

## SafeCare®: Perspectiva Histórica, Desarrollo Dinámico y Diseminación de un Programa de Prevención del Maltrato Infantil Basado en la Evidencia

Katelyn M. Guastafarro, John R. Lutzker, Megan L. Graham, Jenelle R. Shanley y Daniel J. Whitaker.  
Georgia State University, USA

Ésta es una versión traducida al español del original en inglés SafeCare®: Historical Perspective and Dynamic Development of an Evidence-Based Scaled-Up Model for the Prevention of Child Maltreatment.

Para referenciar, citar el original como: Katelyn M. Guastafarro, John R. Lutzker, Megan L. Graham, Jenelle R. Shanley y Daniel J. Whitaker (2012). SafeCare®: Historical Perspective and Dynamic Development of an Evidence-Based Scaled-Up Model for the Prevention of Child Maltreatment. *Psychosocial Intervention*, 21, 171-180. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a17>

**Resumen.** SafeCare es un programa basado en la evidencia de enseñanza de habilidades parentales que reduce el maltrato infantil, particularmente la negligencia. El riesgo de maltrato infantil, un problema público de salud que afecta cada año a millones de niños y niñas en Estados Unidos, puede ser reducido de forma notable mediante programas como el SafeCare, que desarrolla su intervención en el domicilio. Basado en la psicología conductual aplicada, el SafeCare se centra en dotar a los padres y madres de habilidades específicas en tres áreas: salud, seguridad en el hogar, e interacción padres-hijos. Este artículo expone una visión general del modelo de intervención del SafeCare, una perspectiva histórica de su desarrollo y evolución, sus bases teóricas, sus objetivos y contenido a través de la descripción de sus módulos y forma de provisión, recoge una visión general de sus resultados y comenta los datos acerca de su diseminación e implantación.

*Palabras clave:* ejercicio rol parental, implantación, maltrato infantil, programa basado en la evidencia, SafeCare.

El maltrato infantil amenaza la calidad de vida de niños y jóvenes a corto y largo plazo. La Ley de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil define el maltrato y negligencia infantil como: “Cualquier acto u omisión de acto reciente por parte del padre/madre o cuidador que resulte en muerte, grave daño físico o emocional, abuso o explotación sexual; o un acto u omisión de acto que represente un riesgo inminente de daño” (U.S. Department of Health and Human Services, 2011). En los EEUU en 2010, 3.6 millones de niños fueron remitidos a los Servicios de Protección del Menor (Child Protection Service, CPS) por ser supuestamente víctimas de maltrato o negligencia infantil, siendo el 80.3% de ellos maltratados por el padre o la madre. En 2010, 78.3% de los casos denunciados al CPS fueron debidos sólo a negligencia, el 17.6% a maltrato físico, el 9.2% a abusos sexuales, el 8.1% a maltrato psicológico o emocional y el 2.4% a negligencia médica (U.S. Department of Health and Human Services, 2011). Cuanto más joven el niño, mayor es el riesgo de que sufra maltrato; los niños entre 0 y 3 años conformaban el 34% de todos los supuestos casos de maltrato en 2010. Se calculó que unos 1.560 niños (o 2,07 por cada 100.000) murieron por maltrato y negligencia infantil en ese mismo año (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

Las secuelas del maltrato durante la infancia son duraderas y costosas. Aquellos que han experimentado el maltrato infantil a una temprana edad tienden a presentar: deterioro de la salud física, mental y emocional; dificultades en el manejo de situaciones sociales; disfunción cognitiva; conductas de alto riesgo y otros problemas conductuales (Anda, 2009; Chapman, Dube y Anda, 2007). Considerado como una “ofensa traumática extrema” en la trayectoria evolutiva del niño (Hagele, 2005), el maltrato produce un impacto adverso directo en el funcionamiento neurológico y estructural del cerebro (Cicchetti y Rogosch, 2009). Prevent Child Abuse America, una organización nacional que opera en todos los estados para asegurar el desarrollo saludable de todos los niños, postula que el maltrato infantil supone un coste a los Estados Unidos de más de 80.000

millones de dólares al año, incluyendo tanto los costes inmediatos, tales como el tratamiento del trauma, como los costes a largo plazo, tales como los generados por los servicios de salud mental (Gelles y Perlman, 2012).

Se han identificado un número de factores de riesgo habituales en familias denunciadas por maltrato infantil. Los padres frecuentemente mantienen unas expectativas o atribuciones sobre la conducta del niño poco realistas y que ponen al niño en riesgo de maltrato (Azar y Weinzierl, 2005). Los datos también indican que un padre o madre que recurre a una forma de maltrato infantil tiende a repetir este comportamiento y a recurrir a otras formas de maltrato (Hélie y Bouchard, 2010). Los factores de riesgo del maltrato infantil incluyen: nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, el lloro infantil, madres jóvenes, abuso de alcohol y otras sustancias por parte de los padres/madres, pobreza familiar, número elevado de niños dependientes, crianza monoparental y una falta total de apoyo social a las familias (Palusci, 2011). Así pues, las estrategias de prevención e intervención deben considerar estos factores.

Para abordar los numerosos factores de riesgo de maltrato hay disponibles una amplia gama de servicios, incluyendo la acogida temporal, los servicios de salud mental (tanto para padres como para hijos), enseñanza de habilidades parentales, tratamiento de prevención contra el abuso de sustancias (Butchart y Harvey, 2006). Los programas de enseñanza de habilidades parentales, a los que las familias son remitidas con mayor asiduidad (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker y Lutzker, 2009), se ofrecen en distintos entornos de actuación, tales como clínicas, iglesias o asociaciones comunitarias, así como en el hogar. Los servicios administrados *in-situ*, es decir, en el entorno natural del hogar, en lugar de una clínica o consulta, o entornos “sustitutos”, se encuadran dentro de un marco socio-ecológico. Los programas de habilidades parentales aplicados en el entorno del hogar familiar y diseñados para abordar los factores de riesgo del maltrato infantil resultan particularmente efectivos (Bilukha et al., 2005; Daro, 2012). Los padres pueden promover la generalización de habilidades al encontrarse *in-situ* y pueden aumentar la implicación y retención, ya que no obliga al padre/madre a considerar el transporte, la atención al niño, los horarios y otros costes asociados con el desplazamiento fuera del hogar para asistir al programa. Por ejemplo, un padre o madre podría aplicar lo que ha aprendido sobre los riesgos en habitaciones de la casa que el visitador domiciliario no ha supervisado con él o ella (Lutzker y Bigelow, 2002). Se cree que si los padres aprenden a implicar a su hijo apropiadamente en tareas rutinarias del hogar, utilizarán estas habilidades en otras actividades o entornos, así como con otros hijos. El aprendizaje de estas habilidades en el hogar podría también aliviar parte del estrés del padre o madre ante la intervención al encontrarse en un entorno familiar y acogedor.

