

INVESTIGACION APLICADA

Evaluación de un Programa de Tratamiento para Familias Maltratantes y Negligentes y Familias Alto-Riesgo

Evaluation of a treatment program for child abusive and high-risk families

Ignacia ARRUABARRENA
Joaquín DE PAÚL ¹

RESUMEN

Este artículo describe y comenta el diseño y resultados de un programa multimodal y global de tratamiento para familias maltratantes y alto-riesgo llevado a cabo por el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de la Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar Argabe. Los resultados del tratamiento y la eficacia diferencial de los recursos de los Educadores/as Familiares y la Psicoterapia se evaluaron a través de (1) la valoración clínica de los Supervisores de Caso, y (2) instrumentos estandarizados (Inventario de Depresión de Beck; Inventario de Potencial de Maltrato Infantil; Versión para maestros del Child Behavior Checklist y Escalas de Bienestar Infantil). Los resultados globales del programa fueron similares a lo reflejado en la bibliografía interna-cional, con porcentajes inferiores de éxito en las familias negligentes y maltratantes-negligentes. Las familias rehabilitadas y no-rehabilitadas se diferenciaron en diversas variables, como la gravedad y la cronicidad del maltrato. El BDI, CAP, TRF y CWBS mostraron cambios significativos durante el tratamiento. El recurso de los Educadores Familiares fue eficaz para mejorar el nivel de cuidado recibido por los niños en el hogar, la situación emocional de los padres (síntomatología depresiva, infelicidad, soledad) y el comportamiento de los niños en la escuela. La utilización de la Psicoterapia no mejoró el efecto de los Educadores/as Familiares, a excepción de la disminución de sintomatología depresiva en los padres y problemas de interacción social de los niños en la escuela.

¹ Unidad de Estudios y Formación en Protección Infantil. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

NOTA: Desde el año 1991, el Programa descrito en este artículo es desarrollado por el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de la concertación de servicios con la Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE.

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil, tratamiento familiar, evaluación de programas.

ABSTRACT

The present study describes and comments the design and results of a comprehensive/multiservice treatment program for child abusive and high-risk families conducted by the Department of Social Services of the Gipuzkoa County through a private agency (Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar Argabe). The program used: (1) clinical judgments of case supervisors, and (2) standardized measures (Beck Depression Inventory, Child Abuse Potential Inventory, Teacher's Version of the Child Behavior Checklist, and Child Well-Being Scales, for the evaluation of the results and the efficacy of home visitors and psychotherapy. The results of the Gipuzkoa program were similar to those found in the literature, with lower rates of success obtained for neglectful and abusive-neglectful families. Rehabilitated and no-rehabilitated families differentiated in several variables, including severity and chronicity of abuse. BDI, CAP, TRF, and CWBS showed significant changes during treatment. Home visitors improved the level of care provided to children at home, parents emotional situation (depressive symptomatology, unhappiness, and loneliness) and children behavior at school. Psychotherapy did not improve the effect of home visitors, except the reduction of parental depressive symptomatology and social interaction problems of children at school.

KEY WORDS

Child abuse, family treatment, program evaluation.

El Programa Piloto de tratamiento para familias maltratantes y negligentes diseñado en el año 1990 por la Unidad de Estudios y Formación en Protección Infantil de la Universidad del País Vasco, fue uno de los primeros programas estructurados desarrollado en España para la intervención con familias maltratantes y negligentes. El diseño de dicho Programa se llevó a cabo tras una revisión exhaustiva de la bibliografía internacional relativa al tratamiento de este tipo de familias. Algunas de las conclusiones que derivaron de esa revisión fueron las siguientes:

— El maltrato y abandono infantil está determinado por factores individuales, familiares y sociales.

— Aunque es posible identificar fami-

lias maltratantes y negligentes con características o patrones de funcionamiento similares, estas familias no constituyen un grupo homogéneo. Por tanto, el tratamiento debe iniciarse tras una evaluación individualizada de cada caso.

— Comparados con otros programas, los programas multimodales proporcionaban un rango más amplio de servicios, eran más flexibles en su implantación, e intentaban abordar la multiplicidad de necesidades presentes en este tipo de familias.

— Con las familias con problemas de maltrato físico, los mejores resultados se habían obtenido con las intervenciones cognitivo-conductuales a corto plazo dirigidas a enseñar a los padres/madres habilidades parentales y de resolución de

problemas, y con una combinación de grupos educativos de padres/madres con entrenamiento individual en el domicilio a través de educadores/as familiares (Daro, 1988; Isaacs, 1982).

— Con las familias negligentes, la eficacia del tratamiento parecía aumentar (a) combinando intervenciones individuales, familiares y grupales, (b) combinando el entrenamiento grupal e individual de orientación cognitivo-conductual para los padres/madres en habilidades parentales y habilidades sociales, (c) utilizando grupos de auto-ayuda y de voluntarios complementando a los profesionales, (d) proporcionando servicios que cubrieran las necesidades materiales básicas de la familia, y (e) proporcionando tratamientos a medio o largo plazo (Daro, 1988; Howing, Wodarski, Gaudin y Kurtz, 1989; NCCAN, 1988; Polansky, DeSaix y Sharlin, 1972).

El Programa de Tratamiento que se describe en este artículo fue diseñado con el objetivo de proporcionar una intervención multimodal y global que integrara y coordinara los diferentes servicios requeridos para responder a la multiplicidad de necesidades de las familias maltratantes y negligentes. El Programa se diseñó con el propósito de complementar la red de servicios comunitarios con un conjunto de servicios nuevos, específicos y especializados. Asimismo, el Programa puso un énfasis importante en la evaluación de sus resultados y en la obtención de datos dirigidos a evaluar la eficacia diferencial de los diferentes tipos de recursos empleados en el tratamiento.

