

Previnendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile*

Preventing Child Abuse: Psychosocial Description of Clients of Brief Intervention Programs in Chile

Recibido: abril 14 de 2009 | Revisado: septiembre 27 de 2009 | Aceptado: diciembre 14 de 2009

ESTEBAN GÓMEZ**
BERNARDITA CIFUENTES
MARÍA INÉS ROSS
Protectora de la Infancia, Chile

RESUMEN

El estudio describe características y factores de riesgo para el maltrato y la negligencia infantil, en 591 niños y adolescentes, sus figuras parentales y familias atendidas por ocho programas de intervención breve (PIB) "Viviendo en Familia", subvencionados por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y ejecutados por la Protectora de la Infancia, en Chile. Los resultados revelan la existencia de problemáticas de mediana complejidad en el entorno, competencias parentales, interacciones familiares, seguridad familiar y bienestar del niño. Aproximadamente, tres de cada cuatro cuidadores muestran indicadores de alto riesgo para el maltrato infantil y/o negligencia, especialmente en su salud mental, lo que debe ser considerado por los equipos para la planificación de un trabajo coordinado con la red local de salud.

Palabras clave autores

Maltrato infantil, negligencia, prevención, familias multiproblemáticas, programas de intervención familiar.

Palabras clave descriptor

Abuso del niño, prevención y control, Chile, familias con problemas, Chile, cuidadores, psicología.

ABSTRACT

The study describes characteristics and risk factors for child abuse and neglect, in 591 children and adolescents, their parents and families served by eight brief intervention programs (PIB) "Viviendo en Familia", funded by the Chilean National Service of Children (SENAME) and implemented by Protectora de la Infancia (a non-profit organization) in Chile. The results revealed the existence of problems of moderate complexity, on the environment, parental competencies, family interactions, family safety and child well-being. About three of each four caregivers show signs of high risk for the abuse or neglect of children, especially in their mental health, a topic that must be considered by the staff to develop a plan of coordinated work with the local network of health services.

Keywords authors

Child Abuse, Neglect, Prevention, Multi-Problem Families, Family Preservation Programs.

Keywords plus

Child Abuse, Prevention and Control, Chile, Problem Families, Chile, Caregivers, Psychology.

Para citar este artículo. Gómez, E., Cifuentes, B. & Ross, M.I. (2010). Previnendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 823-839.

* Artículo de investigación. Los autores desean agradecer a Priscilla Martens, directora ejecutiva de National Family Preservation Network en EE.UU., por facilitar la escala NCFAS y el desarrollo conjunto de su traducción al español, y a Ana María Haz, docente de la Escuela de Psicología de la PUC, por facilitar el inventario PMF.

** Unidad de Diseño y Evaluación de Programas (UDEP), Protectora de la Infancia, Avda. Concha y Toro, 1898, Puente Alto, Santiago de Chile, Chile. Correos electrónicos: eagomez@uc.cl; bcifuentes@protectora.cl; miross@protectora.cl

Presentación

El maltrato infantil y la negligencia constituyen problemas psicosociales cuyo devastador impacto sobre el desarrollo humano ha sido denunciado por instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003; Santana, Sánchez & Herrera, 1998). De acuerdo al último estudio sobre maltrato infantil realizado en Chile por Unicef, de un total de 1.525 niños y niñas de 8º básico, un 75.3% declara recibir algún tipo de violencia por parte de sus figuras parentales (Larraín & Bascuñán, 2008). Específicamente, un 25.9% señaló recibir maltrato físico grave; un 27.9% maltrato físico leve; y, un 21.4% maltrato psicológico, constituyéndose en un fenómeno relevante de abordar en el país.

Se ha planteado que la mayor prevalencia de estas situaciones, se da en familias multiproblemáticas, aisladas de la red social de apoyo y sobreexigidas en sus funciones desde diversos factores de riesgo (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Higgins & McCabe, 2000; Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín & Máiquez, 2006). Bajo ciertas condiciones -de riesgo extremo o evidente vulneración-, estas dinámicas pueden implicar la salida del niño del sistema familiar, las acciones legales pertinentes y su colocación en sistemas alternativos de cuidado, como residencias de protección o familias de acogida, evento crítico tras el cual se moviliza todo el aparato estatal y privado de soluciones protectoras (Arruabarrena, 2009), dificultándose progresivamente la reunificación del niño con su familia de origen (Brandon & Thoburn, 2008; Marsh, Ryan, Choi & Testa, 2006).

El maltrato y la negligencia pueden generar diversas secuelas sobre el desarrollo, abarcando desde heridas leves hasta severo daño cerebral e incluso la muerte en el plano físico; desde una baja autoestima crónica hasta severos estados disociativos en el plano psicológico; desde problemas atencionales y trastornos de aprendizaje hasta síndromes orgánicos cerebrales en el plano cognitivo; y desde pobres relaciones interpersonales hasta comportamientos extraordinariamente agresivos

y violentos en el plano conductual, afectando en su conjunto tanto al individuo como a la familia, la comunidad y la sociedad de la cual forma parte (Higgins & McCabe, 2000; National Research Council, 1993; Shore, 2001; Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007; Stone, 2007). Tanto es así, que estas problemáticas psicosociales han sido declaradas problemas de salud pública a nivel mundial (Krug et al., 2003; Santana, Sánchez & Herrera, 1998).

Es por esto que la acción de programas enfocados en un nivel de *prevención secundaria* resulta de vital importancia, ya que permite abordar los problemas cuando todavía no se ha traspasado la frontera de la disolución familiar (Colapinto, 1995); es decir, cuando el daño relacional no se ha tornado crónico y aun no se demanda una acción de protección legal, la salida del niño de su hogar y su posterior institucionalización (Arruabarrena, 2009; Trenado, Pons-Salvador & Cerezo, 2009).

En Latinoamérica, se constata una carencia de publicaciones que aborden el estudio de programas de prevención e intervención en maltrato infantil y negligencia, y que iluminen respecto a las características de los usuarios atendidos en estos programas (Gómez & Haz, 2008; Seldes, Ziporovich, Viota & Leiva, 2008), por lo que la política pública, las organizaciones sociales y los equipos profesionales se ven mermados en sus posibilidades de construir prácticas de mayor calidad y eficacia. Aún estamos muy lejos del volumen de investigación que se genera periódicamente en países desarrollados y que retroalimenta a los diseñadores, financistas y operadores de programas psicosociales (Arruabarrena, 2009; MacMillan et al., 2007; Weiss & Jacobs, 1988). El presente artículo pretende contribuir en esta dirección, aportando los hallazgos de un estudio multicéntrico realizado en Chile, que describió características, problemáticas y factores de riesgo para el maltrato y la negligencia infantil, en los usuarios atendidos por la Protectora de la Infancia en ocho de sus programas de intervención breve para la prevención focalizada (en adelante, PIB "Viviendo en Familia"). A partir de esta caracterización, se buscó analizar la pertinencia

cia de los componentes incorporados en el diseño del servicio, con las problemáticas y necesidades de dichos usuarios.

El programa “Viviendo en Familia”

Los PIB “Viviendo en Familia” son programas de intervención familiar integral que reciben subvención del Servicio Nacional de Menores de Chile (SENAME), para la atención de familias con alto riesgo de maltrato, abuso y negligencia infantil, orientándose a garantizar un ambiente familiar seguro y contenedor para los niños, niñas y adolescentes, potenciar la preservación de la unidad familiar y promover mecanismos protectores en la comunidad. Con esto, se busca prevenir la cronicación de situaciones de riesgo y la innecesaria colocación de estos niños en sistemas de cuidados substitutos, fortaleciendo al mundo adulto en su rol protector, tanto en la familia como en la comunidad.

