

Un análisis sobre intervenciones eficaces en la protección del menor*

An Analysis of Child Welfare Effective Interventions

Fecha de recepción: 20 Mayo 2016 | Fecha de aprobación: 16 Julio 2017

CARMEN TOUZA^a

Universidad de las Islas Baleares, España
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9471-8221>

RESUMEN

El propósito de este artículo es contribuir a la discusión del tipo de intervenciones que podrían ser más eficaces para la protección de los menores. Para lograrlo, se analizan las características de algunos de los programas mejor valorados en las clasificaciones de las intervenciones basadas en la evidencia: los tipos de intervenciones realizadas, sus formatos de ejecución y su efectividad. En la discusión, se plantean tres posibles factores que podrían estar relacionados con la eficacia de estos programas: la interacción entre la utilización de técnicas basadas en la evidencia y la adaptación de la intervención a las necesidades de cada familia, los efectos sobre la motivación y las expectativas de autoeficacia de los participantes y las características de los profesionales. Palabra clave: protección al menor; intervenciones basadas en la evidencia; evaluación de la eficacia.

Palabras clave

protección al menor; intervenciones basadas en la evidencia; evaluación de la eficacia.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: carmen.touza@uib.es

Para citar este artículo: Touza, C. (2018). Un análisis sobre intervenciones eficaces en la protección del menor. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1-13. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.aiep>

ABSTRACT

The purpose of this article is to contribute to the discussion of the kind of interventions that could be most effective for child protection. To achieve this, the characteristics of some of the most highly valued programmes for evidence-based practice are analysed: the type of intervention used, their implementation formats and their effectiveness results. In the discussion, three possible factors that could be related to the effectiveness of these programmes are considered: the interaction between the use of evidence-based techniques and adaptation of the intervention to the needs of each family, the effects on motivation and the expectations of self-efficacy by the participants and the characteristics of the practitioners.

Keywords

child welfare; evidence-based practice; treatment effectiveness evaluation.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen

o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Es difícil conocer la prevalencia y la incidencia de los malos tratos porque las estimaciones hechas por los estudios varían dependiendo de factores como las definiciones y los métodos de investigación utilizados. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009) señalan que en el mundo 275 millones de niñas y niños son víctimas cada año de violencia dentro de sus hogares. La Organización Mundial de la Salud (2016) indica que los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de la población adulta manifiesta haber sufrido malos tratos físicos cuando niños, que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños sufren maltrato psicológico y desatención.

Estos datos muestran que es un problema que afecta a un elevado número de menores y de familias. Por otra parte, los estudios han demostrado que los malos tratos pueden tener efectos en los sistemas neurobiológicos y en el desarrollo cognitivo, social y emocional a lo largo del ciclo vital y pueden afectar a la capacidad del niño para convertirse en un miembro productivo de la sociedad (Widom, 2014). Los malos tratos suponen una violación de los derechos de los menores y comprometen gravemente su desarrollo, su bienestar y su calidad de vida. Además, el maltrato infantil tiene un impacto económico que incluye los costos derivados de las intervenciones (sanitarias, sociales, educativas, psicológicas, jurídicas, etc.) que requieren las familias en las que se han producido situaciones de malos tratos, así como los de otras intervenciones y servicios que palién las consecuencias producidas a mediano y largo plazo.

La gravedad del problema y su impacto en las personas y en la sociedad determinan la necesidad de abordarlo a partir de intervenciones

que hayan demostrado suficiente evidencia empírica de eficacia y de los beneficios que suponen para la sociedad. En la actualidad, diferentes organizaciones han ido elaborando bases de datos que incluyen descripciones muy precisas de los programas que han ofrecido evidencias muy sólidas y estables de haber alcanzado un alto grado de eficacia en el logro de los objetivos para los que fueron diseñados. Al mismo tiempo, estas organizaciones han elaborado clasificaciones de estos programas según el grado de evidencia aportada por los mismos. Por lo tanto, es posible acceder a información válida y fiable sobre la eficacia y los beneficios que estos programas proporcionan a las personas y colectivos a los que atienden y a la sociedad que los financia (De Paúl, 2012). Son los llamados programas basados en la evidencia. La práctica basada en la evidencia es un enfoque de la práctica clínica que requiere de la investigación, específicamente de diseños experimentales cuantitativos, para determinar los mejores métodos clínicos. Los comienzos de este enfoque en el campo de la psicología se encuentran a mediados de los años cincuenta del siglo pasado y es a mitad de los años noventa cuando se promueve su aplicación para el análisis de las intervenciones en el ámbito de la protección al menor (Forte, Timmer, & Urquiza, 2014).

