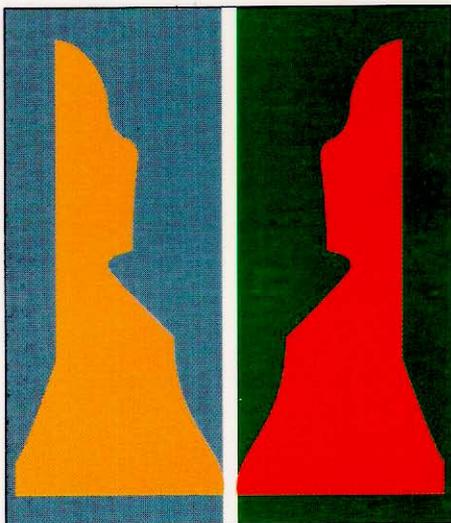


PROGRAMA DE ASISTENCIA PSICOLOGICA A FAMILIAS CON PROBLEMAS DE RELACION Y ABUSO INFANTIL

M^{ca} ANGELES CEREZO JIMENEZ



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE TREBALL I AFERS SOCIALS
INSTITUT VALENCIÀ DE SERVEIS SOCIALS

**PROGRAMA DE ASISTENCIA
PSICOLOGICA A FAMILIAS
CON PROBLEMAS
DE RELACION Y
ABUSO INFANTIL**

PROGRAMA DE ASISTENCIA PSICOLOGICA A FAMILIAS CON PROBLEMAS DE RELACION Y ABUSO INFANTIL

M^a ANGELES CEREZO JIMENEZ

Departamento de Psicología Básica
Universitat de València

© Generalitat Valenciana
Conselleria de Treball i Afers Socials. 1992

Edita: Institut Valencià de Serveis Socials

ISBN: 84-482-0045-4

Depósito Legal: V - 4.174 / 1992

Realización:

Gráficas Papallona
Av. Barón de Cárcer 48 - 9ª B
Tel.: (96) 352 07 91 - Valencia

Nº 24

La col·lecció de **SERVEIS SOCIALS** és una publicació amb 4 sèries de l'Institut Valencià de Serveis Socials de la Conselleria de Treball i Afers Socials de la Generalitat Valenciana.

TITULOS PUBLICADOS

0. Jornadas sobre Menores Marginados (2 y 3).
1. *El Centro Ocupacional como medio de integración laboral*, por JOVER, J.C.; SANCHEZ MENAYA, J.E. Y PERIS, J.F.
2. *Delincuencia juvenil en la Comunidad Valenciana*, por equipo de investigación Casal de la Pau.
3. *Sociedad y Epilepsia*, por el DR. JIMÉNEZ ÉSPINOSA, L
4. *Guía para curso de educadores: Prevención de la Drogodependencia*, por equipo de investigación de la D.G. de S. Sociales.
5. *Centro Ocupacional: Estructura y Organización*, por JOVER CARBONELL, J.C.
6. *Drogas y delincuencia: Población de alto riesgo en la Comunidad Valenciana*, por BERJANO, E.
7. *Contenidos Laborales de los Centros Ocupacionales en la Comunidad Valenciana*, por equipo de investigación COPAVA.
8. *Educación y Drogas en la Comunidad Valenciana*, por CANO, L. y BERJANO, E.
9. *Fuentes de datos y sistemas de indicadores para la acción social*, por LLUCH, J. y SERRA, L.
10. *El niño abandonado en la Comunidad Valenciana*, por ESCARTI, A. Y MUSITU, G.
11. *Política Social del Menor en la Comunidad Valenciana*.
12. *Depresión Social en la Comunidad Valenciana*. O.M.B.
13. *Personas con minusvalías en la provincia de Castellón*, por MONFERRER, A. y BAIXAULI, 1.
14. *Aspectos ecológicos y psicosociales de la delincuencia juvenil en Valencia*, por ROUANET, A.

15. *Uso de drogas entre la población escolar*, por CANO, L. y BERJANO, E.; y *Consumo de alcohol y tabaco en E.G.B.*, por JABAKHANJI, H.
16. *Venta ambulante y población gitana*, por UNION NACIONAL U.G.T.-P.V., Departamento de SERVICIOS SOCIALES.
17. *Incidencia de los malos tratos a mujeres en la Comunidad Valenciana*, por E.M.E.R.
18. *La tutela ex-lege: la guarda y acogimiento de menores* por MARIN GARCIA DE LEONARDO, T.
19. *Establecimiento de un sistema de evaluación de los Servicios Sociales: Indicadores* por PIÑERO GUILAMANY
20. *Situación y problemática socio-económica del pueblo gitano residente en la Comunidad Valenciana*, por E.M.E.R.
21. *Aportaciones de un modelo de gestión femenina en el ámbito laboral* por CARRERO PLANES V.
22. *Rentas mínimas e inserción social*, por RAFAEL ALIENA MIRALLES
23. *Acogimiento familiar y familias de educadores en la Comunidad Valenciana*, por AGUILAR, A., COGOLLOS, Y., CALERO, C.
24. *Programa de asistencia psicológica a familiar con problemas de relación y abuso infantil*, por CEREZO JIMÉNEZ, M^a ANGELES.

INDICE

PROLOGO <i>por Amelia López Cayuela</i>	13
INTRODUCCION	21
1. PROBLEMAS DE RELACION PADRE-HIJO: ABUSO INFANTIL	25
1.1. La definición de abuso infantil.....	25
1.2. Antecedentes.....	31
1.3. Amplitud del problema.....	34
1.4. Clasificación de la casuística desde la perspectiva del Trabajo Social.....	39
2. PANORAMA TEORICO ACTUAL.....	47
2.1. La investigación sobre factores asociados a abuso infantil.....	48
2.1.1. Características de los padres.....	48
2.1.2. Variables sociológicas.....	51
2.2. Algunos modelos integradores y multifactoriales.....	53
2.2.1. El modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981).....	54
2.2.2. Modelo transicional de Wolfe (1987).....	55
2.3 La valoración microsocia y sus resultados	57
2.4 Implicaciones generales para nuestro estudio.....	60
3. EL PROGRAMA Y SUS COORDENADAS TEORICAS	63
3.1. Una representación de las bases teóricas del Programa	64
3.1.1. Factores directos	66
3.1.2. Factores indirectos	69
3.2. Algunos presupuestos.....	71
3.3. Los objetivos.....	73
4. METODOLOGIA DE EVALUACION Y PROCEDIMIENTO.....	77
4.1. Evaluación de entrevista	78
4.1.1. En relación con la madre.....	79
4.1.2. En relación con el niño.....	83
4.2. Evaluación observacional.....	86
4.2.1. En relación con la madre	87
4.2.2. En relación con el niño.....	92
5. METODOLOGIA DE INTERVENCION.....	95
5.1. Entrenamiento conductual de Padres	95
5.1.1. Discriminación.....	97
5.1.2. Técnicas de comportamiento parental	98
5.1.3. Habilidades de comunicación.....	98
5.2. Revisión de Relaciones Aversivas	102
5.3. Apoyo Comunitario.....	104

6. PLAN DE ACTUACION Y ORGANIZACION Y EQUIPO HUMANO.....	107
6.1. Plan de Actuación.....	107
6.2. Metodología de Organización y Equipo Humano.....	110
7. CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS Y EVALUACION DE LINEA BASE.	113
7.1. Características generales de las familias recibidas al Programa....	113
7.1.1. Estudio de las características en las dos fases de recepción de casos.....	115
7.1.2 Características de las familias que abandonan el Programa..	116
7.2. Evaluación diagnóstica de línea base de los niños.....	117
7.2.1. Los problemas infantiles según la Escala de Problemas.....	118
7.2.2. Los problemas infantiles específicos según la información de entrevista de la madre.....	119
7.2.3. Los problemas infantiles específicos según los propios niños.....	121
7.2.4. Los problemas infantiles según información observacional en el hogar	121
7.3. Evaluación diagnóstica de línea base de las madres.	124
7.3.1. Evaluación de problemas maternos que afectan a su competencia según las propias madres.....	125
7.3.2. La competencia materna a través de la observación en el hogar de su interacción con el niño.	126
8. RESULTADOS DE TRATAMIENTO Y SU MANTENIMIENTO EN EL ESTUDIO DE SEGUIMIENTO.....	129
8.1. Información general sobre la colaboración en el estudio de seguimiento de los casos tratados.....	130
8.2. Evolución de las variables relacionadas con el niño.....	131
8.3. Evolución de las variables relacionadas con la madre.....	141
8.4. Valoración general de los resultados.....	151
8.5. Algunos datos para la estimación de costes en horas de dedicación.....	154
9. ANOTACION FINAL	155
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	159

PROLOGO

Desde que nos planteamos la necesidad de un *Programa de Asistencia Psicológica a Familias con Problemas de Relación y Abuso Infantil*, y por la práctica del mismo, tratamos de reflejar en este punto inicial la ubicación del programa dentro de una red de prestaciones sociales básicas, teniendo como horizonte la ampliación necesaria de la red a través de recursos como éste.

Tres aspectos se revelan como básicos a la hora de situar y sostener el Programa. En primer lugar la descripción de la selección y agotamiento en la jerarquización de recursos hasta llegar a este programa. En segundo lugar, las actuaciones de los Servicios Sociales base que se requieren, antes durante y después de la actuación con las familias, desde el marco del Programa. Y en tercer lugar, establecer cual es la red mínima de Servicios Sociales necesaria en un programa de estas características.

PROCESO DE SELECCION Y AGOTAMIENTO EN LA JERARQUIZACION DE RECURSOS HASTA LLEGAR A ESTE PROGRAMA.

Las propias características del programa a desarrollar delimitaban claramente los tipos de familia que iban a ser atendidas: aquellas que cumpliesen como mínimo con la condición de maltratar al menos a uno de sus menores.

Los Servicios Sociales generales en su actuación van recorriendo un proceso de puesta en práctica de recursos, agotamiento de cada uno y elección del siguiente; de tal modo que incluso en actuaciones de emergencia o poco reflexionadas este proceso se da. El objetivo es intentar adecuar el recurso a la necesidad, siempre prefiriendo el recurso de menor "coste" (económico, de modificación de vida, etc) para las dos partes (Servicio Social y usuario); por otro lado, con preferencia para aquel que suponga un compromiso o modificación de la situación y así como el que facilite o mejore el abordaje del problema de los Servicios Sociales y sobre todo, el que al final haya superado, resuelto o mejorado la situación del usuario.

Es pues, en este marco en el que los Servicios Sociales generales nos planteamos el momento y la idoneidad de un programa especial como éste.

El proceso habitual seguido con las familias con problemas de malos tratos hasta la aplicación del programa, y haciendo una generalización del mismo, ha sido:

-Toma de contacto con la familia: Este primer contacto es planteado por el usuario y el motivo explicitado raramente es el maltrato, sino cualquier otra situación que es valorada como problema por la familia: vivienda, problemas económicos, escolarización, becas, etc. Este es un proceso de carácter **unidireccional** que suele darse del usuario hacia el centro de Servicios Sociales.
Usuario —>Servicios Sociales.

-Conocimiento más profundo de las situaciones no explicitadas por la familia (alcoholismo, malos tratos, desatenciones, ludomanías, etc.): Este proceso es buscado y orientado desde los Servicios Sociales al usuario; para lo cual los profesionales de los Servicios Sociales establecen estrategias; entrevistas más dirigidas, recogida de información exterior a la familia, visitas a domicilio, contactos con otros profesionales, etc. Recogida de información lo más objetiva cuantitativa y cualitativamente. Este proceso **unidireccional** va de los Servicios Sociales al usuario.
Servicios Sociales ———> Usuario.

-Replanteamiento de la demanda del usuario: a la luz de la información disponible, los Servicios Sociales junto con el usuario replantearán las demandas y harán una búsqueda común de soluciones; partiendo primero de la necesaria asunción de la situación de la realidad por parte del afectado y/o núcleo familiar: Hay que señalar que esto no siempre es posible y hay casos en que los profesionales de los Servicios Sociales nos encontramos con un muro infranqueable para abordar la problemática con los interesados o para que estos asuman la situación y/o deseen algún tipo de ayuda o intervención (podríamos decir que el “equilibrio” familiar o personal no permite ponerlo en entredicho). El proceso debe ser **bidireccional**. Servicios Sociales <—————> Usuario.

-Seguimiento permanente de la situación, elaboración de pautas a seguir, trabajos a realizar, compromisos... Revisión del proceso por parte de los profesionales de los Servicios Sociales y en paralelo de estos profesionales con el usuario. Este proceso exige un trabajo de *planificación y revisión interna* de los profesionales de los Servicios Sociales; y unas *pautas de interacción* para el seguimiento de los profesionales de los Servicios Sociales con el usuario. (Generalizamos con este término persona o personas implicadas en el proceso).

Es en estos dos últimos estadios donde se puede plantear y, de hecho, se ha planteado el programa de tratamiento que aquí se aborda.

Paralelamente a este proceso global, la aplicación de recursos

(en el sentido amplio del término: económicos, personales, de servicio) siguen las pautas de:

-**Valoración de la demanda del usuario.** Elaboración de una respuesta ajustada al criterio del menor "coste" y creación de las menores expectativas posibles de resolución inmediata sin implicación del usuario. En este nivel se sitúan prestaciones de tipo: becas escolares, atenciones puntuales, AINPs, etc..

-El siguiente escalón en la jerarquización de recursos los cubren aquellos que **exigen por parte de los Servicios Sociales y del usuario un compromiso mayor** (en el tiempo, en el esfuerzo) y donde *ya se elaboran pautas de contrapartidas* para las dos partes. En este ámbito se incluyen prestaciones de tipo: escolarizaciones infantiles tempranas ayudas temporales, en comedor social y fundamentalmente el uso de servicios que además incluyen mejora en la educación, la cultura, la salud, programas de promoción, servicio para menores en tiempo libre, E.P.A., Planificación Familiar, atención sanitaria, programas de empleo. C.I.S., etc.

Aún en este nivel habitualmente se está respondiendo a demandas explícitas o que aunque no manifieste abiertamente no le produce "malestar" al ser abordados por el profesional de los Servicios Sociales, por lo tanto es visto con bondad por el usuario (ej: si es una familia numerosa o una pareja joven el hecho de proponerles el uso del servicio de planificación familiar; o si planteasen un problema de necesidad económica que esté claramente unida al paro, la inclusión en cursos de INEM, CIS, etc.).

-El siguiente paso en la jerarquía de recursos a aplicar incluye aquellas **intervenciones que han precisado de un trabajo más profundo con la familia/usuario** y que necesitan de la asunción de *problemáticas complejas o no explícitas* por parte de la familia o afectado; se incluyen aquí programas y recursos de rehabilitación y reinserción: tratamientos psiquiátricos, rehabilitación de drogodependencias, intervenciones externas a la familia: Ayuda a domicilio, educadores en familias, programas de reinserción social (TAPIS, centros ocupacionales, etc).

