidas e incomodadas por la pérdida del privilegio a la confidencialidad, ya que en estos casos deberá existir un intercambio de información entre el sistema legal o administrativo y sus representantes y el sistema de salud mental. Los límites de la confidencialidad están establecidos por las normas legales existentes acerca de la obligatoriedad de informar determinadas situaciones entre las que se encuentran cualquier sospecha de maltrato infantil.

Además, la no voluntariedad en el tratamiento, hace que estas familias pueden ver el manejo externo de sus vidas como intrusivo o amenazante; pueden sentir que tienen que manipular la verdad o informar solo de verdades parciales, en un esfuerzo de alejarse de las demandas percibidas que los servicios de protección ponen sobre ellos. La tendencia al secreto, acompañada de la resistencia debido al miedo o la ira, puede volverse una barrera importante al progreso en el tratamiento y necesita ser explorada inmediatamente. Incluso cuando las familias buscan tratamiento voluntariamente, lo hacen muy confundidas y ansiosas acerca de lo que puede serles de ayuda a largo plazo.

Otra dificultad habitual en el tratamiento de los niños maltratados y sus familias tiene que ver con la contratransferencia (Intebi, 2008; Gil, 2006). Entendida comúnmente como las reacciones, pensamientos y sentimientos, conscientes o inconscientes, que los terapeutas experimentan cuando trabajan con sus clientes, las respuestas contratransferenciales pueden ser determinantes poderosos de la actividad clínica (las respuestas contratransferenciales no tienen que ser necesariamente negativas; pueden cubrir un amplio rango de respuestas que afectan el juicio clínico de forma positiva o negativa). En los casos de maltrato infantil, el terapeuta a menudo se encuentra con familias en crisis (lo cual puede elicitar una urgencia clínica); familias multiproblemáticas en las que el maltrato infantil es sólo uno de los estresores familiares; niños que son retirados del cuidado de sus padres; niños que tienen sentimientos mixtos frente a sus maltratadores; niños que pueden asumir que el progenitor no abusivo estará enfadado con él/ellos o no les creerán, etc., situaciones que, en definitiva, propician el surgimiento de intensos sentimientos contratransferenciales en el terapeuta y otros interventores.

Los profesionales que trabajan en un mismo caso de maltrato infantil tienen a menudo respuestas polarizadas. Así, no es raro que un profesional adopte el papel de abogado, defendiendo todas las acciones que un progenitor no abusivo adopta, mientras otros profesionales pueden ver el caso de forma mucho más punitiva. La mejor influencia clínica es establecida cuando somos equilibrados en nuestras respuestas a los niños y sus familias (ni condenando a los padres por hacerlo mal, ni excusando o ignorando el maltrato de los niños). La seguridad de los niños ha de ser nuestra principal preocupación, y actuar en defensa de sus intereses significa que los clínicos deben ayudar a reducir los factores de riesgo familiares y ayudar a construir y potenciar las fortalezas familiares.

De hecho, es frecuente constatar en los profesionales un miedo a pasar a la acción e intervenir en este tipo de casos. Algunas razones que explican este fenómeno son (Masson, 1987):

- El temor que el profesional tiene a dañar a estas familias con su intervención, a no saber cómo ayudarlas verdaderamente. Dicho miedo puede superarse con una formación práctica complementaria y la disponibilidad de supervisores cualificados.
- Miedo a enfrentarse a transacciones humanas destructivas que provocan reacciones emocionales penosas. Ignorar estas transacciones supone una forma eficaz de protegerse a sí mismos.
- Miedo al conflicto interpersonal que puede generarse al intervenir con autoridad ante unos padres adultos que niegan el derecho a terceros de inmiscuirse en sus asuntos.

La forma de superar esta indecisión a intervenir exige que cada profesional aprenda primero a dominar las reacciones emocionales fuertes que nos genera toda situación de maltrato. Es indispensable una actitud neutral puesto que supone la base para abrir o establecer una comunicación con los padres. Es natural que los padres maltratantes empiecen luchando o poniéndose en contra de las personas que les señalan su incapacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos. No obstante, la aparente insensibilidad de estos padres no refleja necesariamente el fondo de sus pensamientos. Estas personas prueban primero las reacciones de los profesionales antes de comunicarse de forma más veraz. Por ello es fundamental:

- Dirigirse prioritariamente a los adultos al principio de la intervención y no tomar iniciativas a sus espaldas.

- Abordar estos contextos con la idea de movilizar todos los recursos latentes y manifiestos sin espíritu represivo.

Finalmente, y de forma no sorprendente, muchos padres de niños maltratados tienen sus propias historias de maltrato en su infancia. En algunas familias, el maltrato en general o el abuso sexual en particular ha llegado a ser la "norma" debido a la falta de conocimiento, revelación, intervenciones protectoras o cualquier acción específica por parte de los padres o cuidadores de los niños. La influencia espoleada por la negación y el silencio puede ser intensa y total. Es útil construir genogramas familiares en las sesiones iniciales para tener una visión general de las cuestiones familiares (relaciones problemáticas, problemas, muertes, enfermedades, violencia, etc.). Esto nos permite darnos cuenta de que, a menudo, el maltrato es una cuestión transgeneracional lo cual implica una serie de situaciones desafiantes. Según indica Gil (2006), lo más importante es que debido a que no han existido intervenciones o tratamiento previo, los niños y los adultos han llegado a sentirse confundidos y han desarrollado una indefensión aprendida sobre sus situaciones; el trauma acumulado puede ser abrumador. Incluso cuando la indefensión aprendida no está presente, estos casos pueden ser tan complejos que es difícil decidir cuáles han de ser las prioridades para los servicios.

Tal y como hemos indicado, habitualmente las familias en las que se produce maltrato infantil son familias vulnerables con muchos estresores. Por ello, es importante identificar y expandir las fortalezas familiares (resiliencia). Siguiendo a Gil (2006), muchos clínicos están de acuerdo que *las metas siguientes son críticas en el trabajo con familias de niños maltratados*:

- Evaluar el funcionamiento familiar en términos de fortalezas y vulnerabilidades, identificando los factores de riesgo, así como los factores de protección.
- Evaluar las respuestas de los miembros de las familias a la crisis inmediata generada por la notificación o revelación del maltrato.
- Ayudar a los miembros de la familia a procesar sus pensamientos y sentimientos en relación al maltrato infantil.
- Fortalecer la capacidad y voluntad parental para responder apropiadamente a esta crisis familiar.
- Desarrollar un trabajo focalizado en el trauma (los padres deben ser ayudados a afrontar la negación en todas sus formas; a procesar gradualmente sus

propias respuestas al abuso/maltrato, a desarrollar estrategias de afrontamiento, aprender habilidades para ayudar a sus hijos y a desarrollar estrategias preventivas para el futuro).

- Modificar los patrones de interacción familiar asociados a la aparición y mantenimiento del maltrato.
- Redefinir roles y responsabilidades de los miembros de la familia.
- Proporcionar servicios de reunificación cuando sea apropiado.

Asimismo, Intebi (2008, p. 100) aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención terapéutica familiar en estos casos:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad.
- Cuando el nivel de riesgo lo determine, los Servicios de Protección Infantil deben ser notificados cuando el terapeuta (o educador familiar) es quien detecta o sospecha la situación de desprotección infantil.
- Una vez confirmada la sospecha, se debe de creer a la víctima/s y desestimar las negaciones del agresor/a.
- Cuando sea posible, conviene excluir al agresor/a del hogar y no a la víctima/s.
- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen.
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar.
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los hijos/as.
- Contribuir a que los padres comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos a comportarse de una manera determinada.
- Enseñar a los padres a guiar, enseñar y a poner límites.
- Enseñar a los padres a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as.
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés.
- Enseñar a los padres cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites.
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales.

- Tener en cuenta que, si bien el objetivo de la intervención suele ser la reunificación familiar, existen probabilidades de que no se pueda lograr y prever soluciones alternativas.
- Alentar la revisión del contexto social que permite y/o alienta ciertos comportamientos violentos como una manera adecuada para resolver conflictos y para educar a los niños/as.

1.3.3. La atención psicoterapéutica al niño maltratado

El tratamiento psicoterapéutico de los niños víctimas de malos tratos ha de contextualizarse en:

- El abordaje global derivado de las diferentes vertientes del maltrato infantil (Furniss, 1991).
- El ámbito de la intervención clínica en el maltrato infantil, ya que es preciso contemplar el tratamiento de otros individuos (el que maltrata, el adulto que consiente), la terapia de diferentes diadas y del sistema familiar en su conjunto.

Tal y como indica Gil (2006), es preciso tener en cuenta que la evaluación y tratamiento de niños maltratados y traumatizados presenta desafíos únicos. Los límites tradicionales de la psicoterapia son ampliados por la necesidad del trabajo multidisciplinar y la extensiva gestión del caso; el foco en la seguridad del niño; la expansión de los roles clínicos hasta incluir la defensa/apoyo y la necesaria interacción con los sistemas judiciales; así como la requerida especial atención a la prevención del *burnout* profesional y a la traumatización vicaria.

La identificación y/o las revelaciones de maltrato físico, abuso sexual o negligencia pone en marcha una respuesta de múltiples niveles que habitualmente incluye: personal de investigación (policía y/o representantes de los SPI), exámenes médicos, derivaciones a servicios de salud mental (y servicios de víctimas de delitos); arresto de adultos que han cometido los abusos, separación de los niños victimizados de sus hogares (y su consiguiente puesta en acogimiento, con la meta de permanencia), una variedad de procedimientos y audiencias judiciales, en los que los niños pueden o no testificar. Además, los niños y sus familias pueden interactuar con abogados (jueces, fiscales...) y con otro personal judicial que les ayuda durante los procedimientos judiciales y realizan recomendaciones para el juicio.

Los servicios clínicos se proporcionan mejor dentro de un contexto multidisciplinar en el que se utiliza un enfoque de equipo. Es importante y ayuda al éxito de la evaluación y al tratamiento a largo plazo el establecer y mantener una relación de trabajo positiva con el personal de los organismos implicados en todos los aspectos de los servicios proporcionados a las familias. Los servicios de salud mental son una parte crítica de la respuesta global a las familias en las que se ha producido el maltrato, y los terapeutas deben realizar esfuerzos para proporcionar o coordinarse en la gestión del caso para ayudar a los niños y sus familias de forma más efectiva. Los profesionales de la salud mental pueden sentirse incómodos o torpes tomando el liderazgo de la gestión del caso, y hacer esto puede desafiar las creencias del clínico de que las familias responderán con resistencia a su colaboración con otras agencias.

De acuerdo a esta misma autora (Gil, 2006), muchos clínicos indican un número de preocupaciones a este respecto (fundamentalmente que la confidencialidad de sus clientes puede ser rota; que los clínicos pueden ver comprometidos sus roles; o que las exigencias de la gestión del caso y posible trabajo con el sistema judicial puede consumir mucho tiempo, ser estresante o literalmente imposible debido a restricciones financieras). En particular, trabajar fundamentalmente con casos de maltrato infantil, requerirá que estas cuestiones se resuelvan a favor de desarrollar estrategias creativas para una interacción aumentada con otros profesionales.

Aquellos especializados en el trauma infantil, especialmente en los casos de maltrato interpersonal, deben proporcionar servicios de salud mental a la vez que mantienen un foco en las cuestiones de seguridad y mejor interés del niño. A menudo deben ofrecer opiniones sobre las colocaciones del niño, el impacto psicológico de que el niño testifique en el juicio; la seguridad física y emocional de los ambientes del niño, y la capacidad y voluntad de la familia para reducir los factores de alto-riesgo para los niños (tales como abuso de drogas, violencia doméstica, etc.).

Los servicios de salud mental son proporcionados a menudo en conjunción con servicios legales y es crítico estar bien informado sobre el estado continuado de los procedimientos legales y marcos temporales del mismo con el fin de evitar comprometer el mejor interés del niño en los procedimientos judiciales (ej.: evitar actividades que se considerarían sugestivas o que podrían comprometer la credibilidad del niño como, por ejemplo, mostrar al niño el vídeo de su declaración sobre el abuso sexual antes de testificar en el juicio penal o incorporar al niño a un grupo de niños sexualmente abusados para que la defensa no pueda decir que el

testimonio del niño está contaminado por lo que ha escuchado en el grupo...). Los profesionales que buscan ayudar en el maltrato infantil deben también estar bien versados en la terapia infantil y familiar de este tipo de casos.

El abordaje terapéutico efectivo de los niños maltratados exige un enfoque integrado de tratamiento que recoja las aportaciones de diferentes teorías relevantes para la comprensión del maltrato, distintos modelos terapéuticos y variedad de formatos y técnicas de intervención (Friedrich, 2002).

- Siguiendo a Gil (2006), son marcos teóricos significativos:
 - Teoría psicodinámica y teoría del apego.
 - Teoría del trauma.
 - Efectos del estrés crónico y/o severo en la neurobiología.
 - Teoría sistémica.
 - Resiliencia.
 - Teorías del aprendizaje y condicionamiento.

- Modelos terapéuticos:
 - Terapias expresivas
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Psicoterapia verbal tradicional
 - Terapia familiar
 - Terapia diádica (progenitor-hijo)
 - Terapia grupal (para niños y para padres)

Por otra parte, múltiples y variadas técnicas terapéuticas pueden ser útiles y recomendables en el trabajo terapéutico con los niños maltratados.

En lo que se refiere a las principales aportaciones de la *teoría del trauma*, es preciso decir que en el campo del maltrato y abandono, es frecuente un uso indistinto de los términos "abuso" y "trauma", como si fueran sinónimos. Sin embargo es necesario diferenciarlos, ya que los individuos traumatizados pueden tener necesidades terapéuticas diferentes de aquellos individuos que han experimentado un estrés agudo pero que no sufren a largo plazo de un impacto traumático.

van der Kolk (1987) indica que la cuestión crítica a la hora de definir el trauma y su resolución es la debilitante pérdida de control que los individuos, especialmente los

niños pequeños, experimentan (enfatisa el aspecto fenomenológico). Esta pérdida de control tiene consecuencias significativas: "...si el malestar es sobrecogedor, o cuando el cuidador mismo es la fuente de dicho malestar, los niños son incapaces de modular su activación. Esto origina una quiebra de su capacidad para procesar, integrar y categorizar qué está pasando. En el centro del estrés traumático está esta quiebra o ruptura de la capacidad para regular los estados internos. Si el malestar no se mitiga, las sensaciones, afectos y cogniciones relevantes no pueden ser asociadas (son disociadas en fragmentos sensoriales) y, como resultado, estos niños no pueden comprender qué está pasando o diseñar y llevar a cabo planes de acción apropiados" (van der Kolk, 2005, p. 403).

Los efectos de los eventos traumáticos pueden a menudo perdurar durante largos periodos de tiempo, ascendiendo y descendiendo alternativamente. Pueden manifestarse en las conductas sintomáticas asociadas con el Trastorno por Estrés Post-Traumático (PTSD), incluso si un individuo no cumple con todos los criterios para un diagnóstico formal de PTSD. En particular, pueden exacerbarse con la exposición a estresores adicionales (desencadenantes que recuerdan a las personas traumatizadas los sucesos originales).

Entre la gente expuesta a eventos traumáticos, existe una gran variedad en el tipo y nivel de experiencias traumáticas y efectos, así como en el manejo del trauma a corto y largo plazo. Aunque el abuso sexual infantil es a menudo destacado en la literatura sobre el maltrato infantil, todas las formas de malos tratos tienen el potencial de ser traumáticas porque todas ellas son peligrosas para el desarrollo y supervivencia de los niños, y los niños pueden sufrir consecuencias de ellas, aunque sean intensas pero breves o persistentes y a largo plazo. Es claro que los niños traumatizados representan un subgrupo de niños maltratados, y que las respuestas de los niños al abuso son muy heterogéneas.