En este artículo se presentan (a) el modelo y el procedimiento de intervención de este Programa, (b) algunos datos relativos a los resultados obtenidos durante un periodo de seis años y medio de desarrollo del mismo, y (c) algunos análisis sobre la eficacia diferencial de los recursos de los Educadores/as Familiares y la Psicoterapia.

Sujetos

Entre Febrero de 1991 y Agosto de 1997, el Programa de Intervención Familiar Gizalan (desarrollado por la Asociación de Orientación y Atención Familiar Argabe) proporcionó tratamiento a 133 familias remitidas por la Sección de Infancia y Juventud del Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa por la presencia de una situación grave de maltrato/abandono intrafamiliar hacia los niños o una situación de alto-riesgo para ello.

Al inicio del tratamiento, el 85.7% ($n = 246$) de los niños/as menores de 18 años estaban viviendo en casa con sus padres. El 11% ($n = 32$) estaban en acogimiento residencial y el 0.3% ($n = 1$) con una familia de acogida. Otro 3% ($n = 8$) estaba viviendo con familiares.

De estas 133 familias, un 17.4% ($n = 23$) abandonaron prematuramente el tratamiento. Este subgrupo de familias participó en el tratamiento menos tiempo ($M = 9.9$ meses) que las familias que lo finalizaron ($M = 22.6$ meses), $t(130) = 5.9$, $p < .001$. Ambos grupos no diferían ($p > .05$) en sus características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel cultural, situación laboral e ingresos económicos de los padres/madres) a excepción del número de hijos: las familias que abandonaron prematuramente el tratamiento tenían una media menor de hijos ($M = 2.4$) que el resto de familias ($M = 3.2$), $t(131) = 2.1$, $p < .05$. Tampoco se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa ($p > .05$) entre los dos grupos de familias en las variables evaluadas al inicio del tratamiento por los Supervisores/as de Caso (tipología de desprotección presente en el caso, problemas personales de los padres/madres: historia de maltrato/abandono e institucionalización en la infancia, alcoholismo, toxicomanías, conducta antisocial, problemas emocionales, y trastornos psicopatológicos cró-

nicos), sintomatología depresiva, potencial de maltrato físico en los padres/madres, y nivel de cuidado proporcionado al niño en el hogar.

De las 110 familias que finalizaron el tratamiento, el 11.1% fueron remitidas por maltrato físico, el 50.0% por negligencia, el 13.0% por la presencia simultánea de maltrato físico y negligencia, el 7.4% por maltrato y/o abandono emocional, y el 18.5% por una situación de alto-riesgo. Para la definición de cada una de estas tipologías de maltrato/abandono, se utilizaron los criterios de De Paúl (1995b). Los casos de incapacidad de los padres/madres para controlar la conducta de sus hijos, se categorizaron como negligencia. Las características sociodemográficas de estas familias se describen en la Tabla 1.

El número medio de hijos por familia era de 3.2 (*S.D.* = 1.8), con un rango entre 1 y 9. En el 60.9 % (*n* = 67) de las familias había dos figuras parentales; el 39.1% restante (*n* = 43) eran monoparentales. La media de edad era de 35.9 años (*S.D.* = 9.4) en las madres y 38.9 años (*S.D.* = 9.2) en los padres.

El tiempo medio transcurrido entre el primer contacto de estas familias con los Servicios Sociales y su remisión al Programa de Tratamiento fue de 55.4 meses (*S.D.* = 54.9), con un rango entre 1 y 360 meses. Algunas de las familias habían sido detectadas por los Servicios Sociales por problemas de maltrato o desatención hacia los niños, mientras que otras lo habían sido por otro tipo de problemáticas personales, familiares o socioeconómicas.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las familias

Características sociodemográficas	Familias				
	N		%		
Estado civil					
Casados	45		40.9		
Separados/divorciados	28		25.5		
Viudos	15		13.6		
Madres solteras	12		10.9		
En pareja	10		9.1		
Dependencia económica de los Servicios Sociales					
No dependencia	59		53.6		
Dependencia parcial	10		9.1		
Dependencia total	41		37.3		
		Madres		Padres	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nivel educativo					
Analfabetos	15	14.7	4	10.0	
Estudios primarios	82	80.4	33	82.5	
Estudios secundarios	4	3.9	3	7.5	
Estudios universitarios	1	1.0	0	0.0	
Situación laboral					
Empleo estable	11	10.7	13	32.5	
Empleo temporal	5	4.9	7	17.5	
Trabajos esporádicos	19	18.4	1	2.5	
Desempleo	64	62.1	14	35.0	
Jubilado/Pensionista	4	3.9	5	12.5	

En la Tabla 2 se recogen datos referentes a las características personales de los padres/madres y las características psicosociales de estas 110 familias al iniciarse el tratamiento. Estas variables fueron evaluadas por los Supervisores/as de Caso (ver apartado de Procedimiento) a través de la información directa obtenida de la familia, la proporcionada por otros profesionales/personas en contacto con la familia, y a través de la administración de instrumentos estandarizados (ver apartado de Instrumentos). Según se aprecia en la Tabla 2, estas familias presentaban dificultades significativas en el área de relaciones interpersonales que afectaban no sólo a la relación padres-hijos, sino también a la relación de pareja, la relación con la familia extensa, y la relación con otras personas ajenas al núcleo familiar.

de pareja y/o de familia). La modalidad y duración de la psicoterapia fue decidida por los Supervisores/as de Caso en base a la valoración de las necesidades específicas de cada familia. Además de estos recursos, cuando fue necesario las familias hicieron uso de otros servicios comunitarios de apoyo/rehabilitación (p.ej., ayudas económicas, servicios de salud mental, tratamiento de alcoholismo o toxicomanías).