En este punto es donde se ofrece el recurso terapéutico que constituye el Programa.

En el peldaño que queda en la jerarquización de recursos nos encontramos con las actuaciones y recursos que se aplican por total incapacidad de solventar el problema en el ámbito donde se produce y se acude a los procesos institucionales: residencias, actuaciones penales y/o legales, familias educadoras..; es decir, todos aquellos que suponen un fracaso de la jerarquía anterior y/o una insuficiencia

de recursos (institucionales y/o familiares, del medio, de los profesionales, etc). Esto debe hacernos replantear la filosofía de las actuaciones, la creatividad en su diseño, la flexibilidad de la administración, la hora de aceptar y/o proponer cauces nuevos, etc... así como el coste de cada tipo de medida (personal, económico, social, profesional..)

Ha sido en esta línea en la que la propuesta de este programa espera ser un nuevo eslabón de recursos en el medio.

ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA:

Los profesionales en los Servicios Sociales generales tienen un trabajo a desarrollar independientemente de los profesionales del programa terapéutico y del propio programa, y otro trabajo que supone la interacción y el desarrollo de la pauta de actuación de los dos equipos de trabajo. En este sentido, se distinguen tres momentos: antes, durante y después de la actuación del programa.

El trabajo de los Servicios Sociales generales **antes** de la puesta en marcha del programa se centra en: *detección de las familias susceptibles de ser incluidas en el programa*: el origen de llegada de estas familias es diverso y los esfuerzos debe dirigirse a todos los ámbitos: los propios usuarios de los Servicios Sociales, centros escolares, pediatras o médicos de la zona, juzgados, vecinos, etc.

-Toma de contacto con la familia y posterior desarrollo de todos los recursos previos, hasta llegar al convencimiento de la necesidad del programa y de haber trabajado la motivación familiar de ser atendidos en el programa.

-Elaboración y puesta en funcionamiento de los compromisos de los Servicios Sociales y del usuario. Aquí va a ser preciso dotarnos de la suficiente estructura de recursos sociales para dar satisfacción al esfuerzo pedido a la familia (esta aspecto será ampliado)

-Preveer y aplicar otras medidas de apoyo al éxito del programa, fundamentalmente en el caso de que se den situaciones paralelas a los malos tratos que precisen ser contrarrestadas: programas de rehabilitación de drogodependencias, Ayuda a domicilio para favorecer alimentaciones insuficientes, escolarizaciones mal llevadas, etc.,

-Presentación de los profesionales del programa terapéutico.

-Queda además añadir que los Servicios Sociales generales deben ofrecer las necesarias instalaciones materiales que puedan dar cabida al desarrollo del programa: salas, TV, video,etc.

Por otra parte, una vez que el Programa ya está funcionando, **durante** su desarrollo, el trabajo de los Servicios Sociales generales consiste en:

-*Seguimiento individual de cada familia*: conocimiento de su asistencia o no al programa, contactos permanentes, aplicación de los recursos o prestaciones pactadas o adecuación de otras; facilitación de citas, encuentros, etc., con el equipo terapéutico. Seguimiento de aquellos programas de apoyo (ya han sido nombrados) que se hayan planteado en cada caso.

-*Encuentros periódicos con el equipo terapéutico*: valoración del desarrollo del trabajo, elaboración de pautas de actuación, etc.

-*Tomar cuantas decisiones* considere oportuno a lo largo del programa si la situación de la familia lo precisa: así puede haber ocasiones en las que los Servicios Sociales han de decidir no alargar más la situación de algunos menores y solicitar su retirada de la familia; o que el programa ha llegado tarde por la situación de deterioro de la familia.

En este aspecto queremos hacer entender que aunque hay un campo de intersección en el trabajo de los dos equipos, también lo hay de absoluta independencia y es bueno que estos dos aspectos se den. Con esto queremos hacer llegar a los profesionales de los Servicios Sociales la idea de que no se debe esperar indefinidamente en situaciones en las que ya vemos claro el proceso de deterioro grave de un menor y que hay que dar todos los pasos necesarios en el ámbito de su vida familiar y social, pero no cronificar situaciones y abocar al menor a un callejón sin salida.

-Apoyo material y de infraestructura al equipo terapéutico.

LA RED DE SERVICIOS SOCIALES NECESARIA PARA EL PROGRAMA:

Allí donde se pone en marcha un programa como el aquí comentado, es preciso contar con una red de Servicios Sociales cuyas características, versatilidad y amplitud de recursos, faciliten el buen funcionamiento del mismo.

Es ésta una conclusión de lo que hasta aquí llevamos comentado, basada en la práctica del tiempo de funcionamiento del programa. Ya cuando iniciamos su puesta en marcha, previmos las necesidades de apoyo de Servicios Sociales que iba a requerir paralelamente, pero ha sido sin duda la propia práctica la que ha superado las previsiones teniéndose que ir incorporando nuevas formas.

A grandes rasgos nos interesa comentar *cuáles serían aquellos mínimos* con los que debe contar la red de Servicios Sociales de un pueblo (o zona) para desarrollar, con ciertas garantías, este tipo de programa. Entre ellos cabe destacar que la red cuente con: los recursos previos en la jerarquía que nos ha conducido al Programa, los profesionales de Servicios Sociales y los Centros sociales y/o infraestructura de ubicación, recepción, tratamiento, etc.

-Programa de prestaciones sociales básicas: ayudas familiares, apoyos a la escolarización, atenciones puntuales, etc.; todos aquellos del primer escalón de la jerarquía de recursos a la que hemos hecho mención.

-Programas específicos: *Prevención y detección de los malos tratos, servicios de apoyo a los menores* en situación de riesgo y de grupos marginados (Centro Abierto, seguimiento de absentismo escolar; atenciones higiénico/sanitarias, etc.); *Programa de Ayuda a Domicilio* (que cubrirá aquellos mínimos dentro de la familia con el menor sin los cuales no puede ponerse en marcha el programa terapéutico); programas de tiempo libre, ocio y cultura (campamentos, talleres, ludotecas, etc..) dirigidas a menores jóvenes o adultos (ya que en cualquier momento pueden ser usados para diferentes miembros del grupo familiar), *programas de desarrollo, promoción de la mujer*, especialmente aquellos dirigidos a grupos marginales (ya que va a ser la madre en la mayor parte de los casos la pieza clave de trabajo). Así cuantos fueran necesarios con carácter provisional y/o de emergencia (comedor social, vivienda, etc.)

-Programas generales: *Sanitarios:* Planificación familiar, higiene buco-dental, médico local, programa de vacunaciones, etc. *Empleo:* debe darse una estructura que permita la derivación a programas de formación y promoción de empleo; asesores de empleo (ADL), *programas especiales para grupo marginales* (de carácter reinsertador como TAPIS, CIS, etc.)

Educativos: Garantizar una conexión entre el trabajo social, el educativo a través de los profesionales del equipo psicopedagógico, los Consejos Escolares y/o del Centro, las APAS; esta es una pieza básica en la prevención, la detección temprana y el seguimiento del menor y/o familiar sujeto del programa.

-Programas de coordinación: La diversidad de factores en los que hay que influir en el trabajo social que precisa este tipo de programa (y otros muchas actuaciones de los Servicios Sociales) es necesario establecer una red de coordinación y colaboración entre servicios, profesionales, áreas, programas, etc. que incluyen todos los aspectos nombrados ya que en cada familia debe ser elaborado el plan de trabajo la necesidad de colaboración externa o interna y

los aspectos o áreas a coordinar (pediatra, profesor, vecino, familiar, psiquiatra, trabajadora familiar, servicios culturales, empleo, etc. serán algunos de los agentes o recursos a tener en cuenta en el trabajo)

Finalmente queda señalar que, más allá de los aspectos expuestos hasta aquí sobre lo que es necesario para el buen funcionamiento de un programa especializado como éste, el propio Programa también presenta ciertas exigencias hacia la red de Servicios Sociales que podrían concretarse en dos puntos:

-El apoyo claro y decidido por parte de los profesionales de los Servicios Sociales generales: ya que si no es así, el continuo seguimiento del programa se irá dejando, retrasando o no se resolverán los problemas de funcionamiento cotidiano que se van dando. Este claro apoyo no ha de ser ingenuo o de simples intenciones; debe ir avalado por una reserva de tiempo para el programa, reparto de responsabilidades, cumplimiento de los compromisos en plazos, etc.

-La versatilidad, flexibilidad y rapidez en los recursos a emplear: no sólo es preciso que haya variados y muchos recursos en la zona, sino que además su modificación, la búsqueda de nuevas formas o la inmediata aplicación, debe estar garantizada. (ej. una nueva ayuda escolar a mitad de curso, cuidadora de niños para la asistencia de la madre a la terapia, acompañamiento en un programa de deshabitación, etc.); y ésto requiere una voluntad política para hacerlo posible y una ejecución y programación técnica eficaz.

A.López Cayuela
Psicóloga.

Coordinadora de Equipo Base
de Servicios Sociales

INTRODUCCION GENERAL

La sociedad española muestra ya, desde hace algún tiempo una especial sensibilidad al problema del abuso infantil, cuyo reconocimiento como tal, en la comunidad internacional de los países desarrollados, se remonta a pocas décadas. Esta receptividad a un problema social del menor como el del abuso, se pone de manifiesto en los Congresos, Jornadas y Asociaciones, que se están promoviendo hoy en torno a este tema.

A nivel internacional, estamos asistiendo a un renovado vigor por los compromisos en relación al bienestar de los niños, a partir de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en la que se establecen claramente los mínimos para su supervivencia, protección y desarrollo. El documento ha sido suscrito por 100 países, entre los que se encuentra España, y los Jefes de Estado de 71 naciones reunidos en la Cumbre Mundial sobre los Niños, el pasado año, se han comprometido a lograr mejoras notables en los indicadores de bienestar infantil para el año 2000. Los objetivos de estas iniciativas incluyen la disminución del maltrato infantil, así como de las tasas de mortalidad materno-infantil, malnutrición moderada y severa, junto con incrementos en la escolarización primaria y secundaria, todos ellos correlatos importantes del riesgo de malos tratos infantiles.

A nuestro nivel, tanto desde la Administración Autónoma como desde la Administración del Estado, se constata un notable esfuerzo e interés por el campo de la Atención y Protección del Menor, un área que ha venido estando muy desatendida.

El trabajo, cuya memoria final aquí se presenta, se ha realizado de acuerdo con el proyecto aprobado, en su día, por la Dirección General de Servicios Sociales, y representa una experiencia aplicada, consideramos que pionera, al campo social de la Atención del Menor, en concreto a la problemática de abuso infantil en el seno familiar. La financiación de la Administración Autónoma, primero y de la Administración Local después, han hecho posible la realización y aplicación del *Programa de Asistencia Psicológica a Familias con problemas de relación y abuso infantil*.

El Programa se diseñó en el otoño de 1988, tras la demanda de un equipo base de profesionales de Servicios Sociales, a partir de entonces se entrena un grupo de observadores y se prepara el equipo de terapeutas que, a finales de ese año, comenzó a trabajar. La realización efectiva de este Programa se extiende desde Enero de 1989 hasta Enero de 1991, dos años en los que se reciben fa-

milias, en dos tandas; el tercer periodo anual hasta Enero de 1992, se dedica al estudio de seguimiento y su valoración.

La problemática abordada desde este programa, como se verá a lo largo de las páginas que siguen, representa casos de considerable complejidad, situaciones vitales en las que cualquier actuación independiente tropieza con una realidad suficientemente dura y compleja como para quedarse, por así decir, empequeñecida y desbordada. De ahí, que el proyecto y el Programa de él derivado, se haya concebido, enmarcado dentro de los Servicios Sociales, como recurso intermedio especializado: entre el registro del caso y su valoración, y la institucionalización y aislamiento del menor.

La valoración tanto del proceso y la realización de las tareas, día a día, así como de los resultados obtenidos, puede adelantarse en esta introducción que es altamente positiva, como lo reflejan los diversos índices objetivos utilizados. La satisfacción de haber conseguido estos resultados, anima y gratifica a los que hemos contribuido a ello. Estamos convencidos de que esta meta se ha logrado gracias al esfuerzo sostenido de todos.

El Programa se ha realizado gracias al esfuerzo de un conjunto de personas a las cuales quiero expresar mi agradecimiento, por haber hecho posible que todo un proyecto como el que ha generado este Programa se haya hecho realidad. Estas personas son en primer lugar, dentro del equipo que se ha formado en la Unidad de Investigación Agresión y Familia, la Dra. D. Frías y la Dra. G. Pons que en calidad de investigadoras asociadas, desde los inicios de la andadura del Programa en el otoño de 1988, han sabido ser siempre un estímulo, con su apoyo y su entrega profesional. Asimismo, mi reconocimiento a Ana D'Ocon que tras su incorporación como investigadora asociada en 1990, hizo para todos más fácil la tarea, gracias a su habilidad en el manejo de datos y su dedicación al tema. Todas ellas han colaborado en la elaboración de este volumen.

En segundo lugar, ha sido muy estimable la aportación de los observadores de interacción familiar que, en distintos periodos fueron colaboradores, y como tales realizaron siempre un trabajo serio y responsable: M. C. Andrés, I. Andreu, M.S.Alhambra, M. D. Bayarri, M. J. Cantero, M. Espinosa, E. Más, P. Muñoz, M. C. Pardo, S. Sánchez, C. Sanchís, A. Sesé, y S. Simó.

Finalmente, deseo subrayar que la clave para llevar a feliz término una labor de estas características, ha estribado, sin duda, en la coordinación y estrecha colaboración y camaradería existente entre el equipo terapéutico e investigador que dirijo, y el Equipo Base de Servicios Sociales, junto con los profesionales implicados en la población atendida por el Programa. Por ello quiero expresar mi agra-

decimiento personal, y el de mi propio equipo, a los profesionales que integran el Equipo base de Servicios Sociales en donde se ha desarrollado el Programa, ha sido un verdadero placer tener esta oportunidad de trabajar juntos.

El camino ha sido arduo, como todas las tareas que tratan con rigor de abrir nuevas rutas, pero estoy segura que ha dejado una huella humana imborrable en todos los que en él hemos puesto nuestro tesón y nuestro entusiasmo. Muchas gracias.

M. Angeles Cerezo Jiménez.
Noviembre, 1992.

CAPITULO 1.