Debido precisamente a esta amplia variación en sus respuestas, los niños maltratados deben ser evaluados cuidadosamente, de forma que sus necesidades individuales (y familiares) puedan ser identificadas caso a caso.

Para ilustrar la necesidad de evaluaciones completas de los niños con historia de maltrato o abandono, es útil pensar en el maltrato o abandono mismo (ej: el estresor) como teniendo el potencial de provocar gran daño. Los individuos pueden negociar o manejarse con el estresor de forma diferente (y, por tanto, los resultados pueden variar bastante), dependiendo de sus percepciones del evento, estrategias de afrontamiento, recursos disponibles (tanto internos como externos) y

otras características que pueden afectar el manejo general de la experiencia. Estas características, a su vez, están fuertemente afectadas por la edad, habilidades cognitivas, estresores previos, estrategias de afrontamiento previamente establecidas, diferencias temperamentales y diferencias cualitativas en la motivación, actitud y resiliencia. Los cambios en la química cerebral y la capacidad para manejar y restaurar el funcionamiento cerebral son también mediadores críticos de cómo de duradero o intenso será el impacto del trauma potencial.

Diferentes categorías de factores se han encontrado asociados con un alto o bajo impacto traumático. Además de las variables relacionadas con el niño (tipo de trauma, nivel y duración del trauma, edad del niño, nivel de funcionamiento previo, apoyo del cuidador, historia de trauma pasado), están las variables relativas al trauma (tipo, nivel, duración de la exposición al trauma, exposición a la situación traumática, número y grado de adversidades y estresores secundarios), variables relacionadas con el cuidador (psicopatología pasada y actual, historia de trauma), variables relacionadas con la relación cuidador-niño (calidad de la relación, percepción del niño) y variables contextuales (estatus socioeconómico, estrés vital actual, apoyos familiares).

Los niños parecen negociar sus heridas emocionales utilizando dos instintos básicos que pueden guiar sus conductas (Gil, 2006). El primero es dominar lo que es doloroso o confuso, restaurando un sentido de control y dominio; el segundo es evitar las emociones dolorosas, por tanto eludiendo los intentos de implicarse en el trabajo terapéutico.

Cuando los niños están impulsados por el deseo de dominar sus estresores, su enfoque principal es afrontar sus dificultades. Estos niños realizan esfuerzos por alcanzar una comprensión de sus situaciones y buscan oportunidades para sobrellevar sus sentimientos de confusión, indefensión o desesperación. Cuando están espoleados por el impulso de dominio, los niños pueden implicarse en diálogos sobre sus preocupaciones o pueden utilizar las actividades de juego para simbolizar lo que es más importante para ellos.

El segundo impulso instintivo en los niños que experimentan abuso es evitar o suprimir lo que es doloroso. Pueden hacerlo de varias formas: pueden rehusar pensar o hablar del abuso; pueden evitar todos los estímulos que le recuerden el abuso; pueden retraerse de las interacciones con los otros; y pueden rechazar usar los materiales de juego que les recuerden las personas o cosas conectadas con el abuso.

Aunque es auto-protector no querer pensar o hablar sobre algo que es doloroso, pueden surgir problemas cuando los niños desarrollan patrones rígidos de evitación. En estos casos, la supresión sucede sin ningún procesamiento de las emociones o pensamientos dolorosos. Aunque la supresión (elegir conscientemente guardar tales emociones o pensamientos en la memoria) puede proporcionar un alivio inmediato para los niños que han sido dañados, requiere esfuerzos sostenidos para mantenerlos, y no permitirá a los niños la comprensión y dominio que requiere alcanzar el cierre, centrarse en el presente, y retomar el funcionamiento normalizado. Los recuerdos que son suprimidos sin ningún procesamiento pueden "explotar" posteriormente de forma inesperada como una olla a presión que no tiene regulador, renovando los sentimientos de vulnerabilidad e indefensión de los niños (en respuesta al ritmo e intensidad de los recuerdos no deseados).

No obstante, es mejor evitar presionar a los niños para que hablen del abuso cuando no se sienten preparados para ello. Si se sienten presionados externamente, sus respuestas serán bien comedidas y superficiales (con el propósito de aplacar, complacer) o bien serán iracundas y resistentes (con el propósito de mantener a los otros a distancia y quizás incrementando sus deseos de evitación).

Cuando los niños parecen cerrarse o resistirse activamente a cualquier discusión o procesamiento de los recuerdos dolorosos, serán literalmente incapaces de integrar ideas que puedan ser de verdadera ayuda, pero pueden ser capaces de memorizar o repetir afirmaciones sin entenderlas verdaderamente o sin significado para ellos. Los niños merecen una oportunidad para alcanzar dominio a su propio ritmo terapéutico. Aunque es importante no aliarse con la negación y la evitación totales, es igualmente importante permitir espacio amplio para desplegar sus historias (verbal o no verbalmente) a su propia velocidad y a través de varios tipos de comunicación (conducta, juego o lenguaje verbal o no verbal).

Los niños pueden utilizar otros métodos aparte de la evitación abierta para suprimir de la memoria un suceso traumático. Estos mecanismos incluyen, entre otros: supresión, compulsión a la repetición, *acting out*. Los pensamientos y emociones difíciles pueden ser así suprimidos conscientemente por los niños mayores. Sin embargo, dado que tales pensamientos y emociones no han sido entendidos o trabajados, tienden a salir conductualmente, buscando expresión a través de las acciones en lugar de mediante palabras.

Los dos impulsos de dominio y evitación pueden aparecer de forma separada o conjunta, y pueden a menudo aparecer de forma alterna durante las sesiones o entre sesiones. También hay varias variables que pueden influir en qué impulso se vuelve un modo de funcionamiento más significativo. Debido a que los niños empiezan la terapia con un impulso principal (hacia el dominio o hacia la evitación), se considera necesario acomodar el enfoque terapéutico hacia el mismo y no hacia el contrario.

Asimismo, tal y como hemos indicado anteriormente, es importante comprender el papel que la neurobiología puede tener en el abordaje terapéutico del niño maltratado. Así, resultados recientes enfatizan de forma consistente la necesidad de entender la neurobiología en cualquier intento de determinar el impacto de estresores crónicos y/o severos en los niños pequeños. Específicamente, el estrés temprano en la forma de maltrato infantil produce una escalada de sucesos neurobiológicos que tienen el potencial de producir cambios duraderos en el desarrollo del cerebro. Más y más datos revelan sin duda que el maltrato en la infancia puede tener efectos negativos duraderos en el desarrollo y funcionamiento del cerebro del niño. De acuerdo con Stien y Kendall (2004, p. 6), "las experiencias en la niñez influyen el crecimiento del cerebro a través de un proceso denominado transcripción de genes (o genética), el cual afecta a cómo son activados los genes".

Los efectos específicos del estrés crónico sobre el cerebro que han sido identificados hasta la fecha incluyen: desarrollo inferior del hemisferio izquierdo en general y del hipocampo izquierdo en particular; reducida integración cortical derecha-izquierda; una incidencia mayor de anormalidades electroencefalográficas; tamaño reducido del cuerpo calloso. La reducción en el cuerpo calloso parece ser lo más importante, debido al papel crítico que esta estructura juega en conectar los dos hemisferios cerebrales.

Teicher y cols. (2003), al revisar estos efectos inducidos por el estrés, señalan el valor adaptativo que tales efectos tienen en los individuos sometidos en su temprana niñez a este tipo de eventos estresantes crónicos y/o severos. En la misma línea, van der Kolk (2005) enfatiza que muchos problemas de los niños traumatizados pueden ser vistos como esfuerzos por minimizar la amenaza objetiva y para regular su malestar emocional. Indica que, cuando los niños viven en ambientes impredecibles, pueden experimentar dificultad para desarrollar la constancia objetal y las representaciones internas de su propio mundo interno y del que les rodea... "Sin mapas internos para guiarlos, actúan en lugar de planificar y

muestran sus deseos en sus conductas, antes de comentar lo que quieren" (p. 405).

Dado que el desarrollo cerebral típico sucede en forma gradual y progresiva, el maltrato en los años tempranos de la vida puede interrumpir, alterar o sobrecargar los recursos internos en muchas formas diferentes, originando muchos desafíos a corto y largo plazo para los niños.

Sin embargo, la ciencia actual se está volviendo más optimista sobre la plasticidad del cerebro y la posibilidad de cierta recuperación del daño cerebral inducido por el trauma. Este optimismo procede del pensamiento acerca del recondicionamiento potencial del desarrollo cerebral y, en particular, de los inicios de la investigación sobre las formas de estimular el crecimiento en áreas del cerebro que pueden estar infradesarrolladas después de la exposición a estresores severos. Así, De acuerdo con Stien y Kendall (2004), "las experiencias positivas (tales como el cuidado de un progenitor) pueden activar genes, crear nuevas proteínas que pueden, por ejemplo, fortalecer conexiones neuronales sanas y promover el aprendizaje" (p. 6).

La ciencia del cerebro puede ser bastante útil en sugerir aspectos del tratamiento con el potencial de ser útiles en el proceso de la restauración neurobiológica. Stien y Kendall (2004), por ejemplo, han propuesto un "modelo de tratamiento interactivo" basado en el principio de que el ambiente puede cambiar (y recambiar) los circuitos cerebrales. Señalan (p.12): "por una parte, cómo funciona nuestro cerebro determina cómo percibimos, pensamos y nos comportamos. Por otra parte, al cambiar nuestro pensamiento y conducta, la organización y funcionamiento del nuestro cerebro puede ser re TRABAJADO".

Diferentes autores enfatizan la importancia de usar el juego, la metáfora y el arte para promover las metas terapéuticas en el trabajo con este tipo de niños. Stien y Kendall (2004, p. 137) describen la base neurológica para proporcionar tales intervenciones para niños traumatizados: "... debido a que los recuerdos traumáticos están a menudo firmemente alojados en el hemisferio derecho del cerebro, los niños tienden a estar controlados por las emociones negativas... y conductas de auto-derrotismo. Por tanto, una meta importante del tratamiento es ayudar a los niños a procesar la experiencia a través de todas las modalidades que sea posible (ej: imágenes, pensamientos, emociones, sensaciones y movimiento) y a diseñar experiencias que activen ambos hemisferios, especialmente el izquierdo (ej: experiencias que estimulen emociones positivas y estimulen la iniciativa y la acción)."

La terapia de arte, el juego y de la arena, son formas altamente deseables de estimular ambos hemisferios del cerebro pero alcanzan esto elicitando primero la actividad del hemisferio derecho.

En un artículo reciente sobre el trastorno evolutivo del trauma, van der Kolk (2005) enfatiza la necesidad de intervenciones que impliquen movimiento y placer: "Los niños complejamente traumatizados necesitan ser ayudados a poner su atención en pasatiempos que no les recuerden los desencadenadores del trauma y que les den la sensación de placer y dominio. La seguridad, la predictibilidad y "divertirse" son esenciales para el establecimiento de la capacidad de observar lo que está sucediendo, ponerlo en un contexto más amplio e iniciar una auto-regulación fisiológica y motórica. Además, sólo después de que los niños desarrollan la capacidad de centrarse en actividades placenteras sin volverse desorganizados, tienen la oportunidad de desarrollar la capacidad de jugar con otros niños, implicarse en actividades de grupo y tratar con cuestiones más complejas". (p. 407).

Para los clínicos que persigan un enfoque neurobiológico, Stien y Kendall (2004) recomiendan las siguientes metas del tratamiento:

- Restaurar la jerarquía natural en el cerebro, descendiendo la reactividad de la respuesta de estrés y aumentando las capacidades inhibitorias del córtex.
- Crear un estado fisiológico que promueva un desarrollo cerebral saludable a través de la modulación de la emoción.
- Aumentar las funciones integrativas ayudando a los niños a procesar la experiencia a través de varios modos.
- Construir, reorganizar y fortalecer nuevos circuitos cerebrales a través de experiencias que generen nuevas formas de pensar, sentir y comportarse.

Como se comentó antes, el aspecto más prometedor de la investigación actual sobre el desarrollo cerebral está en el foco en el potencial reparador del cerebro. Ratey (2001) indica que las nuevas experiencias son las formas más efectivas de cambiar el patrón de conexiones entre las células nerviosas, las redes y sistemas. Stien y Kendall (2004) animan a los clínicos a diseñar un enfoque de tres vertientes y dicen: "Aunque las intervenciones cognitivo-conductuales abordan conductas problemáticas y ayudan al niño a construir nuevas habilidades, las intervenciones psicodinámicas se necesitan para integrar los recuerdos traumáticos y emociones junto con partes enterradas del *self*. Al mismo tiempo, el terapeuta debe prestar gran atención a las interacciones familiares (secuencias de acción y

reacción) para descartar cualquiera que mantenga y refuerce los síntomas" (p. 139).

Asimismo, las aportaciones de los conocimientos actuales sobre la *resiliencia* son de gran relevancia para el trabajo terapéutico con niños maltratados. Así, cada vez contamos con más evidencias acerca del papel de la resiliencia y otras motivaciones humanas innatas (como el instinto de supervivencia) que pueden proteger a los niños de los efectos de estresores poderosos. Los individuos traumatizados no están inevitablemente destinados a sucumbir a los estresores en sus vidas; con diferentes grados de apoyo terapéutico (dependiendo de las circunstancias y necesidades), pueden manejarlos, sobrellevarlos y vencerlos.

Por ello, en el abordaje clínico de estos niños es preciso prestar una atención especial a potenciar los recursos resilientes (en el niño y en su entorno). La búsqueda, reconocimiento y potenciación de aspectos resilientes en el niño víctima de malos tratos favorece el establecimiento de la alianza terapéutica y la reconstrucción de la autoestima dañada del niño. Más allá de éste, sus entornos significativos deben ser contemplados igualmente desde la perspectiva de la promoción de los recursos de resiliencia.

Igualmente, es preciso que el clínico adopte una *perspectiva sistémica-contextual*. Tal y como indica E. Gil (2006), los profesionales de la salud mental que trabajan con casos de maltrato infantil deben estar preparados para trabajar dentro de sistemas más amplios: familiares, médicos, comunitarios, legales y sistemas de protección infantil. De hecho, aunque la víctima del maltrato haya sido el niño/s y la cuestión esencial sea su protección, la valoración del funcionamiento general del niño, la identificación de sus necesidades y la intervención terapéutica con el mismo no pueden realizarse en el vacío. Es preciso obtener comprensión del funcionamiento familiar para satisfacer adecuadamente los mejores intereses del niño. La niñez supone un periodo para la formación de la identidad, el establecimiento de patrones interaccionales y la maduración en muchas dimensiones. De forma más importante, es un tiempo en donde los niños crecen y se desarrollan en el seno de una familia y una red social más amplia que influyen notablemente, y son influidas por, el niño/a en constante desarrollo.

Las relaciones de los niños con sus cuidadores adultos, iguales y educadores son centrales en su crecimiento continuado. Cuando trabajamos con niños, necesitamos entender los contextos sociales y familiares en los que funcionan, de forma que podamos ayudar en la forma que sea necesario. Es necesario un compromiso para

garantizar que los niños están situados en ambientes de cuidado, empáticos y seguros.