Los análisis realizados indican que, al inicio del tratamiento, no había diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las familias que recibieron sólo Educador/a Familiar y las que recibieron Educador/a Familiar y Psicoterapia en sus características sociodemográficas, antigüedad del caso en los Servicios Sociales, valoración de los Superviso-

Tabla 2
Características personales y psicosociales de las familias al inicio del tratamiento

Características personales y psicosociales	Familias			
	N		%	
Conflicto conyugal	60		54.5	
Relación conflictiva con parientes	77		70.0	
Aislamiento social	66		60.0	
	Madres		Padres	
	n	%	n	%
Historia de maltrato infantil en su propia infancia	47	45.6	8	20.0
Institucionalización durante su infancia	26	25.2	4	10.0
Problemas de salud física	10	9.7	5	12.5
Capacidades intelectuales limitadas	5	4.9	1	2.5
Diagnóstico de trastorno psicopatológico crónico	10	9.7	2	5.0
Problemas emocionales	22	21.4	10	25.0
Abuso de alcohol	21	20.4	14	35.0
Abuso de drogas	8	7.8	5	12.5
Conductas antisociales	12	11.7	6	15.0

Durante su participación en el Programa de Tratamiento, cada familia contó con la intervención de un equipo formado por un Supervisor/a de Caso y un Educador/a Familiar. Un 53.6% ($n = 59$) de las familias recibieron también Psicoterapia (individual para los padres/madres,

res/as de Caso sobre la presencia de problemáticas personales y psicosociales en los padres/madres (historia de maltrato/abandono y/o institucionalización en la infancia, presencia de trastornos psicopatológicos crónicos, abuso de drogas o alcohol, conducta antisocial), nivel de

cuidado proporcionado a los niños en el hogar, sintomatología depresiva de los padres/madres, y potencial de maltrato infantil de los padres/madres. Por el contrario, los análisis reflejaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al inicio del tratamiento en la valoración de los Supervisores/as de Caso en cuanto a la presencia de síntomas de malestar emocional ($\chi^2(1, N = 110) = 4.03, p < .04$) y de limitaciones intelectuales significativas ($\chi^2(1, N = 110) = 6.06, p < .02$) en los padres/madres: en los sujetos remitidos a Psicoterapia, los Supervisores/as de Caso habían valorado una mayor presencia de síntomas de malestar emocional y una ausencia de limitaciones intelectuales significativas.

Instrumentos

Para la evaluación de los resultados y la eficacia del tratamiento se utilizaron dos procedimientos complementarios: (1) valoración individualizada de los Supervisores/as de Caso, y (2) aplicación de instrumentos estandarizados.

Valoración individualizada de los Supervisores/as de Caso

Al finalizar el tratamiento, cada familia fue calificada por su Supervisor/a de Caso en relación a la consecución de los objetivos finales del tratamiento, esto es: (a) preservar la seguridad de los niños en su núcleo familiar, (b) lograr que sus necesidades básicas se encuentren satisfechas en su entorno familiar y social, y (c) lograr la estabilidad de los cambios alcanzados en el tratamiento.

En base a la información directa obtenida de la familia, la proporcionada por otros profesionales/personas en contacto con la familia, y los instrumentos estandarizados, al finalizar el tratamiento cada familia fue clasificada por su Supervi-

sor/a de Caso en una escala de cuatro niveles: 1 "Ningún objetivo conseguido, ninguna mejora", 2 "Algunos objetivos conseguidos, mejora parcial en la familia, pero no suficiente para asegurar la seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas de los niños", 3 "Algunos objetivos alcanzados, mejora parcial en la familia, suficiente para asegurar la seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas de los niños" y 4 "Todos los objetivos alcanzados, mejora total". Había cinco Supervisores/as de Caso en el Programa de Tratamiento. Todos ellos se reunían durante cuatro horas semanales para compartir información y analizar la evolución de las familias en el Programa. Estas actividades ayudaban a homogeneizar criterios respecto a esta valoración, aunque no se recogieron datos específicos sobre la fiabilidad inter-jueces.

Instrumentos estandarizados

Entrevista de Historia Materna (Maternal History Interview, MHI; Altemeier y cols., 1979). El MHI es una entrevista semiestructurada de 56 ítems, 13 de los cuales evalúan la percepción del sujeto acerca del cuidado recibido en su propia infancia por su familia y la experimentación de situaciones de maltrato/abandono. Estos 13 ítems fueron aplicados a los padres/madres participantes en el Programa al inicio del tratamiento. En este estudio, se ha utilizado la traducción española del MHI.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, 1978). El BDI evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos durante la semana anterior a su administración. Está compuesto por 21 ítems que presentan diferentes síntomas, cada uno dividido en cuatro niveles de gravedad, que se puntúan de cero a tres. El BDI ha demostrado una consistencia inter-

na, fiabilidad test-retest y validez de constructo y factorial adecuadas (Beck, Steer y Garbin, 1988). En este estudio, se ha utilizado la traducción española del BDI.

Inventario de Potencial de Maltrato Infantil (Child Abuse Potential Inventory, CAP; Milner, 1986). El Inventario CAP es un cuestionario auto-aplicado diseñado para detectar padres/madres que maltratan físicamente a sus hijos o evaluar el nivel de riesgo que tiene un padre/madre de llegar a hacerlo. Está compuesto por 160 ítems que responden a un formato de respuesta "De acuerdo-En desacuerdo". El Inventario contiene una Escala de Abuso y tres escalas de validez (Deseabilidad Social, Respuesta al Azar e Inconsistencia). El Inventario CAP ha sido validado para población española (De Paúl, Arruabarrena y Milner, 1998), mostrando una adecuada fiabilidad y validez discriminante y de constructo.