Para conocer hasta qué punto son eficaces las intervenciones, cuáles lo son en mayor medida y qué factores influyen en los efectos producidos, además de utilizar la información aportada por las bases de datos y las clasificaciones existentes sobre los programas en el campo de la protección al menor basados en la evidencia, se dispone de los resultados ofrecidos por las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones, las revisiones sistemáticas y los estudios de metaanálisis. Son varios los estudios que encuentran tamaños del efecto de magnitud moderada en las intervenciones realizadas y que han ido indicando cuáles son esas características que pueden incrementar sus resultados (Geeraert, Den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004; Lundahl, Nimer, & Parson, 2006). Incluso, algunos estudios

han encontrado tamaños del efecto medios significativos y de magnitudes moderadas o elevadas que se mantuvieron en el tiempo (Sánchez-Meca, Rosa-Alcaraz, & López-Soler, 2011; Skowron & Reinemann, 2005). La duración de los tratamientos, la utilización de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, el empleo de visitadores domiciliarios, la combinación del entrenamiento conductual de los padres en entornos clínicos y en el hogar o la realización de intervenciones individualizadas, frente a la utilización única de formatos grupales, son características relacionadas con una mayor probabilidad de éxito. También se dispone de análisis sobre posibles barreras a la eficacia de los tratamientos. Los padres con escaso apoyo social, elevados niveles de estrés asociados a la pobreza y con problemas de salud mental se beneficiarían menos de las intervenciones (Carr, 2009).

El propósito de este artículo ha sido contribuir a la discusión de los factores que pueden aumentar la eficacia de las intervenciones. Se considera que se trata de un tema muy relevante porque nos encontramos en un momento en que cada vez es mayor la presión para que los profesionales incorporen en su práctica clínica intervenciones basadas en la evidencia. Para lograr el propósito planteado, se parte del análisis del tipo de intervenciones que realizan algunos de los programas mejor situados en las clasificaciones en protección al menor basadas en la evidencia y del análisis de su implementación. Son programas que incorporan, en gran medida, las características que los meta-análisis y las revisiones sistemáticas relacionan con la obtención de mejores resultados. Tres razones nos llevaron a seleccionar los programas analizados. La primera fue enriquecer el análisis con intervenciones con una finalidad preventiva y como intervenciones dirigidas a paliar las consecuencias que presentan los menores y/o a evitar que vuelvan a ser maltratados. La segunda razón fue considerar que la mayoría de los estudios realizados para comprobar la eficacia de estos programas todavía no han sido incluidos en estudios de meta-análisis, lo que posibilita plantear hipótesis sobre otras variables que podrían influir en la efectividad

de las intervenciones, pero cuyos efectos todavía no han sido analizados. Estas hipótesis podrían ser objeto de futuras investigaciones, que orientaran el diseño de nuevos programas basados en la evidencia. La tercera y última razón que justificó nuestra selección fue que todos estos programas han demostrado su eficacia a través de investigaciones metodológicamente muy rigurosas y han alcanzado las máximas valoraciones en las clasificaciones sobre intervenciones basadas en la evidencia.

Principales características de los programas seleccionados

Teniendo en cuenta las razones anteriormente señaladas, se seleccionaron seis programas cuyas principales características se desarrollan en los siguientes subapartados que aparecen sintetizadas en la Tabla 1.

Tabla 1

Síntesis de las principales características de los programas analizados

	Población	Finalidades	Tipos intervenciones	Efectividad demostrada
TP	Padres e hijos de 0 a 16 años.	Implementar una estrategia preventiva de apoyo al ejercicio del rol parental y a la familia.	Cinco niveles de intervención de distinta intensidad y formato.	De cada nivel de intervención y del impacto preventivo a nivel poblacional.
NFP	Madres primerizas con bajos ingresos y sus hijos.	Prevenir situaciones de malos tratos promoviendo la salud y el bienestar de las familias.	Educación parental. Mejorar las fuentes de apoyo informal y formal.	A corto, medio y largo plazo (con menores de 15 años).
MST-CAN	Familias con hijos de 6 a 17 años.	Mantener unidas a las familias con seguridad, evitar incidentes futuros de maltrato físico y negligencia y actuar sobre los factores de riesgo.	Intervenciones basadas en la evidencia según necesidades de cada caso. Intervención en crisis.	Con casos de maltrato físico o negligencia y con múltiples y graves necesidades clínicas.
PCIT	Familias con hijos de 2 a 7 años.	Mejorar la calidad de las interacciones paterno-filiales y modificar los patrones de interacción.	Entrenamiento en vivo de habilidades parentales.	Con casos graves de maltrato físico o negligencia.
TF-CBT	Menores de 3 a 18 años con experiencia traumática y sus padres/cuidadores.	Abordar las consecuencias producidas por la experiencia traumática.	Psicoeducación. Habilidades parentales. Relajación. Regulación emocional. Afrontamiento cognitivo. Narración y procesamiento del trauma. Exposición en vivo. Sesiones conjuntas. Seguridad y desarrollo futuro.	Con casos de abuso sexual y de violencia de género.
PS	Niños de 4 a 9 años y sus madres víctimas de violencia de género.	Abordar niveles clínicos de problemas externalizados de conducta.	Entrenamiento en habilidades parentales. Provisión de apoyo social y entrenamiento en resolución de problemas.	Con casos de violencia de género, maltrato físico y negligencia.

Nota. TP = Triple P Positive Parenting Programme; NFP = Nurse-Family Partnership; MST-CAN = Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect; PCIT = Parent-Child Interaction Therapy; tf-CBT = Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy; PS = Project Support.