PROBLEMAS DE RELACION PADRE-HIJO: EL ABUSO INFANTIL

La temática de los malos tratos infantiles, presenta un aspecto muy plural. Desde la perspectiva psicológica, se trata de una realidad que implica a niños y adultos en el seno de un grupo humano, la familia que juega un papel primordial en el proceso de socialización de sus miembros más jóvenes y en el desarrollo, ajuste y crecimiento personal de todos ellos. Pero además, una aproximación a la realidad de este problema pone claramente de manifiesto que los malos tratos son una faceta extrema de problemáticas muy diversas que afectan a las relaciones entre los menores y sus familias; factores de muy distinta índole que se conjugan en cada caso y dan como resultado situaciones reiteradas de abuso infantil. En consecuencia, cuando hablamos de malos tratos estamos ante el producto más que ante el proceso, y tener esto presente es de todo punto necesario para realizar una valoración eficaz del problema, tanto a nivel teórico como práctico.

En este capítulo, el propósito es realizar una primera aproximación a la temática. Para ello una cuestión preliminar es la de plantear el tema de la definición del abuso infantil, lo que viene a determinar, consiguientemente, la amplitud misma del problema. Por otra parte, desde una óptica empírica de trabajo cotidiano con el problema en el ámbito de los Servicios Sociales, se atisba una cierta casuística cuyo interés incrementa cuando se la combina con los conocimientos actuales sobre los factores asociados al problema del abuso.

1.1. La Definición de Abuso Infantil

Definir qué se entiende por abuso infantil constituye un objetivo preliminar obligado, para establecer algún tipo de criterios en la demarcación de los límites que engloban la casuística.

Puede considerarse dos niveles en lo que a la definición se refiere: uno práctico o público y social y otro teórico o de especialistas. El

práctico vendría a estar representado por los parámetros mínimos en los que una gran variedad de países, con claras diversidades culturales, coinciden. Mientras que en el nivel teórico, los investigadores tratan legítimamente de afinar lo más posible, por la necesidad de adoptar un referente común a sus trabajos y de facilitar la ponderación de los resultados, sobre el estudio del fenómeno psico-social del maltrato. Ambos niveles de definición son necesarios puestos que favorecen el progreso en este tema.

Como exponente del nivel práctico o público, que acabamos de señalar, es muy notable el Informe que ha sido elaborado por el Comité Nacional para la Prevención del Abuso Infantil en EE.UU, a petición de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y el Abandono Infantil, y difundido en el verano del presente año, 1992. Este informe titulado "Perspectivas Mundiales sobre el Abuso Infantil", de carácter abierto, representa el primer intento por crear un perfil común del Abuso Infantil a nivel mundial, y recoge información de 30 países, diecisiete desarrollados y trece en vías de desarrollo¹. Es realmente destacable que en estos países, a pesar de su diversidad en los distintos indicadores, internacionalmente aceptados de bienestar infantil, y en sus recursos, se haya encontrado un buen nivel de consenso sobre lo que considerar definiciones mínimas de qué sea maltrato. Así, todos los países incluyen golpes y palizas de los padres o de cualquier adulto, que los padres no proporcionen al niño alimentos, cuidados y cobijo, y el uso de un niño para la gratificación sexual de un adulto. Un 60% de estos países indican que el maltrato como se define en sus contextos nacionales también incluye los niños en la calle y el hecho de forzar a un menor de 12 años a trabajar a tiempo completo. Además diecinueve países amplían esta definición en diferentes sentidos, la ampliación más común, realizada por diez países industrializados, y uno en desarrollo, es la de incluir el abuso emocional y la negligencia. Mientras que la más frecuente entre países en desarrollo fue el dejar abandonados a los niños, la prostitución infantil, infanticidio femenino y circuncisión, y obligar a la mendicidad. Algunos países expresaron la preocupación por otros modos de abuso infantil perpetrado por otros agentes, como instituciones (psiquiátricas, escolares, guarderías) y por otros menores.

Cuando atendemos a la problemática de la definición desde la perspectiva que hemos denominado teórica o científica, el problema se

¹ Los países desarrollados que aportan información son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Israel, Italia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suecia; los países en vías de desarrollo participantes son Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana, India, Kenia, Malasia, Nigeria, Pakistán, Perú, Sudáfrica, Túnez y Uruguay.

torna más complejo. Y estas dificultades presentan paralelismos muy notables con lo que sucede al respecto de otras conductas sociales, como es el caso de la agresión con la cual se relaciona básicamente. El tratamiento de esta cuestión, requiere aquí un análisis más detallado. Veamos.

Desde el clásico trabajo de Parke y Collmer (1975) se vienen señalando tres aproximaciones al tema de la definición de abuso infantil:

La primera atiende sólo al resultado de los hechos, según esto se definiría abuso como los daños físicos producidos por los padres en los niños. Esta vía, propugnada tiempo atrás por Buss (1961), tiene la ventaja de proporcionar criterios observables que pueden permitir incluso la cuantificación. Sin embargo, presenta un doble problema, por una parte abarca tanto lesiones accidentales como no accidentales, por otro deja fuera los incidentes en los que el padre agrede al niño pero no le produce lesiones; dicho de otro modo, la definición desde este punto de vista adolece de ser afectada por falsos positivos y falsos negativos. En consecuencia, tal tipo de definición no suele aceptarse sobre todo de manera exclusiva.

La segunda vía considera el factor de "intencionalidad" (p.e. Kempe y Helfer, 1972). Es claro que esta característica de intencionalidad debe inferirse a partir de las condiciones antecedentes y el contexto. Algunos autores señalan también determinados indicios a tener en consideración; así, por ejemplo Friedman *et al.* (1981) indican los siguientes: a) lo que el niño o algún testigo presencial diga al respecto; b) el hecho de que el padre o quien actúe como tal admita lo ocurrido; c) antecedentes de incidentes semejantes o explicaciones de las lesiones no concordantes con criterios médicos, y d) las circunstancias en las que se desarrollaron los malos tratos.

Aunque estas precisiones son de interés, hay que señalar, sin embargo, que es lo que da carácter de especificidad a esta aproximación lo que constituye precisamente su punto más débil. En efecto, es materia harto difícil para cualquier persona, sea o no profesional, juzgar, con validez y fiabilidad, la intencionalidad de las acciones de otros.

La tercera vía para definir el abuso se relaciona con un punto de vista más sociológico del problema, no se trata tanto de un conjunto de comportamientos, sino más bien como Walters y Parke (1964) señalaron en su día, de "una etiqueta culturalmente determinada que, como resultado de un juicio social que hace el que observa, se aplica a ciertas conductas y patrones de daños físicos" (cdo. en Parke y Collmer 1975). Desde esta perspectiva, la intencionalidad es un criterio entre otros factores que son considerados por el observador a la hora de emitir este juicio. Entre esos factores se incluye los antecedentes de la

conducta del agresor, la forma e intensidad de esa respuesta, la gravedad de los daños ocasionados, y el rol y status del agente y de la víctima. Así por ejemplo, no se considera socialmente del mismo modo, que un padre le dé unos azotes a su hijo que el hecho de dárselos a otro niño distinto, como tampoco son iguales las normas de disciplina y crianza de los niños, en un contexto comunitario de pobreza y marginación, que en otro de niveles socio-económicos medios o altos.

En consecuencia, según esta perspectiva, la definición de abuso infantil varía según la clase social y el bagaje cultural de quien lo define. El abuso infantil, se considera entonces un fenómeno que debe enfocarse desde las normas del contexto comunitario que de alguna manera, establecen los usos y costumbres sobre la conducta apropiada de los padres en el control y disciplina de sus hijos.

Como vemos, cada aproximación aporta algo específico al tema de la definición del abuso infantil, y de ahí que se haya intentado combinarlas para lograr, entre los distintos profesionales implicados, un punto de acuerdo sobre la presencia o ausencia de abuso, en un momento dado. El resultado de esta combinación ha sido considerar que se debe hablar de presencia de abuso infantil cuando "a cualquier niño se le produzcan lesiones físicas no accidentales a consecuencia de actos (u omisiones) realizados por sus padres, o sustitutos, que transgreden las normas de la comunidad sobre el trato de los niños" (Parke y Collmer, 1975).

Aunque la definición anterior, parece englobar en un sentido general qué puede considerarse abuso infantil, otros investigadores tienden a especificar el rango concreto de modos de abuso que pueden darse en las relaciones padre-hijo. En este sentido, Burgess y Richardson (1984) distinguen:

a) abuso físico, que se mueve en un continuo de intensidad punitiva (desde un azote hasta palizas, quemaduras, cortes etc..);

b) abuso sexual, o explotación de un niño para gratificación sexual de un adulto, que puede llegar al incesto y la violación;

c) abandono, por el que el padre o responsable del cuidado del niño, bien de un modo deliberado o bien por una inatención y descuido persistente da lugar a que la criatura experimente sufrimientos evitables o no disponga de las condiciones esenciales mínimas para desarrollar sus capacidades físicas intelectuales y emocionales, y...

d) abuso emocional, centrado en el rechazo del niño por parte del padre. Cuando un padre se niega a cuidar apropiadamente de su hijo, castiga reiteradamente conductas infantiles prosociales normales o le juzga con persistencia de un modo negativo, puede decirse que estamos ante indicadores de que el niño es rechazado. Asimismo,

cuando un niño presenta una grave incompetencia social para desarrollar relaciones sociales con adultos, compañeros y hermanos, junto con una baja autoestima y conductas frecuentes de afecto negativo, cabe cuestionar seriamente su bienestar emocional en la familia (Garbarino, 1980). En cualquier caso, el abuso emocional representa un aspecto del abuso más que un tipo, ya que subyace de alguna manera a los anteriores y desde luego se relaciona íntimamente con ellos.

En consecuencia, los autores de referencia adoptan como definición funcional, de abuso infantil o malos tratos, la siguiente: "una lesión no accidental física o psicológica que se le ocasiona a un menor de dieciocho años, que tiene lugar como resultado de acciones de comisión u omisión, físicas, sexuales o emocionales realizadas por un progenitor o sustituto y que amenacen el desarrollo de la competencia del niño" (op. cit. p.240).

La definición anterior de Burgess y Richardson (1984) se complementa con aquella otra, más clásica en el área, de Parker y Collmer (1975) a la que hacíamos referencia anteriormente y que da cabida, además al importante aspecto del criterio comunitario. Desde el punto de vista de los profesionales de Servicios Sociales e incluso desde la perspectiva legal, en relación a la atención y defensa del menor, la aportación de especificar el rango de problemas o facetas que comprende el abuso puede resultar útil. Sin embargo, en nuestra opinión, si atendemos a una perspectiva psicológica del asunto, englobar bajo una misma etiqueta de "abuso": abuso físico, sexual y/o emocional, y abandono es cuando menos cuestionable, simplemente porque se trata de problemas diferentes, por consiguiente, y esto es importante, las estrategias de intervención que se requieren son también distintas. Es por esto que agruparlos bajo una misma rúbrica en la literatura especializada sólo comportaría un riesgo de confundirlos. De hecho, sirva como ejemplo que una de las publicaciones periódicas monográficas sobre el tema sale a la luz con el título de *Child Abuse and Neglect* (Abuso infantil y Abandono)². En este punto cabe preguntarse en qué sentido se trata de problemas distintos.

Así pues, los actos de abuso son fenómenos de baja frecuencia, en los que se puede seguir la pista de los antecedentes y los procesos de conflicto y espiral de violencia ocasionales con resultado de ataques físicos. Por otra parte, como el clásico trabajo de Gil (1970) ya subrayara, y la investigación aplicada viene corroborando, los padres abusivos no suelen mostrar abandono respecto de sus hijos, a la hora de proporcionarles las atenciones esenciales para su cuidado y man-

² Publicación oficial de la Sociedad Internacional para la prevención del Abuso Infantil y el Abandono.

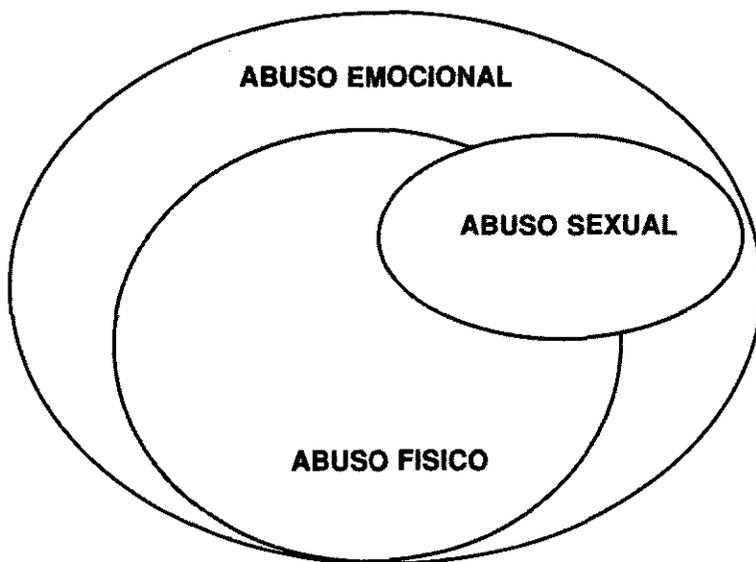
tenimiento. El abandono, sin embargo, es un problema que puede caracterizarse como un patrón de comportamiento parental más persistente y continuado, por decirlo de otro modo, más "crónico". Los padres apenas tienen interacción con el niño y no le proporcionan alimentos, ropa, aseo, atención médica, ni por supuesto supervisión, afecto positivo, etc.. El abuso es un acto de comisión mientras que el abandono lo es de omisión, como acertadamente señalaran Friedman *et al.* (1981).

Así pues, dadas estas sustanciales diferencias entre los fenómenos de abuso y abandono, éste último es lo suficientemente importante como para merecer atención *per se*, con la metodología apropiada a sus particulares características. Quizá, a la vista de estas puntualizaciones, sea razonable recomendar que se reservase el uso del término "malos tratos", como una supracategoría, para hacer referencia tanto al abuso como al abandono, y restringir el de "abuso" sólo para los actos de comisión. Dentro de estos actos de comisión, el abuso emocional puede decirse que se encuentra siempre a la base del abuso físico y del sexual, si bien pueden registrarse casos dónde sólo se dé abuso emocional; en otras palabras, siempre que hay abuso físico o sexual, hay abuso emocional mientras que lo contrario no es cierto: cuando hay abuso emocional no debe presuponerse existencia de abuso físico o sexual. Por otra parte, y en relación al abuso sexual, hay que señalar que cuando se presentan estos casos suelen producirse asociados con episodios de abuso físico que mantienen en la niña (o niño) el temor a hablar con alguien del asunto. Así pues, los modos de abuso (atendiendo sólo a lo que son actos de comisión) presentan relaciones que deben ser convenientemente matizadas y estudiadas; y, en este sentido, tales facetas no representan clases nítidas o tipos distintos de abuso. Para clarificar lo que aquí se propone, unos sencillos diagramas pueden ser de utilidad (ver Fig. 1).