Versión para Maestros del Child Behavior Checklist (TRF; Achenbach, 1991; Achenbach y Edelbrock, 1986). El TRF es un instrumento estandarizado para maestros que pretende evaluar los problemas de conducta del niño durante los dos meses anteriores al momento de su pasación. Está compuesto por un listado de 118 conductas problemáticas, cada una de las cuales debe ser clasificada en una escala de tres niveles: 0 ("no cierto"), 1 ("algo o a veces cierto") y 2 ("muy cierto o muy a menudo cierto"). El TRF proporciona puntuaciones sobre el Total de Problemas de Conducta, así como puntuaciones en dos escalas denominadas Externalizada (incluye las subescalas de Conducta agresiva y Conducta delictiva) e Internalizada (incluye las subescalas de Ansiedad/depresión, Síntomas psicossomáticos y Retraimiento). Otras tres subescalas, Problemas de pensamiento, Problemas en la interacción social y Problemas de atención, no están

incluidas en ninguna escala. Hay numerosos estudios que apoyan la validez y fiabilidad del TRF (Achenbach, 1991; Achenbach y Edelbrock, 1986). En este estudio se ha utilizado una traducción española.

Escalas de Bienestar Infantil (Child Well-Being Scales, CWBS; Magura y Moses, 1986). Las Escalas de Bienestar Infantil fueron creadas para evaluar los resultados de programas de tratamiento/intervención con familias maltratantes y negligentes llevados a cabo por los Servicios de Protección Infantil. El instrumento está compuesto por 43 escalas que evalúan diferentes áreas del cuidado infantil. Cada una de estas escalas está dividida en tres, cuatro, cinco o seis niveles, que van desde "adecuado" hasta "gravemente inadecuado". Las escalas 1 a 28 evalúan a la familia en su conjunto, mientras que las escalas 29 a 43 evalúan a cada niño de la familia de forma independiente. Las escalas son observacionales y tienen que ser completadas por profesionales que conozcan bien a la familia. Hay estudios que apoyan la validez del CWBS (Gaudin, Polansky y Kilpatrick, 1992; Magura y Moses, 1986; Vezina y Bradet, 1992). Los resultados preliminares del CWBS con muestras de familias maltratantes en España (De Paúl y Arruabarrena, 1999) apoyan la validez de las escalas y la realización de más estudios de validación. En la versión española del instrumento, las escalas se agrupan en tres factores: "Cuidado parental" (comprende doce escalas que evalúan el nivel de cuidado proporcionado por los padres a las necesidades físicas básicas del niño), "Disposición parental" (comprende nueve escalas que evalúan el nivel de cuidado proporcionado por los padres a algunas de las necesidades psicológicas y educativas básicas del niño, y su disposición a colaborar con los Servicios de Protección Infantil y con los servicios de tratamiento), y "Trato que recibe el

niño” (comprende ocho escalas que evalúan el tipo de estrategias disciplinarias que utilizan los padres con el niño y la atención que prestan a sus necesidades educativas).

Procedimiento

En todas las familias remitidas al Programa de Tratamiento, la Sección de Infancia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa había realizado previamente un proceso de investigación y evaluación mediante el cual se había verificado la existencia de maltrato/abandono intrafamiliar de gravedad moderada o elevada hacia los niños, o una situación de alto-riesgo para ello. El Programa atendía todas las tipologías de maltrato/abandono infantil a excepción del abuso sexual cuando se presentaba como única tipología.

Las características básicas del Programa de Tratamiento eran: (a) centrado en la familia, (b) el tratamiento tenía lugar fundamentalmente en el domicilio familiar, (c) duración máxima de 24 meses (aunque durante los primeros años de funcionamiento del Programa hubo familias que permanecieron más tiempo en tratamiento), (d) atención permanente a situaciones de urgencia (24 horas/día y siete días/semana), y (e) trabajo en red con los Servicios de Protección Infantil, Servicios Sociales, y restantes servicios comunitarios.

Los recursos proporcionados por el Programa incluían:

Supervisores/as de Caso. Las funciones principales de los Supervisores/as de Caso eran dirigir y coordinar el tratamiento con cada familia, supervisar semanal o quincenalmente de forma individual a los Educadores/as Familiares, centralizar toda la información referente a cada familia y mantener un registro

escrito con la información relevante, coordinar la red de profesionales y servicios intervinientes con cada caso, y elaborar informes semestrales sobre la evolución de cada caso. Los Supervisores/as de Caso también mantenían contactos directos regulares con las familias. Cada Supervisor/a de Caso coordinaba un máximo de 17 familias. Esta función era desarrollada por Psicólogos/as y Trabajadores/as Sociales con formación especializada en Protección Infantil e Intervención Familiar.

Educadores/as Familiares. Los Educadores/as Familiares eran profesionales seleccionados directamente por los tres Supervisores/as de Caso responsables del Programa. Se intentaba buscar para cada familia un Educador/a Familiar cuyas características personales y profesionales se adecuaran a sus necesidades particulares. Cada Educador/a Familiar era supervisado semanal o quincenalmente por su Supervisor/a de Caso. Los Educadores/as Familiares tenían como funciones proporcionar apoyo personal a los padres, enseñarles habilidades parentales y de resolución de problemas, modelar pautas de interacción y comunicación positivas entre los miembros de la familia, ayudar a la familia a acceder a los servicios comunitarios, mejorar la relación de los miembros de la familia con su red informal de apoyo, y coordinar la intervención de la red de servicios y profesionales en contacto con el caso. Los Educadores/as Familiares realizaban dos visitas domiciliarias a la familia, cada una de ellas de aproximadamente una hora y media de duración. La frecuencia y duración de las visitas podía ser aumentada temporalmente para atender situaciones de especial necesidad o crisis.

Psicoterapia individual, de pareja y familia. El Programa contaba con recursos propios de psicoterapia individual para los padres/madres, terapia de pare-

ja y terapia de familia. Todos los psicoterapeutas eran profesionales que trabajaban en la práctica privada y contaban con una amplia experiencia clínica, aunque no necesariamente con familias maltratantes/ negligentes. La psicoterapia se basaba en el modelo sistémico, con sus diferentes orientaciones (estructural, estratégica, psicodinámica, cognitivo-conductual). Se utilizaba una terapia no-estructurada y focalizada en los problemas. La duración media de la terapia se situaba entre 12 y 21 meses; las sesiones eran semanales en el caso de la psicoterapia individual, y quincenales en el caso de la psicoterapia de pareja y familia.