Este programa se fundamenta en las teorías ecológica y sistémica del maltrato y la negligencia infantil (Arruabarrena & de Paúl, 1999; Barudy, 1998; Belsky, 1980; National Research Council, 1993), las que explican estos fenómenos por la interrelación de múltiples procesos y variables que operan en diversos niveles ecológicos y sistemas, desde el nivel personal y familiar, hasta la cultura en que se desarrollan las pautas de crianza y vida familiar. El diseño técnico se basó en la investigación sobre programas similares –de intervención o apoyo familiar–, la cual recomienda el uso de diseños multicomponente, incorporando diversos servicios y recursos; multidimensionales, abordando distintos aspectos de los problemas que motivan la intervención; y multidisciplinarios (Arruabarrena, 2009; De Paúl & Arruabarrena, 2003; Fraser, Nelson & Rivard, 1997; Fernández, 2007; McCroskey & Meezan, 1998; Nelson, Landsman & Deutelsbaum, 1990; Trenado, Pons-Salvador & Cerezo, 2009; Zigler & Black, 1989). Es importante clarificar que el proceso de diseño tuvo como marco las orientaciones técnicas y administrativas definidas por el SENAME, en el proceso de licitación pública (SENAME, 2007).

Servicios ofrecidos: cada programa atiende entre 70-80 niños y sus familias, por un plazo de 12-18 meses. El programa “Viviendo en Familia” ofrece: (a) evaluación individual y familiar integral de las fortalezas y debilidades, permitiendo determinar qué áreas trabajar y con qué recursos; (b) talleres psico/socioeducativos; (c) consejerías individuales y familiares; (d) visitas domiciliarias; (e) psicoterapias breves; (f) intervención en red; y, (g) trabajo comunitario en los principales focos de vulneración del territorio, mediante formación de mesas territoriales¹ y capacitación a líderes comunitarios.

Recurso Humano: los PIB “Viviendo en Familia” tienen un equipo mínimo de 9 trabajadores contratados en forma estable, más recursos adicionales que gestiona cada equipo (ej., alumnos en práctica, voluntarios, etc.). El equipo se compone de un director, quien coordina, articula y supervisa a su equipo; una secretaria y una auxiliar como personal de apoyo; una Unidad de Intervención Familiar compuesta por un psicólogo, un trabajador social y dos gestores familiares; y, una Unidad de Intervención Comunitaria compuesta por un profesional y un gestor comunitario, quienes abarcan un rango de población mucho más amplio, variando según las características de la comunidad donde se inserte el programa.

Metodología del estudio

Los objetivos específicos del estudio fueron describir variables asociadas a: (a) la cobertura y focalización del programa, tales como número de usuarios, motivos de ingreso, vías de derivación y focalización; (b) el nivel de funcionamiento familiar integral observado en el momento de ingresar al programa; (c) el nivel de bienestar integral de los niños/as y adolescentes en el momento del ingreso; y, (d) la salud mental, competencias parentales, multiproblematicidad y potencial de maltrato infantil en los cuidadores principales identificados.

1 Las Mesas Territoriales son espacios de encuentro de organizaciones de acción local, que tienen el propósito de potenciar su articulación, reflexionar en torno a temáticas comunes y fortalecer su presencia y efectividad frente a las principales necesidades y problemáticas de la población.

El estudio se basó en un diseño metodológico transversal descriptivo, abordado desde un enfoque cuantitativo.

Instrumentos

Cuestionario electrónico de caracterización socio-demográfica y ficha de postulación. Recoge información descriptiva básica de los niños, sus cuidadores y las familias atendidas, como edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, situación laboral, entre otras. Asimismo, define criterios de inclusión y de exclusión que permiten a los equipos clarificar la pertinencia de la postulación al foco técnico del programa, o su eventual derivación a otros servicios, cuando corresponda.

Escala de evaluación familiar integral de Carolina del Norte (NCFAS)

Es un instrumento de evaluación familiar multidimensional que, a partir de la triangulación de diversas fuentes de información (visitas domiciliarias, entrevistas, informes de redes derivantes y participantes, grupos focales y diagrama familiar), recoge el juicio experto de los profesionales respecto a 5 dimensiones: (a) Entorno, (b) Competencias Parentales, (c) Interacciones Familiares, (d) Seguridad Familiar y (e) Bienestar del Niño, con un total de 36 ítems evaluados en un continuo de 6 puntos, desde *problema serio* hasta *clara fortaleza* (Kirk, Kim & Griffith, 2005; Reed-Ashcraft, Kirk & Fraser, 2001). La NCFAS fue ubicada en el primer lugar entre 85 instrumentos evaluados por investigadores de la Universidad de California en Berkeley (Johnson et al., 2006). La versión en español utilizada (v2.0) es la traducción desarrollada en 2007 por la Protectora de la Infancia, tras un acuerdo de cooperación técnica suscrito con National Family Preservation Network (Valencia & Gómez, 2010).

Inventario potencial de maltrato físico infantil (PMF)

Es la adaptación –desarrollada por académicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile– del

Child Abuse Potential Inventory, uno de los instrumentos más validados y utilizados en el mundo, para la detección de potencial de maltrato infantil y en investigaciones científicas sobre el tema (Haz & Ramírez, 2002). Consiste en un instrumento descriptivo de sondeo que permite alertar sobre un potencial de maltrato infantil en el cuidador, conformándose por 114 ítems que se agrupan en una escala de maltrato y tres escalas de validez (consistencia interna, mentira y azar). A su vez, estos ítems se reagrupan en siete factores de riesgo que permiten caracterizar a los cuidadores: depresión, expectativas rígidas hacia los niños, malas relaciones con los padres, malas relaciones de pareja y familiares, irritabilidad e impulsividad, disforia y problemas con el niño.

Confiabilidad y Validez de los Instrumentos

Finalmente, es importante señalar que tanto la escala NCFAS como el inventario PMF cuentan con una robusta validez y confiabilidad, medida en estudios internacionales y nacionales. En el caso de la NCFAS, los estudios realizados en EE.UU. reportan una consistencia interna con alfa de Cronbach entre .767 y .922 (Kirk & Griffith, 2007 en Valencia & Gómez, 2010), y nuestro propio estudio mostró entre .782 y .868 (Valencia & Gómez, 2010). En el caso del PMF, los estudios realizados en Chile mostraron una confiabilidad de entre .95 y .98 (Haz & Ramírez, 2002), medida con el alfa de Cronbach. Por convención, valores superiores a .700 se consideran un buen indicador de la confiabilidad de un instrumento.

Procedimiento

Tras realizar una serie de capacitaciones en el diseño del programa y uso de los instrumentos, cada equipo profesional los aplicó e ingresó en un formulario electrónico, permitiendo una mayor rigurosidad en la codificación de la información. La recopilación de datos se realizó entre abril y julio de 2008; para ello, se estableció un protocolo escrito que precisó el procedimiento de exportación de datos, contando con el mismo formato en todos

los programas. En agosto de 2008 se completó la base de datos definitiva.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 591 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 18 años de edad, de ocho PIB implementados por la Protectora de la Infancia en dos regiones: la región Metropolitana, con tres programas, cubriendo seis comunas, y la región del Biobío, con cinco programas, cubriendo seis comunas. Es importante clarificar que para los análisis de las familias o las figuras parentales, se tomó como unidad de análisis el grupo constituido por los cuidadores principales identificados al ingreso del caso al programa, correspondientes a 354 adultos, entre 17 y 76 años de edad.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se emplearon técnicas de estadística descriptiva básica. Dada la naturaleza de los datos, se usó predominantemente tablas de frecuencia y tablas de contingencia. Otros datos, como la edad, se analizaron utilizando medidas de tendencia central, de distribución y de dispersión. Adicionalmente, algunas preguntas acerca de la asociación entre dos variables categóricas fueron contrastadas utilizando la prueba de Chi-cuadrado. El software empleado para los análisis fue SPSS v. 16.