El abuso emocional, como se ilustra, está presente a la base tanto del caso de abuso físico como del sexual, aunque aun queda un área de casos específicamente propios de abuso emocional, y como tal se contempla en cuanto subtipo de abuso por los estudios epidemiológicos más conocidos. El abuso sexual, se solapa en una importante medida con el físico, como se ha señalado anteriormente, quedando un margen para los casos en los que éste no se constata. El abuso físico, por su parte, se halla ampliamente representado.

En base a las razones expuestas, es oportuno señalar que, el trabajo que hemos desarrollado se apoya en una metodología diseñada en principio para el tratamiento de casos de abuso, en el sentido de actos de comisión, y no para el área de los casos de abandono.

Fig. 1. Representación diagramática de los modos de abuso y sus relaciones



1.2. Antecedentes.

Como en otros problemas de tipo social, el abuso infantil ha sido reconocido en tiempos relativamente recientes. Desde la antigüedad, en la que se sacrificaba a niños con carácter ritual, hasta la época, no ya tan lejana, de la Revolución Industrial en la que los niños trabajaban, durante jornadas interminables, en durísimas tareas, la vida y el bienestar de los más pequeños ha sido con frecuencia muy poco valorada. Recordemos aquí, que en tiempos y lugares que nos quedan muy próximos, nuestro inmortal poeta de Orihuela, Miguel Hernández, escribía al "niño yuntero", una de sus más sentidas composiciones, retratando así la realidad social de las condiciones de vida de niños de nuestro entorno geográfico más cercano.

El interés de las instancias sociales hacia la problemática, por una parte, y la sensibilidad de las gentes, por otra, empiezan a desarrollarse a partir de factores y circunstancias diversas que confluyen en perfilar el fenómeno del abuso infantil. Así pues, las instancias sociales dirigen su atención al problema del abuso infantil infligido por los padres, cuando las condiciones sociales mejoran hasta niveles aceptables, dentro de las pautas que marcan los países desarrollados o en vías de ello. En especial, cuando la enfermedad y la malnutrición se encuentran bajo control como causas de mortalidad infantil y ésta desciende.

Por lo que se refiere a la sensibilidad social hacia el problema, ésta se desarrolla a partir de casos trágicos que salen a la luz y conmueven a la opinión pública. La desgraciada vida de Mary Ellen, en Nueva York, de la que fue rescatada en 1874, promovieron un escándalo que dió lugar a la creación de la *New York Society for the Prevention to Cruelty to Children*. Mary Ellen vivía en una casa de apartamentos en Nueva York con sus padres adoptivos; los vecinos sospechaban que era maltratada, por lo que contactaron con una organización que ofrecía ayuda voluntaria a inmigrantes. Cuando uno de estos voluntarios visitó el piso se encontró a la niña en un estado lamentable de abandono, llena de moraduras y cortes de tijeras. Los padres se negaban a actuar de otro modo y consideraban que podían hacer con ella lo que quisieran (para un relato detallado del caso, véase, Williams, 1980). Puesto que en ese momento, paradójicamente, había leyes para proteger a los animales, pero no a los niños, la protección que se demandaba para la niña ante los tribunales, se consiguió mediante un "habeas corpus"³ (Lazoritz, 1990). El caso fue probado. La asociación neoyorkina inspiró la fundación, en Inglaterra, de la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC), en 1884, posterior también a la fundación de una sociedad similar para prevenir la crueldad con los animales. Los trabajos de Jones (1982), Lynch (1985) y Calam y Franchi (1987) proporcionan numerosos datos para una historia más detallada del tema del abuso infantil; en particular, para los antecedentes, hasta 1962, es muy relevante el estudio de Lynch.

Desde la vertiente médica, puede señalarse que, gracias a los adelantos de la radiología de los años cuarenta, el diagnóstico de las agresiones de los niños experimenta un notable impulso. El radiólogo Caffey, en 1946, identificó un "síndrome" en niños pequeños que, visto por Rayos X, incluía fracturas múltiples de huesos largos y hematoma subdural. Aunque el origen de las lesiones no estaba claramente reconocido se indicaba que podía tratarse de abandono de los padres. Es ya en los años sesenta, cuando el pediatra H. Kempe y sus colaboradores (Kempe *et al.* 1962) describen ante la Academia Americana de Pediatría lo que denominan el "Battered Child Syndrome" (síndrome del niño apaleado) posteriormente, "Battered Baby Syndrome". Kempe diría, años después, que escogió a propósito términos emotivos para provocar a la opinión pública y atraer el interés de los profesionales, objetivo que consiguió con creces. Hacia 1975, en EE.UU., todos los estados habían promulgado leyes que obligaban a los profesionales a

³ Está muy extendida la creencia de que Mary Ellen pudo ser sacada de aquella casa apelando a los estatutos de la protección de animales existente en ese tiempo en la ciudad de Nueva York, dado que pertenecía al reino animal, sin embargo, recientemente Lazoritz (1990) ha señalado tras estudiar las fuentes originales que esto se consiguió mediante un *habeas corpus*.

denunciar los casos de presuntos malos tratos de niños. Hay que decir, sin embargo, que la práctica profesional con estos casos registrados no experimentó ni la misma celeridad, ni la misma fuerza o intensidad.

A este lado del Atlántico, en Gran Bretaña, el impacto de los estudios de Kempe se extiende y consolida gracias al trabajo de dos médicos con experiencia en niños apaleados, Griffiths y Moynihan (1963). Y en 1968 se crea el equipo de investigación de la NSPCC, National Society for the Prevention of Cruelty to Children. Fue el caso tristemente célebre de la muerte de María Colwell en 1973, en ese país, el factor de choque que, en conjunción con otras circunstancias, dio como resultado un impulso muy notable al papel de la NSPCC.

El proceso por el que, concretamente en Inglaterra el abuso infantil ha sido finalmente reconocido y aceptado, puede ilustrar estas anotaciones sobre los antecedentes del tema en tanto que problemática social. En este sentido es útil recoger las cuatro fases que, a juicio de Parton (cdo. en Calam y Franchi, 1987) sintetizan dicho proceso:

- 1) El descubrimiento del problema, gracias al uso de los rayos-X.
- 2) Su difusión como un problema, debido a la publicidad del caso de María Colwell.
- 3) La consolidación del problema, por la responsabilidad asumida por el Estado y la NSPCC.
- 4) La catalogación del problema que ahora es aceptado como un fenómeno "natural" que debe recibir atención profesional automáticamente.

Como se ve, la constatación médica del fenómeno, hecho a su vez favorecido por el progreso en los instrumentos diagnósticos, y la apelación a la opinión pública, provocan la adopción de medidas por parte de la Administración que asume así responsabilidades; de este modo, el abuso infantil recibe la atención cualificada que como problema merece. En principio, una vez se establecieron los criterios médicos para el diagnóstico, la detección precoz pasó a ser una responsabilidad de los médicos que identificaban los casos a medida que se les presentaban. Posteriormente otros profesionales se incorporaron al tema aportando también sus conocimientos y perspectiva.

En nuestro país, si adoptamos como referencia las fases del proceso de reconocimiento y aceptación del fenómeno del abuso en Inglaterra, nos encontraríamos en el tercer momento, es decir, en la fase de consolidación del problema y de asunción de papeles y responsabilidades por parte de la Administración. En este sentido, la sensibilización de los profesionales corre a la par, tal como se manifiesta en

la reciente creación de asociaciones relacionadas con la defensa y protección del menor, en numerosas Autonomías a lo largo de la geografía española. La relevancia social de esta problemática es evidente como también lo es el notable retraso que sobre ella llevamos, respecto a otros países de nuestro entorno cultural; retraso tanto en la adopción de medidas para la correcta detección y registro de los casos, como en su tratamiento y recuperación. En consecuencia, es urgente la necesidad de priorizar el tema y acelerar el proceso para que se dedique a estas familias la atención especializada que requieren, dentro de un marco organizado en conexión con las redes que tienen responsabilidad en materia de menores.

Por último, subrayar dentro de este apartado, que el importante papel jugado por los profesionales de la medicina en la detección del problema del abuso, influyó, como veremos más adelante, en las primeras aproximaciones a su estudio; su responsabilidad en la detección de los casos y su perspectiva y metodología de trabajo, propició, en parte de una forma implícita, la imagen del padre abusivo como una categoría de individuo anormal. En consecuencia, el primer área estudiada de modo sistemático fue la relativa a las características de los padres abusivos, en busca de rasgos psicopatológicos propios de estos padres considerados como grupo.

1.3. Amplitud del Problema

Establecer la frecuencia del problema del abuso infantil en términos cuantitativos no es una empresa fácil. Las dificultades estriban principalmente en las fuentes que se utilizan y, desde luego, en la propia definición de abuso, más o menos restringida. La utilización del número de denuncias oficiales subestima, sin duda, las proporciones reales del problema, puesto que sólo los casos más graves tienen probabilidades de detectarse. Este es particularmente el caso de sociedades que, como la de nuestro país, están menos sensibilizadas, o menos habituadas, para dar el paso de la denuncia, a lo que se une, sin duda, en nuestro caso, una clara deficiencia de estructuras y recursos específicamente relacionados con este tema y el hecho de no tener carácter obligatorio la denuncia.

Países como EE.UU, Inglaterra o Francia, llevan años dedicando atención y recursos al problema de los malos tratos del menor y en ese contexto una cuestión importante la constituye averiguar cuáles son las proporciones del fenómeno. A nivel mundial, determinar la incidencia del Abuso infantil es prácticamente imposible en la actualidad. En el Informe "Perspectiva Mundial sobre el Abuso Infantil"(1992), de los 30 países que han respondido a la llamada del Comisión Nacional estadounidense, sólo dieciocho comunican que se realiza "algún" tipo

de estudios sobre incidencia o prevalencia, entre ellos España, y dos tercios de los mismos son países desarrollados. El abuso sexual está actualmente en el punto de mira dado que los estudios realizados lo señalan como un problema mucho más frecuente de lo esperado. En Finlandia, en un estudio representativo con 7000 niños de 15 a 16 años, un 7% de niñas y un 3% de varones habían sufrido algún acto violento o coercitivo, de importancia suficiente que los identificaba como víctimas de abuso sexual.

En realidad, la información sobre la magnitud del problema para ser correctamente evaluada debe ser ubicada dentro de las distintas estrategias que se utilizan para obtenerla. En este sentido, el caso de EE.UU. puede ilustrar muy bien la complejidad que indicamos en el proceso para determinar la incidencia y prevalencia de los malos tratos.

En EE.UU. el *National Center on Child Abuse and Neglect* (NCCAN) ha realizado dos estudios epidemiológicos importantes: en 1981 y en 1988. En este último, conscientes de las discrepancias que se producen entre diversos informes, señalan el interés de considerar las muestras utilizadas en los estudios a lo largo de un continuo, según lo cual puede distinguirse cinco tipos o niveles:

a) casos de los que se da parte a los Servicios de protección de niños (*Child Protective Services*, CPS); estos casos se calcula que sólo constituyen el 40% de todos los que se producen.

b) casos detectados o referidos a instituciones con capacidad de investigación (policía, departamentos de Salud Pública,...) pero que no se clasifican oficialmente como abuso o abandono.

c) casos conocidos por instituciones que no tienen poder para investigar (hospitales, escuela, Centros de Salud Mental...) de los que no se da parte oficialmente a CPS, porque los profesionales de estos centros consideren que ellos pueden ayudar mejor a las familias.

d) casos conocidos por gente de la calle, que no informa de ellos a las instituciones pertinentes.

e) casos de abandono o abuso que nadie los conoce.

La propuesta del NCCAN (1988) facilita un esquema, de todo punto necesario, al cual referir los resultados de un determinado estudio, considerando con qué muestra se ha realizado:

Así, con información procedente del nivel "a", la *American Association for Protecting Children* (AAPC) viene realizando informes anuales con los datos que periódicamente le facilitan todos los centros de protección infantil. En su informe de 1988, sobre los datos de 1986, fueron denunciados, a los servicios de protección, algo más de 30 ca-

sos por cada 1000 menores de 18 años; estas denuncias incluyen sospechas de abuso. En consecuencia, la tasa disminuye a 12.4 por 1000, cuando se consideran sólo aquellos casos que se investigaron y validaron, es decir, en los que el abuso o abandono efectivamente se produjo. Hay que señalar que en ese valor se incluye todo tipo de malos tratos. Los apartados más nutridos son el de abandono que supone aproximadamente el 55% de los casos, con una tasa de 6.8 por 1000, y el de abuso físico que comprende e 28%, con una tasa de 3.5 por 1000, les siguen el abuso sexual (2.9 por 1000) y el psicológico (1.1 por 1000).

Por su parte, el propio NCCAN ha realizado dos grandes estudios de la incidencia del fenómeno del abuso a nivel nacional (1981;1988). La información analizada procede de los niveles "a", "b" y "c", es decir los casos de los que se ha dado parte a los Servicios de Protección, los detectados por profesionales de centros que tienen poder de investigación y los conocidos por otros profesionales. En estos estudios, se controla la duplicación de casos por la posibilidad de que un caso sea conocido y registrado en más de una de las fuentes de información señaladas. El informe de 1988, cuyos datos se refieren a 1986, presenta una tasa de malos tratos de 16 por 1000 menores de 18 años, superior a la de 12 por 1000 hallada por la AAPC, para el mismo año; esto es esperable ya que las fuentes utilizadas por el NCCAN son tres frente al informe de la AAPC, que sólo se apoya en una. Además, el valor se estima aún más alto: 25 por 1000, cuando el cálculo se realiza atendiendo a la definición más amplia aplicada por NCCAN, en este último informe. En el estudio de 1981, sólo se incluían los casos en los que hubiese daño demostrable, en el más reciente, se aplica, con propósitos de comparación el criterio original, y se introduce, también un criterio más amplio por el que se incluyen los casos con daños demostrables o que hayan sido puestos en situación de peligro.

El estudio del NCCAN también evalúo distintos tipos de maltrato: los niños sufriendo abandono suponen una tasa de 8 por 1000, aquí se incluyen como subtipos abandono emocional, físico y educacional; por su parte la incidencia de abuso se eleva a 9 por 1000, siendo el abuso físico el más importante dentro de este capítulo con una tasa de 4.9 por 1000, le sigue el abuso emocional con una tasa de 2.8 y el sexual con 2.2 por 1000 menores.