El propósito de este artículo es proporcionar un extenso conocimiento de SafeCare. Así pues, se incluirá una visión general del modelo de SafeCare, una perspectiva histórica de sus orígenes y su desarrollo dinámico, una descripción de las bases teóricas del modelo, una descripción de los objetivos y el contenido del programa mediante la observación y forma de provisión de sus módulos, una visión general de los resultados del programa, los datos obtenidos y finalmente una visión general de los esfuerzos realizados para su diseminación e implantación.

## **Fundamentos teóricos/Marco conceptual**

El primer reconocimiento profesional del maltrato en los EEUU en una publicación académica revisada por especialistas se realizó en el decisivo artículo de Kempe et al. publicado en el *Journal of the American Medical Association*, bajo el título de “El síndrome del niño maltratado”(1962). En él se describían las lesiones infantiles que se podían observar en las salas de urgencias y de pediatría y en consultas de médicos de atención primaria que no se justificaban por la versión de los padres acerca de los hechos sobre caídas de columpios, golpes contra las mesitas del salón, o explicaciones similares. El artículo no sólo despertó un interés importante en la comunidad profesional, sino que también recibió una considerable atención mediática que abrió los ojos al público a un problema que hasta el momento se había mantenido en la sombra. El artículo estimuló el debate, promovió el desarrollo en los estados de leyes para denunciar el maltrato infantil, promovió nueva legislación federal (por ejemplo, la Ley de Prevención y Tratamiento de Maltrato Infantil [the Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA, P.L. 93-247] y fomentó la investigación epidemiológica y la especulación teórica sobre las posibles causas del maltrato de los padres a sus hijos. Los primeros debates teó-

ricos se centraron en factores parentales intrapersonales (Bigelow y Lutzker, 1998), en gran parte debido a que, por aquel entonces, las perspectivas teóricas de salud mental, conductual y socio-ecológicas actuales estaban todavía en sus primeras fases. Sin embargo, a finales de los años 70 y principios de los 80, Bronfenbrenner (1979) y Belsky (1980) comenzaron a examinar la noción de que las ecologías sociales afectan a una serie de problemas relacionados con entornos y situaciones adversas (es decir, pobreza) y de que existe una interacción entre los factores intrapersonales, interpersonales y comunitarios/sociales que explica problemas como el maltrato infantil. Así mismo, Bandura (1975) amplió sus teorías de aprendizaje social para explicar el desarrollo infantil y los efectos del modelado adulto e infantil en la conducta infantil.

Las intervenciones diseñadas para prevenir el maltrato infantil sin recurrir a la vía judicial (es decir, sin recurrir a la tutela del niño) no aparecieron en publicaciones científicas hasta que Denicola y Sandler (1980) publicaron el estudio de un caso en el que se aplicaron técnicas de reducción de estrés a una madre denunciada por maltrato infantil. El estudio de Denicola y Sandler (1980) es más correctamente descrito como una terapia conductual. Los primeros estudios en los que se aplicó un diseño experimental de caso único y análisis conductual dirigido a modificar la conducta de las familias denunciadas por o en riesgo de maltrato infantil surgieron a partir del Project 12-Ways (Campbell, O'Brien, Bickett y Lutzker, 1983; Rosenfeld-Schlichter, Sarber, Bueno, Greene y Lutzker, 1983; Sarber, Halasz, Messmer, Bickett y Lutzker, 1983). Las bases del análisis conductual aplicado se sentaron en investigaciones básicas de laboratorios de animales en los que se exploraba el papel del refuerzo y el castigo en el proceso de aprendizaje. A mediados de los años 60 surgieron aplicaciones para intervenciones en autismo, esquizofrenia y discapacidades evolutivas e intelectuales. En los setenta se desarrolló el trabajo con padres como mediadores del cambio conductual en sus hijos y de esa manera nació la enseñanza conductual de habilidades parentales. El aspecto "conductual" de la enseñanza de habilidades parentales adoptado por el Project 12-Ways y SafeCare implica la observación directa de la conducta del padre/madre y del niño, valoraciones periódicas de las conductas, formación en habilidades aplicando criterios de dominio y el uso del modelado y del juego de roles. En los primeros pasos del Project 12-Ways, el módulo padre/madre-hijo se centraba en gran medida en las consecuencias de la conducta infantil. SafeCare, su sucesor, cambió el enfoque hacia los antecedentes de la conducta infantil para promover interacciones positivas entre padre/madre e hijo a través de entornos enriquecidos, atendiendo en menor medida a las consecuencias de la conducta infantil.

## **Historia del programa**

La aplicación del enfoque "ecoconductual" a la prevención del maltrato infantil se inició en 1979 con el Project 12-Ways, en el sur rural de Illinois (Lutzker, Frame y Rice, 1982). El Project 12-Ways fue y sigue siendo implementado por colaboradores de postgrado altamente entrenados que trabajaron in-situ con padres remitidos a los servicios de protección del menor (Child Protective Services, CPS) por situaciones confirmadas o de riesgo de maltrato y negligencia infantil. El nombre, "12-Ways" se debió a que consistía en la enseñanza de 12 grupos de habilidades parentales, las cuales incluían: habilidades cotidianas básicas infantiles, interacción padre/madre-hijo, mantenimiento de la salud y nutrición, reducción del estrés, orientación matrimonial, seguridad en el hogar, gestión de la economía familiar, búsqueda de empleo, tratamiento del alcoholismo, tiempo de ocio, autocontrol y una plétora de servicios prenatales y postnatales para madres solteras (Lutzker y Rice, 1984). Los datos iniciales del Project 12-Ways mostraron un índice de reincidencias y/o primeras denuncias de maltrato infantil en familias del Project 12-Ways mayor que la muestra de control de similares características demográficas (12% de reincidencias frente a 26%, respectivamente) (Dachman, Halasz, Bickett y Lutzker, 1984). El Project 12-Ways ha estado financiado desde 1979 en la Southern Illinois University en Carbondale para proporcionar servicios en el sur rural de Illinois.