Resultados

Características sociodemográficas de los usuarios

El promedio de edad de los niños atendidos es de 9.39 años ($DS = 4.23$), concentrándose la mayor cantidad de población en la etapa escolar (6 a 12 años) con un 51,8%, seguida por la etapa adolescente (13 a 18 años) con un 26,2%, la etapa pre-escolar (4 a 5 años) con un 11,4%, y la infancia temprana (0 a 3 años) con un 10,6%, sin mayores diferencias según sexo al interior de cada grupo etario; sin embargo, en términos poblacionales hay

una predominancia de hombres, con un 57,2% del total. Respecto a su escolaridad, la mayor parte se encuentra en educación básica (63,8%); se observa una tasa adecuada de escolarización, con buenos niveles de asistencia y un 3,2% de deserción escolar, lo que resulta bajo considerando que se trata de una población de alto riesgo.

Los cuidadores principales identificados al momento de ingresar al programa ($N = 354$) son típicamente mujeres (91,5%), siendo en su mayoría las madres biológicas de los niños ingresados (78,8%), seguido por las abuelas/os (7,3%), los padres biológicos (6,8%) y otros (7,1%). Su edad promedio es de 38,3 años ($DS = 9.5$), concentrándose entre los 30 y los 50 años de edad; solamente un 5% tiene menos de 21 años o más de 60 años. Su escolaridad se concentra en educación básica (37%) y media (45,7%), con mayores niveles de escolaridad en la Región Metropolitana que en la Octava Región ($\text{Chi-cuadrado}(3) = 25.492; p < 0.001$). En la población total, una de cada cuatro cuidadoras (23,4%) no ha completado su educación básica. La ocupación laboral predominante en los cuidadores principales es labores domésticas no remuneradas (39,8%), trabajo dependiente (25,1%) y trabajo esporádico (12,4%). La situación laboral ($\text{Chi-cuadrado}(4) = 48.522; p < 0.001$) y la escolaridad ($\text{Chi-cuadrado}(9) = 45.380; p < 0.001$) aparecen asociadas a la situación económica de los cuidadores: así, los trabajos más estables y los niveles educativos más altos, reportan una mejor situación económica para las familias y viceversa.

En las 354 familias atendidas, el número de integrantes varía entre 2 y 16 personas, con un promedio de 5 miembros por familia ($DS = 1,9$), y 1 cuidador principal por cada 1.67 niños(as) ingresados como usuarios directos del PIB. En la población general, se observa que la estructura familiar más común es la biparental (38,5%) seguida por la monoparental/extensa/madre (16,2%) y la monoparental/madre (16,1%); juntas, éstas dan cuenta del 70,8% de las familias. Ahora bien, si se suman todas las formas de estructura familiar biparental -biparental, biparental extensa y biparental reconstituida- se obtiene que más de la mitad de las familias (53,5%) adquieren esta configuración;

y si se suman las dos formas de estructura monoparental madre (sola y con apoyo de la familia extensa) se obtiene que un 32,3% muestran este tipo de organización. La configuración familiar descrita se mantiene estable en los distintos programas y regiones de pertenencia consideradas (Chi-cuadrado(4) = 1.068; $p = 0.899$). Respecto a la situación socioeconómica, un 17,1% corresponden a nivel socioeconómico medio y un 40,6% a nivel socioeconómico bajo, pero ubicados sobre la línea de la pobreza. Un 42,3% de las familias viven bajo la línea de la pobreza, con un 33,2% de pobres no indigentes y un 9,1% de situaciones de indigencia. Se observan diferencias significativas entre regiones, donde la octava región presenta mayor cantidad de familias indigentes y de NSE Medio que la región metropolitana (Chi-cuadrado(3) = 25.492; $p < 0.001$). Sin embargo, el orden de los distintos grupos es siempre el mismo: mayor cantidad de personas sobre la línea de la pobreza, luego bajo la línea de la pobreza, luego NSE medio, y finalmente indigentes.

Cobertura y motivos de ingreso

Mediante la implementación de cinco programas en la octava región y tres programas en la región metropolitana, se logra una atención directa de 591 niños, niñas y adolescentes, lo que equivale a 2 de cada 3 niños presentes en las familias usuarias. En total, se logra una cobertura de 1.757 personas,

quienes reciben ayuda en forma directa o indirecta, distribuidas en 870 adultos y 887 niños (véase Tabla 1); por cada niño ingresado la intervención familiar llega a otras dos personas.

Al momento de la postulación (N válido = 231), se consignó desde las redes derivantes la presencia de sospechas o antecedentes comprobados de maltrato infantil para el 55% de los casos, con un 26% de maltrato físico (MF) y un 52% de maltrato emocional (ME); de negligencia parental (NP) para el 68% de los casos (con un 29% por descuidos en salud del niño, 53% por descuidos en la educación del niño y 68% por descuidos en la supervisión parental); y, de violencia intrafamiliar (VIF) para el 37% de los casos.

Respecto a los casos de más alta complejidad, se identificaron (N válido = 433), 9% de casos con presencia de VIF constitutiva de delito; 3% de situaciones de maltrato infantil constitutivo de delito; 2% de casos de negligencia con riesgo vital para el niño; 3% de situaciones de abuso sexual infantil actual; 2% de niños en situación de calle; y 1% de niños con patología psiquiátrica severa o psicopatía.

Para los diversos miembros familiares, se registraron 5% de antecedentes delictuales no rehabilitados, 1% de casos de mendicidad, 13% de consumo abusivo de drogas y un 23% de consumo abusivo de alcohol. Es importante clarificar que las situaciones evaluadas al momento de la postulación podían ocurrir simultáneamente entre

TABLA 1
Cobertura directa e indirecta de los PIB "Viviendo en Familia"

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Total de Familias Atendidas en los PIB					354	100%
Total de Beneficiarios del PIB					1.757	100%
Adultos	393	45.2%	477	54.8%	870	100%
Niños/as (0-17 años)	513	57.8%	374	42.2%	887	100%
Adolescentes (13-17 años)	147	56.1%	115	43.9%	262	100%
Escolares (6-12 años)	233	59.9%	156	40.1%	389	100%
Preescolares (4-5 años)	54	51.4%	51	48.6%	105	100%
Infantes (0-3 años)	79	60.3%	52	39.7%	131	100%
Relación Niños x Adultos	0.59		0.43		1.01	

Fuente: elaboración propia.

sí. Los profesionales consignaron que en 16% de las derivaciones recibidas se trataba de “sospechas fundadas”, mientras que en 84% se disponía de “antecedentes comprobados”.

Al momento del ingreso formal de los casos al programa, las causales de ingreso se repartieron en forma equitativa entre MF y/o ME (24.2%), NP (22%) o una combinación maltrato y negligencia (24.4%); en menor medida se encuentran ser testigo de VIF (14.9%) y otras causales (14.4%). Sin embargo, existen diferencias significativas por región y por programa, presentando mayor especificidad, es decir, menos casos ingresados por el motivo “otras causales”, y mayor complejidad, es decir, combinación de maltrato y negligencia, los casos pertenecientes a programas de la octava región (véase Tabla 2).

Como se observa en la Figura 1, los niños y niñas ingresan mayoritariamente derivados de: 1) las redes de educación y salud (29%) como escuelas, jardines infantiles y consultorios; 2) la demanda espontánea (27%); 3) las redes especializadas en vulneración de derechos (22%), como Tribunales de Familia, Oficinas de Protección de Derechos Infanto-Juveniles (OPD) y SENAME; 4) las redes de promoción y acción local (19%), como Centros Comunitarios Infanto-Juveniles y Programas de Intervención Familiar de la red de colaboradores de SENAME; y, finalmente, 5) otras redes (3%), como por ejemplo, las propias pesquisas del equipo profesional.