Triple P-Programa de Parentalidad Positiva (Positive Parenting Program ® [Triple P])

La Triple P (2016) es una estrategia preventiva multinivel de apoyo al ejercicio del rol parental y a la familia. Se dirige a padres de niños desde el nacimiento hasta los 16 años y se plantea los siguientes objetivos: 1) poner al alcance de los padres intervenciones parentales basadas en la evidencia; 2) normalizar la concepción de los programas sobre parentalidad para que los padres se sientan cómodos pidiendo ayuda; 3) ofrecer la cantidad exacta de apoyo que necesiten los padres, suficiente pero no demasiado; 4) proporcionar a los padres la confianza y las habilidades para ser autosuficientes en el manejo los problemas de forma independiente y 5) proveer a las comunidades de intervenciones tempranas a nivel poblacional para prevenir los malos tratos a los menores, los problemas de salud mental y el comportamiento antisocial. Esta perspectiva de promover la competencia parental considera que el desarrollo de la capacidad de autorregulación de los padres es una habilidad central que supone enseñarles a resolver problemas de forma independiente y autónoma. La Triple P consiste en cinco niveles de intervención que forman un continuo cada vez más intenso, respondiendo a distintos niveles de factores de riesgo y de protección en las familias y a sus necesidades y deseos en relación con el tipo, la intensidad y la forma de prestación de los servicios. Esta estrategia multinivel permite una adaptación flexible a problemas similares, ya que los formatos de intervención son muy variados: grupales, individuales, con apoyo telefónico, con visitas a domicilio, formación online, utilización de medios de comunicación, etc.

En referencia a la evaluación del programa, diversas investigaciones controladas han demostrado la eficacia y la efectividad de los distintos niveles de intervención. Sin embargo, el presente trabajo se centra en el análisis de los resultados del único estudio que existe, a nivel poblacional, sobre el impacto preventivo en los malos tratos a menores de intervenciones parentales basadas en la evidencia con asignación

aleatoria al tratamiento de 18 áreas geográficas (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009). Las variables evaluadas fueron tres: conocimiento público de la Triple P, número estimado de familias participando en la Triple P y tres indicadores de resultados en la población (casos comprobados de malos tratos registrados por los servicios de protección, separaciones de los menores de sus hogares por los servicios de acogimiento y hospitalizaciones y visitas a urgencias por lesiones producidas por malos tratos registradas por personal sanitario). El análisis de los resultados mostró que, tras los dos años de la intervención, el conocimiento público del programa en los hogares de las zonas en las que se aplicó fue significativamente superior al que mostraron los de las zonas donde no se aplicó. En cuanto a la participación, se encontró que participaron en la Triple P entre 8 883 y 13 560 familias. En la tercera variable analizada, entre los indicadores poblacionales se encontraron diferencias significativas en los tres, a favor de las poblaciones donde se había aplicado la Triple P. Los tamaños del efecto fueron elevados o muy elevados.

Colaboración Enfermera-Familia (Nurse-Family Partnership [NFP])

El NFP es un programa que se dirige a madres primerizas con bajos ingresos y a sus hijos. Se plantean tres grandes objetivos (Olds, Kitzman, Cole, & Robinson, 1997): 1) fomentar la salud de las madres durante el embarazo, 2) promover una adecuada atención a los hijos por parte de las madres y, por lo tanto, la salud del niño y un adecuado desarrollo de este y 3) promover el crecimiento y el desarrollo personal de las madres (ayudándolas para retomar sus estudios, encontrar trabajo y planificar futuros embarazos). Para alcanzar estos objetivos, llevan a cabo tres grandes tipos de intervenciones: un programa de educación parental, el mejoramiento de las fuentes de apoyo informal y la conexión de las madres con los sistemas de apoyo formal. El modelo de prestación de servicios se basa en visitas a domicilio individualizadas que empiezan

durante el embarazo y terminan cuando el niño tiene dos años.

NFP es uno de los programas más consolidados, cuya eficacia a corto, medio y largo plazo se ha evaluado en numerosas ocasiones. Se han encontrado resultados positivos relacionados con la salud de la madre, la salud del niño, el desarrollo del menor y su adaptación escolar, la disminución en la conducta delictiva y en la violencia familiar, las prácticas parentales positivas y la economía familiar autónoma (Avellar, Paulsell, Sama-Miller, & Del Grosso, 2013). Concretamente, con referencia a la prevención de los malos tratos, se han encontrado resultados positivos en el número de visitas a servicios de urgencias por accidentes e intoxicaciones durante el segundo año de vida, en el número de lesiones o ingestas registradas por los médicos entre los 25 y 50 meses del niño, en el número total de atenciones médicas por lesiones o ingestas a los dos años de edad, en el número de visitas médicas ambulatorias por lesiones o ingestas a los dos años de edad, en el número de días de hospitalización por lesiones o ingestas y en el número de casos confirmados de maltrato y negligencia a la edad de 15 años (Zielinski, Eckenrode, & Olds, 2009).