Muchos de estos niños se mueven en el sistema de acogimiento en el que sus emplazamientos no son siempre estables. Aunque la intención del acogimiento es proporcionar el cuidado temporal necesario en un hogar protector, muchos niños experimentan años de múltiples colocaciones con diferentes grados de estabilidad, adecuación y/o conflicto. Los niños que son separados de sus hogares, pueden no entender fácilmente la separación. Pueden seguir preocupados por sus familias, y pueden experimentar sentimientos significativos de pérdida. Sus cuidadores pueden tener o no un profundo entendimiento y unas habilidades óptimas para trabajar con los niños acogidos y, de hecho, en algunos casos, los cuidadores y los niños no son adecuadamente emparejados.

Cuando los padres son separados de sus hijos, pueden o no recibir servicios de ayuda, con lo que en ocasiones la reunificación familiar puede verse comprometida. Los padres pueden estar más o menos preparados a la hora de proporcionar un cuidado seguro y estable.

En algunos casos, los niños no son sacados de o son recolocados en hogares en donde apenas se ha producido algún cambio o se han hecho únicamente progresos mínimos para establecer enfoques parentales más sanos y funcionales. Las reunificaciones, las transiciones, pérdidas, cambios ambientales y la iniciación y terminación de relaciones de cuidado entre los niños y figuras parentales producirán inevitablemente estrés a los niños y sus familias.

Los clínicos que trabajan con los niños deben permanecer implicados con las cuestiones inherentes de tipo contextual y familiar que los niños maltratados traen al tratamiento. Esto significa a menudo que, cuando trabajan con esta población, los clínicos deben ampliar sus roles más allá de los límites tradicionales del cuidado de la salud mental.

Además, si se pretende la superación del maltrato en la familia, será necesario un trabajo terapéutico con este sistema, más allá de la intervención individual que pudiera necesitarse con uno o más de sus miembros.

Principios básicos en el trabajo terapéutico con niños víctimas de malos tratos:

- Otorgar prioridad a la seguridad y protección del niño/a.

- Realizar una evaluación comprensiva de cada niño y familia, que permita el establecimiento de metas clínicas y expectativas adecuadas para el resultado del tratamiento. Realizar una evaluación realista y equilibrada de las fortalezas y vulnerabilidades del niño y su familia.
- Proporcionar servicios dentro de un contexto multidisciplinar coordinado que se centre en los mejores intereses del niño, a la vez que mantenga también una conciencia y conocimiento acerca de los procedimientos, marcos temporales y resultados legales/administrativos.
- Potenciar los recursos resilientes (en el niño y en su entorno).
- Ofrecer una comprensión de las limitaciones y dificultades ligadas al tratamiento terapéutico en este contexto, y realizar intentos para restaurar un sentido de control en los padres/cuidadores que pueden sentirse sin poder y sobrepasados por las expectativas de las agencias. Con el niño, es preciso ofrecerle una explicación comprensiva para su edad-nivel madurativo de los motivos de la intervención y de los límites del trabajo terapéutico. Evidentemente, se incluye aquí el que los límites a la confidencialidad sean claramente entendidos por todos los miembros de la familia.
- Identificar e implicar a alguien en la vida de cada niño (bien sea familiar u otra persona) que vea a dicho niño como importante y que mantendrá un papel activo como defensor del mismo/a.
- Mantener un foco en las cuestiones contextuales y sistémicas. Específicamente, ayudar a los padres y otros cuidadores a entender y manejar mejor la situación de crisis y responder apropiadamente a sus hijos.
- Construir una relación genuina, respetuosa, llena de confianza y sincera con cada niño y con su familia.
- Redefinir los problemas (síntomas, defensas...) del niño como estrategias adaptativas, de supervivencia, en un entorno hostil.
- Desarrollar un proceso de reparación de los daños en los diferentes dominios del desarrollo (cognitivo, emocional, social y comportamental).
- Abordar con el niño/a las experiencias de maltrato vividas, validándolas en un marco de contención.
- Favorecer la superación de la identidad y rol de víctima.

Entre las principales *metas psicoterapéuticas*, podemos destacar:

- Desarrollar una relación terapéutica de confianza y respeto mutuo.
- Ayudar a los niños a identificar sus percepciones, pensamientos, sentimientos y conductas idiosincráticas, con un énfasis en sus experiencias y atribuciones fenomenológicas.

- Ayudar a los niños con la expresión y externalización de pensamientos y sentimientos importantes, utilizando un rango de estrategias verbales y no verbales.
- Ayudar a los niños a manejar y regular la expresión de afecto y de la conducta.
- Ayudar a los niños a entender y ampliar su auto-definición, auto-consideración y sentimientos de competencia.
- Traer a la conciencia los recuerdos específicos al trauma a través de la combinación de enfoques directivos y no directivos, incluyendo la comunicación verbal y la narración, así como la expresión simbólica y el juego pos-traumático.
- Alentar activamente la integración de los recuerdos y la creación de narrativas verbales y no verbales del trauma, lo cual puede incluir expandir el afrontamiento y el procesamiento adaptativo.
- Alentar y permitir a los niños la descarga de energía y del afecto a través de la expresión simbólica.
- Procesar la experiencia del trauma dentro de un contexto familiar, de forma que el secreto y la negación se rompan, se desarrollen relaciones de apoyo o se fortalezcan, se discutan los roles familiares y se re-establezca el control.
- Trabajo específico en la reparación de las dimensiones dañadas en cada caso:

DIMENSIÓN	DAÑOS
Emocional-afectiva	Alteraciones de la empatía, la autoestima y la regulación afectiva.
Cognitiva	Trastornos en la percepción del sí mismo, en la integración y en la capacidad reflexiva.
Relacional	Alteraciones del apego: falta de límites, desconfianza en los otros, patrones relacionales perpetuadores de la condición de víctima, etc.
Comportamental	Inhibición conductual, comportamientos autodestructivos y heterodestructivos.

Posibles formatos terapéuticos en el trabajo clínico con niños maltratados:

Las metas terapéuticas pueden ser promovidas en una variedad de formatos, incluyendo terapia individual infantil, terapia grupal, terapia familiar, terapias padre-hijo específicas, y grupos de apoyo parentales (Gil, 2006).

a) Terapia individual infantil:

La terapia individual del niño puede incluir la psicoterapia verbal tradicional, las terapias expresivas y la terapia cognitivo-conductual. La terapia infantil ha evolucionado desde un tratamiento aislado hacia un enfoque más holístico en el que el ecosistema del niño no sólo se tiene en cuenta, sino que se accede a él y es implicado en el tratamiento.

En general, las metas de la terapia individual del niño abusado incluyen los esfuerzos clínicos para evaluar las áreas problemáticas y la resiliencia, restaurar el funcionamiento previo al abuso y garantizar que los niños reciban la guía y el apoyo que necesitan de sus familiares que han tenido la oportunidad de procesar su respuestas de crisis.

Los clínicos mantienen un interés especial en el trauma y su recuperación, así como a las cuestiones relacionadas con los efectos a corto y largo plazo del maltrato. Debido a esto, los niños maltratados pueden ser vistos sobre una base continua, respondiendo a sus cambios evolutivos y reevaluaciones cognitivas de su experiencia temprana.

b) Terapia grupal infantil:

Los grupos de terapia estructurados, a corto plazo, con metas específicas han probado ser útiles en el tratamiento de los niños sexualmente abusados. Estos grupos suelen aportar a sus miembros beneficios concretos e inmediatos: los niños pueden verificar rápidamente que sus experiencias no son únicas al encontrarse con otras víctimas. Esto produce alivio y rompe su sensación de aislamiento y estigmatización. Además, los niños pueden ver y oír que otros niños tienen preocupaciones y miedos similares a los suyos. El hecho de que puedan entender y relacionarse unos con otros proporciona una gran ayuda a estos niños, y es posible que empiecen a normalizar sus reacciones (a sentirse menos raros o locos). Es importante señalar que estos sentimientos, si no son desafiados, pueden volverse sistemas de creencias rígidos en el tiempo.

La terapia grupal es casi siempre considerada de ayuda para los niños. Sin embargo, hay algunas pocas situaciones que pueden reducir la efectividad del

grupo. Primero, si los niños están experimentando PTSD agudo, la exposición a la información de los otros miembros del grupo sobre su abuso puede ser sobre-estimulante y contribuir al deterioro. Segundo, si los niños están actualmente en procedimientos judiciales, su asistencia al grupo y su información subsiguiente a las situaciones de otros niños puede ser considerada contaminante. Tercero, cuando no existe seguridad de que el abuso se ha producido, los niños pueden beneficiarse de terapia grupal que sea menos específica que la del abuso sexual (por ej: grupos que aborden problemas conductuales específicos como agresión o habilidades sociales pobres). Finalmente, hay algunos niños cuya conducta es tan mal regulada que no son capaces de comportarse cooperativamente en la participación de la terapia grupal y deben continuar en terapia individual para abordar la regulación afectiva y conductual.

c) Terapia familiar:

La terapia familiar supone un trabajo esencial con este tipo de niños y puede ser proporcionada en diferentes intervalos en la terapia y a diferentes niveles.

Algunos programas de terapia familiar mantienen un foco sistémico desde las sesiones iniciales en adelante, requiriendo la presencia de todos los miembros de la familia a lo largo del proceso terapéutico. Es obvio que todos los miembros de la familia son afectados cuando el abuso sucede, y que los padres y cuidadores a menudo tienen sentimientos paralelos de negación, secreto, shock, confusión, ira, indefensión, etc. Sin embargo, en este tipo de casos, un enfoque de terapia familiar centrada en el niño permite al clínico evaluar y responder mejor a las necesidades específicas del niño. Los padres son implicados desde el principio en el tratamiento para proporcionar al clínico información relevante sobre su hijo.

A lo largo del proceso de terapia, las necesidades parentales son evaluadas, se realizan derivaciones si son necesarias y los miembros de la familia son entrenados para responder apropiadamente y sensiblemente a los niños.

d) Psicofarmacología:

Algunos niños severamente abusados pueden experimentar síntomas agudos y debilitantes que pueden ser aliviados por el uso de la medicación o pueden requerir hospitalización u otros niveles más elevados de atención. El clínico debe mantener entonces una comunicación activa y colaboradora con el

profesional que prescribe la medicación al niño y debe revisar consistentemente y documentar las medicaciones que el niño toma, el informe del niño sobre sus efectos y resultados, la voluntad y capacidad de los padres para proporcionar la medicación al niño de forma consistente, y las observaciones de padres/cuidadores sobre los efectos y resultados de la medicación.

e) Terapias específicas progenitor-niño:

- o La **terapia filial** (Guerney, 2003) es un enfoque estructurado de tratamiento basado en la evidencia para restaurar e incrementar las relaciones progenitor-hijo. Mejora la conexión emocional, la comunicación y la negociación de conflictos. Los padres son enseñados a realizar sesiones de juego con sus hijos, se usan enfoques centrados en el cliente (Rogerianos) para ayudar a los padres a entender a sus hijos, respetar sus perspectivas y proporcionar límites apropiados. Este enfoque designa a los padres, bajo la supervisión e instrucción de un terapeuta de juego experimentado, como los agentes principales de cambio de los hijos. Un componente didáctico específico que incorpora los principios del aprendizaje y conductuales forma parte integrada de las sesiones de juego estructuradas. Los padres que utilizan la terapia filial comunican bien una actitud de respeto hacia sus hijos, cuyo sentido del sí mismo se incrementa.

- o La **Terapia de Interacción progenitor-hijo** es otro tipo de terapia basada en la evidencia para fortalecer las relaciones padres-hijos. Ha sido desarrollada por Sheila Eyberg (Eyberg, 1988; Hembree-Kigin y McNeill, 1995) y ha sido usada de forma efectiva con problemas de maltrato infantil (Lieberman y Van Horn, 2008). La PCIT (terapia de interacción padre-hijo) proporciona sesiones de entrenamiento en vivo, altamente específicas, paso a paso, tanto con el padre/cuidador a solas como con el progenitor y el hijo juntos. El progenitor/cuidador aprende habilidades a través de las sesiones didácticas de la PCIT, y entonces es entrenado en habilidades específicas (vía un sistema de transmisor-receptor) a medida que interactúa en el juego específico con el niño. Generalmente, el terapeuta proporciona el entrenamiento detrás de un espejo unidireccional y el énfasis está en cambiar los patrones de interacción progenitor/cuidador-hijo.

1.3.4. Evidencias relativas a la eficacia del tratamiento psicológico del maltrato infantil

Lo cierto es que, a lo largo de la historia, la evaluación de los tratamientos para el maltrato infantil ha sido algo excepcional, aunque en la última década ha habido un incremento notable en el número de estudios empíricos para documentar su efectividad. Sin embargo, hasta la fecha no se sabe en realidad si estos tratamientos son, en general, efectivos, ya que las evidencias existentes arrojan resultados conflictivos.

Así, algunas revisiones de carácter narrativo vienen a decir que los tratamientos psicológicos para el maltrato infantil son inefectivos (Cohn y Daro, 1987; Emery, 1989; O'Donohue y Elliot, 1992; Belsky, 1993; Melton y Flood, 1994; Shirk y Eltz, 1998). En contraste, otras revisiones narrativas concluyen que algunos tratamientos para el maltrato infantil parecen prometedores (Azar y Wolfe, 1988; Finkelhor y Berliner, 1995; James y Mennen, 2001; Oates y Bross, 1995; Saywitz, Mannarino, Berliner y Cohen, 2000; Wolfe y Wekerle, 1993).

En este apartado comentaremos en primer lugar las conclusiones a las que llega una de las más recientes de estas revisiones narrativas (James y Mennen, 2001) y, en segundo lugar, abordaremos los principales resultados a los que llega la única revisión meta-analítica de la que tenemos conocimiento sobre tratamientos psicológicos para el maltrato infantil que sólo recoge estudios que incluyen grupos control en sus diseños (Skowron y Reineman, 2005).

La revisión de James y Mennen (2001) contempla las evidencias existentes en torno a la efectividad del tratamiento psicológico para cada uno de los tipos básicos de maltrato infantil. A continuación, recogeremos aquí lo señalado en este trabajo.

a) Tratamiento del abuso sexual

Los resultados generales en el campo del abuso sexual sugieren que la psicoterapia con los niños sexualmente abusados conduce a mejoras. Aunque desde un punto de vista científico, relativamente pocos estudios hasta la fecha permiten inferir que tales mejoras son debidas a la intervención y no a otros factores extraños, los desarrollos recientes en el campo del abuso sexual resultan alentadores. Las evaluaciones experimentales apoyan la noción de que la intervención produce efectos positivos vs. la no intervención y las intervenciones específicas sobre el abuso han arrojado resultados positivos comparadas con las intervenciones estándar o comunitarias de control. Sin embargo, cuando se comparan múltiples

componentes de las intervenciones, son escasas las diferencias halladas y tampoco está claro si diferentes modalidades de intervención (grupal vs. individual) arrojan resultados distintos. De todos los enfoques de tratamiento empleados, el mayor apoyo empírico es para la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en abordar una variedad de síntomas y problemas.

b) Tratamiento del Abuso físico:

En comparación con la relativa extensa literatura sobre el tratamiento del abuso sexual infantil, las investigaciones que han estudiado los tratamientos con niños víctimas de maltrato físico son escasas. Las intervenciones han estado basadas en una variedad de modelos teóricos y empíricos que han evolucionado desde modelos basados en la patología individual, hacia modelos orientados por una perspectiva ecológico-sistémica (Wolfe & Wekerle, 1993). La mayoría de los tratamientos de maltrato físico se han centrado en intervenir con el progenitor abusivo alterando los patrones cognitivos y conductuales que se cree contribuyen al maltrato. Y, aunque tales intervenciones han obtenido apoyo empírico, han recibido críticas en el sentido de que las necesidades específicas de tratamiento de los niños físicamente maltratados han sido frecuentemente ignoradas. Los pocos estudios que se han centrado en tratar de aliviar los efectos negativos del maltrato físico en el niño se han dirigido a problemas como la agresión, la competencia social e interpersonal y los déficit evolutivos. Aunque pocas conclusiones pueden sacarse desde un punto de vista científico sobre la efectividad del tratamiento para el maltrato físico infantil (niños y sus familias), los resultados actuales sugieren que tiene efectos beneficiosos. No obstante, los estudios son escasos y no siempre metodológicamente adecuados y, con unas pocas notables excepciones, la mayoría de los estudios han sido publicados en los 80, lo que significa que hasta recientemente no se ha añadido nueva información en la literatura sobre el tratamiento del maltrato físico.

c) Tratamiento de la negligencia:

De forma paradójica, aunque la negligencia infantil ha sido consistentemente la forma más común de maltrato notificada a los servicios de protección infantil, muy pocas intervenciones hasta la fecha han sido diseñadas para abordar los problemas experimentados por los niños víctimas de negligencia. El maltrato físico y la negligencia son habitualmente examinados de forma conjunta, y la mayoría de los estudios fallan en analizar las características y dinámicas de las familias negligentes de forma separada, no distinguiéndose tampoco entre los diferentes subtipos de

negligencia. Esto resulta especialmente preocupante, dada la evidencia existente acerca de que las consecuencias evolutivas de la negligencia pueden ser tan severas o incluso más que las de los otros tipos de maltrato.