Para la evaluación de los resultados del Programa, además de la valoración individualizada de los Supervisores/as de Caso al finalizar el tratamiento, se administraron el BDI, el Inventario CAP, el CWBS y el TRF en dos ocasiones: al iniciarse el tratamiento y dieciséis meses después. El MHI se administró a los padres/madres únicamente al inicio del tratamiento. Dadas las dificultades que muchos de los padres/madres participantes en el Programa tenían con la lectura, los instrumentos autoaplicados (BDI y CAP) fueron administrados por los Educadores/as Familiares en forma de entrevista. El CWBS y el TRF fueron completados por los Educadores/as Familiares y los maestros de los niños respectivamente. Por razones internas del Programa y por las dificultades inherentes a este tipo de intervención y este tipo de familias, los instrumentos sólo pudieron ser aplicados de manera correcta y completa a un número reducido de familias. En la primera evaluación, el BDI, el Inventario CAP y el MHI se aplicaron correctamente a 63 padres/madres, el CWBS se aplicó a 47 familias, y el TRF a 139 niños. Veintiocho padres/madres, 29 padres/madres, 20 familias y 40 niños completaron de forma válida las dos evaluaciones del BDI, CAP, CWBS y TRF respectivamente.

Resultados

Resultados globales

El 22.7% ($n = 25$) de las 110 familias que terminaron el tratamiento fueron clasificadas por los Supervisores/as de Caso como 1 "Ningún objetivo conseguido, no mejora", el 23.7% ($n = 26$) fueron clasificadas como 2 "Algunos objetivos alcanzados, mejora parcial en la familia, pero no suficiente para asegurar la seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas de los niños", el 31.8% ($n = 35$) fueron clasificadas como 3 "Algunos objetivos alcanzados, mejora parcial en la familia, suficiente para asegurar la seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas de los niños", y el 21.8% ($n = 24$) fueron clasificadas como 4 "Todos los objetivos alcanzados, mejora total". Globalmente, el tratamiento tuvo éxito en el 53.6% de los casos, y no tuvo éxito en el 46.4%.

Posteriormente, las familias clasificadas como 1 (no mejora) y 2 (mejora parcial insuficiente) fueron reclasificadas como "grupo de no-rehabilitación", y las familias clasificadas como 3 (mejora parcial suficiente) y 4 (mejora total) fueron reclasificadas como "grupo de rehabilitación".

Los análisis llevados a cabo con estos dos grupos mostraron diferencias significativas en los resultados del tratamiento según la tipología de desprotección, $\chi^2(4, N = 108) = 18.7, p = .001$. Tal y como se observa en la Tabla 3, los mejores resultados se obtuvieron en los grupos de alto riesgo, maltrato físico, y maltrato/abandono emocional (aunque los datos de los grupos de maltrato físico y maltrato/abandono emocional han de ser interpretados con cautela a causa del reducido tamaño de la muestra). Los porcentajes más bajos de rehabilitación se obtuvieron en los grupos de "maltrato y negligencia simultáneamente" y negligencia.

Tabla 3

Evaluación clínica global del resultado del tratamiento por tipologías de desprotección (n=108)

Tipología de desprotección	Evaluación clínica global			
	Rehabilitación		No rehabilitación	
	n	%	n	%
Maltrato físico	9	75.0	3	25.0
Negligencia	22	40.7	32	59.3
Maltrato/abandono emocional	6	75.0	2	25.0
Maltrato y negligencia	4	28.6	10	71.4
Alto-riesgo	17	85.0	3	15.0

Los resultados globales del tratamiento (rehabilitación y no-rehabilitación) no mostraron relación con las características sociodemográficas de las familias, a excepción de la variable "Dependencia económica de los Servicios Sociales": en el grupo de familias con dependencia total de los Servicios Sociales había un porcentaje mayor de familias no-rehabilitadas que en el grupo de familias económicamente independientes o parcialmente dependientes $\chi^2(1, N = 109) = 4.25, p < .05$.

No se encontró ninguna relación entre los resultados y la problemática personal o psicosocial de los padres/madres según los Supervisores/as de Caso (alcoholismo, toxicomanías, conducta antisocial, problemas emocionales, trastornos psicopatológicos crónicos, problemas de salud física, capacidad intelectual, conflicto conyugal, relación conflictiva con parientes, y aislamiento social). Sin embargo, los padres/madres del grupo de rehabilitación comenzaron el tratamiento con una puntuación media en el MHI superior ($M = -1.6, S.D. = 9.7$) a los padres/madres del grupo de no-rehabilitación ($M = -6.4, S.D. = 11.4$), $p = .02$. Se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado global (MANOVA) para analizar las diferencias en la puntuación total y las tres dimensiones del CWBS. El MANOVA fue significativo, Wilk's Lambda =

.81, $F(4, 50) = 2.7, p < .05$. Los ANOVAs posteriores mostraron que las familias del grupo de rehabilitación presentaban una media significativamente superior a las familias del grupo de no-rehabilitación en la puntuación total del CWBS, $F(1, 50) = 8.6, p < .01$, y la dimensión "Cuidado parental", $F(1, 50) = 9.1, p < .01$. No se encontraron diferencias significativas ($p > .05$) en las dimensiones "Disposición Parental" y "Trato que recibe el niño". En la puntuación total del TRF, los niños de las familias rehabilitadas tuvieron, al inicio del tratamiento, una puntuación tendencialmente más baja ($M = 47.8, S.D. = 3.3$) que los niños de las familias no rehabilitadas ($M = 56.5, S.D. = 3.13$), $t(137) = 1.9, p = .06$.