Por último, los estudios que se han realizado sobre la población en general, aportarían información procedente del nivel "d", en la categorización de muestras propuesta por el NCCAN (1988). Además de los clásicos trabajos de Gil (1973), con datos de 1965, se sitúan aquí los estudios más recientes de Gelles, Straus, Cornell y col. Estos autores utilizan una escala de tácticas de resolución de conflicto, elabo-

rada por Straus en 1979, y revisada y ampliada en 1985, en la que figuran nueve ítems considerados de conducta violenta con niños, que van desde empujar y zarandear hasta usar un cuchillo o una pistola. Por consiguiente, los autores centran su atención en abuso físico. En el estudio de 1985, se realizaron las entrevistas por teléfono con una muestra representativa a nivel nacional de familias con una pareja, hombre-mujer, o al menos un adulto mayor de 18 años, y que tuvieran como mínimo un niño de 3 a 17 años; la muestra ascendió a 1428 familias con un total de 6002 miembros. Straus y Gelles (1988; cdo. en Gelles y Cornell, 1990) en la presentación de algunos resultados de este trabajo, informan que un 2.3% de los padres realizaron algún acto violento, de abuso físico, con sus menores durante el año anterior, habiéndose producido resultado de lesiones en un número de casos que supone una tasa del 7 por 1000. Los actos considerables como abusivos afectan a 19 de cada 1000 niños.

En la tabla 1 se resumen los datos, hasta aquí señalados, sobre la incidencia del fenómeno de los malos tratos infantiles en el medio estadounidense. El interés de reunirlos reside principalmente en que se trata de unos datos, aportados por tres informes, que utilizan distintas vías de información. La AAPC(1988): únicamente los casos denunciados a los Servicios de protección infantil, e investigados posteriormente; el NCCAN(1988): los casos anteriores más los conocidos por profesionales, con o sin capacidad de investigación (desde policías hasta escuelas y hospitales); y, finalmente, el informe de Straus y Gelles (1988) del II estudio nacional sobre violencia familiar: los autoinformes de población en general representativa a nivel nacional. Además, se da la circunstancia de que estos tres estudios han coincidido temporalmente en su realización, ya que los datos se recogieron en 1986.

Los datos epidemiológicos señalados para el caso de EE.UU, cumplen aquí el propósito por una parte de dar una idea de las proporciones del problema de los malos tratos, pero también, por otra, de ilustrar, en cierta medida, la importante ventaja que nos lleva, en la articulación de estructuras y redes de información, así como control de casos. Desde luego que estos trabajos, presentan cada cual sus limitaciones metodológicas, como ya se han ocupado de especificar algunos autores (p.e. Starr *et al.*, 1990), pero en cualquier caso la situación dista mucho de nuestra realidad española.

En nuestro país, los datos sobre la amplitud del problema del abuso son muy escasos y no están contrastados. Resulta altamente relevante que el Documento para el Programa de Detección, Registro e Intervención Coordinada Interredes de Malos Tratos en la Infancia, elaborado por el Ministerio de Asuntos Sociales en colaboración con otros Departamentos ministeriales, reconozca claramente en su pre-

TABLA 1

	Abuso			total	Abandono	TOTAL MALTRATO
	físico	sexual	emocional			
AAPC	3.5	2.9	1.1	-	6.8	12.4
NCCAN	4.9 (5.7)	2.2(2.5)	2.8(3.4)	9.2 (10.7)	7.9 (15.9)	16.3 (25.0)
Straus y Gelles	19.0	-	-	-	-	-

Tabla 1: Tasas de incidencia de malos tratos, y diferentes subtipos, en tantos por mil. Fuentes: AAPC, American Association for Protecting Children (1988); NCCAN, National Center on Child Abuse and Neglect (1988); y Straus y Gelles (1988) cdo. en Gelles y Cornell (1990). Los valores entre paréntesis, indican las tasas de incidencia cuando se aplica la definición más amplia propuesta en el informe de 1988.

ámbulo que en la situación actual de partida “se desconoce la magnitud del problema, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, en tanto no existen sistemas de registro en ninguna de las redes con responsabilidad en materia de cuidados de menores: Sanidad, Servicios Sociales, Educación, Policía y Justicia” (p.5). Un intento de abordar esta cuestión lo representa el estudio que la Comisión Interministerial de la Juventud encargó en 1987 sobre la incidencia del maltrato y fue concluido durante el año siguiente. Se trata de un estudio cualitativo, dirigido por Sanchez Moro, con muestra representativa a nivel nacional pero del que no puede extraerse información cuantitativa sobre la incidencia del problema, viene a ser un estudio pionero de interés como punto de partida para trabajos posteriores.

Por nuestra parte, sólo una información indirecta nos permite, proporcionar ciertos datos. Así, en la ciudad de Madrid, se inicia en 1985 una experiencia en la que de acuerdo con el programa marco de Infancia y Familia se introducía la figura del Educador familiar. A esta figura se le encomendaba la tarea de actuar, desde el marco de Servicios Sociales “en familias con niños deficientemente atendidos, familias desestructuradas, que presenten situaciones de conflicto en las relaciones interpersonales..., con falta de recursos personales y materiales para solucionar sus problemas...”.

De 446 familias atendidas en las áreas correspondientes a 18 Juntas de Distrito más SAM, se informa que: en un 16.4 % (N=73) de las familias los niños recibían malos tratos, mientras que un 28.2 % (N=126) presentaba signos de abandono y desatención. Uno u otro

problema afectan, según se estima en el informe de la experiencia, a 199 familias lo que representa el 44.6%. de las familias acogidas al programa.

La determinación fiable de la magnitud del problema del abuso es una cuestión compleja que, sin duda, llevará tiempo resolver de un modo mínimamente satisfactorio. Sin embargo, los datos que se conocen y avanzan, y la especial gravedad que reviste este problema son más que suficientes para requerir la atención de los profesionales y justificar el gran interés que ha despertado la cuestión, a todos los niveles de instancias sociales, desde los años setenta para acá.

En nuestro país, en estos momentos resultaría altamente recomendable un estudio replicativo, en su metodología, al realizado por el grupo de Gelles, y dirigido a la población, con una muestra representativa a nivel nacional; de este modo podría averiguarse la violencia familiar, en general y con los menores, en particular. Dado que no es obligatorio notificar los casos que puedan llegar a hospitales o se detecten en colegios, u otras instituciones, los otros tipos de estudios epidemiológicos no son, por ahora, los más factibles para proporcionar una imagen del estado actual y al amplitud del problema del abuso y abandono.

1.4. Clasificación de la casuística desde una perspectiva de trabajo social

Los padres que infligen castigos físicos a sus niños constituyen un grupo muy heterogéneo, donde la característica común es su modelo de conducta, en los episodios de abuso con sus hijos. Jones *et al.*(1982) desde su experiencia como trabajadores sociales con la población de Manchester y Nottinhamshire, en Inglaterra, han sugerido una categorización de la casuística de carácter descriptivo y empírico que, por la aceptación de ciertos grupos de profesionales del campo, resulta, a juicio de los autores, realista y práctica. Presenta, sin embargo, la limitación de no incluir el abuso sexual.

La clasificación se ha basado en factores relativos al padre/madre y factores relativos al niño, desde una perspectiva de trabajo social. En cuanto a los padres, se tienen en cuenta la información sobre la personalidad y el funcionamiento social, el status psiquiátrico, tensión nerviosa, lo "comprensible" del abuso, la conducta en el momento del incidente y después, la reacción a la intervención y las circunstancias sociales. Por lo que se refiere a los factores del niño, se incluye la naturaleza de las lesiones y el estado físico y emocional del niño y sus hermanos.

Según esta información, los casos de abandono y lesiones no accidentales se dividen en dos grandes grupos:

a) aquéllos en los que el problema se deriva principalmente de una relación padre-hijo deformada, sin que se aprecien otros problemas sociales o personales, dentro de este grupo se distinguen los tipos que se denominan: específico del niño, madre obsesiva y excesiva disciplina.

b) los casos en los cuales el abuso sí puede considerarse relacionado, si no derivado, de una problemática social más amplia o bien de trastornos graves de la personalidad o enfermedades mentales. En este grupo se incluyen cinco tipos que se denominan: caos social, deficiencias, desviación, trastornos mentales y padres adolescentes. Con algunas modificaciones sobre la propuesta original, el esquema clasificatorio es el siguiente:

Dentro de la primera categoría de Jones *et al.*(1982) se incluyen tres tipos:

Tipo 1. “**específico del niño**”. La madre suele ser la responsable del incidente, sin que tenga que ver ni con la edad ni con la clase social. No se detecta ningún trastorno de personalidad importante. El funcionamiento social es bueno, en general, y los otros hermanos, si los hay, han sido bien atendidos y criados. La separación después del parto, la excesiva fatiga, estados de ansiedad (especialmente si el problema ocurre durante los primeros seis meses después del parto) se combinan con tensión nerviosa por alguna pequeña crisis doméstica.

El niño suele tener menos de ocho meses, tiene buena salud y está bien atendido; no se detectan señales de otras lesiones ni de abandono. Suelen ser niños con poco peso al nacer que han permanecido cierto tiempo en unidades de neonatología, que requieren sobre todo en los primeros meses una mayor atención y cuidados.

El incidente ocurre en un momento de mucha tensión, por problemas económicos, muerte de un familiar, etc.. en el que se halla mermada la capacidad de enfrentarse a los conflictos. Las lesiones se producen por una pérdida de control y el padre o la madre llevan al niño en seguida al médico. Los padres se sienten angustiados y tienen remordimientos, y reconocen parte de la responsabilidad después. Asimismo, aceptan la ayuda de los Servicios Sociales y realizan las visitas correspondientes

Tipo 2: “**obsesiva**”. La madre comparte las características del grupo anterior, pero presenta ciertos rasgos de personalidad obsesiva. Se trata de madres un tanto perfeccionistas con normas muy rígidas que exigen mucho de su conducta y de la de su hijo. Les preocupa malcriar al niño. Por lo general, busca ayuda antes de que se produz-

ca una lesión grave y tiende a exagerar lo que ha sucedido. El niño suele estar en la edad de empezar a caminar. Su estado físico y emocional es muy bueno, sin problemas importantes que, por otra parte parecen más imaginarios que reales.

Tipo 3: "**excesiva disciplina**". Se incluyen aquí los padres que hacen uso de una disciplina excesiva, aunque es problemático definir los límites objetivos de este grupo dado la variabilidad de actitudes sobre el castigo corporal. El responsable puede ser cualquiera de los padres, pero a medida que el niño es mayor hay también más probabilidad de que sea el padre. No se detectan problemas de personalidad notables, suelen tener un buen estilo de vida y trabajo estable, por lo que pueden pertenecer a cualquier clase social. El padre, o la madre, es un perfeccionista que exige demasiado de sí mismo y de los otros. Por lo demás llevan con mucho celo sus asuntos y se muestran como ciudadanos conscientes y responsables.

El niño se encuentra, por lo general, en edad escolar, bien atendido y con un desarrollo físico satisfactorio. En ocasiones, puede dar muestras de trastornos emocionales o de conducta. Dado el alto nivel de exigencia del padre, o la madre, y los excesivos castigos puede volverse un rebelde o bien perder la confianza en sí mismo y fracasar con frecuencia. La respuesta habitual de los padres a cualquier problema es el castigo corporal. El niño puede parecer diferente de los demás niños de su edad.

El incidente consiste en lesiones que se producen durante el castigo, con un cinturón, la zapatilla u otro objeto, y que ya se han dado en otras ocasiones. Los hechos suelen descubrirse en la escuela y por casualidad. Los padres atribuyen la culpa al mal comportamiento del chico y éste, a veces, reconoce la agresión como un castigo justificado.

El pronóstico de los dos primeros tipos es bastante favorable, en un caso por tratarse de acciones puntuales, y en el otro por ser casos que casi se anticipan antes de serlo propiamente, dadas las características de las madres. Una intervención orientada básicamente a enseñar a estos padres cuáles son las pautas de desarrollo de los niños y el límite de las exigencias razonables sobre su comportamiento, suele ser suficiente. Sin olvidar mantener un cierto seguimiento de los casos. El tercer tipo tiene un pronóstico más variable dependiendo de la voluntad de los padres en reconocer la necesidad de ayuda y de modificar sus expectativas sobre el niño y los hábitos punitivos de crianza.

En la segunda categoría, los abusos están relacionados con otras problemáticas personales y sociales de los padres y el ambiente familiar, en general; en ésta se distinguen cinco tipos:

Tipo 4: “caos social”. El padre, la madre, o ambos, pueden ser responsables, del abuso. Proceden de zonas marginales, su funcionamiento social no es bueno y con frecuencia presentan historias de delincuencia durante la infancia y adolescencia. Padecen depresiones ligeras o estados de ansiedad. Se encuentran muy aislados en la comunidad y las relaciones con la familia están muy deterioradas, con frecuentes disputas. Se casan jóvenes y tienen niños enseguida. Tienen un estilo de vida caótico y muchos problemas sociales y económicos. Con frecuencia, los Servicios Sociales los tienen registrados como “familia problemática”. Carecen de recursos para enfrentarse a la tensión nerviosa que, en gran parte, producen ellos mismos. Por lo general, ignoran las necesidades del niño por lo que su comportamiento con él es variable y, en casos, caótico.

El niño suele presentar señales de pocos cuidados. Su estado físico y emocional mejora espectacularmente durante su estancia en el hospital. Al tratarse de un problema de crianza en general, es común que los otros hermanos también estén afectados de manera parecida. Toda la familia tiene historiales médicos de diversos problemas y acuden con cierta frecuencia a los servicios de urgencia con problemas de infecciones.

El incidente que da lugar a las lesiones se debe a una pérdida de control. Entre el momento del suceso y la búsqueda de ayuda médica se producen unas demoras inexplicables, para las que se dan justificaciones incoherentes. Muchas veces, sin embargo, las lesiones son descubiertas por terceros, en la escuela o guardería.

Tipo 5. “deficiencias”. Los padres de este grupo presentan además de las características de los del tipo cuatro, alguna deficiencia como subnormalidad, sordera, epilepsia, etc.. Se les conoce normalmente en alguna institución, tienen problemas económicos muy graves y sobre todo no saben cómo criar a un niño.

El niño suele ser un bebé con señales de desatención, poco estimulado ambientalmente y mal alimentado.

El incidente puede producirse como resultado de algún juego violento por la ignorancia de los padres, sobre el trato de los niños o por pérdida de control en un momento de mal humor.

Tipo 6. “desviaciones”. Se incluye aquí a los padres con desviaciones de conducta graves. Este es un grupo muy poco numeroso, su importancia radica en la potencial gravedad de las lesiones que ocasionan, a veces con resultados fatales.