Las intervenciones dirigidas a abordar los efectos de la negligencia se han centrado en tratar al progenitor antes que al niño. Los enfoques del tratamiento con las familias negligentes siguen las perspectivas teóricas del maltrato físico, en un rango que va desde los enfoques del aprendizaje social y conductuales, hasta los inspirados en los modelos multicausales transaccionales. Tomado en conjunto, el conocimiento actual sobre la negligencia infantil está muy limitado por la escasez y deficiencias metodológicas de los estudios. Además, dado que de acuerdo a algunos autores, los programas de intervención con familias negligentes han tenido éxito en menos del 50% de los casos, existe una necesidad urgente de desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de forma sistemática.

d) Tratamiento del maltrato psicológico:

Dadas las dificultades inherentes implicadas en la definición, identificación y posibilidad de aislar el maltrato psicológico, no es sorprendente que su tratamiento no haya sido estudiado de forma empírica. Aunque, en general, las investigaciones sobre el maltrato psicológicos son excepcionales, en esta revisión de James y Mennen (2001) no pudieron encontrar ningún estudio que abordara directamente el tratamiento del maltrato psicológico.

Vayamos ahora a la revisión meta-analítica de Skowron y Reineman (2005) sobre intervenciones psicológicas para el maltrato infantil. En este estudio se incluyen únicamente estudios controlados publicados desde 1974 hasta el 2000, habiéndolo sido aproximadamente en la mitad de los casos en la última década. Un total de 21 estudios examinando 25 tratamientos para el maltrato infantil cumplían los criterios de inclusión (publicados en inglés entre 1974 y 2000, inclusión de un grupo de comparación extraído de la misma población; no estudios sobre tratamiento de adultos maltratados en su infancia ni estudios sobre intervenciones preventivas). En los 21 estudios el número total de casos ascendía a 964.

La mayoría de los estudios se centran en los niños maltratados y en sus padres como blancos de la intervención. Sólo 2 estudios se centran en el tratamiento de los padres maltratadores y otros 4 sólo tratan a los niños maltratados. La media de edad de los niños participantes era de 6,28 años. La mayoría de los estudios (n=12) se ocupan de casos de "maltrato infantil" en general o múltiple

victimización, mientras que 7 estudios se centran en el tratamiento del abuso sexual infantil, 1 en el maltrato físico y otro en el abandono físico. Más de la mitad de los estudios implicaban asignación aleatoria de los participantes al grupo de tratamiento y control y 5 de los 21 estudios informaban de datos de seguimiento.

Una veintena de estudios establecían su orientación terapéutica dentro de una orientación teórica: 12 estudios examinan un total de 16 tratamientos cognitivo-conductuales, 3 estudios abordan tratamientos no conductuales (ej: psicodinámicos, humanísticos, ecológico-evolutivo) y 5 estudios probaban una combinación de tratamientos.

Los resultados de este metanálisis sugieren que los tratamientos psicológicos para el maltrato infantil ofrecen mejora a los participantes comparados con la lista de espera, grupo placebo o manejo estándar del caso en la comunidad. Los resultados revelaron un tamaño del efecto medio (WLS $d+ = 0.54$) para los tratamientos del maltrato infantil, indicando que, en general, tras la intervención, los casos de maltrato infantil parecen funcionar mejor que el 71% de los participantes no tratados.

Asimismo, se identifican determinados moderadores de la efectividad del tratamiento:

Operacionalización de los resultados del tratamiento: los efectos del tratamiento variaban sistemáticamente dependiendo del tipo, el blanco y la fuente del constructo examinado como resultado. En general, los efectos más grandes estaban asociados con los autoinformes de los padres y los autoinformes de los niños, las evaluaciones parentales de los hijos, mientras que las observaciones objetivas conductuales de las familias arrojaban ganancias del tratamiento más pequeñas ($d+ = .21$). Tales resultados enfatizan la necesidad de incluir un enfoque multi-rasgo, multi-método y multi-fuente en la evaluación de los resultados del tratamiento del maltrato infantil. Aunque los autoinformes pueden ser muy interesantes por su capacidad para evaluar variables relativas a experiencias internas, la evaluación de los padres puede estar sesgada hacia la deseabilidad social especialmente en estas muestras.

Tipo de maltrato: los tratamientos para el abuso sexual infantil arrojaban efectos algo mayores ($d+ = .69$) que aquellos para el maltrato infantil en general ($d+ = .40$) pero la varianza significativa entre los efectos del tratamiento del abuso sexual confiere dudas sobre estas diferencias. Estos

resultados sugieren que otros moderadores críticos de la efectividad del tratamiento del abuso sexual (tales como la duración del tratamiento, la severidad del abuso, y/o la comorbilidad) necesitan posterior identificación. Aunque se han hecho mejoras en la evaluación de los tipos de maltrato infantil, las conclusiones relativas a la efectividad de las intervenciones para formas específicas de maltrato son limitadas. Además, los autores sospechan que la severidad del maltrato y síntomas relevantes son otros moderadores importantes de la efectividad del tratamiento para el maltrato infantil. Los futuros estudios deberán especificar cuidadosamente la severidad de las experiencias de victimización, tipos de maltrato experimentados y severidad de la sintomatología para facilitar el uso de métodos más avanzados para evaluar las diferencias individuales en la efectividad de los tratamientos para el maltrato infantil.

Tipo de grupo control: en consonancia con estudios previos de terapias infantiles y de adultos, se encuentran efectos del tratamiento más grandes cuando los tratamientos para el maltrato infantil se comparan con no-tratamientos/lista de espera ($d+ = .99$) que frente a grupos control placebo ($d+ = .38$) o manejo estándar del caso ($d+ = .35$).

Finalmente, en comparación con otras formas de maltrato infantil, los tratamientos para el abuso sexual infantil han sido el centro de una mayor proporción de los estudios de tratamiento existentes hasta la fecha. Ello a pesar de que los datos existentes indican que aproximadamente un 10% de los niños maltratados experimentan abuso sexual, mientras que 2/3 de los niños maltratados son víctimas de negligencia. Sólo un estudio de tratamiento para la negligencia cumplía los criterios de inclusión en este meta-análisis.

Orientación terapéutica: Aunque el pequeño número de intervenciones no-conductuales revisadas ($n= 3$, $d+ = .87$) arrojaban efectos de tratamiento mayores que los tratamientos conductuales ($n=12$, $d+ = .40$), los análisis post hoc revelaron que la duración del tratamiento covariaba significativamente con la orientación terapéutica. Específicamente, las intervenciones no-conductuales duraban de media 1 año, mientras que las conductuales lo hacían de media 3 meses. Aunque estos resultados pueden considerarse preliminares debido al pequeño número de estudios en cuestión, una explicación a este respecto puede ser que los pocos tratamientos no-conductuales pueden ser más efectivos debido a que los participantes recibían más tratamiento que los clientes de los tratamientos conductuales. Otras explicaciones posibles (ej.: variación

sistemática en la severidad de los problemas presentes, subtipos múltiples de abuso experimentado y nivel de habilidad del terapeuta) pueden existir también, pero la información inconsistente de estos y otros moderadores potenciales de la efectividad del tratamiento (ej.: edad, género, etnia, ingresos familiares, abuso de alcohol/sustancias por parte de los padres y nivel cognitivo del niño/a) excluyen el análisis de su papel en predecir resultados diferenciales del tratamiento.

Tratamiento obligado vs. voluntario: no se encuentran variaciones en los efectos del tratamiento en función de si los participantes estaban obligados o no al tratamiento, sugiriendo por tanto que tanto las modalidades voluntarias como las obligatorias pueden ser igualmente efectivas.

Efecto del seguimiento del tratamiento: Aunque un pequeño número de estudios con evaluaciones de seguimiento proporcionan evidencia preliminar de que las ganancias del tratamiento pueden continuar desde los 3 meses hasta el año post-tratamiento, no es posible la generalización a partir de estos estudios, ni establecer claramente las condiciones específicas bajo las cuales las ganancias del tratamiento son mantenidas (ej.: con quién, bajo qué condiciones y en qué tipo de terapias).

Tal y como hemos podido comprobar, la evidencia existente en la actualidad en torno a la efectividad de los tratamientos psicológicos para el maltrato infantil, no es concluyente, siendo por tanto necesarias investigaciones que evalúen los efectos de estas intervenciones con mayor rigor metodológico. Específicamente, los principales problemas detectados en buena parte de los estudios realizados hasta la fecha son:

- La falta de aplicación de diseños experimentales dadas las preocupaciones éticas ligadas al uso de grupos de no-tratamiento o placebo como grupos control, lo que impide concluir con más confianza que la intervención explica las mejoras de los participantes y descartar otras posibles explicaciones (ej: regresión estadística, efectos de la maduración o del paso del tiempo) para los cambios observados.
- La inclusión de casos de diferentes subtipos de maltrato dentro de la misma muestra, unido a los problemas planteados por la frecuente comorbilidad entre las distintas tipologías.
- Falta de especificación de las diferencias en severidad, cronicidad, presentación sintomática, nivel de funcionamiento general del niño, así

como el estatus de colocación en los niños maltratados (separados o no de sus familias biológicas).

- Los problemas para identificar cuál es el foco de la intervención y qué es lo que se contempla como medida de los efectos o resultados.
- Las dificultades asociadas al problema de las tasas de abandono del tratamiento y las tasas de asistencia irregular al mismo.
- La no inclusión de un periodo de seguimiento en muchos estudios con el fin de conocer si los beneficios del tratamiento se mantienen.

2. EL ACOGIMIENTO FAMILIAR

2.1. Presupuestos y objetivos básicos en el Acogimiento Familiar

Siguiendo a Torres (2003), puede decirse que el AF representa una medida de protección infantil que persigue el bienestar del menor integrándolo en una familia diferente a la suya durante un periodo de tiempo planificado. Se trata de un recurso de bienestar infantil para niños que no pueden vivir con sus padres a la vez que mantienen lazos legales y, habitualmente, afectivos con ellos. El principal valor del AF es que puede responder a las necesidades individuales y únicas de los menores y sus familias a través de la vida en familia y los apoyos familiares y comunitarios.

El que definamos aquí el AF como una medida de protección infantil tiene importantes implicaciones. Si bien es cierto que existen muchas situaciones de acogimiento familiar espontáneas o de hecho, nosotros nos vamos a referir aquí a este recurso como forma de proteger a los menores en situación de desamparo/desprotección.

La primera implicación es que esta medida no debe aplicarse de manera aislada, sino que debe estar contemplada dentro de un Plan de Caso que esté teniendo como principal referencia las necesidades del menor. Ello implica una visión positiva de la protección infantil en la que se busca el bienestar del menor. Así, el AF es una de las medidas que pueden contribuir a cubrir de forma adecuada dichas necesidades, pero no es el único recurso y su elección debe estar siempre basada en una cuidadosa consideración de las características particulares del caso. Sólo cuando el AF se considere como el mejor medio para satisfacer las necesidades del niño/a, entonces tiene sentido su aplicación.

Ello supone que la planificación de la medida de AF debe establecer los objetivos a alcanzar, la contribución que debe realizar cada una de las partes o sistemas implicados (familia acogedora, biológica, menor, SPI y servicios concertados por éstos, servicios sociales comunitarios...) y los recursos necesarios para la consecución de las metas marcadas.

Otra implicación particularmente relevante del AF como medida de protección infantil es que esta medida se inscribe en el contexto de la actuación de los Servicios de Protección Infantil en la totalidad del proceso que supone, esto es, desde su planificación hasta su cese. Por lo tanto, toda la red de sistemas profesionales o no que van a participar en la consecución de la satisfacción de las necesidades del menor en acogimiento ha de trabajar de forma coordinada con dichos SPI, donde reside, en muchos casos, la responsabilidad última de la protección de los menores en situación de desamparo y el poder para tomar las decisiones más relevantes para el bienestar y protección de estos menores (también el poder judicial). En términos prácticos significa cosas tan importantes como que son los SPI los que deciden en principio si el menor necesita medida protectora o no, cuál en su caso, si una familia puede ser o no acogedora, qué recursos han de ponerse en marcha para el menor, su familia y la familia acogedora...

Otra implicación a resaltar es la importancia de la familia biológica en el AF. Anteriormente, el AF se entendía como un recurso en el cual una familia (la acogedora) sustituía a otra (la biológica) en el cuidado y atención del niño. Sin embargo, la filosofía actual en relación al AF implica que el AF es un servicio para responder a las necesidades del menor y de su familia. Por tanto, no se trata de sustituir, sino de complementar a la familia biológica. Ello supone reconocer y respetar los lazos con la familia de origen y reconocer que no existe una familia que pueda sustituir completamente a la familia del niño/a. Más bien, los esfuerzos del AF van dirigidos a fortalecer las relaciones padres/hijos apoyándose en los puntos fuertes de los padres y complementándolos con los servicios del AF.

Propósito y objetivos generales del Acogimiento Familiar

Siguiendo a Torres, Rivero, Achúcarro y Herce (2002) podemos señalar que el propósito último del AF como medida de protección infantil es satisfacer las necesidades del niño/a para promover el desarrollo de una personalidad saludable en el menor y la eliminación o reducción de los problemas que son personal o socialmente dañinos. Por lo tanto, el AF debe proporcionar a los niños/as cuyos

propios padres no pueden hacerlo, experiencias y condiciones que promuevan una maduración normal (cuidado), prevengan daños futuros al niño/a (protección) y corrijan problemas específicos que interfieran con un desarrollo saludable de la personalidad (tratamiento).