Terapia Multisistémica para el Maltrato y la Negligencia de Menores (Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect [MST-CAN])

La MST-CAN es una adaptación de la Multisystemic Therapy (MST) desarrollada en los años 70 del pasado siglo como tratamiento para jóvenes delincuentes y sus familias, pero haciendo un énfasis mayor en el comportamiento de los adultos, porque es el motivo de la notificación de malos tratos. Se dirige a familias con niños o adolescentes (de 6 a 17 años) que han sufrido malos tratos físicos y/o negligencia y que todavía viven con sus padres o están en acogimiento con vistas a la reunificación. La intervención se plantea los siguientes objetivos: 1) reducir el maltrato y la negligencia; 2) disminuir las separaciones de la familia; 3) mejorar el ejercicio del rol parental; 4) mejorar

la salud mental de los padres; 5) mejorar la salud mental de los hijos y 6) incrementar el apoyo social. Estos objetivos se logran con la utilización de diversas técnicas basadas en la evidencia. El programa se implementa en los hogares y en la comunidad (escuela, servicios comunitarios, etc.). Es un tratamiento intensivo que puede incluir varias sesiones semanales o sesiones diarias y la atención en situaciones de crisis. La duración total del tratamiento suele ser de seis a nueve meses, aunque en los casos más complicados puede prolongarse hasta un año.

En cuanto a los resultados de la evaluación del programa frente a los malos tratos, un estudio (Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew, 2010) con asignación aleatoria comparó la efectividad de la MST-CAN con otro tratamiento dirigido a jóvenes (de 10 a 17 años, con una edad media de 14 años) que habían sufrido maltrato físico y negligencia y dirigido también a sus padres. A lo largo de 16 meses de seguimiento, los jóvenes en la condición MST-CAN mostraron reducciones significativamente mayores en problemas internalizados de conducta. También se produjeron diferencias significativas a favor del grupo en el número de separaciones de su hogar y menos cambios de ubicación. Aunque menos jóvenes en el grupo MST-CAN experimentaron malos tratos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, posiblemente por los bajos niveles de la línea base. Los padres de dicho grupo mostraron reducciones significativamente mayores en malestar psicológico, negligencia, agresiones físicas (leves o severas) y psicológicas, así como un declive menor en la utilización de la disciplina no violenta. También informaron de incrementos mayores en su red social que los padres del grupo de comparación y una mayor satisfacción con el tratamiento. El 98% de las familias en MST-CAN terminaron el tratamiento, frente al 83% del otro grupo.

Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy [PCIT])

La PCIT se diseñó como tratamiento para niños de 2 a 7 años con problemas de conducta y dificultades en la relación con sus padres. Posteriormente, se adaptó como tratamiento para padres maltratadores de niños de entre 4 y 12 años. El objetivo de la intervención fue terminar con el maltrato, mejorando la calidad de las interacciones paterno-filiales, desactivando la escalada de los ciclos coercitivos que se producen en dichas interacciones y fomentando un estilo parental autoritativo. El programa original consistía en la enseñanza de habilidades parentales, pero su adaptación a familias maltratadoras se realizó incluyendo otros componentes, como sesiones grupales motivadoras (Chaffin, Funderburk, Bard, Valle, & Gurwitch, 2011). El entrenamiento en habilidades no se centra en cómo los padres conceptualizan o comprenden el rol parental, sino en la conducta que despliegan. Se trata a los padres conjuntamente con sus hijos, las habilidades se definen conductualmente y se entrenan y practican directamente en sesiones conjuntas, hasta que llegan a alcanzar los criterios establecidos de sobreaprendizaje de las habilidades. La intervención grupal motivadora consiste en seis sesiones basadas en los principios de la entrevista motivacional, aunque adaptados a un contexto grupal.

En cuanto a los resultados de la intervención, son muy numerosas las investigaciones que avalan la eficacia del programa y el mantenimiento de sus resultados. En esta investigación, centrada en el estudio de Chaffin et al. (2011), se comprobó la aplicabilidad del tratamiento formado por dos componentes, la enseñanza de habilidades parentales y el grupo motivador, en contextos naturales y sus resultados en la reducción de nuevos informes de malos tratos. Participaron 192 padres con notificaciones por maltrato físico, negligencia o abusos sexuales. Se hizo una asignación aleatoria a dos tipos de intervención motivadora: la creada por los autores del programa (SM) y un grupo de

motivación que seguía una intervención realizada en la comunidad (SAU). Posteriormente, se volvió a hacer una asignación aleatoria a dos tipos de enseñanza de habilidades parentales: PCIT y una intervención grupal realizada en la comunidad (SAU). Hubo tres periodos de evaluación: línea base, tras intervención motivadora (64 días en promedio) y tras el entrenamiento de los padres (a los 247 días de media). A continuación, se hizo un seguimiento de recidivas (nuevas notificaciones o separaciones del niño de la familia) a los 907 días de media. Tras la intervención motivadora, el análisis de los resultados mostró que ambos grupos mejoraron en su motivación, pero el incremento fue significativamente mayor en SM que en SAU. Tras el entrenamiento de los padres en habilidades parentales, se encontraron efectos significativos a favor de PCIT frente a SAU, tanto en la disminución de las conductas negativas de los padres, como en el incremento de las positivas. No se produjeron efectos de interacción con el tipo de intervención motivadora. Finalmente, en el análisis de las recidivas, SM+PCIT mostró una mayor eficacia para reducir nuevos informes que SAU+PCIT y SM+SAU y apareció una tendencia considerable en la misma dirección frente a SAU+SAU. El efecto se debió a la interacción de los dos componentes y fue mayor en los casos en los que convivían hijos y padres o se había producido la reunificación familiar en el corto plazo.

Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma (Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy [TF-CBT])

La TF-CBT es una intervención que se dirige a niños y adolescentes (3 a 18 años) con una experiencia traumática que presentan síntomas significativos de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, problemas de conducta, vergüenza u otras dificultades relacionadas con la vivencia traumática. Entre otras experiencias traumáticas, se encuentran los menores que han sufrido abusos sexuales o violencia de género. Abordar estos síntomas

resultantes de una o más experiencias traumáticas incluye los siguientes objetivos (Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network, 2004): 1) mejorar los síntomas de los niños de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión, 2) mejorar los problemas externalizados de conducta del niño (incluidos los problemas en la conducta sexual si están relacionados con el trauma), 3) mejorar las habilidades parentales y el apoyo que el padre da al niño y reducir el malestar parental, 4) mejorar la comunicación paterno-filial, el apego y la habilidad para mantener la seguridad, 5) promover el funcionamiento adaptativo del niño y 6) reducir la vergüenza relacionada con las situaciones traumáticas. El modelo de intervención incluye varios componentes, a través de los cuales se va planteando una exposición progresiva a la experiencia traumática del niño y se realiza tanto con los padres como con los hijos, primero en sesiones paralelas, y luego conjuntas. Los padres reciben sesiones adicionales sobre el ejercicio efectivo del rol parental. En la mayoría de los casos, el tratamiento se completa entre 12 y 16 sesiones semanales, aunque en los más complejos puede prolongarse entre 16 y 20 sesiones.

El modelo ha sido probado en varios estudios con grupos de control aleatorios con niños que habían sufrido abusos sexuales y ha demostrado su eficacia para mejorar el trastorno de estrés postraumático, la depresión y otras dificultades emocionales y conductuales en niños de 3 a 17 años y en sus padres. Los resultados se mantuvieron en periodos de seguimiento de 2 años (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999). También, recientemente, ha demostrado su eficacia con menores víctimas de violencia de género; se presentan los resultados de un estudio realizado al respecto. Se trata del trabajo de Cohen, Mannarino e Iyengar (2011) que compararon los resultados obtenidos con la TF-CBT con los de un tratamiento comunitario usual en casos de violencia de género (terapia centrada en el niño), utilizando un diseño con grupo de control y asignación aleatoria.

Participaron 124 niños y sus madres; los menores tenían entre 7 y 14 años. Se introdujeron algunos cambios en la aplicación de la TF-CBT para adaptarse a las condiciones reales de aplicación en un servicio comunitario que difieren de las condiciones de aplicación en laboratorio. En la evaluación, se comprobaron los resultados en relación con los síntomas de estrés postraumático, ansiedad del niño no relacionada con el estrés postraumático, los problemas de conducta del niño y su funcionamiento cognitivo. Los resultados indicaron que el grupo TF-CBT mostró mejoras significativas relativas a los síntomas de estrés postraumático y de ansiedad no asociada al mismo. El porcentaje de niños que dejó de alcanzar puntuaciones clínicas en el postratamiento frente al pretratamiento, fue significativamente mayor en el grupo TF-CBT. Las puntuaciones medias del grupo TF-CBT se movieron del rango clínico al normalizado en la ansiedad no relacionada con el estrés postraumático y en los problemas de conducta, mientras que esto no ocurrió en el otro grupo. Al final del tratamiento, en el grupo de terapia centrada en el niño había significativamente menos participantes afroamericanos que en el grupo TF-CBT y también había informado de un número mayor de eventos adversos que el grupo TF-CBT. El porcentaje de abandonos fue elevado (39 %), lo que afecta la validez interna del estudio, pero aumenta su validez externa, ya que los participantes fueron seleccionados para que se parecieran lo más posible a la población real a la que se dirigen este tipo de intervenciones.

Proyecto Apoyo (Project Support [PS])

PS es un programa que dirigido a niños de 4 a 9 años con niveles clínicos de problemas externalizados de conducta que recientemente habían vivido con sus madres en casas de acogida para mujeres maltratadas. También se ha utilizado con menores que habían sufrido malos tratos físicos y negligencia. Sin embargo, aquí se centra en su aplicación con menores testigos de violencia de género, porque existe más evidencia de su eficacia para este tipo

de casos, a pesar de los resultados positivos obtenidos en familias con menores maltratados. El objetivo del PS es reducir los problemas de conducta. El programa se compone de dos tipos de intervenciones: la enseñanza de habilidades parentales y el fomento del apoyo emocional e instrumental. Para adaptarse a las necesidades de cada familia, se evalúan sistemáticamente las creencias de cada madre, sus prácticas, sus conocimientos sobre la educación, los patrones comportamentales de cada niño y las relaciones entre los miembros de la familia. Se trabaja principalmente con las madres, aunque los niños participan en las sesiones para evaluar la utilización de las habilidades y sus respuestas a estas. El segundo componente es la provisión de apoyo social, instrumental y emocional, a las madres para reducir su estrés y para facilitar su vinculación con la intervención. También se abordan sus preocupaciones sobre la seguridad. A estos apoyos, se añade el entrenamiento en resolución de problemas y en la toma de decisiones. Las intervenciones se realizan en los hogares, con una duración recomendada de 26 semanas.