Los resultados globales del tratamiento también mostraron relación con (a) el tiempo transcurrido entre la detección del caso y la remisión al Programa de Tratamiento (este lapso de tiempo fue menor en el grupo de rehabilitación ($M = 43.6$ meses) que en el grupo de no-rehabilitación ($M = 68.0$ meses), $t(106) = 2.3, p = .02$) y (b) la cantidad de tiempo que las familias permanecieron en el Programa (las familias rehabilitadas participaron en el Programa más tiempo ($M = 25.3$ meses) que las familias no-rehabilitadas ($M = 19.4$ meses), $t(107) = -3.2, p = .002$). Por el contrario, los resultados globales del tratamiento no mostraron relación

con los recursos proporcionados. Tal como muestra la Tabla 4, las familias que recibieron Educador/a Familiar y las que recibieron Educador/a Familiar y Psicoterapia alcanzaron porcentajes similares de rehabilitación y no-rehabilitación ($p > .05$).

luaciones no fueron significativas ($M = 10.5$, $S.D. = 6.8$ y $M = 9.6$, $S.D. = 10.2$), estas diferencias alcanzaron la significación estadística en el grupo de familias que recibieron Educador/a Familiar + Psicoterapia ($M = 18.9$, $S.D. = 8.9$ y $M = 10.7$, $S.D. = 9.0$), (ver Figura 1).

Tabla 4
Resultados globales del tratamiento en función de los recursos proporcionados a las familias (n=110)

Recursos proporcionados	Evaluación clínica global			
	Rehabilitación		No rehabilitación	
	n	%	n	%
Educador/a Familiar	29	56.9	22	43.1
Educador/a Familiar + Psicoterapia	30	50.8	29	49.2

Evaluación de resultados según los instrumentos estandarizados

Se realizaron cuatro Análisis de Varianza (ANOVA) de dos factores (2 x 2) con medidas repetidas en el segundo factor para analizar los resultados de las puntuaciones en el BDI, la Escala de Abuso del Inventario CAP, el CWBS y el TRF. El factor entre-sujetos fue el tipo de tratamiento de Educador/a Familiar y Educador/a Familiar+Psicoterapia. El factor intra-sujetos fue los dos momentos de evaluación (inicio del tratamiento y dieciséis meses después).

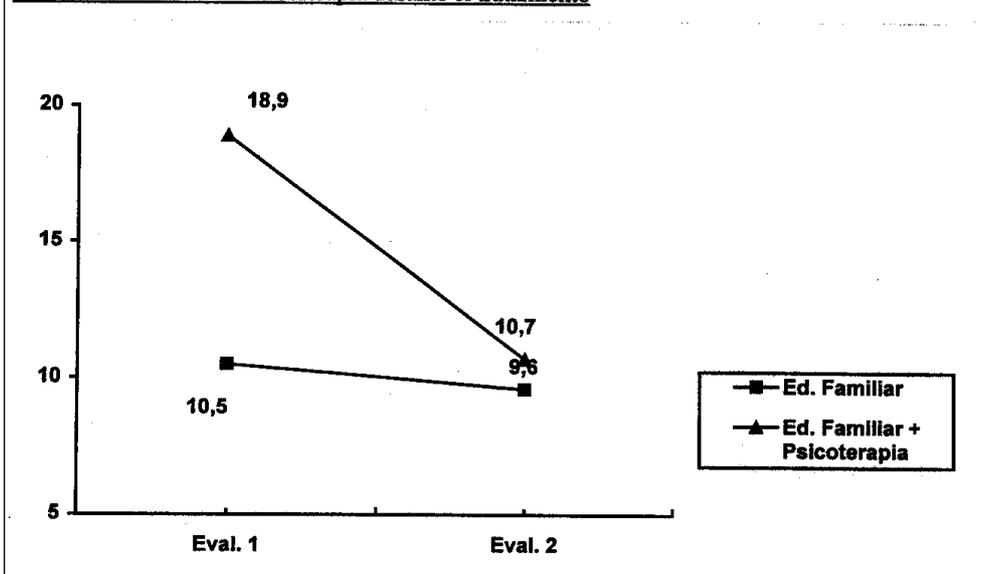
En las puntuaciones del BDI, el ANOVA mostró un efecto principal de la variable "momento de evaluación", $F(1, 26) = 9.7$, $p < .01$, y un efecto interactivo entre las variables "tipo de tratamiento" y "momento de evaluación", $F(1, 26) = 6.5$, $p < .02$. Para el total de los sujetos se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de la primera ($M = 15.6$, $S.D. = 9.1$) y la segunda ($M = 10.3$, $S.D. = 9.3$) evaluación. Sin embargo, mientras en el grupo de familias que recibieron únicamente Educador/a Familiar las diferencias entre ambas eva-

El ANOVA llevado a cabo con la Escala de Abuso del CAP muestra un efecto principal para la variable "momento de evaluación", $F(1, 27) = 4.9$, $p < .05$, pero no efecto interactivo entre las variables "tipo de tratamiento" y "momento de evaluación" ($p > .05$). Se observó una diferencia estadísticamente significativa, para el total de los sujetos, entre la primera ($M = 309.7$, $S.D. = 80.27$) y la segunda ($M = 278.4$, $S.D. = 97.2$) evaluación. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en la segunda evaluación entre los sujetos que recibieron exclusivamente Educador/a Familiar y los que recibieron Educador/a Familiar + Psicoterapia.

Los análisis del CWBS se llevaron a cabo con una muestra compuesta por un solo niño de cada familia. Este niño fue seleccionado al azar entre todos los hermanos. En la puntuación total del CWBS, el ANOVA mostró un efecto principal de la variable "momentos de evaluación", $F(1, 18) = 10.7$, $p < .01$, con una diferencia significativa de las puntuaciones entre la primera ($M = 81.6$, $S.D. = 9.1$) y la segunda ($M = 87.8$, $S.D. = 8.0$) evaluación. No se encontraron efectos

Figura 1

Cambios en las puntuaciones medias del BDI en los grupos que recibieron Educador/a Familiar y Educador/a Familiar + Psicoterapia durante el tratamiento



interactivos significativos entre las variables tipo de tratamiento x momento de evaluación ($p > .05$).