Así, el AF debe ser diseñado de tal forma que posibilite la consecución de los siguientes objetivos generales:

1. Proporcionar un entorno familiar cálido, afectuoso, predecible, seguro e individualizado para los menores cuando éstos no puedan permanecer atendidos y/o protegidos en su propio hogar, mientras se interviene con el objetivo prioritario de que el menor retorne con su familia siempre que ello se considere posible y adecuado para el interés del niño/a.
2. Promover el bienestar integral del menor atendiendo a sus posibles retrasos y/o necesidades en los diferentes ámbitos del desarrollo, fomentando el mantenimiento de su identidad familiar y dotándole de habilidades que le permitan desempeñar los roles correspondientes a su estadio evolutivo.
3. Proporcionar a los padres biológicos y menores acogidos los recursos necesarios para que puedan afrontar y superar el proceso y las consecuencias de la separación y pérdida implícitas en el AF.
4. Evitar las rupturas, cambios y prolongación innecesarios del acogimiento, siguiendo para ello criterios adecuados en: a) la selección, formación y asignación de la familia acogedora al menor; b) proceso de acoplamiento entre el menor y la familia de acogida; c) evaluación continuada de los aspectos positivos y necesidades de cada menor, su familia y familia acogedora.
5. Ayudar y preparar a la familia del menor, a la acogedora y al niño/a para que alcancen con éxito la meta de permanencia perseguida por el acogimiento (regreso al hogar, adopción, acogimiento a largo plazo, emancipación, etc.). Para ello ha de procurarse que el contacto entre el menor y su familia se mantenga antes, durante y tras la finalización del acogimiento cualquiera que sea la meta del mismo.
6. Promover que la familia acogedora sirva de modelo apropiado de funcionamiento individual y relacional para el menor acogido y su familia natural, desde una postura de colaboración en la que ésta no se sienta juzgada o dañada en su autoestima.

7. Informar con claridad a los acogedores de sus derechos y responsabilidades, roles, funciones y tareas, proporcionándoles apoyo y supervisión por parte de profesionales preparados.
8. Posibilitar que los profesionales de los SPI y concertados tengan la formación, cartera de casos y supervisión necesarios para que puedan satisfacer las necesidades del programa de AF en cada caso.
9. Desarrollar un trabajo interdisciplinar y en equipo en el que los SPI y acogedores puedan trabajar en colaboración con otros profesionales y promover la implicación activa de los padres de los menores en dicho equipo.
10. Promover la idea de que el AF es un servicio basado en la comunidad y que la comunidad –con los apoyos legales e institucionales necesarios- debe tomar la responsabilidad de cuidar y proteger a sus menores y sus familias.

2.2. Tipos de Acogimiento Familiar

Hasta ahora hemos hablado de Acogimiento Familiar pero lo cierto es que existen muy diferentes tipos de acogimientos familiares, de forma que lo único que pueden llegar a tener en común es que en todos ellos, uno o varios menores conviven con una familia que es diferente a la suya.

La existencia de distintos tipos de acogimiento hace que el proceso de acogida en general pueda variar sustancialmente de un caso a otro. Conviene señalar que nuestra legislación (ley 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor) contempla cuatro tipos legales de acogimiento: simple, permanente, pre-adoptivo y provisional. No obstante, la práctica profesional en el acogimiento distingue otras modalidades de acogimiento que, sin separarse de lo legalmente establecido, se establecen en función de dimensiones tales como la finalidad y duración del acogimiento, las características de los niños acogidos o en función de las relaciones de parentesco entre el menor y los acogedores. Podemos distinguir así (para una explicación más detallada de cada uno de estos tipos de acogimiento, puede consultarse el capítulo 2 del libro de Amorós y Palacios, 2004):

- Según la forma de su constitución:
 - Acogimiento administrativo
 - Acogimiento judicial

- Según la finalidad y duración:
 - Acogimiento de urgencia-diagnóstico
 - Acogimiento simple o con previsión de retorno
 - Acogimiento permanente
 - Acogimiento pre-adoptivo
- Según las características de los niños acogidos:
 - Acogimientos especializados
- Según la relación del niño/a con la familia:
 - Acogimiento en familia extensa
 - Acogimiento en familia ajena

2.3. El acogimiento familiar como proceso

El AF no es una medida puntual que tiene lugar cuando el menor pasa a vivir con la familia de acogida, sino que representa un largo proceso con una serie de fases, cada una con sus características y en cada una de las cuales pueden surgir problemas que pueden conducir al fracaso del AF (Barjau, 1996; Amorós y Palacios, 2004; Torres, 2003). Además, no se trata de un proceso lineal, ya que podemos encontrar relaciones circulares entre algunas de sus fases (captación y seguimiento, por ejemplo).

A) Sensibilización en torno al acogimiento familiar y captación de familias de acogida

El objetivo de la sensibilización es introducir en la comunidad la figura del AF: generar un conocimiento básico adecuado, familiarizar a la población con la medida; motivarla y prepararla para responder a una problemática tan compleja como la del AF. Asimismo, estas estrategias buscan también promover la captación de familias de acogida. Obviamente, para poder realizar acogimientos familiares se necesita tener familias dispuestas a acoger. A este respecto, el desafío es doble: captar a nuevas familias y mantener en el sistema a las que ya estaban para poder así aprovechar sus conocimientos y experiencia.

La sensibilización está dirigida a la comunidad y, por ello, también persigue que las familias en las que puede existir la necesidad de este recurso puedan conocerlo y aceptarlo e, incluso, realizar su demanda en relación al mismo.

Habitualmente, la sensibilización de la población en torno al AF y la captación de posibles familias de acogida se realizan a partir de campañas diseñadas para tal fin. No obstante, estas campañas deben estar adecuadamente planificadas y, dicha planificación, pasa por una evaluación rigurosa de las necesidades actuales y previsibles de familias de acogida en una determinada comunidad.

Una vez conocidas las necesidades, la campaña de sensibilización debe implicar a la comunidad en su propio diseño y realización. La mejor manera para ello suele ser recurrir a líderes de la comunidad en diferentes áreas (religiosa, educativa, empresarial...) con prestigio, influencia y conocimiento del AF. La importancia de las propias familias de acogida como elementos de sensibilización de la población y atracción de nuevas familias ha sido repetidamente documentada. En el capítulo 4 del libro de Amorós y Palacios (2004), puede encontrarse una descripción detallada de cómo realizar este tipo de campañas y organizar el proceso de captación de forma exitosa.

B) Valoración-Formación

Tal y como indican Del Valle, Bravo y López (2009), en nuestro país el modelo imperante en los primeros años de captación– selección – acoplamiento, tomado de los procesos de adopción donde se suponía que una vez producida la colocación del niño en la familia, el resto era responsabilidad de sus nuevos padres, tuvo que ser revisado. Como señalan Amorós y Palacios (2004, p. 157) *“...se ha ido imponiendo paulatinamente una lógica de intervención diferente, en la que la valoración de las familias y su formación y preparación se entrelazan y apoyan mutuamente. Por una parte, los candidatos a acoger deben reunir ciertos requisitos y no deben presentar determinados factores de riesgo. Por otra parte, las familias deben prepararse para las situaciones, sentimientos y reacciones que se pueden dar a lo largo del acogimiento y al mismo tiempo adquirir un mayor conocimiento de sus propias fuerzas, debilidades, emociones y características de personalidad. Además, es preciso que las familias acogedoras se sientan una parte importante del acogimiento y un recurso para la Administración y a para las familias y los niños que las necesitan. “... resulta importante que los futuros acogedores comprendan y vivencien que la actitud de los profesionales es congruente con el planteamiento de ayuda y apoyo, y no sólo parte de un procedimiento de valoración. Como es obvio, el acogimiento actual representa un cambio en la concepción de los roles del profesional y de los acogedores, pues las familias de acogida no son clientes del servicio, sino sus colaboradores, con todo lo que ello implica en la toma de decisiones”.*

El proceso de valoración se inicia habitualmente con una primera entrevista de toma de contacto con la familia que sirve para clarificar las dudas o los temores que pudieran tener, recoger unos primeros datos familiares, informar de las características del proceso de valoración y facilitar desde el principio un clima de confianza. En las entrevistas posteriores (dos o tres normalmente) servirán para profundizar en diferentes áreas clave. En el capítulo 4 del libro de Amorós y Palacios (2004) puede encontrarse un cuadro en el que se detallan las áreas generales a explorar en los inicios del proceso de valoración para el acogimiento, cuyos principales apartados son: a) Datos personales y sociodemográficos (recursos de tipo personal, vivienda y entorno donde ésta se ubica); b) Estructura y dinámica familiar (relaciones familiares, estilo educativo y ayuda/apoyos familiares y sociales; c) Motivación, actitud y conocimientos ante el acogimiento; d) Expectativas sobre el niño/ y el acogimiento; e) Colaboración con el equipo técnico del programa, y f) Valoración general de la entrevista.

Tal y como indican Amorós y Palacios (2004), existen diferentes posicionamientos por parte de los técnicos en lo que respecta a la finalidad de esta fase. Unos plantean que forma parte del proceso y que la valoración definitiva debe hacerse cuando se ha finalizado tanto las entrevistas como la formación, ya que se supone que en este momento tanto las familias candidatas como los profesionales tendrán más elementos para la toma de decisiones. Otros, en cambio, consideran que esta fase debe ser excluyente cuando se detecten indicadores que pueden dificultar la adaptación del niño, por lo que no es conveniente que las familias que ofrezcan dudas durante las entrevistas participen en la formación. Sin embargo, hasta la fecha no contamos con datos de investigación que avalen uno u otro modelo. En cualquier caso, parece ser que, mayoritariamente, las familias de acogida valoran positivamente esta fase debido a que consideran que les sirve como una primera reflexión sobre el acogimiento y lo que puede significar para ellas.

La fase de formación se inicia tras las entrevistas iniciales y consiste habitualmente en un programa de formación grupal de unas 6-8 sesiones de 2 horas o 2 horas y media de duración cada una. Estos programas de formación proporcionan a los acogedores una posibilidad de aprender lo que necesitan saber sobre cómo actuar ante ciertas circunstancias que puedan producirse a lo largo del acogimiento y deben prever formación inicial antes de comenzar el acogimiento y formación continuada que responda a las necesidades que vayan surgiendo posteriormente (Amorós y Palacios, 2004). En nuestro país, el equipo de Amorós y Palacios (Amorós, Fuertes y Roca, 1994; Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2002; Amorós, Jiménez, Molina, Pastor, Cirera y Martín, 2005) han elaborado programas

de formación para familias acogedoras en general (Amorós y cols., 1994), para familias acogedoras de urgencia-diagnóstico (Amorós y cols., 2002) y para familias acogedoras extensas (Amorós y cols., 2005). Estos programas abordan, desde una perspectiva eminentemente participativa, vivencial y práctica, tres tipos de contenidos básicos (Amorós y cols., 1994):

- Aspectos actitudinales y emocionales: disposición a aceptar el pasado del niño, sus sentimientos y recuerdos sobre su familia; disposición a mostrar respeto hacia la familia biológica y las circunstancias que llevaron a la separación; ayudar al niño a conservar y a valorar su propia historia y a aceptar sus sentimientos de ambivalencia e inseguridad.
- Desarrollo de habilidades que permitan afrontar de forma competente la tarea de educar a un niño con todos sus aspectos y necesidades concretos.
- Aspectos cognitivos relacionados con el proceso de acogimiento y sus implicaciones, los problemas más habituales, los recursos existentes en la sociedad, etc.

Tal y como señalan Amorós y Palacios (2004), las familias valoran de forma mayoritaria positiva la realización del programa de formación, al considerarlo un paso previo necesario y una herramienta muy valiosa para ayudar a tomar una decisión sobre si ser o no se familia acogedora.

Finalmente, tras el programa de formación, termina la fase de valoración-formación con las *“últimas entrevistas que se realizan para completar la recogida de datos, conocer en mayor profundidad los cambios que se han operado en la familia después del curso de formación, valorar las expectativas ante las diferentes modalidades de acogimiento y analizar las características de los niños o los jóvenes que se consideran capaces de asumir. Es un encuentro que se puede realizar en el propio domicilio de la familia y en el que suelen estar presentes los profesionales que están participando en el proceso de valoración. Es importante que la familia vea que el proceso de valoración/preparación está abierto y que tiene continuidad durante el tiempo que pueda estar en espera. Una vez finalizado el proceso de valoración/formación el equipo técnico tomará una decisión y, en el caso de idoneidad, se realizará un perfil de la misma y de las características de los niños y del tipo de acogimiento que presumiblemente podrían asumir. A cada familia se le notificará de una forma personal la valoración recibida”* (Amorós y Palacios, 2004, p. 164).

Este proceso de valoración supone contrastar los datos recogidos a lo largo de las entrevistas y el proceso de formación con un conjunto de criterios (ver Amorós y Palacios, 2004, p. 165-170) que *a priori* los técnicos consideran que deben reunir las familias de acogida. Dichos criterios no deben de analizarse de forma aislada, sino dentro de un contexto ya que no existe un perfil típico de familia acogedora, de forma que lo determinará realmente su adecuación será si las características presentes y sus potencialidades pueden responder a las necesidades específicas de un niño/a determinado. Esta es la esencia de la siguiente fase del proceso de acogimiento denominada habitualmente como “emparejamiento” de la que nos ocuparemos a continuación.

C) Emparejamiento niño/a-familia de acogida

Esta fase persigue “reunir” de forma satisfactoria al niño/a orientado a un acogimiento familiar con la familia acogedora que mejor pueda satisfacer las necesidades del mismo teniendo en cuenta las características esenciales de las diferentes partes implicadas (niño/a, familia biológica y familia acogedora). Obviamente, un “emparejamiento” exitoso implica el adecuado conocimiento de las características y necesidades del niño/a, así como de las características y potencialidades de la familia de acogida (Achúcarro, Herce, Torres y Rivero, 2003). Además, el emparejamiento debería basarse en el principio de adecuación y no el de disponibilidad como, desafortunadamente, sucede en ocasiones. Igualmente, a la hora de realizar la asignación del niño/a a la familia de acogida, debe buscarse el acuerdo de todas las partes (familia biológica, menor, familia de acogida y profesionales) con el Plan de Caso establecido en relación a dicho acogimiento.

Al igual que la familia de acogida ha recibido una formación para prepararse para el acogimiento y debe recibir una información exhaustiva sobre las características del niño/a y de su familia biológica, el niño/a orientado a este tipo de medida, debe ser igualmente informado y preparado antes de iniciar su contacto con la familia de acogida asignada (Torres, 2007a). Dicho contacto debe ser progresivo de forma que pueda realizarse una evaluación adecuada por las partes (menor, familias, profesionales) acerca de si los primeros momentos del proceso de adaptación siguen una senda apropiada y, en este caso, el niño/a puede pasar a convivir con la familia acogedora, transición ésta que también debe hacerse de forma adecuada (Amorós y Palacios, 2004).

D) Fase de adaptación al acogimiento

En ocasiones esta fase es denominada como de “acoplamiento” pero autores como Amorós y Palacios (2004) optan por el término adaptación para enfatizar el carácter dinámico y progresivo de los procesos que se ponen en marcha con la salida del hogar familiar o residencial por parte del niño/a y su entrada en la familia de acogida.

El periodo inicial del acogimiento resulta una fase crítica para el desarrollo posterior del mismo y, por ello, es preciso otorgar una atención especial a las vivencias, actitudes y comportamientos de la familia biológica, del niño/a y de la propia familia de acogida.

La preparación y el trabajo con la familia de origen del niño acogido antes y durante el acogimiento familiar es una tarea importante (Torres, 2009a) que, a veces, particularmente cuando el acogimiento es de tipo permanente, no se realiza de forma apropiada. En concreto, en la fase de adaptación se ha de prestar especial atención a las diversas maneras en las que se manifiesta en los padres y otros familiares significativos la pérdida afectiva ligada a la salida del niño/a, y trabajar con ellos para ayudar a afrontar esta pérdida de la manera más adaptativa posible. Esto no solo redundaría en una mejor adaptación de la familia biológica al acogimiento, sino que, al favorecer su aceptación y colaboración con el acogimiento, favorece igualmente la adaptación del niño y de la familia de acogida.