Project 12-Ways fue sistemáticamente replicado, adaptado y validado de múltiples formas durante varios años. En 1986, el Departamento de California de Servicios de Desarrollo concedió una ayuda económica (Project Ecosystems) para proporcionar en visitas domiciliarias servicios similares a los del Project 12-Ways dirigidos a familias voluntarias con hijos con discapacidades evolutivas e intelectuales. En 1994, The California Wellness Foundation aportó una subvención para replicar sistemáticamente el Project 12-Ways en

la ciudad de Los Angeles, California, con el objetivo de hacer una versión más sucinta y de más fácil diseminación del modelo 12-Ways. Los 12 componentes del Project 12-Ways precisaban de un considerable tiempo de implicación por parte de los padres y visitantes domiciliarios (VD; proveedores) (aparte del tiempo de implantación, el dominio del material en las 12 áreas de contenido se hacía bastante difícil). Así pues, SafeCare fue creado en 1994 en un formato de tres módulos (interacción padre o madre-niño/ padre o madre-bebé, seguridad en el hogar y salud), los módulos más habitualmente utilizados en el Project 12-Ways. Los tres módulos fueron posteriormente revalidados por expertos y probado a través de una serie de estudios con diseño de caso único (Bigelow y Lutzker, 2000; Gaskin, Lutzker, Crimmins y Robinson, 2012; Jabaley, Lutzker, Whitaker y Self-Brown, 2011).

Por lo general, los datos de resultados tanto para el Project 12-Ways y SafeCare demuestran que estos programas reducen las probabilidades de reincidencia en familias que recibieron entrenamiento frente a las familias que no lo recibieron (Gershater-Molko, Lutzker y Wesch, 2002, 2003). A aquellos que recibieron los servicios se les pidió que compartieran sus percepciones sobre el programa y sus resultados en un proceso de validación social (O'Brien, Lutzker y Campbell, 1993; Taban y Lutzker, 2001). En general, los participantes eran favorables al programa y proporcionaron valiosas sugerencias que permitieron que el proceso de validación social fuera más tarde incorporado en el modelo de implantación (Lutzker y Bigelow, 2002).

A lo largo de su historia, SafeCare ha demostrado ser eficaz y efectivo en una variedad de ambientes, contextos sociales y poblaciones. Las madres que recibieron SafeCare se mostraban menos deprimidas, experimentaban menos estrés parental y presentaban menor riesgo de un futuro maltrato infantil tras el programa que las madres que no recibieron SafeCare (Lutzker y Bigelow, 2002). Los resultados de un amplio ensayo de control aleatorizado a escala estatal de unas 2.200 familias de Oklahoma y de casi una década de duración fue recientemente presentado por Chaffin, Hecht, Bord, Silovsky y Beasley (2012). Los datos del seguimiento a los seis años mostraban que SafeCare disminuía la reincidencia en un 26% en familias con niños de 0-5 años.

## Descripción de la intervención

Los factores de riesgo para el maltrato infantil se relacionan con una falta de experiencia de crianza, de conocimientos y habilidades básicas de crianza, de apoyo social positivo y de otros factores ambientales contextuales (Palusci, 2011). Para abordar muchos de los factores de riesgo de maltrato más significativos, el currículum de SafeCare está dividido en tres módulos centrales: salud, seguridad en el hogar e interacción padre o madre-niño/padre o madre-bebé.

*Módulo de salud:* el objetivo del módulo de Salud es entrenar a los padres en un proceso paso a paso para determinar cuál es el mejor cuidado de sus hijos cuando se encuentran enfermos o lesionados. Aprender cómo gestionar e identificar los síntomas y enfermedades infantiles reduce el riesgo de negligencia médica. El módulo enseña a los padres qué deben buscar, cómo decidir qué hacer y cómo mantener unos buenos historiales médicos. Los padres aprenden cuándo deben recurrir a los servicios de urgencias, cuándo es apropiado llamar al pediatra y qué deben hacer cuando están cuidando a un niño enfermo en el hogar. El aprendizaje también incluye temas de prevención, tales como una higiene y nutrición adecuadas, como una manera de minimizar las necesidades de atención médica.

*Módulo de Seguridad en el hogar:* debido a la alta prevalencia de lesiones accidentales en el hogar (particularmente en el caso de los niños de corta edad) y el elevado número de riesgos en los hogares de padres remitidos por negligencia infantil, el objetivo del módulo de Seguridad en el Hogar es enseñar a los padres a identificar y eliminar estos riesgos en sus hogares. El módulo de Seguridad divide los riesgos habituales en el hogar en 10 categorías (por ejemplo, atragantamiento, asfixia, descarga eléctrica), que ayudan a los padres a identificar qué riesgos existen en sus hogares. Los padres también aprenden a identificar cuándo un riesgo está al alcance (del niño) y accesible (no adecuadamente asegurado) y qué estrategias utilizar para apartar o eliminar tales riesgos. Además, los padres aprenden a reducir la aglomeración y suciedad de sus hogares, los cuales incrementan la exposición de los niños a alérgenos.

*Módulos Padre-Niños/Padres-Bebés:* mejorar las interacciones padres-niños/bebés es un componente esencial para reducir el riesgo de los niños a sufrir maltrato físico y negligencia (Chaffin et al., 2004). Los

módulos de ejercicio de rol parental están divididos por edad para explicar las diferencias entre las necesidades evolutivas de los bebés y los niños de corta edad. El módulo de Interacción Padres-Bebés (PII) se centra en cómo los padres interactúan verbal y físicamente con su bebé. El módulo de Interacción Padres-Niños (PCI) proporciona a los padres las habilidades necesarias para planificar y organizar las actividades diarias (por ejemplo, horarios de comidas, horarios de juego, horario de baños) para emplear conjuntos específicos de estrategias diseñadas para aumentar la interacción padre/madre-niño y reducir futuros problemas de conducta del niño. Ambos módulos de ejercicio de rol parental incluyen una discusión de las expectativas evolutivas.

## **Destinatarios del programa**

SafeCare es administrado a familias con denuncias confirmadas o que están en riesgo de maltrato infantil. Las familias remitidas a SafeCare proceden de una variedad de agencias u organizaciones que incluyen, entre otras a: servicios de protección del menor, juzgados de delitos de drogas, universidades, organizaciones de la comunidad y agencias de prevención. Como tal, SafeCare es empleado tanto como un instrumento de prevención primaria para aquellos que están en riesgo de maltrato infantil, así como una forma secundaria o terciaria de prevención en familias que ya están involucradas en el sistema de servicios sociales. Todas las familias que participan deben tener como mínimo un hijo de menos de cinco años de edad, ya que el currículum está específicamente diseñado para las edades de 0 a 5 años.

Con el fin de evaluar la efectividad de SafeCare en varios tipos de familias, los investigadores continúan aplicando el currículum de SafeCare a distintos tipos de poblaciones. Por ejemplo, han llevado a cabo una serie de modificaciones para que pueda ser aplicado a niños de hasta 12 años de edad, a familias con niños que presentan una conducta desafiante, a familias con un historial de violencia de pareja y a familias latinas. Otros investigadores continúan aplicando SafeCare a poblaciones necesitadas, incluyendo a madres con discapacidades intelectuales (Gaskin et al., 2012) y entre aquellos en situación de tratamiento por abuso de sustancias. En resumen, el currículum de SafeCare no se limita a una población específica, permitiendo así el máximo de aplicabilidad y diseminación.