Cualquiera de los dos puede ser el responsable, aunque con más frecuencia el hombre que, no suele ser el padre biológico del niño. El padre, o quien actúa como tal, presenta un trastorno grave de la

personalidad o sociopático, con poca tolerancia a la demora de las gratificaciones, soportan mal, en consecuencia, la frustración, sus respuestas emocionales son superficiales y no se preocupan por los demás. Los hombres tienen antecedentes penales por agresiones. Las mujeres tienen dificultades en distinguir la fantasía de la realidad, por lo que tienen tendencia a engañarse a ellas mismas.

En relación con este grupo se encuentran unas madres que sistemáticamente establecen relaciones con hombres violentos, que presentan desviaciones importantes en su comportamiento del tipo que acabamos de exponer. Estas madres son incapaces de proteger a sus hijos de las agresiones del hombre con el que conviven. Tal incapacidad para cumplir su responsabilidad de protección de los menores puede considerarse una forma de malos tratos. Son madres que han tenido, con frecuencia, una infancia violenta y unos padres agresivos, su nivel de autoestima es bajo y suelen ser agredidas por los hombres con los que conviven. A pesar de ello, aunque les tengan miedo mantienen sus relaciones en detrimento de la seguridad de sus niños.

El niño presenta señales de crueldad emocional, ha sido objeto de abuso durante mucho tiempo. El niño puede ser de cualquier edad, pero por lo general es menor de cinco años y no es hijo biológico del agresor. Las señales que presenta pueden indicar abuso reiterado. Las relaciones con su madre, aunque no ha conseguido protegerlo, con frecuencia son buenas.

El incidente no es "comprensible". Puede ser debido a una respuesta impulsiva e irritada a una cosa sin importancia, o bien el resultado final de un abuso crónico y sistemático, o incluso un acto de sadismo. Los padres tardan bastante en llevar al niño al médico y niegan insistentemente cualquier responsabilidad sobre el asunto. El comportamiento de los padres en el hospital es ambivalente, pueden pedir el alta anticipada del niño y amenazar al personal sanitario. En los casos de madres que no son capaces de proteger a sus niños, ésta ha podido presenciar la agresión pero no lo ha impedido, ni tampoco ha pedido la ayuda necesaria. Algunas veces, puede encubrir al agresor y hacerse responsable del abuso.

Tipo 7: "trastornos mentales". El grupo lo constituyen los padres con enfermedades mentales, es muy reducido porque estas personas raramente maltratan a sus niños. En muy pocas ocasiones un padre esquizofrénico o muy deprimido puede lesionar a su hijo y, por lo general, intenta suicidarse después. De todos modos, a pesar de la espectacularidad de estos casos, que suelen trascender a la prensa, no es frecuente que los individuos afectados pasen desapercibidos ya que en trastornos mentales graves los sujetos siguen algún tipo de tratamiento.

El niño suele ser un bebé, ya que los más mayores suelen evitar estos incidentes. Por lo general están bien atendidos hasta el momento en que se desencadena la perturbación del padre.

El padre o la madre no sólo está trastornado mentalmente, sino que se encuentra en un estado de desesperación. La percepción que tiene el padre de su hijo está muy afectada por el trastorno y está convencido de que sería mejor para el niño morir que vivir o piensa que se le ha de castigar por algún motivo imaginario. En consecuencia las lesiones pueden ser, por así decir, atípicas.

Tipo 8: “**padres adolescentes**”. Los padres son adolescentes cuando llega el primer niño. Cualquiera de los dos puede ser el responsable del abuso. Proceden de clases muy marginales y su personalidad es muy inmadura. Con frecuencia ellos mismos han estado bajo la protección de menores. Escapan de un entorno desgraciado y establecen un relación con alguno que suele ser de la misma edad y clase social. El embarazo viene muy pronto, esperan mucho del niño que viene y no tienen idea de qué es criar un hijo. De alguna manera, en un principio, buscan la seguridad en el matrimonio y la maternidad-paternidad. Son demasiado jóvenes para afrontar la paternidad y se sienten atrapados por el recién nacido.

El niño es el primer hijo y se encuentra en sus primeras semanas de vida. La lesión es grave, por ejemplo una embolia cerebral (hematoma subdural) que se ha provocado por zarandearlo.

El incidente se produce por una súbita pérdida de control, generalmente a causa de los llantos del recién nacido, el padre o la madre zarandea bruscamente al bebé. Los padres desconocen las graves consecuencias de este acto.

Jones *et al.* (1982) no contemplan la contribución de las adicciones o toxicomanías de los padres en el desencadenamiento de incidentes y episodios abusivos. Pero adoptando una perspectiva similar puramente empírica y casuística, es fácil relacionar este factor añadido, especialmente con los tipos que denominan ellos de “caos social”, y de “desviación”.

El pronóstico en el conjunto de esta segunda categoría es más variable, y en la mayoría de los tipos desfavorable. Se requiere múltiples intervenciones muy específicas ajustadas a cada problema en cada caso concreto.

Un factor crítico es la voluntad de colaboración de los padres. De ahí, que el caso de las desviaciones de carácter sociopático, que señalan Jones *et al.* (1982), sea quizá el de pronóstico más desfavorable, por su persistente negación de responsabilidad y su no aceptación de los hechos. Por otra parte, las mujeres que tienden a relacionarse

con hombres violentos y se muestran incapaces de proteger a sus niños, aunque puedan mostrar cierta voluntad de colaboración se encuentran subyugadas emocionalmente por sus compañeros de modo que su influencia, no exenta de temor, puede hacer inviable el tratamiento. Existe la posibilidad, sin embargo, de intervenir en un momento favorable en el que la relación actual se haya roto y antes de que establezcan una nueva, de características similares.

En los casos de enfermedad mental de los progenitores, el pronóstico del problema depende del que tenga el propio del trastorno. Finalmente, por lo que a los padres adolescentes, se refiere, el pronóstico será menos desfavorable, en la medida que se circunscriba tan sólo a una cuestión de falta de madurez y reciban el apoyo necesario para desarrollarla; si se añaden otros problemas, como caos social, toxicomanías, etc., el pronóstico empeora, no ya para el niño actual sino también para los siguientes.

Debe señalarse que el esquema es, reconocido por los propios autores, simplista y no todas las familias encajan claramente en una sola categoría. Sin embargo, la propuesta proporciona una guía general, práctica, para la evaluación y el pronóstico de los casos de abuso infantil, en el marco del trabajo social. El hecho de estar asentado sobre el examen de la casuística, es decir *a posteriori* de los casos registrados, implica que aunque se detecten en éstos las características personales y sociales señaladas, eso no significa que todos los sujetos con características y problemáticas similares lleguen a convertirse en padres abusivos. De hecho los estudios que, en un principio, trataron de descubrir un cierto patrón de personalidad común a los padres abusivos, como grupo distinto de los no abusivos, no llegaron a resultados concluyentes, como veremos después, por lo que, en la actualidad, el grueso de la investigación se orienta por otros derroteros, mostrando más el carácter probabilístico de que cualquier madre o padre, en ciertas circunstancias pueda actuar de forma abusiva.

CAPITULO 2.

PANORAMA TEORICO ACTUAL

El fenómeno del Abuso Infantil debe considerarse como una manifestación, entre otras, de la presencia de graves desajustes en las interacciones y relaciones padre-hijo. El reconocimiento explícito de este hecho es relativamente reciente (p.e. Ammerman, 1990; Wolfe, 1987; 1991) y una de sus principales implicaciones ha sido focalizar, al menos, parte de la atención de los investigadores y profesionales en el núcleo del problema, a saber, los factores que llevan a las interacciones familiares disfuncionales, uno de cuyos síntomas lo constituyen los episodios reiterados de abuso infantil.

En un intento por entender el fenómeno, desde su descripción hasta mitad de los 70, los investigadores centraron sus esfuerzos, en alguna de las dimensiones básicas que se implican en este problema: principalmente los padres y los factores sociológicos. Los modelos de partida eran de carácter unidimensional y lineal. Estas aproximaciones, aunque necesarias en esa primera fase, proporcionaron resultados parciales que no alcanzaban a abarcar la complejidad de un problema que, por su naturaleza, requiere una perspectiva teórica muy amplia y multidisciplinar. Sin embargo, gracias a todos esos esfuerzos, actualmente, existe un importante cuerpo de conocimientos relativos a un cúmulo de factores que contribuyen al desarrollo del maltrato infantil, especialmente en la faceta de abuso. Desde la década de los 80, la investigación trata de dilucidar los procesos por los que estos factores interactúan y se combinan y, en consecuencia, se ha generado una serie de modelos etiológicos multidimensionales e interactivos que proporcionan guías no sólo para el progreso teórico en el conocimiento sino para la intervención.

En una breve panorámica de la situación actual a nivel teórico, consideramos de interés incluir, en primer lugar, las líneas de desarrollo que se relacionan preferentemente con un aspecto o factor: padres-aspectos sociales, para presentar después dos de los modelos más relevantes de los últimos años en el área; finalmente se señalan algunas de las implicaciones que se derivan para nuestro estudio.

2.1. La investigación sobre factores asociados al abuso infantil

En la investigación sobre factores asociados al abuso infantil, se detecta un desplazamiento del interés desde el ámbito relativo a los perpetradores, los padres, a las variables socioeconómicas; en consonancia con ello, el orden de presentación de algunas líneas que conectan con los desarrollos más contemporáneos, desde esos dos ámbitos, responde a un criterio cronológico.

Los primeros trabajos se enmarcaron, de forma predominante, en la perspectiva que subrayaba la importancia de las características de los padres, en este ámbito se exploraron desde la incidencia de trastornos psiquiátricos hasta rasgos de personalidad. Aunque, como es natural, se produjo un cierto solapamiento temporal, la cresta de la ola pasó, sin embargo, al enfoque más sociológico. Así que, en los años setenta, la influencia del interés por el reconocimiento de los factores sociológicos, dejó sentir sus efectos también sobre este tema. Desde ahí, se subrayó, principalmente, el papel de los stressores sociales sobre la unidad familiar. En ambos casos, los procesos se postulaban, al menos de manera implícita, como unidireccionales.

2.1.1. Características de los padres.

Este planteamiento ha generado gran cantidad de trabajos orientados a detectar los rasgos relacionados con tal tipo de comportamiento parental. Desde un enfoque más asentado en la orientación médica clásica, se ha venido a pensar que los padres abusivos padecen, como grupo, algún tipo de trastorno psíquico. La perspectiva engloba desde la consideración de la existencia de trastornos como psicosis maniaco-depresiva o esquizofrenia hasta aproximaciones más laxas y amplias, que hipotetizan algunas características de personalidad "típicas", por así decir, de los padres abusivos y distintivas frente a los que no presentan este problema.

En relación a las psicosis, debe señalarse que, sólo un pequeño porcentaje de padres abusivos presentan sintomatología de este orden y, a su vez, sólo algunos individuos psicóticos abusan de sus pequeños. Este extremo se ha comprobado en reiterados estudios (desde Steele y Pollock, 1968, el mismo Kempe, 1973, ó Smith 1975).

Por lo que se refiere a rasgos de personalidad, no se ha llegado a un mínimo consenso entre los investigadores sobre un grupo consistente de características propias de los padres abusivos. La literatura sobre este aspecto de la temática, de hecho, en su gran mayoría se produjo en la primera mitad de los años setenta. El trabajo de revisión

de Spinetta y Rigler (1972) viene a concluir que las diversas opiniones sobre personalidad parental y variables de motivación presentan un aspecto de conglomerado. Los autores parecen coincidir en que los padres manifiestan un déficit de personalidad que les hace dar rienda suelta a sus impulsos agresivos, pero discrepan fundamentalmente cuando explican el origen de tales impulsos agresivos. El otro trabajo clásico de revisión fue realizado por Gelles (1973), en él da cuenta de que sobre un total de 19 rasgos de personalidad, señalados en distintos trabajos, sólo dos o más investigadores coincidieron en cuatro, mientras que los quince restantes, eran contribuciones de otros tantos investigadores. Los estudios en este apartado de la personalidad del padre abusivo presentan, en su conjunto, importantes limitaciones metodológicas, tales como la falta de grupos de control que permitan constatar si en estos padres se dan o no las características estudiadas en los otros (Parke y Collmer, 1975). No obstante, persisten algunos intentos de hallar, no ya una personalidad de padre abusivo sino una tipología de padres abusivos, concretamente para el abuso físico; el reciente trabajo de Francis, Hughes y Hitz (1992) se orienta en esa dirección. La propuesta de estos autores es sentar las bases para una tipología de padres que ejercen abuso físico, utilizando el test de personalidad 16 PF de Cattell *et al.* (1982), para facilitar la elección de los tratamientos más adecuados. Aunque el estudio presenta ciertas limitaciones metodológicas, especialmente las relativas al escaso número de sujetos, sin embargo representa uno de los intentos más recientes por standarizar, de algún modo operativo, lo que los profesionales que trabajan en este área a veces, de manera informal, comentan sobre los "tipos" de padres que se encuentran. Recuérdese la "clasificación" de Jones *et al.* (1982) que se presentó con propósitos ilustrativos en el capítulo anterior, y que no era más que una guía derivada de la práctica, es decir, *a posteriori*, y basada en el juicio de los profesionales.

La investigación sobre rasgos, o conjunto de rasgos, de personalidad del padre abusivo no ha dado, hasta la fecha, los frutos que hubiera sido de desear. Sin embargo, sí ha permitido constatar un denominador común entre los padres abusivos, a saber, el hecho de que estos padres han sido niños maltratados. En otras palabras, coinciden, de modo significativo, en presentar historias de abuso en su infancia. La persistencia del hallazgo ha llevado a investigadores como Wahler y Dumas (1986) a utilizar para referirse a ello la expresión "a chip off the old block" lo que corresponde en castellano al viejo dicho del saber popular "de tal palo, tal astilla". Veamos algunos datos sobre esta continuidad intergeneracional del abuso.

Altemeier *et al.* (1979) elaboraron una pauta de entrevista para predecir, durante el embarazo, madres que estarían en riesgo de maltratar a sus niños. Los autores aislaron ocho categorías pero la que

más correlacionó con su clasificación como madre de alto riesgo, fue la propia historia de abuso de la madre en su infancia ($r = .52$); un estudio preliminar mostró que 3/4 partes de las madres clasificadas de alto riesgo, fueron posteriormente registradas como abusivas.