También se observaron diferencias entre las regiones según la vía de derivación; así, en la octava región ingresaron más casos desde las redes especializadas en vulneración de derechos (28% en la VIII vs. 13% en la RM); mientras que en la región metropolitana los casos ingresaron en mayor proporción desde las redes de promoción y acción local (31% en la RM vs. 12% en la VIII región). En cuanto a los casos derivados desde las redes de educación y salud, se observa una proporción similar entre la región metropolitana (31%) y la octava región (27%). En general, se observa que la demanda espontánea tiene un mejor funcionamiento familiar en todas las dimensiones consideradas de funcionamiento familiar, que los casos derivados por la red. Estas diferencias son estadísticamente significativas en el entorno, competencias parentales, interacciones familiares y bienestar del niño.

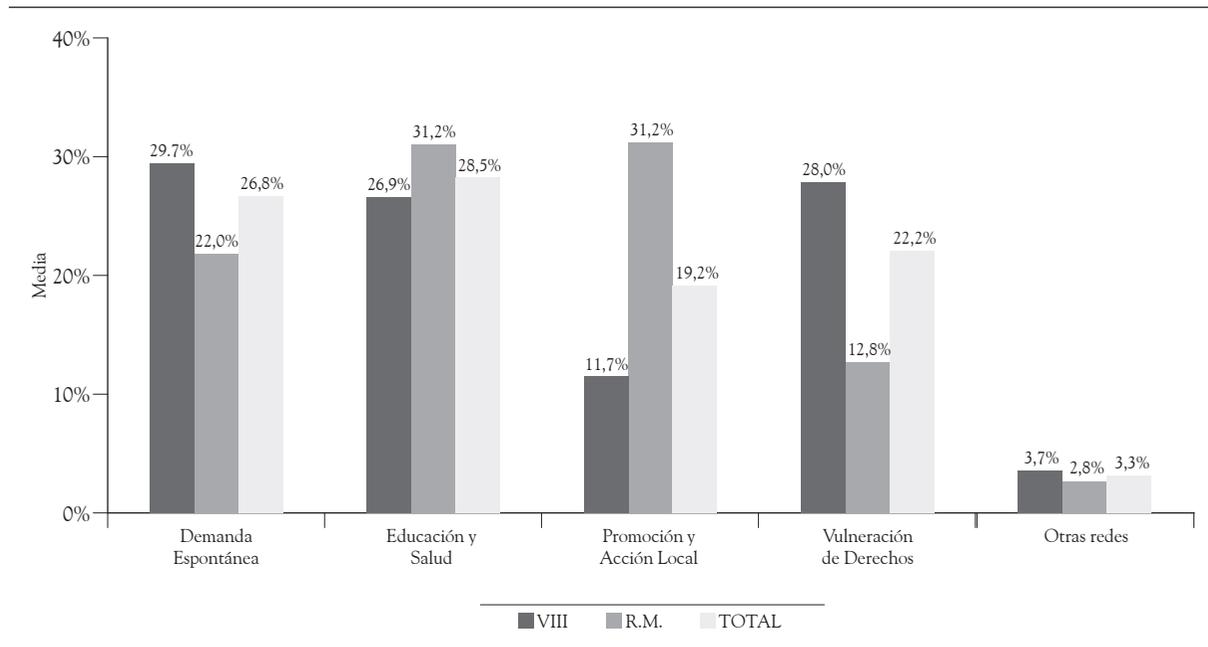
Respecto a la focalización del programa, se observa en la Figura 2 una concentración mayoritaria en el rango de *leve a mediana complejidad* en las distintas dimensiones evaluadas, identificándose entre un 67% y un 76% de los casos posicionados en este rango en las dimensiones globales de la NCFAS. Al analizar situaciones que podrían ameritar una intervención judicial de protección y separación del niño de su familia de origen (identificados como aquellos casos que obtuvieron -3 en Competencias Parentales y Seguridad Familiar simultáneamente), se observan 16 niños de mayor riesgo, equivalentes a un 2.8% del total de la aten-

TABLA 2
Motivos de Ingreso por Región (N = 590)

	Maltrato	Maltrato & Negligencia	Negligencia	Testigo de VIF	Otras Causales	TOTAL
Programas VIII Región	61	112	98	48	31	350
% dentro de región	17.4%	32.0%	28.0%	13.7%	8.9%	100%
Programas RM	82	32	32	40	54	240
% dentro de región	34.2%	13.3%	13.3%	16.7%	22.5%	100%
TOTAL	143	144	130	88	85	590
% del total	24.2%	24.4%	22.0%	14.9%	14.4%	100%

Fuente: elaboración propia.

FIGURA 1
Fuentes de procedencia de los niños

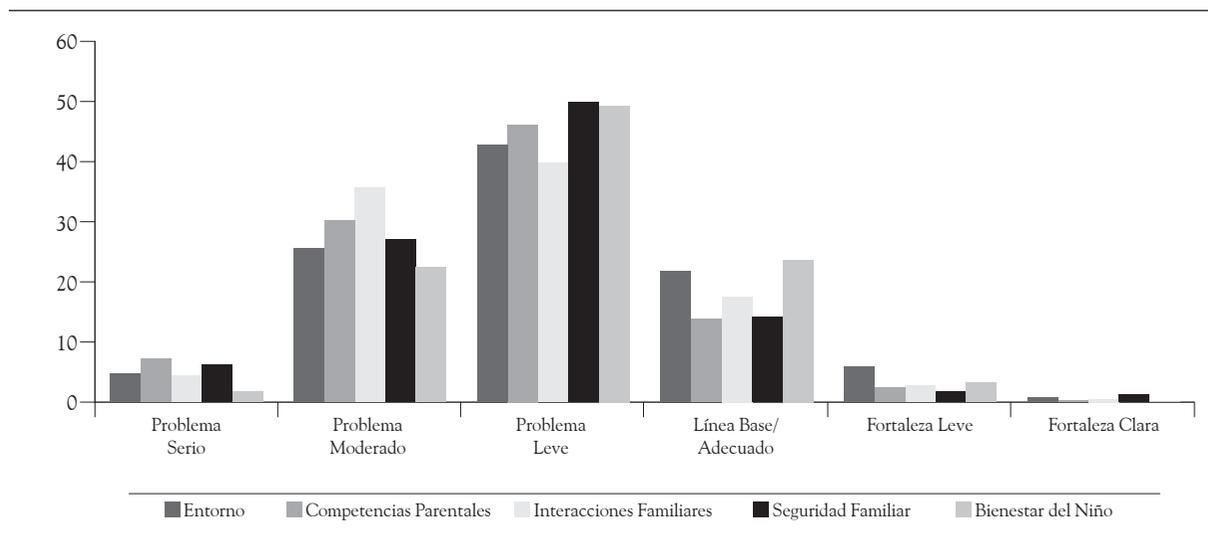


Fuente: elaboración propia.

ción directa (N válido = 591). Respecto a casos cuyos problemas no ameritan una intervención de nivel secundario (identificados como aquellos casos que obtuvieron 0, +1 o +2 en Competencias

Parentales, Interacciones Familiares y Seguridad Familiar, simultáneamente), se detectaron 43 niños, equivalentes a un 7.3% del total (N válido = 591). Por tanto, el programa muestra una adecuada

FIGURA 2
Nivel de complejidad de problemas evaluados y focalización del PIB



Fuente: elaboración propia.

focalización –de aproximadamente un 90%– en casos que requieren una intervención preventiva de nivel secundario, concentrándose, mayoritariamente, las necesidades de apoyo de las familias en el rango de complejidad leve a moderada.