## **Desarrollo del programa**

Cada módulo ha sido validado por expertos tres veces y ha demostrado ser eficaz en múltiples estudios. La mayoría de estos estudios utilizan un diseño de investigación de caso único con una familia, un individuo o un grupo de familias en el que las conductas son directamente observadas y valoradas (Barlow, Nock y Hersen, 2009; Weisz, Jensen-Doss y Hawley, 2006). El currículum es revisado periódicamente para incluir nuevas investigaciones, nueva tecnología, para ajustarlo a nuevas poblaciones especiales, para corregir cualquier potencial deriva del programa y para maximizar la competencia cultural. En esta sección debatiremos sobre la relevancia de estos módulos específicos en relación con datos nacionales, describiremos la fundamentación general de los módulos individuales y revisaremos el desarrollo histórico de los módulos desde sus comienzos con el Project 12-Ways hasta los nuevos e innovadores enfoques que surgen en el NSTRC.

## ***Salud***

En 2008, se realizaron más de 123 millones de visitas a salas de urgencias en los Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Se calculó que al menos un tercio de las visitas a urgencias eran evitables y no urgentes, o podrían ser tratadas por un médico de atención sanitaria primaria (Choudhry et al., 2007). Tras observar que los padres y madres jóvenes carecen con frecuencia de habilidades y se plantean preguntas sobre la salud de su hijo, Delgado y Lutzker (1988) desarrollaron un programa para enseñar a los padres cómo detectar síntomas, la gravedad de la enfermedad y dónde buscar la atención sanitaria adecuada

a través de una serie que consta de 14 pasos. Seis padres y madres remitidos al Project 12-Ways recibieron la enseñanza que incluía materiales escritos, instrucciones verbales y una estructura de sesiones de feedback de las prácticas de explicación del modelo. Los participantes fueron evaluados mediante pruebas de verdadero-falso administradas por el visitador domiciliario. El número de pasos completados correctamente fue registrado y se descubrió que aumentaban a lo largo del curso de aprendizaje y el seguimiento. El modelado y el juego de roles mejoraron de forma efectiva el resultado de los 14 pasos que debían seguir los padres y madres que cuidaban a sus hijos enfermos y los materiales escritos por sí solos no resultaron adecuados.

Con el objetivo de hacer más fácil la implantación del módulo de salud, Bigelow y Lutzker (2000) lo hicieron más eficiente. Durante cinco sesiones, el padre o madre y el visitador domiciliario realizaban sesiones de modelado y práctica más sucintas durante las cuales sólo los pasos completados incorrectamente durante un escenario eran practicados, reduciendo así la duración de la intervención. Los padres/madres y VD's realizaban escenarios de juego de rol en los que se pedía a los padres y madres que identificaran correctamente los síntomas y el momento correcto en el que buscar la atención sanitaria adecuada. De nuevo, los materiales escritos por sí solos no mejoraron los resultados de los pasos adecuados, pero cuando se añadió la práctica con escenarios, el porcentaje de pasos apropiados completados aumento en un 100% de media.

### *Seguridad en el hogar*

La seguridad en el hogar se consideró un módulo necesario en el Project 12-Ways. No sólo los hogares visitados presentaban muchos riesgos accesibles, sino que además se recibieron informes de que los padres recurrían al maltrato físico cuando intentaban proteger a sus hijos en el momento en que estos se implicaban en algún peligro, tal como introducir un objeto en un enchufe (Tertinger, Greene y Lutzker, 1984). Históricamente, el entrenamiento sistemático para mejorar la seguridad en los hogares de familias con un historial de maltrato y negligencia infantil había sido poco habitual en los servicios de visitas domiciliarias. La necesidad de una enseñanza sobre la seguridad en el hogar sigue siendo obvia, ya que, desde 2001 a 2010 se registraron tres millones de lesiones no intencionadas y no letales en los EEUU de niños de 0-5 años de edad (Prevention, 2010).

Tertinger et al. (1984) desarrollaron el Inventario de Prevención de Accidentes en el Hogar (Home Accident Prevention Inventory, HAPI) que medía la cantidad de objetos peligrosos que un niño podía encontrar en una vivienda. Los peligros fueron itemizados en categorías. El HAPI permitía a los VD valorar el número de peligros observados durante cada visita y sirvió de instrumento para comprobar el progreso de la eliminación de riesgos a lo largo de las sesiones. El HAPI incluía cinco categorías generales (fuego y electricidad; asfixia por la ingesta de objetos; asfixia mecánica; armas de fuego; y envenenamiento) que representaban las cinco causas principales de muertes accidentales infantiles en los años 80. Durante la intervención los VD enseñaban a los padres a hacer inaccesible los riesgos a sus hijos guardándolos bajo llave o usando accesorios de seguridad anti-niños.

Se aplicó un diseño basal múltiple a los cuartos de las viviendas replicado en seis familias con un historial de maltrato infantil para probar la eficacia del HAPI y de la intervención. El número de peligros accesibles se vio dramáticamente reducido cuando se implementó el paquete educativo de feedback (Tertinger et al., 1984).

En respuesta a la necesidad de aumentar la generalización y reducir la duración del módulo, Barone, Greene y Lutzker (1986) intentaron hacer más eficaz el módulo de seguridad en el hogar incluyendo una proyección de diapositivas con audio. Utilizando tres familias del Project 12-Ways, se aplicó un diseño basal múltiple a las familias para evaluar el efecto del paquete de diapositivas con audio y se continuó usando el HAPI como herramienta de valoración (Barone, Greene y Lutzker, 1986). Las familias observaban la proyección de diapositivas con audio, la cual incluía diapositivas que mostraban a un individuo eliminando riesgos o instalando accesorios de seguridad. Además, las familias que participaron también recibieron instrucciones por escrito y practicaron eliminando riesgos con el VD. Se observó una considerable reducción de riesgos accesibles en los hogares que se mantuvieron en el tiempo. La implantación normalizada de las diapositivas redujo el tiempo que el VD necesitaba emplear en el módulo de seguridad.

Se añadió un componente de vídeo al módulo de Seguridad en el Hogar (Mandel, Bigelow y Lutzker, 1998). Además, se utilizó una versión acortada y revisada del HAPI, el HAPI-R, para medir los riesgos accesibles. A pesar de ser una versión más corta, el HAPI-R fue expandido en 10 categorías de riesgos: sólidos y líquidos venenosos; fuego y electricidad; objetos mecánicos; pequeños objetos y atragantamiento; objetos punzantes; armas de fuego; caídas, resbalones y restricción de la actividad; aplastamiento; ahogo; y materia orgánica. Al igual que en el caso de las proyecciones de diapositivas, se acompañaban cuatro cintas de vídeo con una hoja de instrucciones que describía lo que se veía en el vídeo. El vídeo incluía instrucciones para detener la cinta ocasionalmente y se animaba a los participantes a ir a la habitación especificada e identificar los peligros que acababan de observar en el vídeo. Aplicando un diseño de sondeo múltiple a los escenarios, replicado en todas las familias, Mandel et al. observaron una reducción en el número de riesgos de todas las habitaciones a lo largo de la intervención. La generalización fue indicada a medida que los padres eliminaban riesgos de una habitación entre visitas tras ver un vídeo que se centraba en una habitación distinta.