En cuanto a los resultados obtenidos con el programa, aunque ha habido otros estudios anteriores sobre sus efectos durante un periodo de 16 meses (Jouriles et al., 2001) y a los 24 meses de la finalización de la intervención (McDonald, Jouriles, & Skopp, 2006), se limitan a la investigación realizada por Jouriles et al. (2009). En este estudio, participaron 66 familias (32 en la condición de PS y 34 como grupo de comparación). En el grupo de PS se aplicó el programa tal y como se ha descrito. El grupo de comparación recibió contactos mensuales personalmente o por teléfono durante 20 meses, para recibir servicios de apoyo instrumental y emocional similares a los que recibieron las familias de PS. La asignación a los grupos fue aleatoria y se realizaron seis evaluaciones: tres durante la implementación del programa y tres en el periodo de seguimiento. Las familias fueron evaluadas en el momento de establecer la línea base y a los 4, 8, 12, 16 y 20 meses. El análisis de los resultados mostró que los problemas de conducta de los hijos

disminuyeron durante la intervención en ambos grupos, pero el descenso fue más rápido en grupo PS. Durante el seguimiento, continuaron disminuyendo solo en grupo PS. Se encontraron tamaños del efecto de moderados a elevados. Al final del tratamiento, la proporción de niños del grupo PS que se encontraba en el rango de puntuaciones normativas fue significativamente superior a la del grupo de comparación. El análisis de las habilidades parentales concluyó que el comportamiento parental inconsistente y severo disminuyó en ambos grupos durante tratamiento, con un descenso más rápido en el grupo PS, siendo los tamaños del efecto de pequeños a moderados. No se encontraron diferencias durante el seguimiento. Los síntomas psiquiátricos de las madres fueron otros de los efectos analizados. Los resultados indicaron que durante el periodo de la intervención dichos síntomas disminuyeron en ambos grupos y no se produjeron diferencias en el ritmo de descenso. Durante el periodo de seguimiento, continuaron reduciéndose en el grupo PS, pero no en el grupo de comparación. Se encontraron tamaños del efecto de pequeños a moderados. También se realizó un análisis de cinco variables mediadoras: la inconsistencia, las agresiones físicas de la madre, las agresiones psicológicas de la madre, la sintomatología psiquiátrica general y la sintomatología traumática, que fueron examinadas de forma separada para el periodo de tratamiento y para el periodo de seguimiento. El efecto mediador apareció durante el periodo de intervención, pero no durante el de seguimiento. Las variables mediadoras dieron cuenta del 53.6% del cambio en los resultados individuales del grupo PS y del 43% del cambio en los del grupo de comparación. El 56.1% de la diferencia entre los grupos en el cambio en los resultados durante la intervención fue mediado por la inconsistencia, las agresiones psicológicas de las madres y los síntomas traumáticos.

Discusión

Los resultados de los estudios de evaluación de los programas presentados vienen a confirmar

los encontrados por los metaanálisis realizados sobre las intervenciones en el campo de la protección al menor, en cuanto al logro de tamaños del efecto de magnitud moderada (Geeraert et al., 2004; Lundahl et al., 2006), aunque en algunos estudios también se informa de tamaños del efecto elevados o pequeños. Otro punto que se debe destacar es que los efectos encontrados en muchos casos parecen mantenerse en los periodos de seguimiento analizados y que algunas de estas investigaciones se han hecho sobre implementaciones realizadas en contextos naturales, lo que aumenta su validez ecológica. Todo ello permite ser optimista en cuanto a la disponibilidad de programas basados en la evidencia. Además, y aunque no ha sido objeto del análisis llevado a cabo, algunos han demostrado no solo su eficacia, sino también su rentabilidad económica, lo que puede aumentar el interés por su implementación. No obstante, todavía quedan muchos aspectos por analizar para poder mejorar los resultados encontrados y su mantenimiento a largo plazo. A través del análisis de los programas presentados, es importante destacar que comparten tres características que podrían estar relacionadas con su efectividad. La primera es la utilización de técnicas basadas en la evidencia y la adaptación de los contenidos a las necesidades de cada familia y a la implementación del programa. La segunda se refiere a los efectos positivos que las intervenciones podrían estar produciendo en la motivación y en las expectativas de autoeficacia de los participantes. La tercera apunta a la capacitación y el apoyo que reciben los profesionales que implementan los programas.