El análisis de cada una de las dimensiones del CWBS mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) de las puntuaciones entre la primera y segunda evaluación en las dimensiones "Cuidado Parental" ($M = 84.5$, $S.D. = 10.9$ y $M = 89.0$, $S.D. = 12.6$) y "Disposición Parental" ($M = 70.5$, $S.D. = 13.2$ y $M = 79.5$, $S.D. = 12.8$). Las puntuaciones en la dimensión "Trato que recibe el niño" no mostraron ningún cambio estadísticamente significativo ($p > .05$) entre las dos evaluaciones.

En las puntuaciones totales del TRF, el ANOVA mostró diferencias significativas entre los momentos de evaluación $F(1, 38) = 9.2$, $p = .004$, con una diferencia estadísticamente significativa de las puntuaciones totales entre la primera ($M = 58.2$, $S.D. = 26.1$) y la segunda ($M =$

46.3, $S.D. = 21.5$) evaluación. No se encontró un efecto interactivo entre las variables "tipo tratamiento" y "momento de evaluación" ($p > .05$).

El análisis de cada una de las escalas y subescalas que componen el TRF mostró, para el total de los sujetos, una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) de las puntuaciones entre la primera y segunda evaluación en las escalas Externalización ($M = 14.5$, $S.D. = 13.8$ y $M = 11.2$, $S.D. = 9.9$) e Internalización ($M = 15.6$, $S.D. = 7.9$ y $M = 11.2$, $S.D. = 6.7$). También se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) entre la primera y segunda evaluación en las subescalas de Retraimiento ($M = 6.5$, $S.D. = 4.2$ y $M = 4.5$, $S.D. = 3.6$), Síntomas psicossomáticos ($M = 1.5$, $S.D. = 1.4$ y $M = 0.8$, $S.D. = 0.9$), Conducta agresiva ($M = 11.4$, $S.D. = 12.2$ y $M = 8.5$, $S.D. = 8.6$), Problemas en la interacción social ($M = 6.2$, $S.D. = 4.1$ y $M = 4.7$, $S.D. = 3.2$) y Problemas de atención ($M = 21.2$, $S.D.$

= 8.9 y \underline{M} = 18.4, $\underline{S.D.}$ = 7.9). Las puntuaciones en las subescalas de Ansiedad/Depresión, Problemas de pensamiento y Conducta delictiva no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa, aunque en la escala de Ansiedad/Depresión se produjo una disminución en las puntuaciones medias (\underline{M} = 7.6, $\underline{S.D.}$ = 4.6 y \underline{M} = 5.9, $\underline{S.D.}$ = 3.5) cercana a la significación estadística (p = .054)

Únicamente en la subescala de Problemas en la interacción social se observó un efecto interactivo entre las variables "tipo de tratamiento" y "momento de evaluación" (p < .05). En el grupo de niños de las familias que recibieron Educador/a Familiar + Psicoterapia se observó una diferencia significativa entre la primera y la segunda evaluación en las puntuaciones de esta escala (\underline{M} = 6.7, $\underline{S.D.}$ = 4.8 y \underline{M} = 3.3, $\underline{S.D.}$ = 3.1). Estas diferencias no fueron significativas para el grupo de niños de las familias que recibieron únicamente Educador/a Familiar (\underline{M} = 6.0, $\underline{S.D.}$ = 3.7 y \underline{M} = 5.5, $\underline{S.D.}$ = 3.1).

Discusión

A nivel global y según la valoración de los Supervisores/as de Caso, este Programa de Tratamiento tuvo un nivel aceptable de éxito con familias con problemas de maltrato físico (75.0%), maltrato/abandono emocional (75.0%) y familias en situación de alto-riesgo (85.0%). Por el contrario, se obtuvieron porcentajes menores de éxito con familias negligentes y familias maltratantes-negligentes (40.7% y 28.6% respectivamente), lo que coincide con datos procedentes de otros estudios (Crittenden, 1988; Daro, 1988; Gaudin, 1993).

Los resultados globales del Programa de tratamiento parecen estar relacionados con la situación de las familias al inicio del tratamiento. Las familias que

alcanzaron la rehabilitación presentaban, al inicio del tratamiento, menos déficit en el cuidado proporcionado a los niños (es decir, se trataba de casos menos graves de maltrato/abandono), mostraban un mayor grado de colaboración con los Servicios de Protección Infantil, los padres/madres tenían una historia más positiva de infancia (aunque seguía siendo negativa), y los niños tenían menos problemas de comportamiento en la escuela. Estos datos, unidos al hecho de que el porcentaje mayor de rehabilitación se alcanzó en el grupo de alto-riesgo (85.0%) y a la asociación negativa encontrada entre resultados del tratamiento y tiempo transcurrido entre la detección del caso por los Servicios Sociales y su remisión al Programa de Tratamiento, apoyan la hipótesis de que la detección y la intervención precoces aumentan las posibilidades de éxito del tratamiento, y que las estrategias preventivas pueden ser más eficaces y baratas que las intervenciones llevadas a cabo cuando el problema ya ha aparecido, especialmente con las familias más problemáticas y crónicas (Cohn y Daro, 1987; Wolfe, 1993).

El tratamiento parece tener efectos positivos significativos en la situación emocional de los padres/madres (disminución de la sintomatología depresiva, sentimientos de infelicidad y de soledad), el nivel de cuidado que los niños reciben en el domicilio familiar, y el comportamiento de los niños en el ámbito escolar. Los análisis realizados para conocer el efecto diferencial de los recursos del Educador/a Familiar y la Psicoterapia indican que el Educador/a Familiar parece ser eficaz para mejorar el nivel de cuidado recibido por los niños en el domicilio familiar, los síntomas de malestar emocional en los padres/madres (depresión, infelicidad, soledad), y el comportamiento de los niños en el entorno escolar. La utilización de la Psicoterapia no parece mejorar los efectos positi-

vos del Educador/a Familiar a excepción de la reducción de sintomatología depresiva en los padres/madres (aunque, según los datos aportados por el Inventario CAP, no reduce otro tipo de síntomas de malestar emocional como la infelicidad o la soledad) y la disminución de los problemas de interacción social del niño en el colegio (según es evaluado por el TRF).