Recientemente Jabaley et al. (2011) incorporaron un iPhone® en la implantación del módulo de seguridad en el hogar con el fin de contemplar la posibilidad de reducir los costes de SafeCare mediante el uso de tecnología. El iPhone era usado por los padres para mostrar a los visitantes domiciliarios las habitaciones y fue replicado por las familias, en sus hogares, así como por los visitantes domiciliarios para comunicar el feedback y coordinar la logística. Aplicando un diseño basal múltiple en las habitaciones, los datos de tres familias mostraban que la inclusión del iPhone en la provisión del módulo de seguridad: disminuye significativamente los riesgos de las habitaciones, reduce el riesgo de perder una sesión con el visitador domiciliario y posiblemente reduce la frecuencia de las visitas domiciliarias para el módulo de seguridad (Jabaley et al., 2011). Las tres familias presentaron una reducción media en riesgos del 74%, el 93% y el 97%. Esta investigación comienza ahora a explorar las numerosas posibilidades que se abren con los smartphones para una intervención de visitas domiciliarias.

### ***Interacción Padre o Madre-Bebé/Niño***

En el módulo *Interacción Padres-Bebés (PII)*, se enseña a las madres a implicar y estimular a sus bebés. El módulo PII se centra en fomentar las crecientes conductas centrales de mirar, hablar, tocar y sonreír entre padre/madre y bebé con un énfasis añadido en los movimientos suaves y en sostener e imitar al bebé. Uno de los primeros objetivos de la PII es incrementar las expresiones de afecto positivas del padre/madre hacia el bebé, ya que las investigaciones indican que estas son esenciales para un desarrollo óptimo del bebé (Hart y Risley, 1995). Lutzker, Lutzker, Braunling-McMorrow y Eddleman (1987) emplearon un diseño basal múltiple en seis Project 12-Ways en el que madres con un desarrollo típico determinan la eficacia de los estímulos visuales para incrementar y mejorar las interacciones entre la madre y el bebé. Se proporcionó a las madres que participaban una combinación de sesiones guiadas y sesiones espontáneas. En una sesión guiada, a las madres se les proporcionó una explicación por escrito de una conducta que ellas debían definir y compartir lo que ella hacía por aquel entonces con su bebé para apoyar esa conducta. El VD proporcionaba algunas sugerencias adicionales y estas actividades eran registradas y no se usaban en las sesiones espontáneas. Mientras observaban una actividad de 5 minutos durante una sesión, los observadores usaban intervalos de 10 segundos para cuantificar 9 variables dependientes: sonreír, palabras afectuosas, contacto visual ojos-rostro, contacto físico afectivo, contacto pasivo, contacto visual ojos-ojos, habla, juegos guiados y vocalizaciones. Unas instrucciones simples, algunas veces junto a un feedback corrector positivo, incrementaba las interacciones madre-bebé y las madres generalizaron estas habilidades para las actividades de comida y baño.

Gaskin et al. (2012) examinó una mejora tecnológica del módulo de la PII en una madre con una discapacidad intelectual. Se añadió un marco digital para mostrar fotos de la díada madre-bebé participante mostrando las habilidades de PII apropiadas. Basándose en principios de automodelado (Dowrick, 1999), se predijo que si la madre se veía a sí misma mostrando esta conducta en un marco de fotos digital entre sesiones, sería más probable que practicara conductas y aprendiera las habilidades. Se observó un aumento dramático en habilidades de PII a un ritmo más rápido con esta madre con una discapacidad intelectual que las madres con un desarrollo típico (Lutzker et al., 1987). La integración de esta tecnología abre la puerta a investigaciones

futuras, por ejemplo, sobre cómo esta mejora podría beneficiar a las madres de desarrollo típico y a madres con discapacidades intelectuales, quizás con los tres módulos SafeCare.

Una vez el niño ya tiene movilidad, se administra el módulo de *Interacción Padres-Niños (PCI)*, que consiste en la Enseñanza de Actividades Planificadas, un enfoque conductual del ejercicio de rol parental que enfatiza el compromiso como un método de prevenir las conductas desafiantes. Los padres y madres aprenden estrategias para organizar el tiempo, seleccionando actividades adecuadas a la edad, estableciendo normas y consecuencias realistas y proporcionando un feedback positivo a los niños. Las estrategias son presentadas mediante una lista de pasos y se proporciona un conjunto distinto de estrategias para propiciar que los niños tengan éxito en el juego autónomo y cuando se relacionan con otros niños o adultos.

Tanto el módulo de PII como el de PCI utilizan la Lista de Comprobación de Actividades Diarias (DAC), una lista de actividades rutinarias y diarias sobre la que se les pide a los padres que den su opinión en cuanto al nivel de facilidad o dificultad para completar la actividad. Las actividades sondeadas con la DAC, entre otras, incluyen: horario de baño, comidas, horario de irse a la cama, cambiar la ropa, entrenamiento con los pañales y el uso del servicio y salidas del hogar. También se integran materiales en cada uno de los módulos relacionados con los hitos evolutivos y las correspondiente actividades de juego apropiadas para cada edad. Se pide a los padres que practiquen las actividades diarias y las actividades de juego apropiadas a cada edad durante y entre las sesiones a modo de tareas en el hogar.

El cambio de paradigma del módulo de la PCI desde un enfoque centrado en las consecuencias de la conducta infantil a un enfoque centrado en los antecedentes de la conducta infantil es el resultado de investigaciones diseñadas para abordar directamente los bajos índices de interacciones padre/madre-niño positivas y adecuadas de numerosos estudios que observaron directamente estas interacciones (Lutzker, Megson, Webb y Dachman, 1985). Estos autores desarrollaron y validaron una lista de conductas o habilidades que debían ser realizadas durante las interacciones padre/madre-niño. Esta lista incluía: asumir una posición de igual con el niño cuando se comunican con ellos, ignorar las malas conductas menores y permitir el tacto pasivo, por ejemplo, permitir al niño que se apoye en el padre/madre. Para validar las habilidades, se hizo circular la lista entre expertos que organizaron las conductas de la lista por orden de importancia para ser aprendidas por los padres y madres. La práctica de la lista de habilidades fue entonces probada en los padres y madres que recibían activamente los servicios del Project 12-Ways por casos comprobados de maltrato y negligencia infantil. Las prácticas de los padres incluían la explicación de la definición de una conducta dada, el modelado del visitador domiciliario para los padres, invitarles a practicar las conductas con sus hijos y proporcionar feedback. Un diseño de sondeo múltiple aplicado a dos padres indicó que estas estrategias de enseñanza fomentaban la aparición de las habilidades objetivo (Lutzker et al., 1985). Con el paso del tiempo, se necesitaron sesiones de refuerzo para mantener estas habilidades con los padres, aunque los datos indicaron que las madres eran capaces de generalizar las habilidades a actividades que no habían practicado con los visitadores, así como a los otros hijos en el hogar.