En relación con la primera característica, es relevante que los programas analizados incorporan entre sus intervenciones la enseñanza de habilidades parentales para reducir los problemas de conducta de los menores y para prevenir la conducta maltratadora de los padres. Este tratamiento se plantea con cuatro características que han demostrado estar asociadas con el tamaño del efecto en la modificación del comportamiento parental y en la reducción de los problemas externalizados de conducta: la practica en vivo de los padres

con sus hijos, la enseñanza de habilidades de comunicación emocional y de interacción positiva con los hijos y la utilización consistente de la disciplina (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008). Por otra parte, partiendo de planteamientos ecológicos, muchos programas combinan la enseñanza de habilidades parentales con otros tipos de programas dirigidos a reducir el estrés de los padres y a mejorar su adaptación. Sin embargo, esta estrategia de intervención multicomponente no siempre ha demostrado incrementar los resultados obtenidos, y las hipótesis planteadas para explicar estos resultados se refieren a la posibilidad de que el conjunto de servicios pueda resultar una carga excesiva para las familias o plantear intervenciones contradictorias (Chaffin et al., 2004; Kaminski et al., 2008). En opinión de los autores del presente estudio, el entrenamiento de habilidades parentales en vivo, en aplicaciones individuales y/o realizadas en los domicilios y ajustando el número de sesiones a los progresos y dificultades de cada caso, favorece la eficacia de este tipo de intervención porque permite desarrollarla a medida. Lo mismo debería hacerse con otra clase de intervenciones como la provisión de apoyo social o de servicios que atienden otros problemas de las familias; de hecho, es lo que realizan programas como NFP, MST-CAN o PS. Para que la acción conjunta de diversos componentes produzca efectos positivos, podría ser necesario que, además de tratarse de intervenciones pertinentes y basadas en la evidencia, su ejecución se adapte a las necesidades de las familias y se realice en condiciones adecuadas (en el momento oportuno, en la dosis adecuada, de forma coordinada, etc.).

También este planteamiento forma parte de la estrategia multinivel de la Triple P o de los diversos componentes de la TF-CBT. La variedad de formatos de realización y de contenidos de los distintos niveles de la Triple P permiten esta adaptación a cada familia desde la perspectiva de una intervención poblacional. Los componentes de la TF-CBT se temporalizan para lograr una exposición progresiva a la experiencia traumática del niño, y solo después de terminar con los

componentes de adquisición de habilidades, los terapeutas abordan los específicos del trauma. Esta estrategia, junto con el formato de intervención individual, con sesiones separadas y conjuntas entre padres e hijos, potenciaría la capacidad de las técnicas utilizadas al ajustarse a las necesidades y experiencias traumáticas de cada hijo y de cada padre.

En cuanto a la segunda característica indicada, todos los programas analizados favorecerían los efectos de las intervenciones en la motivación y en las expectativas de autoeficacia de los participantes. Lograrlos forma parte de las estrategias del programa NFP. También, la PCIT ha combinado el entrenamiento de habilidades parentales con una intervención grupal motivadora. El análisis de los resultados obtenidos mostró que esta fue más relevante para la generalización de las habilidades aprendidas al hogar y su utilización con el niño tras el entrenamiento, que para el aprendizaje de las mismas y la participación en el programa (Chaffin et al., 2011). El entrenamiento en vivo y el control de la adquisición de las habilidades son elementos centrales del la PCIT. Estas dos características favorecen que los padres perciban los cambios en sus conductas y en las de sus hijos, lo que recompensaría sus esfuerzos y aprendizajes durante el entrenamiento, resultando la intervención motivadora en sí misma. Además, este cambio comportamental puede ir acompañado de cambios en las actitudes y percepciones de los padres, a pesar de no ser objeto de la intervención (Chaffin et al., 2004).

PS ayuda a las madres a reconstruir sus redes sociales y a obtener apoyo material y emocional en un momento de gran vulnerabilidad e inestabilidad en sus vidas, como es el de volver a la comunidad tras abandonar la casa de acogida. En esta situación, puede ser fácil constatar los beneficios del programa para la mejora de la calidad de vida de la familia. En el caso de la MST-CAN, el proceso analítico que siguen las intervenciones implica a las familias en la definición de los objetivos, en el diagnóstico de los problemas, en la planificación de las intervenciones y en su evaluación. Esta participación puede suponer

para muchos participantes la oportunidad de percibir que controlan sus vidas y los resultados que se consiguen, frente a posibles experiencias anteriores de indefensión e incapacidad.

Con relación a la tercera característica común de los programas analizados, la capacitación y el apoyo que reciben los profesionales que los implementan, todos los programas informan de una elevada cualificación de partida, a la que se añaden una formación específica sobre el programa y un proceso de supervisión y apoyo durante la implementación.