El importante trabajo de Strauss *et al.* (1980) en el que se realizó una revisión en EE. UU., a nivel nacional sobre la violencia en la familia, confirma la consistencia intergeneracional del abuso, en tres generaciones. Los resultados ponen en evidencia que cuanto más castigo físico empleaban los abuelos para controlar a sus hijos, más violentos eran los padres entre sí y con sus hijos. Las probabilidades de ser un padre y esposo abusivo eran mucho más altas para aquellos que se habían criado en familias donde los dos fueron objeto de abuso y presenciaron conflicto abusivo entre los padres: era cinco veces más probable que los padres que se criaron en estos hogares hicieran uso de la violencia entre la pareja, que los padres procedentes de hogares no violentos; en cuanto a los padres (varones) resultó dos veces más probable que se convirtieran en padres abusivos con sus niños, que los otros padres; mientras que la probabilidad para las madres de condiciones similares fue cuatro veces superior. En conjunto, el efecto de crecer en un hogar violento fue altamente predictivo de abuso infantil. Un 25% de los padres que provenían de ahí, eran personas que estaban en alto riesgo de lesionar gravemente a sus hijos en situaciones de conflicto. Además, cuanto más violentos eran los padres, más violentos eran los niños también hacia sus padres y con sus hermanos.

Entre las explicaciones teóricas más elaboradas que pueden dar razón de estos fenómenos y datos, sobre la transmisión intergeneracional, se encuentra la teoría del Aprendizaje Social aplicado al problema de la agresividad, de Bandura (1973). Esta aproximación ha proporcionado información acerca de la relación que existe entre el uso del castigo físico por parte de los padres y su alto nivel de comportamiento agresivo desde su infancia, dentro y fuera del hogar.

2.1.2. Variables sociológicas.

El centro de la cuestión, desde una perspectiva sociológica, no se encuentra tanto en el padre abusivo *per se*, sino en las condiciones sociales que promueven el mal funcionamiento familiar; la cuestión se relaciona, en consecuencia, con los valores sociales y la organización de la cultura y la comunidad.

Los valores culturales y las prácticas sociales que éstos amparan, animan a través de múltiples modos y medios de comunicación, la *violencia como estrategia para resolver los conflictos humanos*. En una sociedad en la que se considera que los hijos son propiedad de los padres y que, al menos, consiente, cuando no anima, a hacer uso del castigo físico para corregir y educar a los niños, no es extraño que se produzcan conflictos en las relaciones padres-hijos que puedan acabar en episodios de abuso por parte del más fuerte sobre el débil.

Belsky y Vondra (1987) han señalado algunos de los frentes de apoyo con los que cuenta la perspectiva sociológica del problema del abuso infantil.

Por una parte, destaca el hecho de que la incidencia de los malos tratos infantiles no se reparte por igual en las distintas capas sociales. Es lugar común entre los investigadores y trabajadores de la temática, que los casos de abuso son más frecuentes en los niveles socio-económicos más bajos. Y esto, a pesar de reconocerse el factor del mayor control que se ejerce sobre las clases sociales más desfavorecidas, dado que estas familias hacen más uso de hospitales públicos y son más susceptibles de ser investigadas por los Servicios Sociales, por uno u otro motivo. Sin embargo, esto no es suficiente para explicar las importantes diferencias de número repetidamente constatadas.

Lo expuesto anteriormente no debe interpretarse como que el problema de abuso se circunscribe a una clase social, sino simplemente que su presencia no está homogéneamente distribuida a través de toda la escala social. Esto, desde luego se relaciona con los criterios que se utilicen para definir abuso: si es en un sentido amplio, el problema se debe mostrar más libre del factor clase social, en la medida que el castigo físico corporal se utiliza en todos los niveles sociales como práctica educativa aceptada; pero en un sentido más restrictivo de qué se considere abuso, la balanza parece inclinarse más sobre las clases más bajas.

Por otra parte, factores como el paro o desempleo, condiciones de la vivienda y el aislamiento social, se relacionan con el fenómeno de los malos tratos al niño. Este hecho proporciona apoyo al planteamiento sociológico de que los stressores hacen el clima propicio para el

conflicto y los abusos. Este factor se relaciona con el anterior en la medida que las clases más desfavorecidas se encuentran en situaciones vitales de mayor estrés, que implique desamparo e indefensión, o en definitiva, falta de control sobre los acontecimientos, que las clases medias y altas. En efecto, aunque la tensión también esté presente en las clases más acomodadas, la diferencia estriba a nuestro entender en el carácter quizás menos vital de los problemas, y en la existencia de historia, al menos, de cierto control sobre distintas esferas de la vida.

El aislamiento social y la falta de vínculos gratificantes con la comunidad se ha relacionado con el abuso en numerosas ocasiones (p.e la revisión de Garbarino 1977). El reciente estudio de Garbarino y Kostelny (1992), sobre 77 áreas comunitarias, dentro de su Programa de investigación sobre ecología humana del maltrato infantil, indica que a igualdad de problemas económicos fueron las comunidades, más desmembradas socialmente las que se asociaban con mayor riesgo de abuso infantil. Para Garbarino, uno de los investigadores más comprometidos con la perspectiva social, "el maltrato infantil es un síntoma no sólo de problemas individuales o familiares sino también del vecindario y la comunidad. Es un indicador social tanto como psicológico" (op. cit. p.463). Además, del nivel propiamente comunitario por el que se puedan detectar áreas más carentes de un tejido social que aglutine a sus miembros, cuando los análisis se sitúan al nivel familiar, los padres abusivos muestran pocas relaciones con la comunidad y, si las hay suelen caracterizarse como poco positivas, quizá debido en parte a su falta de recursos y habilidades sociales; esto, a la base, se sostiene sobre un círculo vicioso. La importante relación de este factor ha sido repetidamente constatada. (Kellam *et al.* 1982; Berger, 1987).

Los trabajos del grupo de Wahler consideran sistemáticamente esta variable habiéndose puesto de manifiesto que, con frecuencia, la conducta agresiva de la madre, evaluada por observación directa, correlaciona más con su informe sobre el nivel y valencia de las relaciones sociales del día que con la conducta problemática del niño (Wahler, 1980; Dumas y Wahler, 1983; Wahler, 1990). Los padres abusivos son personas que presentan escasa y poco gratificante relación con su contexto social; en definitiva, se encuentran aislados de la comunidad.

Las dos vertientes de aproximación al problema, como aquí se las ha presentado, siguen aportando factores importantes. En particular, de lo referente a características de los padres, el factor relativo a su historia de malos tratos cuando eran niños, se revela como un punto de suma importancia. Mientras que, por su parte, el enfoque sociológico ha aportado el factor de estrés social y, en particular, las relaciones con la comunidad y el aislamiento social.

La característica paterna común entre los abusivos, de haber sido, ellos mismos, objeto de abuso durante su infancia, a últimas cuentas, está apoyando una explicación en términos de aprendizaje social. Los padres abusivos han aprendido de sus modelos familiares modos violentos de resolver los conflictos, a falta de otras habilidades o recursos sociales ante situaciones problemáticas con los niños (o los cónyuges). En su repertorio comportamental la respuesta agresiva es la que, por aprendizaje y experiencia, se encuentra en el primer nivel de la jerarquía y es por tanto la más probable ante condiciones de conflicto social o interpersonal. La falta de hábitos alternativos menos violentos, junto a un deficiente control del enfado y sus emociones asociadas, favorece e incrementa esa probabilidad.

Por su parte, una tendencia al comportamiento agresivo ante los conflictos interpersonales favorece cierto rechazo social, por lo que se acentúa la carencia de estilos alternativos al producirse, asimismo, una carencia de relaciones interpersonales (p.e. Patterson, 1989). Historia de malos tratos, modelos parentales agresivos y violentos ante situaciones de conflicto, falta de recursos sociales, aislamiento en la comunidad son factores que, aunque puestos de relieve desde distintos frentes de investigación, se conjugan de manera compleja en el fenómeno del abuso infantil.

La evolución de los conocimientos sobre el abuso infantil y, en general, las nuevas tendencias teóricas y de análisis, propiciaron enfoques o, si se quiere, modelos desde los que se pudiera contemplar el abuso infantil como un fenómeno multideterminado que implica procesos bidireccionales. Parke y Collmer (1975) se encuentran entre los primeros autores que subrayan la importancia de orientar los trabajos hacia propuestas multifactoriales; a partir de ese punto, puede decirse que los modelos formulados se caracterizan por adoptar una perspectiva más compleja e integradora, en la que no falta la importante consideración del niño y su papel en estos procesos.

2.2. ALGUNOS MODELOS INTEGRADORES Y MULTIFACTORIALES.

Entre las distintas formulaciones seleccionamos el modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981) y el transicional de Wolfe (1987; 1991). Las razones de esta elección son principalmente dos: primero, porque se trata de aportaciones muy completas que ilustran bien cuales son las directrices temáticas de trabajo en el área, así como el modo en que incorporan en un nivel más elaborado los desarrollos de trabajos previos; segundo, porque nos señalan caminos específicos en la

intervención. En este sentido nuestro trabajo se nutre de estas elaboraciones y abstrae sus notas esenciales para diseñar unas determinadas estrategias de actuación, tanto en la selección de dimensiones relevantes para evaluar los cambios, como en la propia intervención.

2.2.1. El modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981)

Desde la perspectiva transaccional, el fenómeno del maltrato se conceptualiza como una expresión de una disfunción subyacente en el sistema "ambiente-padre-hijo", más que como únicamente el resultado de rasgos paternos de personalidad aberrante, del estrés ambiental o de las características desviadas del niño. Cicchetti y Rizley (1981) centrándose en el concepto de factores de riesgo, aplicaron el modelo de Sameroff y Chandler (1975) para examinar la etiología y la transmisión intergeneracional del maltrato. El modelo de referencia de Sameroff y Chandler (1975) es una formulación desde la Psicología evolutiva que considera las transacciones entre los factores ambientales, las características de la madre (o sustituta) y las del niño, como contribuciones recíprocas y dinámicas a los procesos evolutivos; en consecuencia, subraya la necesidad de analizar los modos en que el ambiente responde a las características infantiles en un momento dado. Cicchetti y Rizley desarrollan esta aportación en el área del abuso infantil y en su formulación clasifican los factores en dos categorías: una, compensatorios y dos, potenciadores, según se trate de factores que disminuyen el riesgo de abuso infantil o, por el contrario, lo incrementen; dentro de cada uno de estos grupos se distingue una dimensión temporal por la que los factores pueden considerarse transitorios o permanentes. El cuadro 2.1. ilustra el esquema de los autores de referencia.

1) Los factores de vulnerabilidad constantes o permanentes incluyen todos aquéllos factores, condiciones o atributos que sirven para

CUADRO 2.1.

<i>Dimensión temporal</i>	<i>Factores potenciadores</i>	<i>Factores compensatorios</i>
permanentes	(1) Factores de vulnerabilidad	(3) Factores protectores
transitorios	(2) Factores de estrés o amenazantes	(4) Factores amortiguadores

Cuadro. 2.1. Esquema de los factores que se distinguen según el modelo de Cicchetti y Rizley (1981). Los números entre paréntesis se utilizan para facilitar la descripción de los conjuntos de factores en el texto.

potenciar el maltrato. Estas condiciones pueden ser biológicas, (anomalías físicas que hacen la crianza muy difícil y frustrante), históricas, (ser padre con antecedentes de haber sido maltratado en su infancia), psicológicas (psicopatología del niño o del padre) y /o ecológicas (altos niveles de estrés, valores sociales proclives al maltrato de los niños...)

2) Los factores de amenaza transitoria se refieren a las condiciones y tensiones que sobrevienen sobre la familia y pueden predisponer a un padre a ejercer abuso. Los autores citan como ejemplos, enfermedades o lesiones, problemas con la pareja, problemas de disciplina con los niños o el tránsito de un niño a un periodo evolutivo más difícil.

3) Los factores protectores a largo plazo comprenden aquellas condiciones relativamente permanentes que decrecen el riesgo de abuso o su transmisión a través de las generaciones. Así por ejemplo, una historia de paternidad competente y una relación positiva y segura entre las figuras paternas puede considerarse clasificables como factores de este tipo.

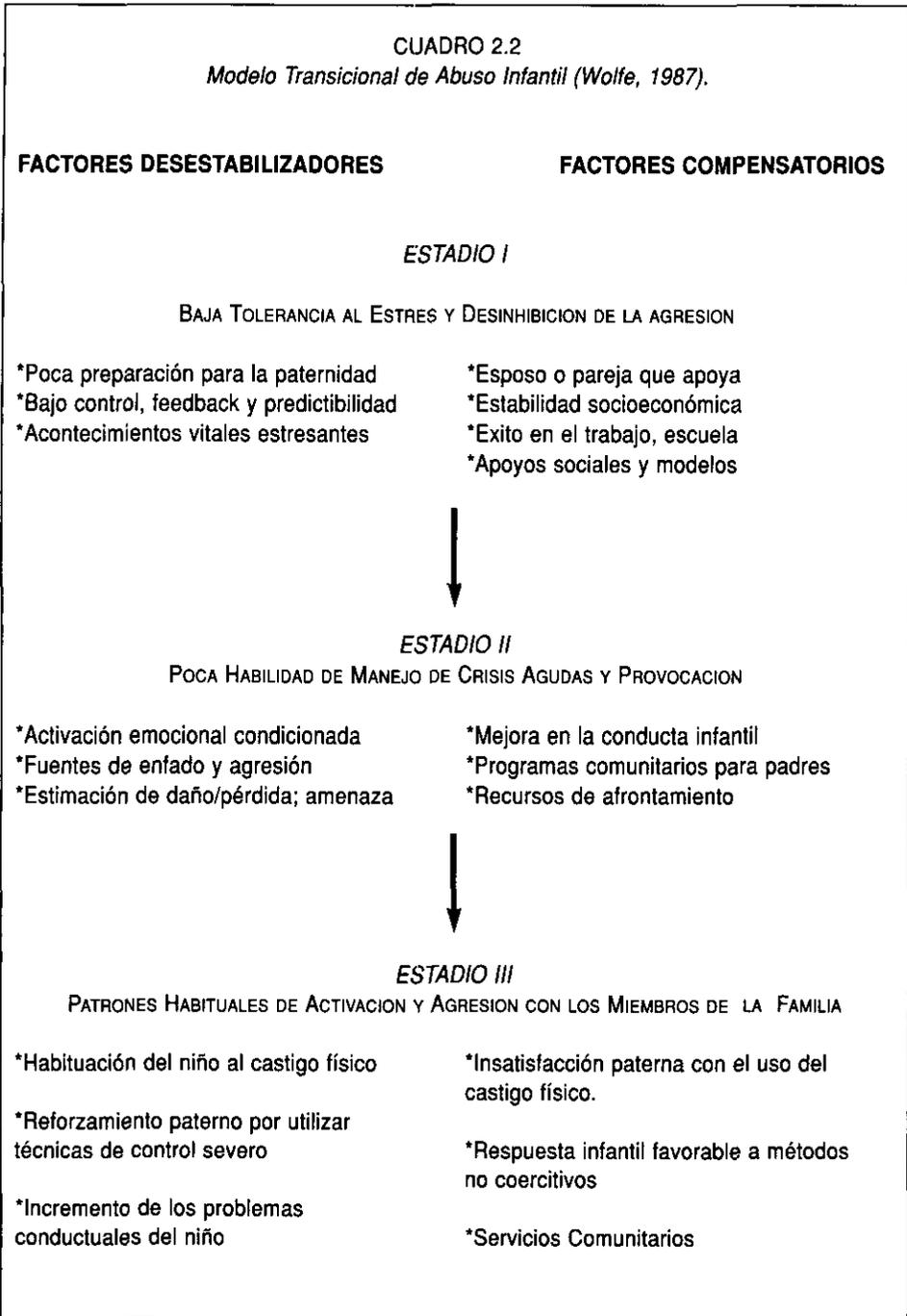
4) Los factores que transitoriamente amortiguan son los que pueden proteger a la familia del estrés reduciendo la probabilidad de maltrato y su transmisión. Entre estos, cabe considerar cambios favorables en la situación económica, periodos de armonía de la pareja, o que el niño salga de una etapa evolutiva difícil.