Bigelow y Lutzker (1998) integraron las prácticas con vídeo con la Práctica de Actividades Planificadas (Planned Activities Training, PAT) para mostrar conductas de crianza a los padres que habían sido denunciados por maltrato y negligencia infantil y posteriormente remitidos al Proyecto SafeCare de Los Angeles. La valoración de las habilidades fue realizada utilizando un procedimiento de muestreo de intervalo parcial en función del tiempo. Se acompañó la enseñanza con una serie de cintas de vídeo y se proporcionó una combinación de instrucciones y modelado para el padre/madre. El porcentaje de habilidades PAT observadas incrementó con la práctica e incluso se observó un incremento adicional tras la introducción de las prácticas con vídeo (Bigelow y Lutzker, 1998). Así pues, el vídeo resultó efectivo en la enseñanza de la Práctica de Actividades Planificadas con padres y madres denunciados por maltrato y negligencia infantil.

## **Evidencia de Efectividad del Programa/Resultados del Programa**

A lo largo de su desarrollo y evolución, SafeCare ha producido sólida evidencia de que las intervenciones en el domicilio reducen el maltrato infantil y los índices de reincidencia (Chaffin et al., 2012; Gershater-Molko et al., 2002, 2003). En un ensayo en el que se comparaba la reincidencia de un grupo de comparación



de familias en los Servicios para la Preservación de la Familia con el grupo de SafeCare, Gershater-Molko, Lutzker y Wesch(2002) descubrieron que 14 meses después del inicio de la intervención, el índice de supervivencia de los dos grupos divergía: en las familias de los servicios para la Preservación de la Familia se empezaron a dar más denuncias de maltrato y negligencia infantil. 36 meses después de la intervención, en el 85% de las familias de SafeCare y en el 54% de las familias de Preservación de la Familia no se dieron denuncias de maltrato o negligencia infantil. Además de registrarse menos denuncias de maltrato y negligencia infantil en comparación con otro programa, estudios complementarios han demostrado que los datos agregados de las evaluaciones llevadas a cabo antes y después de la intervención de SafeCare muestran mejoras significativas en los tres módulos de SafeCare (Gershater-Molko et al., 2003). Estos cambios positivos tras las prácticas tuvieron lugar en familias en riesgo y familias con casos de maltrato infantil.

Chaffin et al. (2012) emplearon un diseño de conglomerados para examinar los índices habituales de reincidencia de SafeCare, SafeCare con asesoramiento, servicios habituales y servicios habituales con asesoramiento. Los resultados demostraron que la adaptación del SafeCare con asesoramiento como programa de visita domiciliaria podía prevenir entre 64 y 104 reincidencias durante el primer año por cada 1000 casos. Además de estos sorprendentes resultados, el análisis de las otras tres versiones de atención domiciliaria proporcionaron pruebas de un sistema escalonado en el que sólo SafeCare obtuvo mejores resultados que los servicios con asesoramiento, que fue más efectivo que los servicios habituales sin asesoramiento. Además, Aarons et al. (2009) observaron que en esta implantación a nivel estatal, un asesoramiento continuado de SafeCare provocó unos índices de retención de plantilla mayores que en la implantación de un programa basado en la evidencia sin asesoramiento continuado (14.9% frente 37.6%, respectivamente).

## **Diseminación e implantación**

Con el fin de incrementar la diseminación y sostenibilidad de la implantación de SafeCare, se emplea un formato de formación de formadores. En el centro están los VD's que proporcionan servicios directos a las familias. Estos reciben el apoyo de Asesores capacitados (también VD's certificados) y supervisores que controlan la fidelidad de la sesión y asisten en la resolución de problemas según sea necesario. El Asesor y el VD en representación, reciben apoyo de un Especialista formador del National SafeCare Training and Research Center (NSTRC), el cual proporciona supervisión rutinaria. Inicialmente, el apoyo del NSTRC es "en directo", pero una vez el Asesor alcanza los criterios de dominio, el apoyo ofrecido por el especialista formador del NSTRC consiste básicamente en escuchar las grabaciones de las sesiones y proporcionar feedback a los asesores por teléfono. Estos niveles de apoyo aseguran la sostenibilidad de la intervención con un apoyo frecuente que hace más fáciles los cambios en el personal o en la financiación, así como la creación de emplazamientos autónomos de implantación de la intervención (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman y Wallace, 2005).

En los distintos módulos, SafeCare utiliza técnicas de formación para cubrir las necesidades de cada padre/madre y optimizar los beneficios para los padres y madres. Una técnica empleada es: evaluar-formar-evaluar. Cada módulo comienza con una evaluación de las habilidades parentales antes de cualquier formación. Esto es seguido por una serie de sesiones de enseñanza, las cuales incluyen breves valoraciones para documentar el cambio de las habilidades parentales e informar al VD dónde está teniendo lugar el progreso y qué áreas todavía necesitan mejorar. Durante la implantación del modelo, se realizan evaluaciones iniciales en la primera sesión de cada módulo y se completa una valoración posterior a la prueba en la sesión final (sexta). Así se incluye la documentación sobre el conocimiento parental antes de y una vez acabada la implantación del programa de manera que la mejora en habilidades pueda ser observada. La formación ocupa de la sesión dos hasta la cinco del módulo.

Los VD's utilizan el proceso de formación, denominado 'SafeCare4': Explicación, Modelo, Práctica, Feedback. En la Explicación el VD describe las habilidades al padre/madre, involucrando con frecuencia al padre/madre en una discusión sobre la habilidad que se practica. A continuación el VD modela físicamente la habilidad ante el padre/madre y, a continuación, el padre/madre practica la habilidad mientras el VD observa. Tras la práctica del padre/madre, el VD proporciona feedback corrector positivo al padre/madre. Este proceso de enseñanza se repite tantas veces como sean necesarias hasta que los padres y madres dominen la habi-

lidad. El dominio se logra cuando el padre/madre demuestra todas las habilidades en todas las diferentes actividades.