Nivel de Funcionamiento Familiar Integral

Todas las dimensiones globales de funcionamiento familiar ponderadas por la NCFAS se posicionan predominantemente en el rango problemático (puntuaciones entre -1 y -3), con un 72,4% para el entorno, 83,2% para las competencias parentales, 79,4% para las interacciones familiares, 83% para la seguridad familiar y 73% para el bienestar del niño en general.

De acuerdo con las definiciones operativas de la NCFAS, esto significa que la mayoría de los niños pertenecerían a comunidades con ciertos problemas de seguridad ciudadana, violencia y urbanización, con indicadores de riesgo leve a moderado en cuanto a la vivienda en que habitan

y a la disponibilidad de estímulos ambientales necesarios para su aprendizaje.

Se trataría de familias donde las principales fallencias en su dinámica estarían en el apoyo mutuo entre sus miembros, tanto en el plano pragmático como en el emocional, observándose aisladas de una red informal de soporte familiar frente a las necesidades que enfrentan; otro tema relevante es el manejo de las expectativas sobre los niños, ya que la mayoría de los adultos tendría dificultades para tolerar errores en los niños, tendiendo a parentalizarlos con responsabilidades inapropiadas para su edad y capacidades, mostrando poco conocimiento respecto al desarrollo normal infantil.

Las principales vulneraciones que reciben los niños (evaluadas según su ubicación en el rango problemático de los ítems de la dimensión Seguridad Familiar de la NCFAS), son maltrato psicológico (79,1%), seguida por negligencia (67,8%), maltrato físico (53,3%) y ser testigo de violencia doméstica (48,6%). Si bien la proporción de situaciones de vulneración en general se ve aumentada

TABLA 3
Nivel de Funcionamiento Familiar Integral (N Total = 591)

		Problema Serio	Problema Moderado	Problema Leve	Línea Base	Fortaleza Leve	Fortaleza Clara	Rango de Problema	Rango de Fortaleza
Entorno (N-válido= 574)	N	25	145	245	124	32	3	415	159
	%válido	4,4%	25,3%	42,7%	21,6%	5,6%	0,5%	72,4%	27,6%
Competencias parentales (N-válido = 566)	N	40	170	261	79	15	1	471	95
	%válido	7,1%	30,0%	46,1%	14,0%	2,7%	0,2%	83,2%	16,8
Interacciones familiares (N-válido = 564)	N	24	201	223	99	16	1	448	116
	%válido	4,3%	35,6%	39,5%	17,6%	2,8%	0,2%	79,4%	20,6%
Seguridad familiar (N-válido = 562)	N	35	152	280	80	9	6	467	95
	%válido	6,2%	27,0%	49,8%	14,2%	1,6%	1,1%	83,0%	17,0%
Bienestar del niño (N-válido = 556)	N	9	124	273	130	20	0	406	150
	%válido	1,6%	22,3%	49,1%	23,4%	3,6%	0%	73,0%	27,0%

Fuente: elaboración propia.

en condiciones de pobreza o indigencia, llegando al 98% en este último grupo ($\chi^2(15) = 62.282; p < 0.01$), en ningún nivel socioeconómico se observa un porcentaje de situaciones evaluadas como “problemáticas” menor al 67%, lo que ilumina la constatación de que las vulneraciones de derecho pueden presentarse en cualquier nivel socioeconómico para la población estudiada, aunque con diversos niveles de gravedad.

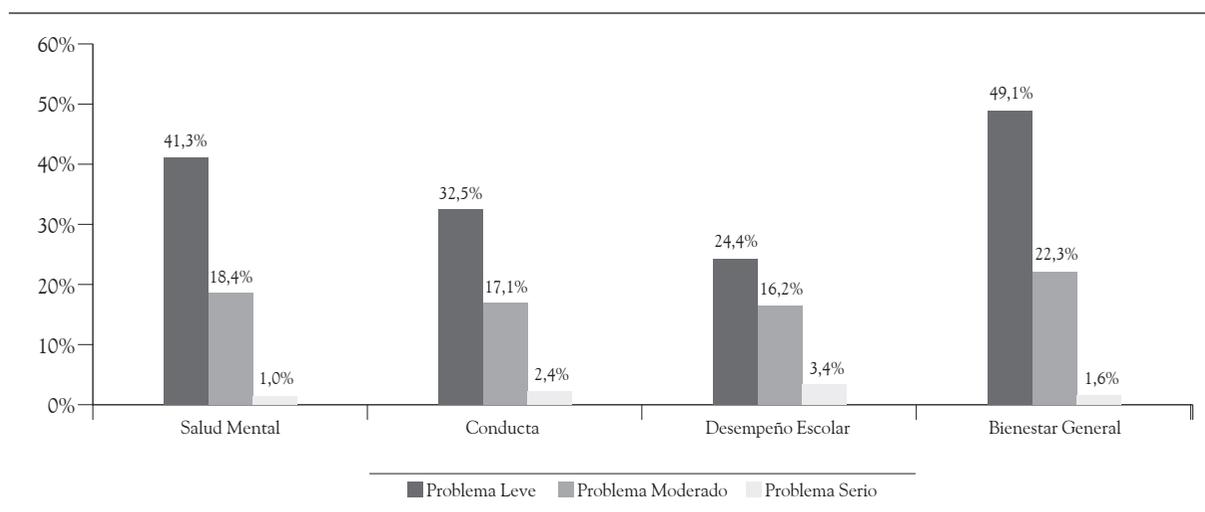
Bienestar Integral de los Niños

Al abordar el grado de bienestar general del niño, niña o adolescente, la NCFAS reveló 1,6% de problemas graves, 22,3% de problemas de mediana complejidad y 49,1% de casos ubicados en el rango de problema leve. En los ítems específicos, se observó que un 44% tiene complicaciones en su desempeño escolar, 52% indicadores de problemas conductuales y 61% tiene algún grado de problemas de salud mental (véase Figura 3). Si bien dos de cada tres niños atendidos presentan indicadores sintomáticos de nivel subclínico o clínico en el área de salud mental, sólo un 7,3% cuenta con un diagnóstico DMS IV al momento de ingresar al programa ($n = 43$ casos), lo que revela la importancia de hacer un estudio más acabado

de estas situaciones, derivando eventualmente a redes especializadas en salud mental, al menos a aquellos niños con problemáticas de complejidad moderada a severa. Aproximadamente, uno de cada cinco niños atendidos (20%) tiene deteriorada su salud mental, conducta y desempeño escolar en un rango “moderado a grave”, siendo un subgrupo que debe ser especialmente considerado.

A pesar de estas áreas problemáticas, se identificó que el 85,7% de los niños y adolescentes ingresados muestra señales o bien un claro deseo de permanecer en su familia. Otros factores protectores detectados en los niños son la relación con los hermanos, que se evaluó positivamente para el 56% de los casos, con un 12,5% de niños en que no aplica el criterio, y un 31,5% de situaciones problemáticas; y la relación con el grupo de pares, que se evaluó en el rango de fortaleza para un 68,1% de los casos. Este hallazgo podría indicar que el nivel de deterioro alcanzado en el funcionamiento familiar –al momento de ingresar al programa– ha comenzado a impactar negativamente a los niños y adolescentes en aspectos como su salud mental, comportamiento o desempeño escolar, y en un peor nivel de funcionamiento de sus relaciones interpersonales con sus cuidadores, pero que aún

FIGURA 3
Bienestar de los niños y adolescentes



Fuente: elaboración propia.

no llega a ser de extrema gravedad, permitiendo un trabajo preventivo de nivel secundario.