Obviamente, la vivencia y reacciones del niño/a acogido en los momentos iniciales de su convivencia con la familia de acogida revisten especial relevancia. En Amorós y Palacios (2004) puede encontrarse una exposición detallada de las pérdidas asociadas a la salida de la propia familia para ser acogido y las reacciones típicas del niño ante ellas; de cómo los menores tratan de entender y dar sentido a lo que les está sucediendo y situarse emocionalmente ante ello; de cuáles son las fases por las que pasa el menor en su proceso de adaptación al acogimiento y las diferencias existentes entre unos niños y otros en la forma de llevarlo a cabo.

Por último, la familia de acogida experimenta también un proceso de adaptación que comienza antes de la incorporación efectiva del niño a su hogar. Como señalan Amorós y Palacios (2004), los dos aspectos previos esenciales que pueden jugar un rol importante en el proceso de adaptación de la familia acogedora tienen que ver por un lado, con la información previa que los acogedores reciben sobre el niño y, por otro, en la forma en que se lleva a cabo la transición de un hogar a otro. Además, otros factores que afectan de forma significativa el proceso de adaptación de la familia de acogida a la experiencia inicial del acogimiento (aunque no sólo en

esta fase) son: las relaciones con la familia biológica del niño, los problemas de conducta que pueda presentar el menor acogido y el impacto que el acogimiento tenga para la dinámica familiar existente en la familia de acogida y, muy en particular, para los hijos de los acogedores. De hecho, los profesionales se ven en ocasiones sorprendidos por la constatación de cambios significativos negativos en la familia de acogida una vez que "tienen" al menor, lo que justifica sin duda una vigilancia y apoyo cercano durante esta fase inicial (Achúcarro y cols., 2003).

E) Seguimiento del acogimiento

La literatura y la experiencia nos dice que, una vez que el menor ingresa en la familia de acogida, es imprescindible que puedan contar con un seguimiento que sirva de apoyo al proceso de acogida, a la vez que evalúa la marcha del mismo en relación a los objetivos propuestos y, en su caso, plantea nuevos objetivos (Amorós y Palacios, 2004; Barjau, 1996, Torres, 2003).

Una particularidad especialmente importante en el AF es que la nueva organización familiar resultante (Herce, Achúcarro, Rivero, Torres y Barandiarán, 1998):

- Surge de la confluencia de dos sistemas familiares que, generalmente, son muy diferentes entre sí (a excepción del caso de las familias extensas).
- Se crea de una manera artificial, es decir no es una familia que evoluciona y se conforma de manera natural sino que nace por la intervención y deseo de muchas personas e instituciones ajenas a la propia familia y sin haber realizado los pasos previos (ciclo vital de la familia).

Todo ello hace que las dificultades que ya de por sí existen en toda familia (ser madre o padre no es una tarea fácil) adquieran una especial relevancia. Además, nos encontramos con problemas añadidos que, normalmente, no suelen tener las familias "normales" (la relación con la familia biológica, las dificultades emocionales y/o comportamentales de estos niños; la relación familia acogedora-servicios de protección infantil;...). Por ello, si no existe un seguimiento del acogimiento donde se pueda ofrecer ayuda especializada a este nuevo sistema familiar y los otros sistemas implicados, pueden sucederse crisis que pueden acabar con un fracaso en el acogimiento y, en definitiva, con mayor daño al menor.

De acuerdo con Torres, Rivero, Achúcarro y Herce (2002), los objetivos generales del seguimiento de los casos son:

1. Detección de necesidades y propuesta de toma de decisiones con relación a los menores, así como a las familias acogedoras y biológicas.
2. Facilitar la consecución de los objetivos específicos del AF que hayan sido establecidos de acuerdo con el Plan de Caso del menor(es).
3. Potenciar el conocimiento, aceptación y cooperación con la medida de AF por parte de la familia biológica, menor y acogedora.
4. Apoyo técnico al AF, teniendo en cuenta principalmente al menor acogido, su familia y la familia acogedora.
5. Prevención de rupturas y cambios perjudiciales en el acogimiento del menor.

Entre los objetivos específicos en relación al menor, destacamos:

1. Promover su bienestar a través de la satisfacción de sus necesidades y:
 - a) atendiendo a sus posibles retrasos y/o necesidades en los diferentes ámbitos de su desarrollo; b) fomentando el desarrollo de su identidad personal y familiar, y c) potenciando las habilidades que le permitan desempeñar los roles correspondientes a su estadio evolutivo.
2. Ayudar a los menores acogidos a afrontar y superar el proceso y las consecuencias de las separaciones y pérdidas implícitas en el acogimiento.

Objetivos específicos en relación a la familia biológica:

1. Apoyar a dichas familias: a) favoreciendo la comunicación entre éstas y sus hijos en acogimiento; b) ayudándoles a afrontar la nueva situación de separación; c) ayudándoles a canalizar sus sentimientos (pérdida, inferioridad, frustración, ira...) de una manera adecuada; y d) mejorar la utilización y aprovechamiento de los recursos comunitarios que se les ofertan.
2. Hacer partícipes a estas familias de los planes de actuación con sus hijos, de su evolución y solicitar su ayuda y colaboración cuando sea necesario, fomentando así su implicación activa en todo el proceso.
3. Rescatar y resaltar los aspectos positivos de estas familias tanto en su rol personal como en su papel de figuras parentales.
4. Servir de apoyo y control en las visitas entre el menor y su familia biológica, en caso de requerir supervisión, observar la relación familia natural-menor y favorecer una relación positiva entre las partes.

En relación a la familia acogedora:

1. Proporcionar a los acogedores los recursos para que puedan constituir un entorno lo más cálido, afectuoso, predecible, seguro e individualizado para los menores.
2. Promover que la familia acogedora sirva de modelo apropiado de funcionamiento individual y relacional para el menor acogido y su familia natural, desde una postura de colaboración en la ésta no se sienta juzgada o dañada en su autoestima.
3. Ayudar a la familia acogedora en la integración y manejo de los diferentes procesos que viven los menores desde el inicio del acogimiento hasta su finalización, comenzando por el proceso de incorporación y adaptación del menor a la familia acogedora hasta su posterior salida, en caso de que se produzca.
4. Servir de apoyo a dichas familias en las diferentes crisis que los menores puedan vivir, tanto por su situación de acogidos como por las diferentes etapas evolutivas por las que atraviesan.
5. Ofrecer oportunidades de formación adicional.
6. Reconocer y valorar la labor que realizan estas familias.

En diferentes publicaciones nos hemos ocupado de los diferentes retos que familias biológicas, menores acogidos, familias acogedoras y profesionales suelen tener que hacer frente durante el seguimiento del acogimiento para tratar de garantizar el éxito del mismo (Achúcarro y cols., 2003; Herce, Achúcarro, Gorostiaga, Torres y Balluerka, 2003; Torres, 2007a; 2007b; 2009a; 2009b; Torres, Balluerka, Rivero, Herce, Achúcarro y Gorostiaga, 2002).

Finalmente, aunque por motivos de espacio no es posible abordar aquí el tema de la evaluación de programas de acogimiento familiar, remitimos al lector interesado a las excelentes publicaciones realizadas por el equipo del Dr. Jorge Fernández del Valle (Del Valle, López, Monserrat y Bravo, 2008; Del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2009; López, Montserrat, Del Valle y Bravo, 2010).

3. LA ADOPCIÓN

La adopción es un recurso que se aplica en aquellos casos en los que no es posible el mantenimiento o retorno del menor a su familia de origen y que persigue proporcionarle una familia alternativa de forma definitiva. Tal y como señala

Palacios (2009a), la adopción es la medida más extrema que se puede tomar por parte del Sistema de Protección a la Infancia en los casos de maltrato y/o abandono infantil debido a dos motivos que no se dan en el resto de alternativas de protección: a) implica un cambio radical en la situación jurídica previa de todos los implicados, ya que los que eran padres dejan de serlo, quienes no tenían un hijo pasan a tenerlo y quien es adoptado, deja de ser hijo de los primeros y se convierte en hijo de los segundos; b) dicho cambio es de naturaleza irrevocable, siendo la única alternativa de protección infantil que posee esta característica, de forma que la adopción es jurídicamente tan irreversible como la filiación biológica, no existiendo diferencias entre ambas filiaciones en los derechos y obligaciones que generan.

3.1. Presupuestos y criterios en relación a la adopción

Aunque la adopción ha existido desde los principios de la historia, durante las últimas décadas se han producido cambios muy relevantes en la práctica de la misma (Fuertes y Amorós, 1996), que conviene recordar debido a que algunos de ellos se han convertido en presupuestos o principios básicos en la adopción:

- a) Una reducción global del número de menores susceptibles de ser adoptados.
- b) Un incremento significativo de niños/as que, estando legalmente disponibles para la adopción, presentan características y necesidades especiales que la imposibilitan o dificultan (menores con graves problemas de salud y/o de desarrollo, niños/as mayores...).
- c) Consideración de la adopción no como un servicio para familias de clase media sin hijos, sino como un servicio pensado esencialmente para los menores, lo que ha conllevado importantes cambios en los criterios de selección de las familias adoptivas.
- d) Reconocimiento creciente del derecho del niño/a a conocer su pasado y sus orígenes, frente al secretismo que rodeaba a la adopción con anterioridad.
- e) Reconocimiento de las dificultades particulares ligadas a la condición de adoptado y adoptante/s, con la implantación cada vez más frecuente de servicios específicos de apoyo post-adopción.
- f) Cambios en los sistemas de selección de familias adoptantes no sólo en relación a las variables que se consideran relevantes, sino también en lo que respecta al concepto mismo de selección (énfasis en la formación y autoselección de los candidatos).

- g) Surgimiento y preponderancia de una nueva tipología de adopción, constituida por las adopciones internacionales y transraciales.
- h) Igualmente, también han aparecido nuevas tipologías de adoptantes (familias monoparentales, homosexuales...).
- i) Atención a los efectos de la adopción en los padres biológicos y reconocimiento de la conveniencia de proporcionarles servicios específicos de apoyo previo y posterior a la adopción.
- j) Auge del movimiento a favor de la “adopción abierta” en su variante de adopción de contacto, en la que el adoptado continúa manteniendo relaciones con su familia biológica.

Dependiendo de la nacionalidad del menor adoptado, la adopción puede ser nacional o internacional, y, aunque existen determinados aspectos comunes en ambas como medidas de protección infantil, la regulación legal y el proceso asociado a tal regulación y otros elementos relevantes, son significativamente diferentes en la adopción nacional y en la internacional. Por motivos de espacio, en este apartado nos referiremos esencialmente a cuestiones relativas a cuando la adopción se decide y se lleva a cabo con menores de nacionalidad española debido a que es considerada la medida de protección infantil apropiada para el caso. No obstante, como hemos señalado, algunas de las consideraciones que se van a realizar en torno a la cuestión de la adopción nacional son igualmente pertinente y aplicables a los casos de adopción internacional. En cualquier caso, el lector interesado puede consultar bibliografía específica en relación a la adopción internacional (de Castro, 2011; Mirabent y Ricart, 2005; Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005; Prats y Ruiz, 2009; Sariego, 2000).

Entre los principales criterios técnicos a tener en cuenta a la hora de considerar la pertinencia de la adopción como medida de protección infantil (Diputación Foral de Álava, 2004) están:

- No hay posibilidad de reinserción del niño en su familia de origen porque los intentos han fracasado o porque la existencia de circunstancias dañinas para el menor hace que la situación familiar sea irreversible.
- La familia extensa del menor no quiere, no puede o no es apta para acoger al niño/a o joven y hacerse cargo de su cuidado.
- Se constata una prolongada institucionalización del menor sin contacto o con escasos contactos con su familia de origen.
- El menor manifiesta su deseo de ser adoptado.
- La madre y el padre del menor consienten la adopción.

- Aunque la madre y el padre no consientan la adopción, se puede prescindir de su aprobación al existir motivos que les hacen estar incursos en causa de privación de patria potestad.
- La corta edad del niño/a aconseja su inmediata integración familiar (en edades inferiores a los 7 años, las posibilidades de éxito de la adopción son mayores).
- Por motivos de reagrupación familiar: ya existe otro/a hermano/a adoptado/a por esa misma pareja.

3.2. El proceso de la adopción

A diferencia de lo que sucede con el acogimiento familiar, y dado que el número de niños y niñas susceptibles de ser adoptados es sensiblemente inferior al de familias que desean adoptar, no existe necesidad de campañas de sensibilización y captación de familias adoptivas. La excepción podemos encontrarla en el caso de los menores que, por sus características especiales (discapacidades o enfermedades graves, grupos de hermanos, niños mayores...), no responden a la demanda general de los solicitantes de una adopción.

A) Fase de valoración-preparación/formación

Al igual que ha sucedido en el ámbito del acogimiento familiar, el proceso de selección de las familias adoptantes ha cambiado significativamente en los últimos años, evolucionando desde los modelos tradicionales de "selección/valoración" a los más actuales centrados en la valoración y la preparación o formación de los potenciales adoptantes (Fuertes y Amorós, 1996; Goiburu y Torres, 2006; Rosser y Bueno, 2001). En nuestro país, a partir de la elaboración del programa de formación para la adopción en la Comunidad Autónoma Andaluza (Palacios y cols., 1999, 2006), varias comunidades autónomas han incluido como requisito obligado la participación en la formación para el posible acceso a la parentalidad adoptiva.

Siguiendo un esquema similar a la valoración-formación de familias de acogida, aunque abordando lógicamente las particularidades intrínsecas a la adopción, esta fase del proceso de adopción suele implicar varias entrevistas con los solicitantes, las sesiones de formación, la visita al domicilio y, finalmente, la toma de decisión en relación a la "idoneidad" de los candidatos a la adopción.

Básicamente, los objetivos que se persiguen con este proceso formativo o de preparación serían (DFA, 2004; Rosser y Bueno, 2001): a) proporcionar un conocimiento más ajustado de la realidad de la adopción con el fin de prevenir potenciales dificultades y fracasos posteriores; b) Proveer un espacio de reflexión para los solicitantes de adopción para favorecer su decisión en cuanto a continuar o no con el proceso; c) Facilitarles una valoración de su propia motivación, de sus necesidades y de sus habilidades; d) favorecer un proceso participativo de las personas interesadas en la adopción.

La formación suele ser grupal y abarcar un número diferente de sesiones dependiendo de las Comunidades Autónomas. En el programa diseñado por Palacios y colaboradores (1999, 2006) se contempla una versión para la formación en el ámbito de la adopción nacional y otra para la internacional. Como señala Palacios (2009a, p. 57), *“cada grupo de formación está compuesto por en torno a unas 15 personas (típicamente, seis o siete parejas y dos o tres solicitantes monoparentales), siendo las sesiones coordinadas por dos profesionales (de nuevo, típicamente uno del trabajo social y otro de la psicología). Se trata de sesiones en las que predominan las actividades de grupo, con un fuerte énfasis en la participación, la expresión de vivencias y la discusión abierta. En cada una de las sesiones se incorporan testimonios de adoptantes o de adoptados grabados en video y relevantes para los temas sobre los que en cada caso se esté trabajando. Estos temas no son otros que los fundamentales en el proceso de adopción: la motivación para adoptar, los perfiles y características de quienes esperan ser adoptados, la preparación de la llegada y cómo facilitar la adaptación, el análisis de los problemas más frecuentes y de las respuestas educativas que pueden ser más adecuadas, la temática de la comunicación sobre la adopción y la búsqueda de los orígenes, las características especiales que implica la adopción de niños o niñas mayores, o con hermanos, o con necesidades especiales, etc.”*

En los casos de adopción internacional, las ECAIs (Entidades Colaboradoras para la Adopción Internacional) suelen complementar esta preparación con actividades formativas más orientadas al país concreto de que se trate, formación que ayuda a los adoptantes a preparar el viaje, la estancia y los trámites en el lugar en que van a llevar a cabo la adopción (Palacios, 2009a).