El principio central del formato formar-al-formador es la adhesión a y control de la fidelidad de la intervención del modelo. A través de grabaciones de audio, los VD's deben mostrar su dominio en las comprobaciones de fidelidad, las cuales aseguran que están administrando las sesiones según lo prescrito. Mediante una lista de comprobación de la fidelidad, los asesores y los especialistas formadores pueden controlar la forma de provisión del servicio y la calidad del tratamiento (Fixsen et al., 2005). El control de la fidelidad está acompañado de un tipo de supervisión (ya sea en persona o por teléfono) en la que el modelo 'SafeCare4' es usado de nuevo favoreciendo así el máximo éxito. Otro principio básico son los criterios de dominio, en el sentido en que tanto los VD's como los asesores y padres/madres, deben cumplir con los criterios de dominio en su actuación antes de poder pasar al siguiente paso de formación.

SafeCare se halla implementado actualmente en 15 estados de los EEUU, en el Reino Unido y en Bielorrusia. Es una intervención dinámica que continúa explorando las mejores prácticas, incluyendo la integración de la tecnología en sus módulos (Gaskin et al., 2012; Jabaley et al., 2011; Self-Brown y Whitaker, 2008).

## **Costes del Programa**

Los sistemas que consideren la implantación de SafeCare (o cualquier práctica basada en la evidencia) tienen que tener en cuenta dos amplias categorías de costes: costes de puesta en marcha que incluyen la formación y apoyo necesarios para aprender el modelo y costes de la implantación en curso. Los costes para iniciar cualquier práctica nueva pueden parecer altos. El proveedor de SafeCare (NSTRC) emplea un modelo de implantación muy específico en los nuevos emplazamientos que incluye una valoración de la disponibilidad, orientación a todas las partes interesadas antes de la formación, taller intensivo de práctica de habilidades con un bajo ratio formador-a-formante y continuado apoyo durante un año como mínimo (Whitaker, Lutzker, Self-Brown y Edwards, 2008). Existen abundantes pruebas científicas de que los talleres de práctica de habilidades deben acompañarse de una consulta de campo o asesoramiento con el fin de asegurar una implantación adecuada (Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau y Edwards, 2002; Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson y Bullock, 2005; Whitaker et al., 2012) y que los talleres o manuales sólo de información no dan resultado en la implantación (Fixsen et al., 2005; Henggeler, 2002; Herschell et al., 2009). En el momento en que se escribía este artículo, los costes iniciales de implantación de SafeCare, incluyendo todos los gastos, eran aproximadamente de 6.000 dólares por visitador domiciliario. El NSTRC también forma a asesores in situ para que realicen el requerido control de fidelidad continuado y el coste aproximado para formar a un VD para actuar como asesor es de 3.500 dólares.

Una vez establecida una nueva implantación, los costes corrientes de la administración de SafeCare son sólo ligeramente diferentes a los costes de cualquier programa aplicado en el domicilio de similar duración. Los costes incluyen tiempo del personal, supervisión, viajes, materiales y los gastos generales del programa. Hay unos cuantos costes que podrían ser considerados costes específicos de SafeCare. Uno de ellos es el de formación. El NSTRC requiere que los VD's de SafeCare sean asesorados de forma regular una vez al mes (una vez han logrado la certificación). El asesoramiento conlleva atender una sesión o revisar la grabación en audio de una sesión, puntuar la sesión en cuanto al nivel de fidelidad y proporcionar feedback al visitador domiciliario. El asesoramiento puede ser realizado desde el nuevo emplazamiento o desde el NSTRC, pero resulta mucho más eficiente en término de costes para el nuevo centro llevar a cabo su propio asesoramiento. Por cada visitador domiciliario, el nuevo centro debería asignar unas tres o cuatro horas del tiempo del asesor al mes para una sesión de asesoramiento. Otro coste específico de SafeCare es la reproducción de los materiales de SafeCare necesarios para el desarrollar el programa SafeCare con las familias. Sin embargo, cualquier programa precisa de materiales que se proporcionan a la familia y por ello el coste de SafeCare probablemente no sea mayor que el de otros programas.

La renovación del personal plantea frecuentemente problemas a cualquier agencia. Cuando es necesario reemplazar al personal, la nueva plantilla debe ser formada si se pretende que la implantación de SafeCare

perdure. Debido a que el coste inicial de la formación es relativamente alto, el NSTRC desarrolló un Programa de Formación de Formadores de SafeCare, mediante el cual los asesores son formados para encargarse de la formación de SafeCare dentro de su propia organización. Esto permite que estos emplazamientos formen a los visitantes domiciliarios y asesores en su centro sin tener que abonar estos costes al NSTRC (aunque obviamente existan “gastos” para la agencia, ya que la formación de nuevo personal consume bastante tiempo). La presencia de un Formador de SafeCare puede ayudar a una organización a mantener o expandir su gestión de SafeCare. En el momento en que se escribe este artículo, la formación de un asesor para llegar al nivel de Formador tiene un coste aproximado de 9.000 dólares.

El Washington State Institute for Public Policy (Lee et al., 2012) informaba recientemente que, según los resultados obtenidos en Oklahoma, el retorno de la inversión (RI) para SafeCare es de 14.65 dólares por cada dólar invertido. Esta cifra incluye los costes de formación, asesoramiento y todos los materiales necesarios para implantar SafeCare, frente a un programa no basado en SafeCare.

## Conclusión

Las intervenciones basadas en la evidencia son necesarias para reducir la abrumadora carga del maltrato infantil. A través de ensayos de caso único, ensayos cuasi-experimentales y ensayos clínicos aleatorizados, SafeCare ha demostrado que mejora efectivamente las habilidades parentales y que reduce los índices de reincidencia en familias que han regresado al sistema de servicios sociales infantiles. Con nuevos cambios del currículum, SafeCare continúa mejorando las vidas de padres, madres y familias en riesgo de maltrato infantil.

## Referencias

- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., Hect, D. B., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. J. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 270-280.
- Anda, R. F. (2009). *The health and social impact of growing up with adverse childhood experiences: The human economic costs of the status quo*. Retrieved from <http://www.aapweb.com/files/ReviewofACEStudywithreferencessummarytable.pdf>
- Azar, S. T., & Weinzierl, K. M. (2005). Child maltreatment and childhood injury research: A cognitive behavioral approach. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 598-614.
- Bandura, A. (1975). *Social learning & personality development*. New Jersey: Hold, Rinehart & Winston, Inc.
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (Vol. 3). Boston: Pearson Education, Inc.
- Barone, V. J., Greene, B. F., & Lutzker, J. R. (1986). Home safety with families being treated for child abuse and neglect. *Behavior Modification, 10*, 93-114.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist, 35*, 320-335.
- Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (1998). Using video to teach planned activities to parents reported for child abuse. *Child & Family Behavior Therapy, 20*(4), 1-14.
- Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (2000). Training parents reported for or at risk for child abuse and neglect to identify and treat their children's illnesses. *Journal of Family Violence, 15*, 311-330.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., ... Briss, P. A. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(2), 11-39.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Butchart, A., & Harvey, A. P. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Campbell, R. V., O'Brien, S., Bickett, A., & Lutzker, J. R. (1983). In-home parent-training, treatment of migraine headaches, and marital counseling as an ecobehavioral approach to prevent child abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14*, 147-154.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Emergency Department Visits*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/ervisits.htm>
- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F., & Beasley, W. H. (2012). A statewide trial of the safecare home-based services model with parents in child protective services. *Pediatrics, 129*, 509-515.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. L. (2004). parent-