Competencias parentales y salud mental

Con respecto a las competencias parentales de los cuidadores, se optó por generar un nuevo análisis, que reagrupara ítems de diversas dimensiones de la NCFAS, con el objetivo de iluminar la definición de competencias parentales con que trabaja la institución en sus programas preventivos: “las competencias parentales se refieren al saber-hacer o a las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger, controlar y criar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo saludable e integral” (Protectora de la Infancia, 2008, p. 15). Así, se eligieron los siguientes indicadores: (a) para el cuidado, se escogieron los ítems “comida y nutrición del niño” e “higiene personal”; (b) para la protección y el control, se incorporaron los ítems “supervisión del niño” y “prácticas disciplinarias”; y (c) para la crianza, se incorporó el ítem “apego con el niño”, el cual se define en la NCFAS como la capacidad de criar en forma cariñosa, competente, responsiva y sensible a los niños.

A partir de este marco, se pudo identificar que un 42,7% de los niños atendidos presentarían algún grado de problemática en el manejo de la comida y nutrición por parte de sus cuidadores; sin embargo, se trataría principalmente de situaciones de leve complejidad. Por otra parte, sólo un 28,3% de los niños mostrarían señales de descuido en su higiene personal y en su vestuario al momento de ingresar al programa. Así, las competencias parentales ligadas al cuidado de la alimentación, vestuario e higiene de los niños estarían en un nivel mayoritariamente adecuado de funcionalidad en la mayoría de los cuidadores principales identificados.

En cambio, las competencias parentales ligadas a la protección y control se encontrarían marcadamente más deterioradas: un 59,1% de los niños estaría siendo descuidado en su supervisión, lo que muestra problemas de diversa gravedad en indicadores como consistencia en límites y permisos, precaución al seleccionar cuidadores sustitutos, conocimiento de los amigos del niño/a y manejo

de información respecto a la ubicación y horarios del menor bajo su cuidado.

El problema más notorio de las competencias parentales está en las prácticas disciplinarias, donde un 78,5% se ubica en el rango deficitario de la NCFAS, mostrando carencias en el manejo de refuerzos positivos, coordinación y consenso de criterios entre los cuidadores, un uso de maltrato físico o emocional que es referido como “disciplina”, y falta de adecuación –o ausencia– de reglas y patrones disciplinarios que sean pertinentes a la edad y características de los niños.

Finalmente, con respecto a las competencias parentales ligadas a la crianza saludable del niño, se observa que la mitad de los cuidadores (49,9%) estaría en el rango problemático de la NCFAS en el indicador “apego”, dando cuenta de diversas dificultades para formar una relación saludable, mostrando señales de resentimiento, rechazo o desvinculación con sus hijos, que conllevan falta de respuesta, respuestas inapropiadas –o, por el contrario, involucramiento y control excesivos– frente a las necesidades de crecimiento, desarrollo y bienestar de los niños ingresados. Cabe señalar que las competencias parentales presentan una diferencia estadísticamente significativa en función del nivel socioeconómico ($\chi^2(15) = 58.207; p < 0.01$), con peores indicadores en las familias con mayor precariedad.

Respecto a la salud mental de los cuidadores, se observa que un 62,3% fue evaluado en la NCFAS como presentando algún grado de problemas en esta área y en 24,8% de los casos dichos problemas serían de complejidad moderada a severa. Esto contrasta con el 7,9% de casos que tenían un diagnóstico DSM-IV emitido por algún centro de salud al momento de ingresar al programa, dando cuenta de una cantidad importante de cuidadores que requerirían ser derivados a una evaluación especializada por cuanto podrían tener un trastorno de salud mental no tratado en la actualidad. Se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, con una mayor proporción de problemas de salud mental en las mujeres (64% vs. 40,5%); sin embargo, la proporción de problemas serios es mayor en hombres (7,1% vs. 5,5%).

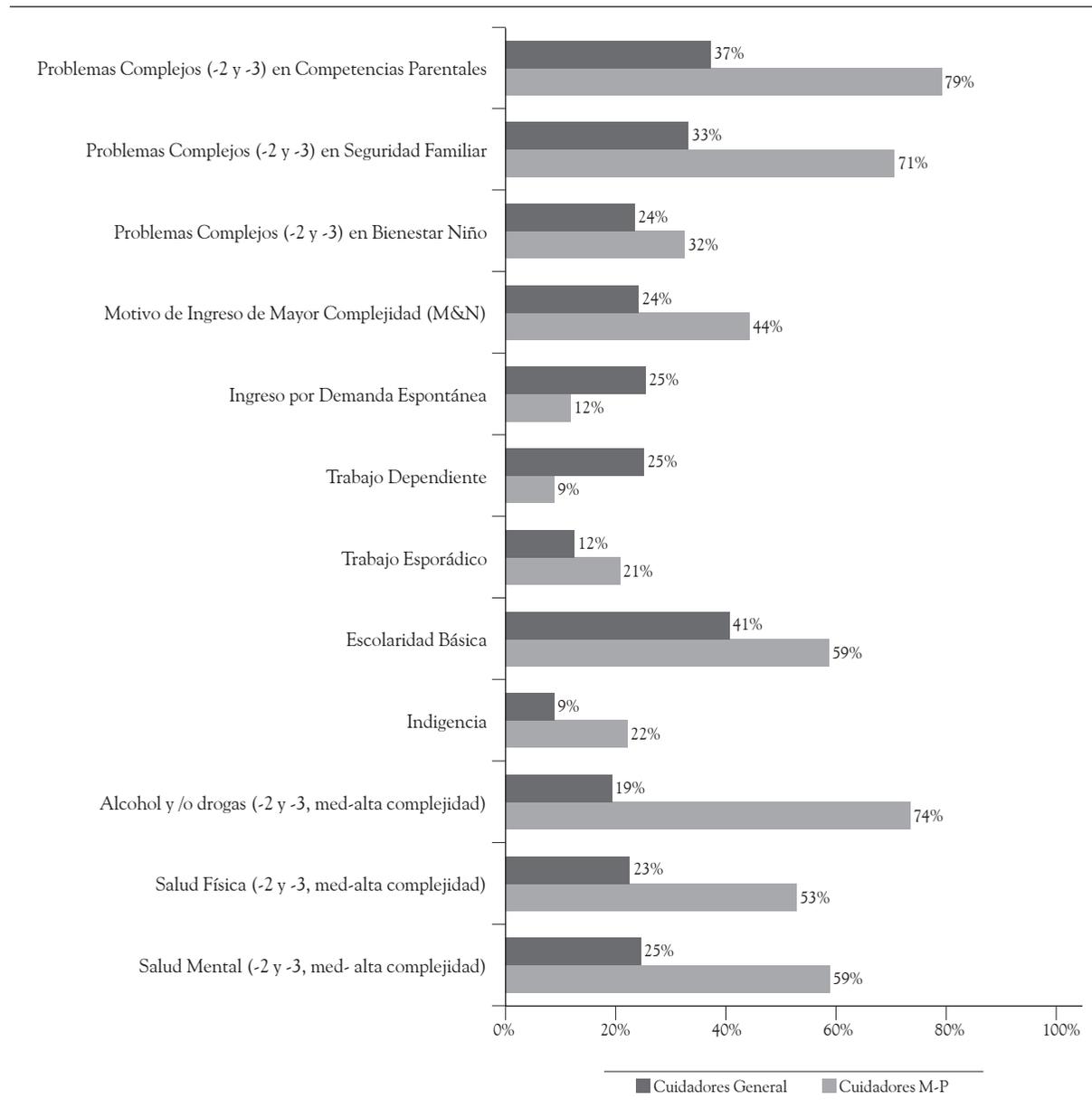
Potencial de maltrato y multiproblematicidad

Respecto al potencial de maltrato infantil en las cuidadoras (N válido = 266), evaluado según la escala de maltrato del instrumento PMF que diferencia entre población normal y clínica (40 puntos es el corte en la adaptación chilena), se observó que 70% de los niños(as) ingresados estarían en

riesgo de ser maltratados en sus familias. El grupo de cuidadoras identificadas como de alto riesgo promedian significativamente más alto que el otro grupo, en los siete factores de riesgo evaluados en el instrumento.