A partir de los análisis realizados, y dado que el propósito de este trabajo ha sido contribuir a la discusión de los factores que pueden aumentar la eficacia de las intervenciones, se plantea una propuesta para futuras investigaciones. Esta propuesta incluye el estudio de la influencia que puede tener en los resultados obtenidos la interacción entre dos variables: la utilización de técnicas basadas en la evidencia y la adaptación de los contenidos y de la implementación del programa acorde con las necesidades de cada familia. Se considera que este efecto conjunto de las mejores intervenciones en las condiciones más adecuadas para cada caso, favorece que las familias puedan constatar los resultados obtenidos, lo que refuerza el mantenimiento de los cambios comportamentales, promueve la adhesión al programa y la adquisición de nuevos aprendizajes. En definitiva, aumentaría la motivación y las expectativas de autoeficacia de los participantes. A su vez, el incremento en estas variables (motivación y expectativas de autoeficacia) actuarían como variable mediadora que estaría asociada a la efectividad de las intervenciones, favoreciendo los resultados a corto plazo, así como el mantenimiento y transferencia de los resultados obtenidos a mediano y largo plazo.

La propuesta también contempla el estudio de la influencia de las características de los profesionales que implementan las intervenciones en los resultados obtenidos. Sería interesante analizar si existe alguna relación entre las competencias mostradas por los profesionales y los resultados obtenidos, si algunas de las características de los sistemas

de formación utilizados y si el apoyo y la supervisión recibidos predicen mejores resultados de la intervención. Hay otros muchos elementos de la ejecución de los programas analizados que también podrían influir en los tamaños del efecto obtenidos. Sin embargo, creemos que el análisis de variables relacionadas con los profesionales puede ser especialmente relevante, ya que existen datos que muestran que la utilización de manuales o currículos estandarizados podría no tener un efecto positivo tan claro como el esperado (Kaminski et al., 2008). Este resultado incrementaría el peso de la importancia de la ejecución del profesional frente a la protocolización de la intervención. La disponibilidad de materiales educativos de apoyo podría ser un factor que podría contribuir a aumentar la fidelidad al programa, pero para la eficacia podrían ser más determinantes sus componentes, los formatos de ejecución y las competencias de los responsables de ejecutarlo.

La propuesta presentada pretende ser una pequeña contribución que aporte al debate sobre qué factores contribuyen a aumentar los resultados positivos de las intervenciones en el campo de la protección a los menores. Hubiera sido posible seleccionar otros programas, pero los elegidos han demostrado mejores resultados y que muestran también estrategias diferentes y representativas de las intervenciones basadas en la evidencia en el campo de la protección al menor. En este sentido, la discusión planteada puede ser de utilidad para el diseño de futuras investigaciones, aunque una limitación de este trabajo es que las propuestas trazadas están condicionadas por los programas seleccionados.

Referencias

- Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., & Del Grosso, P. (2013). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary* (Informe N° 2013-42). Washington, DC: OPRE. Recuperado de https://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE_Executive_Summary_2013.pdf
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x>
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and Parent-Child Interaction Therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 84-95. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021227>
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing further abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.500>
- Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network. (2004). *How to implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. Durham/Los Angeles: The National Center for Child Traumatic Stress. Recuperado de <http://www.nctsn.org/products/how-implement-trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy-tf-cbt-implementation-manual>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 16-21. <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (julio, 2009). *Child abuse: A painful reality behind closed doors. Challenges: Newsletter on Progress Towards the Millennium Development Goals from a Child Rights Perspective* (Boletín N° 9, pp. 4-12). Santiago de Chile: Autores. Recuperado

- de [https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- De Paúl, J. (2012). Programas basados en la evidencia para menores, jóvenes y familias [Introducción al número especial]. *Psychosocial Intervention*, 21, 1-3. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a19>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering from post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1371-1378. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/96cb/160e9e7eed5fcc29b26760aca6895fa4da80.pdf>
- Forte, L. A., Timmer, S., & Urquiza, A. (2014). A brief history of evidence-based practice. En S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children* (pp. 13-18). Dordrecht: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9>
- Geeraert, L., Den Noortgate, W. V., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559504264265>
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Schindler, D., & Miller, P. C. (2009). Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: A randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 705-717. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015994>
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L., Swank, P. R., Stephens, N., Ware, H., & Buzy, W. M. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 774-785. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.69.5.774>
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parson, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251-262. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731505284391>
- McDonald, R., Jouriles, E. N., & Skopp, N. A. (2006). Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology*, 20, 127-136. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.127>
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., & Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 9-25. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199701\)25:1<9::AID-JCOP2>3.0.CO;2-V](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199701)25:1<9::AID-JCOP2>3.0.CO;2-V)
- Organización Mundial de la Salud. (septiembre, 2016). *Maltrato infantil* (Nota descriptiva). Ginebra: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Positive Parenting Program ®. (2016). *Small changes, big differences*. Columbia, SC: Autor. Recuperado de <http://www.triplep.net/glo-en/find-out-about-triple-p/triple-p/>
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>

- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcaraz, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93. Recuperado de <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/5034.pdf>
- Skowron, E., & Reinemann, D. H. S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 52-71. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.52>
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. A. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 497-507. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020324>
- Widom, C. S. (2014). Longterm consequences of child maltreatment. En J. E. Korbin & R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment* (pp. 225-247). Dordrecht: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3>
- Zielinski, D. S., Eckenrode, J., & Olds, D. L. (2009). Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: Impact on the timing of official reports. *Development & Psychopathology*, 21, 441-453. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409007940>

Notas

- * Artículo de reflexión.