- child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Chapman, D. P., Dube, S. R., & Anda, R. F. (2007). Adverse Childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, 37, 359-364.
- Choudhry, L., Douglass, M., Lewis, J., Olson, C. H., Osterman, R., & Shah, P. (2007). *The impact of community health centers & community-affiliated health plans on emergency department use*. Association for Community Affiliated Plans, National Association of Community Health Centers, Inc.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development* (pp. 47-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Dachman, R. S., Halasz, M. M., Bickett, A. D., & Lutzker, J. R. (1984). A home-based ecobehavioral parent-training and generalization package with a neglectful mother. *Education and Treatment of Children*, 7, 183-202.
- Daro, D. (2012). The promise with prevention: expanding with quality. *APSAC Advisor*, 24(1&2), 44-47.
- Delgado, L. E., & Lutzker, J. R. (1988). Training young parents to identify and report their children's illnesses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 311-319.
- Denicola, J., & Sandler, J. (1980). Training child abusers in cognitive behavior modification. *Behavioral Therapy*, 11, 263-270.
- Dowrick, P. W. (1999). A review of self modeling and related interventions. *Applied and Preventative Psychology*, 8, 23-39.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Gaskin, E. H., Lutzker, J. R., Crimmins, D., & Robinson, L. (2012). Using a digital frame and pictorial information to enhance the safecare parent-infant interactions module with a mother with intellectual disabilities: Results of a pilot study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5, 187-202.
- Gelles, R. J., & Perlman, S. (2012). *Estimated annual cost of child abuse and neglect*. Chicago: Prevent Child Abuse America.
- Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., & Wesch, D. (2002). Using recidivism data to evaluate project safecare: Teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreatment*, 7, 277-285.
- Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., & Wesch, D. (2003). Project SafeCare: Improving health, safety, and parenting skills in families reported for, and at-risk for child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 18, 377-386.
- Hagele, D. M. (2005). The impact of maltreatment on the developing child. *North Carolina Medical Journal*, 66, 356-359.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young american children*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.
- Hélie, S., & Bouchard, C. (2010). Recurrent reporting of child maltreatment: State of knowledge and avenues for research. *Children and Youth Services Review*, 32, 416-422.
- Henggeler, S. W. (2002). Treatment manuals: Necessary, but far from sufficient. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 419-420.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 155-167.
- Herschell, A., McNeil, C., Urquiza, A., McGrath, J., Zebell, N., Timmer, S., & Porter, A. (2009). Evaluation of a treatment manual and workshops for disseminating, parent-child interaction therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 63-81.
- Jabaley, J. J., Lutzker, J. R., Whitaker, D. J., & Self-Brown, S. (2011). Using iPhones™ to enhance and reduce face-to-face home safety sessions within SafeCare®: An evidence-based child maltreatment prevention program. *Journal of Family Violence*, 26, 377-385.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American medical Association*, 181, 17-24.
- Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). *Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes, April 2012*. (Document No. 12-04-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Lutzker, J. R. & Bigelow, K. M. (2002). *Reducing child maltreatment: A guidebook for parent services*. New York: Guilford Press.
- Lutzker, J. R., Frame, R. E., & Rice, J. M. (1982). Project 12-Ways: An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Education and Treatment of Children*, 5, 141-155.
- Lutzker, J. R., & Rice, J. M. (1984). Project 12-Ways: Measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 8, 519-524.
- Lutzker, J. R., Megson, D. A., Webb, M. E., & Dachman, R. S. (1985). Validating and training adult-child interaction skills to professionals and to parents indicated for child abuse and neglect. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 91-104.
- Lutzker, S. Z., Lutzker, J. R., Braunling-McMorrow, D., & Eddleman, J. (1987). Prompting to increase mother-baby stimulation with single mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 4, 3-12.
- Mandel, U., Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (1998). Using video to reduce home safety hazards with parents reported for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 13, 147-162.

- O'Brien, M. P., Lutzker, J. R., & Campbell, R. V. (1993). Consumer evaluation of an ecobehavioral program for families with children with developmental disabilities. *Journal of Mental Health Administration, 20*, 278-284.
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice, 19*, 317-329.
- Palusci, V. J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review, 33*, 1374-1382.
- Prevention, C. f. D. C. a. (2010). *Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS)*. Retrieved from National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention [www.cdc.gov/ncipc/wisqars](http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars)
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science, 10*, 1-12.
- Rosenfeld-Schlichter, M. D., Sarber, R. E., Bueno, G., Greene, B. F., & Lutzker, J. R. (1983). Maintaining accountability for an ecobehavioral treatment of one aspect of child neglect: Personal cleanliness. *Education and Treatment of Children, 6*, 153-164.
- Sarber, R. E., Halasz, M. M., Messmer, M. C., Bickett, A. D., & Lutzker, J. R. (1983). Teaching menu planning and grocery shopping skills to a mentally retarded mother. *Mental Retardation, 21*, 101-106.
- Self-Brown, S., & Whitaker, D. J. (2008). Parent-focused child maltreatment prevention: Improving assessment, intervention, and dissemination with technology. *Child Maltreatment, 13*, 400-416.
- Taban, N., & Lutzker, J. R. (2001). Consumer evaluation of an ecobehavioral program for prevention and intervention of child maltreatment. *Journal of Family Violence, 16*, 323-330.
- Tertinger, D. A., Greene, B. F., & Lutzker, J. R. (1984). Home safety: development and validation of one component of an ecobehavioral treatment program for abused and neglected children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*, 159-174.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *Child Maltreatment 2010*. Author.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *The American Psychologist, 61*, 671-689.
- Whitaker, D. J., Lutzker, J. R., Self-Brown, S., & Edwards, A. (2008). Moving evidenced-based child maltreatment programs to practice settings: The SafeCare model. *Report on Emotional & Behavioral Disorders in Youth, 8*, 55-62.
- Whitaker, D. J., Ryan, K. A., Wild, R., Self-Brown, S., Lutzker, J. R., Shanley, J., ... Hodges, A. E. (2012). Initial implementation indicators from a statewide rollout of SafeCare within a child welfare system. *Child Maltreatment, 17*, 96-101.