Se exploró el constructo multiproblematicidad en los cuidadores, definiendo la presencia del eje polisintomatología como la identificación simul-

FIGURA 4
Comparación entre población general y familias multiproblemáticas



Fuente: elaboración propia.

tánea de problemas en los siguientes ítems de la NCFAS: salud mental, salud física y uso de drogas/alcohol. Así, se identificaron 34 cuidadores de mayor riesgo (vale decir, un 9,6% de las familias directamente atendidas, $N = 354$) que cumplieron con esta condición, perteneciendo mayoritariamente a la VIII región (79,4% de estos casos).

Estos cuidadores presentan entre 2.36 a 3.83 veces más problemas de mediana a severa gravedad en estos ítems que la población general; como se refleja en la Figura 4, muestran condiciones de riesgo más pronunciadas que la población general en prácticamente todas las dimensiones de caracterización consideradas en el estudio (mayores niveles de pobreza y cesantía, menores niveles de escolaridad, etc.), y en las dimensiones globales de la NCFAS ligadas a sus competencias parentales, seguridad familiar (maltrato, negligencia, etc.) y el bienestar general del niño, constituyéndose en un grupo de alto riesgo que debe ser considerado en forma diferencial en el diseño de las intervenciones.

Discusión

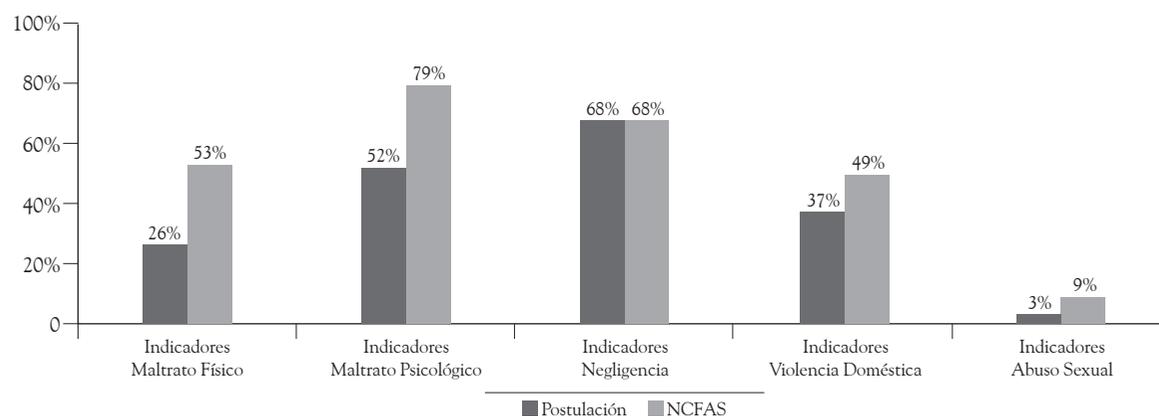
El estudio detectó diferencias entre la proporción de formas de maltrato señaladas por las redes derivantes al momento de la postulación (con 26% de MF, 52% de ME, 68% de NP, 37% de VIF y 3% de

abuso sexual), y la ponderación efectuada por los equipos profesionales del PIB tras la evaluación en profundidad de los casos, usando la escala NCFAS (lo que arroja indicadores de un 53% de MF, 79% de ME, 68% de NP, 49% de VIF y 9% de abuso sexual); en ambas distribuciones, los distintos tipos se solapan entre sí, existiendo numerosos casos en que coexisten múltiples formas de maltrato.

Cabe destacar que la evaluación en profundidad realizada con la NCFAS por los equipos de este programa, aumenta significativamente la identificación de situaciones de maltrato físico y emocional, VIF y abuso sexual, coincidiendo en las tasas de negligencia, con respecto a los casos derivados (Figura 5). La solicitud de consignar un motivo de ingreso prioritario, forzó a los equipos a jerarquizar la principal problemática por la cual fue ingresado cada niño, cambiando nuevamente la proporción señalada, definiéndose un 24,2% de maltrato infantil (con 1,5% MF, 12% ME y 10,7% MF/ME), 22% de NP, 24,4% de combinación de maltrato infantil y negligencia, 14,9% por niño testigo de VIF, y un 14,4% por otras causales.

El estudio aporta evidencia a favor de la hipótesis inicial que preveía características de multiproblematicidad en las familias, específicamente en el eje de polisintomatología, el eje de una tendencia al abandono de las funciones parentales, la presencia de múltiples factores de riesgo para el maltrato y la

FIGURA 5
Vulneraciones detectadas a la postulación y tras la evaluación diagnóstica



Fuente: elaboración propia.

negligencia infantil y la conceptualización de la pobreza –no como factor causal sino– como contexto que agrava las problemáticas (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Rodríguez et al., 2006). En esta línea, los resultados revelan que la polisintomatología es un factor de riesgo en sí misma, ya que los cuidadores que presentaron problemas simultáneamente en su salud mental, salud física y uso de drogas/alcohol, también mostraron una mayor cantidad y severidad en todos los factores de vulnerabilidad considerados.

Por otra parte, los resultados fortalecen el modelo de problema ecosistémico que sustenta teóricamente el diseño del programa (Arruabarrena & De Paúl, 1999; Barudy, 1998; Belsky, 1980; NRC, 1993), mostrando la existencia de múltiples factores de riesgo a nivel personal, familiar y contextual en los casos ingresados, lo que fortalece a su vez la necesidad de utilizar un diseño técnico multicomponente, multidimensional y multidisciplinario en programas de este tipo (Trenado, Pons-Salvador & Cerezo, 2009).

El programa está bien focalizado en cuanto a sus usuarios, ya que el estudio demuestra que las características, problemáticas y necesidades de éstos corresponden al foco de intervención planteado, tanto por SENAME como por La Protectora. Los componentes del servicio diseñado serían pertinentes con las necesidades detectadas en los usuarios y los antecedentes recabados dan cuenta de la presencia de ciertas condiciones propicias para la prestación de dichos servicios. Sin embargo, se considera necesario prestar atención a factores de riesgo asociados a un número importante de los padres y cuidadores, que presentan sintomatología clínica de salud mental y que no están siendo atendidos en los servicios de salud, así como aquellos en quienes sea necesario tomar medidas de carácter proteccionista dada su inhabilidad parental.

Este estudio ofrece múltiples ramificaciones e implicancias que los equipos profesionales y promotores de programas de apoyo familiar deben considerar (Weiss & Jacobs, 1988; Zigler & Black, 1989), así como las organizaciones de la sociedad civil que, en los diversos países de Latinoamérica, trabajan con infancia y familias vulnerables en la

prevención del maltrato infantil y la negligencia parental. En primer lugar, la dimensión del problema identificado va en línea con los estudios de UNICEF (Larraín & Bascuñán, 2008) sobre maltrato infantil en Chile y con lo señalado por otros autores en Latinoamérica (Santana, Sánchez & Herrera, 1998; Seldes et al., 2008), enfatizando la constatación de que este es un problema social que no puede desconocerse y que demanda la acción técnica y política en múltiples niveles. En segundo lugar, presenta una confirmación de que los recursos económicos destinados al programa, se han focalizado en la población pertinente para la cual fue pensado el servicio; la focalización es un criterio que todo programa psicosocial debiese considerar, por cuanto en Latinoamérica los recursos son escasos y deben concentrarse en aquellos grupos que más lo necesitan. En tercer lugar, el estudio permite identificar características distintivas de la población atendida (ej., niños en edad escolar, con buena escolarización y asistencia, familias con dificultades económicas pero no en situación de extrema pobreza, múltiples factores de riesgo en diversos niveles y sistemas que demandan una intervención integral, competencias parentales que fallan principalmente en el manejo de las prácticas disciplinarias, pero no en el cuidado de la comida, vestuario e higiene, altos niveles de problemas de salud mental no diagnosticados ni tratados adecuadamente, etc.) que son relevantes para el diseño de estrategias sensibles y espacios de acción profesional pertinentes a nivel individual, grupal, familiar y/o comunitario. Por último, los hallazgos respaldan la coherencia interna del diseño técnico ecosistémico inicialmente propuesto por La Protectora, y el uso de instrumentos de evaluación familiar integral como la escala NCFAS (Valencia & Gómez, 2010), que permiten una discriminación más acuciosa y precisa de las fortalezas y debilidades de cada grupo familiar.