En definitiva, como indican Goiburú y Torres (2006), ante la decisión de adoptar, son muchos los elementos o aspectos que los solicitantes tendrán que tener en cuenta: las distintas vías para la adopción, las características de los niños/as adoptivos/as, las motivaciones, los factores de riesgo, las actitudes, las

expectativas... De todas estas cuestiones destacan, en opinión de estas autoras, las motivaciones y las expectativas de las personas que desean adoptar, ya que las primeras llevarán, en esencia, a tomar la decisión de adoptar, y las segundas determinarán en parte la forma en la que se vivenciará la difícil aventura de adoptar y de ser padres/madres adoptivos.

En lo que respecta a la valoración de la idoneidad de los solicitantes para la adopción, como señala Palacios (2009a), éste es uno de los pocos requisitos que la ley española establece para la adopción. El estudio realizado por Palacios y Sánchez-Sandoval en el año 2005 por encargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales identificó una elevada disparidad en los criterios técnicos empleados en las comunidades autónomas en relación a la valoración de la idoneidad, a pesar de ser considerada como la estrella central de las actuaciones profesionales en el proceso global de la adopción. Como resultado de las conclusiones de dicho estudio, el mismo Ministerio encargó entonces la elaboración de un manual de criterios técnicos en relación con la valoración de idoneidad, la asignación de menores a familias y el seguimiento post-adopción (Palacios, 2009b). Este manual fue elaborado con la participación de profesionales de los servicios de adopción de las diferentes comunidades autónomas, y tiene como argumento básico del modelo el que todas las intervenciones profesionales en adopción deben tener como su eje argumental fundamental, por una parte, las necesidades de los niños y niñas adoptados, y, por otra, las capacidades adultas que se consideran necesarias para responder a esas necesidades.

Así, la formación para la adopción o la valoración de idoneidad deberán centrarse en estimular (formación) o determinar la presencia (valoración) de esas capacidades en relación con aquellas necesidades. La propuesta contenida en la publicación de Palacios (2009b) incorpora protocolos de valoración de idoneidad tanto en los aspectos psicológicos, como en los sociales. Para cada uno de los contenidos fundamentales (relevantes en la lógica necesidades-capacidades) se presentan indicaciones de cómo proceder a la valoración, así como un análisis de los indicadores favorables y de riesgo. El protocolo contempla aspectos específicos para la valoración de solicitantes homosexuales y también de solicitantes monoparentales (Palacios, 2009a). Áreas típicas que suelen ser objeto de evaluación o valoración suelen ser (Fuertes y Amorós, 1996; DFA, 2004; León, Sánchez-Sandoval, Palacios y Román, 2010), entre otras: a) Historia personal y familiar; b) Apoyo social, estrés y estilo de vida; c) Madurez emocional y perfil individual; d) Ajuste de pareja (familias no mono-parentales); e) Salud física y mental; f) Disponibilidad para adoptar (decisión, actitudes hacia la familia de

origen, , expectativas sobre el menor, disposición a darle a conocer su condición de adoptado y sus orígenes...); g) Habilidades para educar al menor adoptado; h) motivaciones para la adopción; i) Actitud positiva y abierta para la formación y el seguimiento; j) Condiciones materiales.

B) Emparejamiento/Adaptación a la adopción

La asignación de menores a familias adoptivas deberá tratar de asegurar al máximo que cada niño o niña vaya a una familia con capacidad para responder adecuadamente a sus específicas necesidades, porque una familia concreta puede ser muy adecuada para hacerse cargo de un determinado menor, pero no para asumir la responsabilidad de criar y educar a otro (Palacios, 2009a).

Como sucede igualmente en el caso del acogimiento familiar y ya hemos recalcado, el menor que ha sido orientado a una adopción (sea nacional o internacional) debe recibir, al igual que la familia adoptante, una adecuada preparación para afrontar este cambio radical con las mayores garantías de éxito (Torres, 2007b; Fernández y colaboradores, 2001). Los objetivos fundamentales que persigue dicha preparación son: a) favorecer que los menores puedan manifestar sus sentimientos, ayudarlos a tomar conciencia de su historia (de lo que les ha ocurrido, de por qué no pueden cuidar de ellos sus padres biológicos); b) asegurarse de que comprendan la irreversibilidad de la adopción y la aceptan; c) ayudarles a creer que es positivo formar nuevos vínculos y que ello no supone una traición a nadie. A pesar de que parece existir un consenso básico en cuanto a estos objetivos, se constatan bastantes diferentes en lo relativo a las estrategias y procedimientos para alcanzarlos (Fernández y cols., 2001). Igualmente, como parte de la preparación del menor para la adopción, es crítico que reciba información fundamental sobre la familia adoptiva que se le ha asignado, información que puede ser verbal, escrita o a través de imágenes o fotografías (Fuertes y Amorós, 1996).

Asimismo, como ocurre con las familias de acogida, cada vez existe mayor acuerdo en que las familias adoptivas deben recibir la mayor cantidad posible de información sobre los antecedentes del menor y de su familia biológica, a excepción de aquella que pueda llevar a su identificación actual (en caso de no ser ya conocida por el niño/a). Tal y como señalan Fuertes y Amorós (1996, p. 467), esta información puede ayudar a: a) Comprender las necesidades y problemas del niño; b) Decidir si están dispuestos a aceptar al niño, no sólo como bebé o como niño que es en el momento de iniciarse la convivencia, sino también como adolescente y adulto que llegará a ser; c) Sentirse cómodos con la familia biológica del menor y

con las razones que llevaron a que fuese adoptado; d) Planificar los servicios que podrán necesitar con el tiempo después de realizarse la adopción (asesoramiento psicológico, prevención de determinadas enfermedades, etc.); e) Comprender la herencia del niño y desarrollar al máximo sus potencialidades; f) Ser capaz de dar respuestas al niño sobre las causas que llevaron a su adopción, impidiendo el desarrollo de fantasías perjudiciales tanto para la familia como para el menor.

Además, el tiempo de espera y el encuentro con el niño/a representan momentos muy relevantes en el proceso de adaptación para la adopción (Goiburú y Torres, 2006) y deben ser adecuadamente planificados, de forma que los contactos puedan desarrollarse de forma progresiva, pero atendiendo siempre al ritmo requerido por las partes, en particular por el menor. Tanto el niño como la familia necesitan recibir supervisión y apoyo durante estos primeros contactos para abordar de forma adecuada las actitudes, sentimientos y comportamientos en ocasiones difíciles que pueden presentarse.

Al igual que sucede con el acogimiento familiar, el periodo en el que se inicia la convivencia efectiva del menor adoptado y su nueva familia es realmente importante para la evolución de la adopción y, por ello, requiere de una observación cercana con disponibilidad de los recursos de apoyo que sean necesarios. Básicamente, aunque quizás estos primeros momentos requieran una atención más intensiva, podemos considerarlos como parte integrante del necesario seguimiento postadopción del que hablaremos a continuación.

C) Seguimiento post-adopción

En esencia, el seguimiento postadopción consistirá en analizar en qué medida las necesidades del menor están siendo adecuadamente atendidas, así como en ver si es posible aumentar las capacidades adultas para darles una adecuada respuesta (Palacios, 2009a). No obstante, es preciso tener en cuenta que una vez que se ha producido la resolución judicial de adopción, las entidades competentes en materia de protección infantil ya no poseen la tutela sobre el menor que ha sido adoptado y, por tanto, cualquier intervención de apoyo en el seguimiento vendrá determinada por la solicitud de los adoptantes. En el caso de las adopciones internacionales, los países de origen establecen la obligatoriedad de realizar seguimientos de las mismas, cuya periodicidad y duración varían dependiendo del país de origen del menor.

Tal y como plantean Howard y colaboradores (Howard, Smith y Ryan, 2004), la mayoría de los estudios revelan la existencia de un mayor número de problemas emocionales y conductuales en los niños adoptados que en los menores no-adoptados (Wierzbicki, 1993), especialmente a partir de la edad escolar y, sobre todo, en la adolescencia (Stams, Juffer y van IJzendoorn, 2001). Una afirmación típica que suele hacerse a este respecto es que si bien la adopción parece tener un efecto positivo a medida que transcurre el tiempo, constatándose una disminución de problemas y retrasos en los niños adoptados, es cierto que un porcentaje no despreciable de estos niños continúan presentando serias dificultades (Gunnar, Bruce y Grotevant, 2000; Judge, 2004; Moliner y Gil, 2002). Probablemente dentro de este grupo de niños con mayor probabilidad de tener problemas significativos están los niños de las adopciones especiales, ya que los estudios claramente indican unas tasas mayores de fracaso en los casos de los menores de adopciones especiales que en el grupo de niños que no conforman este tipo de adopciones (Brodzinsky, Schechter y Marantz, 1992/2002; Fernández Molina, 2002; Gallant, 2000; Palacios, Sánchez y Sánchez, 1996). Si bien es cierto que todavía no existe un consenso completo acerca de los criterios que definen que una adopción pueda considerarse "especial", en general, tales criterios se basan de forma casi exclusiva en las características del propio niño/a que es adoptado/a. Así, entre las condiciones que suelen ser mencionadas a este respecto están (Fernández Molina, 2002; Forbes y Dziegielewski, 2003; Steele Mullin y Johnson, 1999):

- El que la edad del menor supere un límite determinado, aunque no existe acuerdo en cuál ha de ser dicho límite. Así, para algunos autores (Steele y cols., 1999) basta que el niño/a sea mayor de 1 año para considerar la adopción como especial. Otros sitúan la frontera en los 6 años (Fernández Molina, 2002), mientras que otros la prorrogan hasta pasados los 8 años (Forbes y Dziegielewski, 2003).
- Pertenencia a grupos étnicos diferentes al mayoritario.
- Haber sufrido maltrato físico, abandono y/o abuso sexual.
- Padecer una enfermedad física.
- Presentar algún tipo de trastorno psicológico.
- Presentar necesidades educativas especiales (deficiencia física, psíquica o sensorial).
- Haber experimentado un contexto de cuidado fuera de su familia antes de la colocación en la familia adoptiva.
- Ser adoptado junto a otros hermanos.

En cualquier caso, tal y como señala Palacios (2007), son muchas las necesidades que adoptantes y adoptados presentan después de la adopción. Las áreas de problemas más frecuentes tienen que ver con temas jurídicos, de salud, de desarrollo, de problemas de conducta, de dificultades en relación con el apego, de temas que tienen que ver con las pérdidas, de comunicación sobre adopción y de búsqueda de orígenes. Para un análisis desde la perspectiva ecosistémica de los retos de la crianza adoptiva puede consultarse la publicación de Torres y Goiburu (2006). Por ello, paulatinamente y de forma reciente en nuestro país se han ido implantando servicios post-adopción en diferentes comunidades autónomas españolas que proporcionan servicios psicoterapéuticos o de asesoramiento a las familias (Palacios, 2009a; Torres, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achúcarro, C.; Herce, C.; Torres, B. y Rivero, A.M^a (2003). Ponencia para el debate y propuestas de acogimiento familiar del Fórum 2003 "HI HA INFANCIA I ADOLESCENCIA EN RISC?", organizado por la FEDAIA (Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la infància i a l'Adolescència) y celebrado en Barcelona los días 27 y 28 de noviembre de 2.003.

- Amorós, P., Fuertes, J., y Roca, M. J. (1994). *Programa para la formación de familias acogedoras*. Valladolid: Junta de Castilla y León y Ministerio de Asuntos Sociales.
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., y Mesas, A. (Eds.). (2002). *Programa para la formación de familias acogedoras de urgencia y diagnóstico*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Amorós, P., Jiménez, J., Molina, C., Pastor, C., Cirera, L., y Martín, D. (2005). *Programa de formación para el acogimiento en familia extensa*. Barcelona: Obra Social de Fundació La Caixa.
- Anguera, M. T.; Chacón, S. y Blanco, A. (Coord.) (2008). *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico*. Madrid: Síntesis.
- Arruabarrena, M. I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 13-23.
- Arruabarrena, M. I. y Alday, N. (2008). *MANUAL CANTABRIA: Procedimientos y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar*. Santander: Gobierno de Cantabria.
- Arruabarrena, M. I., y de Paúl, J. (2001). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arruabarrena, M.I. y de Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato/abandono infantil y familias alto-riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228.
- Azar, S. T., y Wolfe, D. A. (1998). Child physical abuse and neglect. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 451–493). New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Bakermans-Kraneburg, J., van IJzendoorn, J., y Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215.
- Barjau, C. (1996). Acogimiento familiar, un medio de protección infantil. En J. de Paúl y M. I. Arruabarrena (Eds.). *Manual de Protección Infantil* (pp. 359-392). Barcelona: Masson.
- Barudy, J. (1993). El enfoque sistémico del maltrato infantil: Una intervención alternativa a la violencia familiar. *Actas del II Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Galdoc: Santiago de Chile.
- Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and Opportunities. *The Future of Children*, 19(2), 95-118.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413–434.
- Boger, R., Richter, R., y Weatherston, D. (1983). Perinatal positive parenting: A program of primary prevention through support of first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 4, 297–308.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brodzinsky, D. M., Schechter, M. D. y Marantz, R. (1992). *Being adopted. The lifelong search for self*. Nueva York: Anchor Books. Hay traducción española (2002). *Soy adoptado. La vivencia de la adopción a lo largo de la vida*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.

- Cerezo, M. A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato en infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- Chaffin, M. (2004). Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families? *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 589-595.
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. En W. M. Grove y D. Cicchetti (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl. Vol. 2. Personality and Psychopathology* (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergeneracional transmisión, and sequelae of child maltreatment. *New directions for Child Developmental*, 11, 31-55.
- Cicchetti, D., Toth, S. y Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. En A.J. Sameroff, M. Lewis y S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychology*. 2nd Edition (pp. 689-722). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Crittenden, P. M. (1996). Research on maltreating families. Implications for intervention. En L. B. J. Briere, J. A. Bulkley, C. Jenny y T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 158-174). London: Sage Publications.
- Cohn, A. H., y Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tells us. *Child Abuse & Neglect*, 11, 433-442.
- Conley, A. y Berrick, J. D. (2010). Community-based child abuse prevention: Outcomes associated with a differential response program in California. *Child Maltreatment*, 15(4), 282-292.
- Daro, D., y Cohn-Donnelly, A. (2002a). Charting the waves of prevention: Two steps forward, one step back. *Child Abuse & Neglect*, 26, 731-742.
- Daro, D., y Cohn-Donnelly, A. (2002b). Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. En J. Myers, L. Berliner, J. Briere, T. Hendrix, C. Jenny, y T.

- Reid (Eds.), *APSAN handbook on child maltreatment* (pp. 431–448, 2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daro, D. y McCurdy, K. (2007). Interventions to Prevent Maltreatment. En L. Doll, (Ed.). *The Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 137–55). New York: Springer.
- De Castro, J. (2011). *Guía de la adopción internacional de la A a la Z*. Madrid: Bohodon Ediciones.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (2001). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Del Valle, J. F. (1995). Evaluación de programas en Servicios Sociales. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 207-239). Madrid: Editorial Síntesis.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain. Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 847-853.
- Diputación Foral de Álava (2004). *Guía de actuación para los servicios sociales dirigidos a la infancia en el territorio histórico de Álava*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Asuntos Sociales de la DFA.
- Dodge, K. A. y Coleman, D. L. (Eds.). (2009). *Preventing child maltreatment: Community approaches*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Eckenrode, J. (2011). Primary prevention of child abuse and maltreatment. En M. P. Koss, J. W. White y A. E. Kazdin (Eds.). *Violence against women and children, Vol 2: Navigating solutions*. (pp. 71-91) Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Emery, R. E. (1989). Family violence. *American Psychologist, 44*, 321–328.

- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Fernández, M.; González, A.M.; Goicoechea, M.A.; De la Morena, L.; Quintana, I.; Linero, M.J.; Fuentes, M.J.; Barajas, C. (2001). Preparación y asesoramiento a los niños y niñas en los acogimientos preadoptivos. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 105-115.
- Fernández Molina, M. (2002). Descripción del proceso de adaptación infantil en adopciones especiales. Dificultades y cambios observados por los padres adoptivos. *Anales de Psicología*, 18(1), 151-168.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The future of Children*, 19(2), 169-194.
- Finkelhor, D., y Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Forbes, H. y Dziegielewski, S. F. (2003). Issues facing adoptive mothers of children with special needs. *Journal of Social Work*, 3(3), 301-320
- Friedrich, W. N. (2002). An integrated model of psychotherapy for abused children. En J.B.E. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. Reid (Eds.). *The APSAC handbook of child maltreatment* (2ª ed., pp. 141-157). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fuertes, J. y Amorós, P. (1996). Práctica de la adopción. En J. de Paúl y M. I. Arruabarrena (Eds.). *Manual de Protección Infantil* (pp. 447-490). Barcelona: Masson.
- Furniss, T. (1991). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy and legal intervention*. London: Routledge.
- Gallant, N. (2000). What works in special needs adoption. En G. Alenxander y Kluger, M. (Eds.). *What works in child welfare* (pp. 227-234). Washington DC: Child Welfare League of America.
- Geeraert, L., Van den Noorgate, 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 metaanalysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277–291.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children. Integrating directive and nondirective approaches*. New York: The Guilford Press.
- Goiburu, A. y Torres, B. (2006). Adopzioa: guraso izateko modu honen erronkak. En Alonso-Arbiol, I. (Koord.). *Amatasuna eta Aitatasuna: Proposamen berriak* (pp. 145-161). Bilbao: Eusko Jaurlaritza. Hezkuntza, Unibertsitate eta Ikerketa Saila.
- Guerney, L. (2003). Filial therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 99-142). New York: Wiley.
- Gunnar, M.R., Bruce, J. y Grotevant, H.D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology* 12(4), 677-693.
- Guterman, N. B. (2001). *Stopping Child Maltreatment before It Starts: Emerging Horizons in Early Home Visitation Services*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Hahn, R., Bilukha, O., Crosby, A., Fullilove, M., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Schofield, A., Corso, P., y Briss, P. (2003). First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Early childhood home visitation. *MMWR: Recommendations & Reports*, 52, 1–9.
- Hembree-Kigin, T. L. y McNeil, C. B. (1995). *Parent-child interaction therapy*. New York: Plenum Press.
- Herce, C.; Achúcarro, C.; Rivero, A.M^a; Torres, B.; Y Barandiarán, A. (1998). Programa de apoyo y seguimiento del acogimiento familiar en Gipuzkoa. Descripción y reflexiones prácticas en torno a esta experiencia. Ponencia en mesa redonda en las *I Jornadas sobre el desarrollo socio-emocional de los menores acogidos y/o adoptados*. Vitoria-Gasteiz, 24 y 25 de marzo de 1998.
- Herce, C.; Achúcarro C.; Gorostiaga, A.; Torres, B. y Balluerka, N. (2003). La integración del menor en la familia de acogida: factores facilitadores. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 163-177.

- Hernández, B. y Valera, S. (2008). *Psicología social aplicada e intervención psicosocial*. La Laguna: Resma.
- Higgins, D. J., Bromfield, L. M. y Richardson, N. (2006). The effectiveness of home visiting programs for preventing child maltreatment. *National Child Protection Clearinghouse's Child Abuse Prevention: What Works? Research Brief N° 2*, 1-16.
- Hoelting, J., Sandell, E., Letourneau, S., Smerlinder, J., y Stranik, M. (1996). The MELD experience with parent groups. *Zero To Three*, 16(6), 9-18.
- Hogan, C. (2001). *The power of outcomes: Strategic thinking to improve results for our children, families and communities*. Washington, DC: National Governors Association.
- Holzer, P. J., Bromfield, L. M. y Richardson, N. (2006). The effectiveness of parent education programs for preventing child maltreatment. *National Child Protection Clearinghouse's Child Abuse Prevention: What Works? Research Brief N° 1*, 1-13.
- Holzer, P. J., Higgins, J. R., Bromfield, L. M., Richardson, N. y Higgins, D. J. (2006). The effectiveness of parent education and home visiting child maltreatment prevention programs. *Child Abuse Prevention Issues*, 24, 1-23.
- Howard, K. y Brooks-Gunn, J. (2009). The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The Future of the Children* 19(2), 119-146.
- Howard, J. A., Smith, S. L. y Ryan, S. D. (2004). A comparative study of child welfare adoptions with other types of adopted children and birth children. *Adoption Quarterly*, 7(3), 1-30.
- Intevi, I. V. (2008). *Intervención en casos de maltrato infantil*. Santander: Consejería de Empleo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria.
- James, S. y Mennen, F. (2001). Treatment Outcome Research: How Effective Are Treatments for Abused Children? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 73-95.
- Judge, S. (2004). The impact of early institutionalisation on child and family outcomes. *Adoption Quarterly*, 7(3), 31-48.

- León, E., Sánchez-Sandoval, Y., Palacios, J. y Román, M. (2010). Programa de formación para la adopción en Andalucía. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 202-210.
- Lieberman, A. F. y Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, M., Montserrat, C., Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2010). El acogimiento en familia ajena en España. Una evaluación de la práctica y sus resultados. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 269-280.
- Lyndon, A. y Portwood, S. G. (2010). Protecting children in their homes: Effective prevention programs and policies. En J. M. Lampinen y K. Sexton-Radek, (Eds.) *Protecting children from violence: Evidence-based interventions*. (pp. 35-56). New York, NY, US: Psychology Press.
- 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 & Neglect*, 24, 1127-1149.
- Masson, O. (1981). Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales. *Thérapie Familiale*, 2(4), 269-286.
- Masson, O. (1987). Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 7(23), 531-556.
- Máiquez, y Capote, C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención Psicosocial*, 10(2), 185-198.
- Melton, G. B., y Flood, M. F. (1994). Research policy and child maltreatment: Developing the scientific foundation for effective protection of children. *Child Abuse & Neglect*, 18, 1-28.
- Minde, K., Shosenberg, N., Marton, P., Thompson, J., Ripley, J., y Burns, S. (1980). Self-help groups in a premature nursery. *Journal of Pediatrics*, 96, 933-940.
- Mirabent, V. y Ricart, E. (2005) (Comps.). *Adopción y vínculo familiar: Crianza, Escolaridad y Adolescencia en la Adopción Internacional*. Barcelona: Paidós.

- Moliner, M. y Gil, J. M. (2002). Estudios sobre la adaptación de los menores en la adopción internacional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 603-623.
- Nelson, G., Laurendeau, M.C. y Chamberland, C. (2001). A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(1), 1-13.
- 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 & Neglect*, 19(4), 463-473.
- O'Donohue, W. T. y Elliott, A. N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 218-228.
- Olds, D.L. (2007). The Nurse-Family Partnership. Foundations in attachment theory and epidemiology. En L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson y M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp. 217-249). New York: The Guilford Press.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. et al., (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of The American Medical Association*, 278, 637-643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H. y Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 95, 365-372.
- Olds, D. L., Hill, P. L., O'Brien, R., Racine, D. y Moritz, P. (2003). Taking preventive intervention to scale: The Nurse-Family Partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 278-290.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción. Necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38, 181-198.
- Palacios, J. (2009a). La adopción como intervención y la intervención en la adopción. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 53-62.

- Palacios, J. (2009b). *Intervenciones profesionales en adopción: valoración de idoneidad, asignación de niños a familias y seguimiento después de la adopción*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Palacios, J., Moreno, C. y Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y aprendizaje*, 71, 7-21.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo país, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E., Amorós, P., Fuertes, J. y Fuentes, N. (1998, 2006). *Programa de formación para la adopción*. Sevilla: Dirección General de Familias e Infancia.
- Palacios, J. Sánchez, Y. y Sánchez, E., E. M. (1996). *Estudio de los niños adoptados en Andalucía desde 1987 y de sus familias*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pons-Salvador, G. (2007). El apoyo a los padres para mejorar el vínculo afectivo en la primera infancia. En EVES (Eds.) *Violencia en la Infancia en el Ámbito Familiar*. (p.71-80). Valencia: Generalitat Valenciana.
- Prats, A. M. y Ruiz, C. (2009). *La adopción internacional: Niños y adolescentes (Guía pedagógica con casos prácticos)*. Madrid: Grupo Gesfomedia.
- Prinz, R. J. y Sanders, M. R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clinical Psychological Review*, 27(6), 739-749.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J. y Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U. S. Triple P System Population Trial. *Prevention Science*, 10, 1-12.
- Pumar, B., Torres, B., Rivero, A., Achúcarro, C. y Herce, C. (1996). Intervención sistémica familiar en casos de maltrato infantil. En A. Espina y B. Pumar (Eds.), *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación* (pp.185-215). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Rae-Grant, N. I. (1994). Preventive interventions for children and adolescents: Where are we now and how far have we come? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13, 17-36.

- Ratey, J. (2001). *A user's guide to the brain*. New York: Pantheon Books.
- Reboloso, E.; Fernández, B. y Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Reynolds, A., Mathieson, L. y Topitzes, J. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? *Child Maltreatment*, 14(2), 182-206.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Correa, A. D., Martín, J. C. y Rodríguez, G. (2006). Outcome evaluation of a community center-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child Abuse & Neglect* 30(9), 1049-1064.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). La educación de padres como recurso para la preservación familiar. En M. J. Rodrigo, M. L. Máiquez, J.C. Martín y S. Byrne, *Preservación Familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias* (pp. 155-174). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, G., Rodrigo, M.J., Correa, A., Martín, J.C. y Máiquez, M.L. (2004). Evaluación del programa "Apoyo personal y familiar" para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 437-446.
- Rosser, A. y Bueno, A. (2001). La formación y preparación de las familias solicitantes de adopción. *Intervención psicosocial*, 10(2), 119-129.
- Sánchez Redondo, J. M. (1996). Toma de decisiones. El plan de caso. En J. de Paúl y M. I. Arruabarrena (Eds.). *Manual de Protección Infantil* (pp. 213-279). Barcelona: Masson.
- Sanders, M., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., y Bor, W. (2000). The Triple P Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioural family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T., y Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3, 173–189.
- Sariego, J. L. (2000). *Guía de la adopción internacional*. Madrid: Tecnos.

- Saunders, B., Berliner, L., y Hanson, R. (Eds.). (2003). *Child physical & sexual abuse: Guidelines for treatment*. Charleston, South Carolina: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., y Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, *55*, 1040–1049.
- Shirk, S. R., y Eltz, M. (1998). Multiple victimization and the process and outcome of child psychotherapy. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *2*, 233–251.
- Skowron, E. y Reinemann, D. H. S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(1), 52–71.
- Society for Prevention Research. (2004). *Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination*. Falls Church, VA: Society for Prevention Research.
- Stagner, M. W. y Lansing, J. (2009). Progress toward a prevention perspective. *The Future of Children*, *19*(2), 19-38.
- Sams, G. J. J. M., Juffer, F. y van IJzendoorn, M. H. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology*, *19*, 159-180.
- Steele Mullin, E. y Johnson, L. (1999). The role of birth/previously adopted children in families choosing to adopt children with special needs. *Child Welfare*, *78*(5), 579-591.
- Stien, P. T. y Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain: Neurologically based interventions for troubled children*. New York: Haworth Press.
- Sweet, M., y Appelbaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, *75*, 1435–1456.

- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. y Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience Behavioural Review* 27(1-2), 33-44.
- Tomison, A. M., y Poole, L. (2000). Preventing child abuse and neglect: Findings from an Australian audit of prevention programs, en <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/auditreport.html>
- Torres, B. (2003). Principios básicos del acogimiento familiar. Manuscrito no publicado. *Master Universitario en Intervención Psicosocial*. UPV-EHU.
- Torres, B. (2004). Abordaje clínico de las familias de acogida y adoptivas. Ponencia en mesa redonda sobre "Diversidad familiar y psicoterapia" en la Jornada "La familia en el Siglo XXI, ¿nuevos retos?", celebrada en Donostia-San Sebastián el 13 de diciembre de 2004 y organizada por AVAPSI y Nuevo Futuro Gipuzkoa.
- Torres, B. (2007a). Curso de formación sobre "La preparación del menor para el acogimiento familiar y/o la adopción" (15 h) organizado por el Instituto Vasco de (IVAP) y celebrado en Bilbao los días 4-8 de junio de 2007.
- Torres, B. (2007b) Necesidades de vinculación y acogimiento familiar. Conferencia en el *Encuentro de Familias de Acogida*, organizado por el Dpto. de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, celebrado en Plentzia (Bizkaia), el día 27 de enero de 2007.
- Torres, B. (2009a). El Perfil de la Familia Biológica. En Familias para la Acogida y T. Díaz Tártalo (Eds.), *Acogimiento Familiar: Ayúdales a crecer* (pp.62-89). Madrid: Ediciones Encuentro.
- Torres, B. (2009b) ¿Cómo ayudar a los menores en acogimiento familiar? Aportaciones prácticas desde la investigación. Conferencia impartida en el *X Encuentro de Familias Acogedoras de Gipuzkoa*, celebrado el día 21 de noviembre de 2009 y organizado por la Asociación Beroa de Familias Acogedoras de Gipuzkoa.
- Torres, B., Alonso-Arbiol, I., Cantero, M. J. y Abubakar, A. (2011). Infant-Mother Attachment can be improved through Group Intervention: A Preliminary Evaluation in Spain in a Non-Randomized Controlled Trial. *Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 630-638.

- Torres, B., Balluerka, N., Rivero, A., Herce, C., Achúcarro, C. y Gorostiaga, A. (2002): La integración del menor en la familia acogedora: Una aproximación empírica. Conferencia en las *Jornadas sobre el Apoyo Social ante los Nuevos Retos en el Acogimiento de Menores*, organizadas por la Asociación Besarka. Vitoria-Gasteiz, 10-11 de mayo de 2002.
- Torres, B. y Goiburu, A. (2006). Heziketa-erronken ikuspegi ekosistemikoa: behar berezidun haurren adopzioa. En Alonso-Arbiol, I. (Koord.). *Amatasuna eta Aitatasuna: Proposamen berriak* (pp. 186-203). Bilbao: Eusko Jaurjaritza. Hezkuntza, Unibertsitate eta Ikerketa Saila
- Torres, B., Rivero, A., Achúcarro, C. y Herce, C. (2002). Principios de la buena práctica en el seguimiento de los menores en acogimiento familiar. Ponencia en mesa redonda sobre "Experiencias de la aplicación de la buena práctica en el acogimiento residencial y familiar". *Jornadas Europeas sobre Protección Infantil*, organizadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián, 7-8 de noviembre de 2002.
- Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M^a A. (2009). Proteger a la infancia: Apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo* 30(1), 24-32.
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Wierzbicki, M. (1993). Psychological adjustment of adoptees: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 447-454.
- Wolfe, D.A. y Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clinical Psychology Review*, 13, 473-500.
- Wulczyn, F. (2009). Epidemiological perspectives on maltreatment prevention. *The Future of Children*, 19(2), 39-66.