La bibliografía internacional no aporta apenas datos sobre la eficacia de la Terapia sistémica en la intervención con familias maltratantes/negligentes. Los Programas que utilizan este tipo de abordaje no suelen contar con sistemas formales de evaluación, por lo que no es posible conocer su eficacia (Wolfe, 1993). Los escasos datos a este respecto son aportados por Brunk, Henggeler y Whelan (1987), que compararon la eficacia de una psicoterapia multisistémica con el entrenamiento a los padres/madres en habilidades parentales y habilidades de resolución de problemas. Estos autores encontraron que la psicoterapia era más eficaz en conseguir efectos positivos en la relación padres-hijo y en los problemas de comportamiento del niño. Por su parte, Kolko (1996) no encontró diferencias significativas en la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual individual aplicada a padres e hijos y la terapia familiar. La escasez de investigaciones en este área señala la necesidad de llevar a cabo más estudios dirigidos a evaluar "qué modalidades de psicoterapia, proporcionadas por quién, son más eficaces para qué tipos de clientes y problemas"

(Kendall, 1998, p.4; Chambless y Hollon, 1998).

La evaluación de este Programa de Tratamiento cuenta con algunas limitaciones importantes que matizan la interpretación de sus resultados y deberían ser superadas en futuras investigaciones. Una de ellas es la ausencia de un grupo control, que impide atribuir los cambios experimentados por las familias al efecto del tratamiento. No es posible demostrar que familias con problemas similares y sin ningún tratamiento (o el abordaje rutinario de los servicios comunitarios), no hubieran experimentado los mismos cambios. En segundo lugar, hubiera sido necesario contar con datos sobre la fiabilidad inter-jueces para poder considerar fiable y válida la valoración de los Supervisores/as de Caso como criterio para la evaluación de los resultados globales del tratamiento. Aunque la valoración clínica de los profesionales que proporcionan el tratamiento se ha utilizado con frecuencia como criterio para la evaluación de programas (Daro, 1988; Schellenbach, 1998), puede ser criticado por su subjetividad. Una última limitación de este estudio afecta al reducido número de familias que cuentan con los instrumentos estandarizados cumplimentados de forma correcta a lo largo de las sucesivas evaluaciones. Además de las dificultades inherentes a este tipo de intervención y este tipo de familias, es probable que este hecho esté también relacionado con dificultades de los propios profesionales del ámbito de la Protección Infantil, poco habituados a la utilización de este tipo de instrumentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18 YSR, and TRF profiles*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and teacher version of the Child Behavior Profile*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Altemeier, W.A., Vietze, P.M., Sherrod, K.B., Sandler, H.M., Falsey, S. y O'Connor, S. (1979). Prediction of child maltreatment during pregnancy. *J. Am. Acad. Child Psychiatr.*, 18, 205-218.
- Beck, A. (1978). *Beck Depression Inventory*. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia.
- Beck, A., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brunk, M., Henggeler, S.W. y Whelan, J.P. (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 171-178.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cohn, A.H. y Daro, D. (1987). Is treatment too late? What ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In K. Browne, C. Davies y P. Stratton (eds.): *Early prediction and prevention of child abuse* (pp.161-189). Londres: John Wiley and Sons.
- Daro, D. (1988). *Confronting child abuse: Research for effective program design*. Nueva York: Free Press.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (1999). Escalas de Bienestar Infantil de Magura y Moses. Un primer estudio para la validación de la versión española. *Intervención Psicosocial*, 8, 89-107.
- De Paúl, J., Arruabarrena M.I., y Milner, J.S. (1998). *Inventario de Potencial de Maltrato Infantil (CAP). Manual de utilización e interpretación*. San Sebastián: Librería Zorroaga.
- Gaudin, J.M. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 66-89.
- Gaudin, J.M., Polansky, N.A. y Kilpatrick, A.C. (1992). The Child Well-Being Scales: A field trial. *Child Welfare*, LXXI, 319-328.
- Howing, P.T., Wodarski, J.S., Gaudin, J.M. y Kurtz, P.D. (1989). Effective interventions to ameliorate the incidence of child maltreatment: The empirical base. *Social Work*, 34, 330-338.
- Isaacs, C.D. (1982). Treatment of child abuse: A review of the behavioral interventions. *J. Appl. Behav. Anal.*, 15, 273-294.
- Kendall, P.C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-6.
- Kolko, D.J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1, 322-342.
- Magura, S. y Moses, B.S. (1986). *Outcome Measures for Child Welfare Services*. Washington, D.C.: Child Welfare League of America.
- Milner, J.S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual* (second edition). Psytec Inc., Webster, N.C.
- NCCAN, National Center on Child Abuse and Neglect (1988). *Research Symposium on Child Neglect*. Washington, D.C.: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Polansky, N.A., DeSaix, C. y Sharlin, S.A. (1972). *Child neglect. Understanding and reaching the parent*. Washington, D.C.: Child Welfare League of America.
- Schellenback, C.J. (1998). Child maltreatment: A critical review of research on treatment for physically abusive parents. In P.K. Trickett y C.J. Schellenback (eds.): *Violence against children in the family and the community*. Washington: American Psychological Association.
- Vezina, A. y Bradet, R. (1992). Validation quebécoise d'un inventaire mesurant le bien-être de l'enfant. *Science et Comportement*, 22, 233-251.
- Wolfe, D. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clinical Psychological Review*, 13, 473-500.