Respecto a limitaciones que restringen el alcance de los resultados y conclusiones aquí expuestos, debe considerarse que la escala NCFAS no ha sido validada y estandarizada en español, utilizándose para este propósito las propiedades psicométricas reportadas para la versión norteamericana y los

análisis de confiabilidad y validez realizados en este estudio (Valencia & Gómez, en prensa). Otra limitación es no haber recogido la perspectiva de los propios actores (directivos, profesionales, usuarios y redes) sobre las características, necesidades y problemas que abordan estos programas; sin embargo, recientemente se publicó un estudio en Chile (Gómez & Haz, 2008) que atenúa en parte los efectos de esta limitación, por cuanto recoge en forma cualitativa las percepciones y teorías subjetivas de profesionales de programas de intervención familiar (PIF) subvencionados por SE-NAME, mostrando un alto grado de concordancia con los hallazgos del presente estudio en cuanto a la caracterización de los niños, padres, familias y comunidades atendidas por los programas.

En los países de nuestra región, la intervención psicosocial para la prevención del maltrato y la negligencia infantil es un tema que, históricamente, ha padecido la carencia de estudios que usen grandes muestras, sean multicéntricos, incorporen instrumentos integrales de evaluación y que triangulen las fuentes de información utilizadas (Arruabarrena, 2009; Gómez & Haz, 2008). Es necesario, entonces, potenciar la investigación en este tipo de programas de prevención secundaria e intervención familiar en Latinoamérica, ampliando el rango de instrumentos de evaluación disponibles (como la NCFAS o el PMF), financiando estudios que evalúen las características y perspectivas de los usuarios (Seldes et al., 2008) y de los actores implicados en la intervención (Gómez & Haz, 2008), que den cuenta de los procesos de implementación y los desafíos asociados a una gestión de calidad (Santana & Farkas, 2007) y que expongan los resultados obtenidos en la prevención del maltrato y la negligencia infantil (Cerezo, Dolz, Pons-Salvador & Cantero, 1999; De Paúl & Arruabarrena, 2003), si hemos de contar con comunidades, familias y sistemas profesionales de ayuda, que efectivamente ofrezcan una protección de calidad a los niños, niñas y adolescentes. A inicios del nuevo milenio, parece ser un momento propicio para dar impulso al estudio sistemático de este tema, en el contexto latinoamericano de gobiernos,

universidades y organizaciones de la sociedad civil abocadas a la promoción de los derechos humanos y de la infancia.

Referencias

- 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. & De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Brandon, M. & Thoburn, J. (2008). Safeguarding children in the UK: A longitudinal study of services to children suffering or likely to suffer significant harm. *Child and Family Social Work*, 13, 365-377.
- Cerezo, M. A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. & Cantero, M. J. (1999). Prevención del maltrato de infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15 (2), 239-250.
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34 (2), 59-74.
- De Paúl, J. & Arruabarrena, I. (2003). Evaluation of a treatment program for abusive and high-risk families in Spain. *Child Welfare League of America*, 82 (4), 413-442.
- Fernández, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29, 1368-1394.
- Fraser, M., Nelson, K. & Rivard, J. (1997). Effectiveness of family preservation services. *Social Work Research*, 21, 138-153.
- Gómez, E. & Haz, A. M. (2008). Intervención familiar preventiva en programas colaboradores del SE-NAME: la perspectiva del profesional. *Psykhé*, 17 (2), 53-65.

- Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*, 16 (2), 43-54.
- Haz, A. M. & Ramírez, V. (2002). Adaptación del Child Abuse Potential Inventory en Chile: análisis de las dificultades y desafíos de su aplicación a partir de dos estudios chilenos. *Child Abuse & Neglect*, 26, 481-495.
- Higgins, D. & McCabe, M. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9, 6-18.
- Johnson, M. A., Stone, S., Lou, C., Vu, C., Ling, J., Mizrahi, P. & Austin, M. J. (2006). *Family assessment in child welfare services: Instrument comparisons*. Berkeley, CA: University of California, Center for Social Services Research.
- Kirk, R. S., Kim, M. M. & Griffith, D. P. (2005). Advances in the reliability and validity of the North Carolina Family Assessment Scale. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11 (3/4), 157-176.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Publicación Científica y Técnica N° 588). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS. Washington: OMS.
- Larraín, S. & Bascuñán, C. (2008). *Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006*. Santiago, Chile: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- MacMillan, H., Jamieson, E., Wathen, C. N., Boyle, M., Walsh, C., Omura, J. et al. (2007). Development of a policy-relevant child maltreatment research strategy. *The Milbank Quarterly*, 85 (2), 337-374.
- Marsh, J., Ryan, J., Choi, S. & Testa, M. (2006). Integrated services for families with multiple problems: Obstacles to family reunification. *Children and Youth Services Review*, 28, 1074-1087.
- McCroskey, J. & Meezan, W. (1998). Family-centered services: Approaches and effectiveness. *The Future of Children: Protecting Children from Abuse and Neglect*, 8 (1), 54-71.
- National Research Council. (1993). *Understanding Child Abuse and Neglect*. Panel on Research on Child Abuse and Neglect, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, DC: National Academy Press.
- Nelson, K., Landsman, M. & Deutelbaum, W. (1990). Three models of family-centered placement prevention services. *Child Welfare*, 69, 3-21.
- Protectora de la Infancia. (2008). *Taller de Competencias Parentales para padres y cuidadores: compartiendo el desafío de ser padres*. Manuscrito no publicado, Santiago de Chile.
- Reed-Ashcraft, K. B., Kirk, R. & Fraser, M. (2001). The reliability and validity of the North Carolina Family Assessment Scale. *Research on Social Work Practice*, 11 (4), 503-520.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. & Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18 (2), 200-206.
- Santana, A. & Farkas, Ch. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16 (1), 77-89.
- Santana, R., Sánchez, R. & Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40 (1), 1-8.
- Seldes, J., Ziperovich, V., Viota, A. & Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch. argent. pediatr.*, 106 (6), 499-504.
- Shore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health*, 22 (1-2), 201-269.
- Servicio Nacional de Menores. (2007). *Bases Técnicas para Concurso de Proyectos. Línea Programas de Protección en General. Programa de Intervención Breve. Modalidad de Prevención Focalizada*. Santiago: Autor.
- Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D. & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530.
- Stone, S. (2007). Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year

- review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 139-161.
- Trenado, R., Pons-Salvador, G. & Cerezo, M. A. (2009). Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 24-32.
- Valencia, E. & Gómez, E. (2010). Una escala de evaluación familiar eco-sistémica para programas sociales: confiabilidad y validez de la NCFAS en Población de alto riesgo psicosocial. *Psykhé*, 19(1), 89-103
- Weiss, H. & Jacobs, F. (Eds.). (1988). *Evaluating Family Programs*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Zigler, E. & Black, K. (1989). America's family support movement: Strengths and limitations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 6-19.