Cicchetti y Rizley subrayan la importancia de considerar tanto los factores positivos como los negativos a la hora de valorar y comprender la ocurrencia de maltrato. Este se expresará, de acuerdo con el modelo, cuando los factores potenciadores superen a los compensatorios. En el mismo sentido, consideran el tema de la transmisión intergeneracional. Cicchetti y Toth (1987) han mostrado cómo el modelo de riesgo transaccional se puede aplicar a la intervención con familias maltratantes que presentan múltiples riesgos, por su énfasis en conceptualizar el sistema padre-niño-ambiente como un conjunto de influencias recíprocas entre todos sus componentes. Por consiguiente, la actuación no debe focalizarse sobre uno de los elementos de la disfunción con estas familias. Según los autores, el modelo transaccional guía las líneas de intervención de un centro en Rochester, New York, dedicado a la prevención y tratamiento del abuso infantil; el programa que se aplica tiene por objetivo general reducir la magnitud de los factores familiares de riesgo y promover e incrementar los protectores.

2.2.2. Modelo transicional de Wolfe (1987)

La contribución más importante del modelo de Wolfe es considerar el abuso como el estadio final de un continuo que se mueve desde

la paternidad adecuada a la desviada, de ahí su denominación de transicional. (véase cuadro 2.2)



Como puede observarse, en la formulación de Wolfe se incluyen factores desestabilizantes y factores compensatorios en la línea del modelo de Cicchetti y de otros autores como Belsky (1980), en tanto que esta es una idea que forma parte ya de las aproximaciones a la comprensión, no sólo del fenómeno "abuso infantil" sino también a otras problemáticas. En cada nivel, las variables se combinan e interactúan de modo que o la familia se mantiene en él o bien pueden producirse cambios que la hagan situarse en un nivel de mayor riesgo de producirse el abuso. Dos ejes parecen subyacer en la formulación de Wolfe: por una parte, el reconocimiento de unos patrones de crianza que deben responder adecuadamente a las necesidades del niño y a las demandas que cada etapa evolutiva marca, con sus conflictos correspondientes, y por otra, los procesos psicológicos relacionados con la expresión de irritación, tensión, ira, etc. y con las estrategias de afrontamiento.

El modelo transicional está orientado fundamentalmente hacia el proceso que afecta la conducta del progenitor en el contexto familiar, en este sentido acentúa la naturaleza interactiva y secuencial de las relaciones padre-hijo que puede culminar en diferentes patrones de conducta a lo largo del proceso evolutivo.

2.3. La Valoración Microsocial y sus Resultados

Tanto las aportaciones más relacionadas con un factor como los modelos integrativos, presentan factores relevantes para el análisis y comprensión del fenómeno del abuso infantil, sin embargo en este tema de carácter tan marcadamente interaccional la investigación también se ha desarrollado a niveles de análisis microsocial; esta información complementa de modo muy significativo la que proporcionan otras áreas de trabajo, al focalizarse en las corrientes de conducta que se establecen entre el adulto y el niño, y entre los miembros de la familia en general. Desde esta perspectiva, se considera que los patrones de interacción familiar, tanto padre-hijo, como entre esposos, o entre hermanos, proporcionan ciertas claves importantes relativas a las condiciones en las que se desarrollan los episodios de abuso.

Los trabajos orientados al estudio de los niveles interaccionales han hecho uso de los métodos de observación. A través de ellos, ha sido posible centrarse en análisis detallados acerca del tipo de reacciones de los padres a las demandas de los niños en el hogar, y realizar estudios secuenciales. Las familias con problemas de abuso infantil manifiestan una tasa elevada de conflictos y violencia doméstica, por lo que enfrentamientos entre los padres, por ejemplo, con frecuencia anteceden a ataques hostiles hacia los niños, quizá porque el padre se siente más fácilmente provocado y sus sesgos en la atribución de las

causas de la conducta infantil quedan más de manifiesto. Burgess y Conger (1978) señalan que sus familias abusivas interactuaban menos y, en proporción, el carácter de tales interacciones era más negativo. Los hallazgos sobre la relación entre niveles generales de conflicto entre los miembros de la familia y episodios de abuso, están en la línea de los procesos familiares coercitivos extensamente estudiada por Patterson (1982), en la medida que se apoya la reciprocidad de las conductas aversivas en las familias agresivas, y el conflicto entre adultos puede asociarse con conducta inapropiada hacia los niños (p.e. Straus, 1980).

Los padres abusivos se muestran más proclives al uso de métodos punitivos y severos para resolver los conflictos de crianza. Estas interacciones aversivas son marcadamente inconsistentes, es decir, desde la perspectiva de los investigadores de la interacción social, los datos se interpretan como indicadores del fracaso de los padres en hacer uso adecuado y discriminado de las consecuencias que deben seguir a los comportamientos infantiles (Wahler, Williams y Cerezo, 1990). Así el padre y el niño se enredan en ciclos de conducta aversiva que escalan en intensidad, incrementándose la probabilidad de episodios abusivos por parte del adulto. Los estudios que incluyen indicadores de conductas positivas, señalan que los padres abusivos muestran menos interacción positiva que los padres no abusivos. En cuanto a la tasa de conducta aversiva, los padres abusivos manifiestan tasas más elevadas que los grupos de comparación (p.e. Lahey, Conger, Atkenson y Treiber, 1984), pero no siempre las diferencias alcanzan niveles significativos (Reid, *et al.*, 1981; Lorber *et al.* 1984). Una explicación a estos hallazgos, de que los padres abusivos se muestren menos positivos pero no necesariamente más aversivos puede encontrarse cuando se estudia qué conducta paterna sigue a una conducta infantil prosocial y cuál a una aversiva. Loerber *et al.* (1984) informan que en su grupo los padres abusivos respondían ante la conducta prosocial de sus niños con conducta negativa. En consecuencia, más que la tasa absoluta de comportamientos negativos, lo importante es lo indiscriminado de su administración que hizo concluir a los autores de referencia que “no sólo las madres abusivas y los niños fueron recíprocos en sus conductas aversivas sino que parecen responder de un modo que las mantienen” (p. 38).

Recientemente, Wahler, Williams y Cerezo (1991) mediante análisis secuenciales de información observacional registrada en el hogar, han hallado que ese mantenimiento puede explicarse en base a patrones complejos de conducta materna inconsistente que se reduce cuando la conducta infantil se hace más agresiva, por lo que, desde el punto de vista del niño, tal comportamiento resulta funcional para lograr escapar del contexto interaccional de incertidumbre en el que se mue-

ve su relación con la madre. Parece tratarse de episodios altamente coercitivos cíclicos en la corriente interaccional. La muestra utilizada procedente del Programa del Instituto de la Conducta Infantil, de la Universidad de Tennessee, fue remitida por problemas de agresividad en los niños, aunque entre el 50 y el 60% de los casos remitidos a este Programa presentan problemas de abuso físico.

En definitiva, las diferencias en la interacción de los padres abusivos, cuando se utilizan instrumentos de observación naturalista, apuntan sobre todo a la cualidad de los patrones de interacción y a la falta de concordancia o congruencia de las respuestas paternas con el carácter de la conducta del niño (Cerezo y D'Ocon, 1992)

La aproximación microsocia al abuso infantil subraya el carácter interactivo de los procesos coercitivos y, en consecuencia, atiende los hallazgos relativos a la influencia de la conducta del niño en el comportamiento de quien ejerce sus cuidados. Los niños que sufren maltrato reiterado no debe esperarse que sean niños fáciles de criar o que no manifiesten algún tipo de secuelas por socializarse en contextos tan problemáticos e inadecuados. La cuestión presenta dos aspectos: uno, que el niño sea difícil de manejar y se halle en un medio donde los padres no están preparados para ello, en consecuencia aumenta la probabilidad de que se produzca una falta de sintonía en la satisfacción de las necesidades del niño y un incremento de los conflictos; el otro aspecto, no necesariamente excluyente respecto al anterior, es que el niño manifieste secuelas en su ajuste emocional, cognitivo y comportamental de las situaciones vividas. Esto puede llegar a constituirse en un círculo vicioso. De hecho, en numerosos estudios se constata que los niños de familias abusivas suelen presentar un mayor nivel de conductas disruptivas, en tasas por minuto cuando se les observa en el hogar.

Dadas las importantes implicaciones para prevención y tratamiento, para concluir este apartado debe hacerse referencia al hecho de que existe un sector de problemática del menor que participa tanto del área de los niños antisociales, como del campo de las familias abusivas. Más precisamente, hay un grupo importante de niños con problemas de conducta que reciben malos tratos de sus padres o, si se prefiere, hay un grupo de padres abusivos que tienen hijos antisociales, a veces con conductas pre-delinquentes o delinquentes. Un estudio de Alfaro (1981) sobre casos de abuso infantil y de delincuencia en el Estado de Nueva York, mostró que aproximadamente el 50% de las familias abusivas o de abandono de su muestra tenía un hijo o más que era después juzgado por delincuente y que los niños delinquentes que habían sido objeto de malos tratos o abandono eran, por lo general, más violentos que otros delinquentes.

En los últimos años, hay un conjunto importante de investigación que se orienta a determinar cual es relación entre delincuencia y abuso infantil, que parece apuntar a que el abuso puede estar asociado a conducta delincuente subsiguiente, como se refleja en el propio título del informe de Gray acerca de los resultados de una Conferencia sobre investigación, organizada por el Comité Nacional para la Prevención del Abuso Infantil, de Estados Unidos: el título en cuestión reza "Abuso Infantil: Preludio de Delincuencia" (Gray, 1985). En cualquier caso, son dos áreas muy relacionadas en las que, hoy por hoy, es difícil establecer qué es antes, al fin y al cabo el abuso es violencia y es un comportamiento agresivo, y cierto tipo de delincuencia implica también ambas cosas. Por otra parte, se conoce la persistencia transgeneracional del abuso: padres maltratados en su niñez, recurren a las mismas estrategias punitivas con sus hijos, lo cual complica el hecho de hallar una respuesta de causalidad simple al problema; más bien lo que parece estar a la base de todo es el déficit crónico en las habilidades de resolución de problemas y conflictos, en general, y de crianza en particular, déficits que pueden deberse en gran medida a los contextos familiares en los que se educan de padres a hijos, caracterizados por un alto nivel de violencia y tensiones derivados de problemas sociales y vitales de primer orden, así como percepción de falta de control sobre los eventos que les afectan y rodean.

2.4. Implicaciones para nuestro estudio

El diseño y la realización a nivel de intervención de nuestro estudio se basa en los logros y avances del conocimiento empírico que nos proporciona la investigación actual sobre la temática del abuso infantil. Por consiguiente, nuestro trabajo contempla la distinción entre los factores potenciadores y compensadores aplicada no a un análisis de riesgos, sino al análisis de cada familia que ya se hallaba dentro de la dinámica de abuso, para determinar qué aspectos obstaculizarían más nuestra labor, y qué recursos de la familia debían potenciarse por su carácter protector o amortiguador para el problema. Asimismo, la valoración clínica contemplaba la dimensión temporal de estos factores y esto se ponderaba en las decisiones que se adoptaban a lo largo del proceso.

Las aportaciones referentes a los contextos sobre los que situar el análisis, también han sido tenidas en consideración: y así la intervención y, por consiguiente, la evaluación, ha trabajado a nivel individual, familiar y extrafamiliar o comunitario. Junto a esto, la valoración de los estadios que propone la formulación de Wolfe es interesante, por cuanto puede aplicarse no sólo para el análisis de una crisis o episodio puntual a lo largo del proceso con una familia, en el sentido de

ver qué factores específicos, en una ocasión concreta, se han podido conjugar en la escalada, sino para la situación general del caso estimando en qué nivel se sitúa su problematicidad.

La conducta parental adecuada o competente requiere unas habilidades cambiantes según el progreso evolutivo del niño, por lo que la tarea demanda una adaptación continuada de las expectativas, atribuciones, etc. a las posibilidades del niño como tal y su desarrollo. Esta perspectiva ha guiado siempre nuestra labor, y dentro del marco de la intervención se ha trabajado específicamente estas áreas, dotando de recursos a los padres ante los conflictos de crianza y de disciplina, a la vez que se ha favorecido el desarrollo de habilidades de comunicación positiva padre-hijo, adecuando expectativas y atribuciones al niño que tenían delante.

Asimismo, se ha considerado el nivel de problematicidad de los niños y las "razones" que los padres daban de su propia actuación como tales padres. Otros factores asociados significativos que afectan a los padres, tales como el aislamiento social y las carencias en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, o la sensación de desamparo, se han tenido en cuenta en la evaluación y en los procesos terapéuticos desarrollados.

Por último, la observación de la interacción familiar proporciona un instrumento básico de análisis en casos que como el que nos ocupa se producen en los contextos interaccionales. El estudio de los patrones de interacción y el modo en que la madre responde a las conductas infantiles, distinguiendo en éstas si son prosociales o desviadas, se ha incorporado a nuestro trabajo a nivel metodológico y la información proporcionada por esta vía ha sido muy relevante para la consecución de los fines propuestos. Una explicación más detallada de cómo se integran los conocimientos actuales sobre el abuso infantil en un esquema operativo de actuación la encontrará el lector en los capítulos siguientes.

CAPITULO 3.

EL PROGRAMA Y SUS COORDENADAS TEORICAS

El *"Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil"* se fundamenta en los avances teóricos y los conocimientos empíricos que se vienen desarrollando en el área. En este sentido, y en línea con lo que se ha expuesto acerca de la investigación, derivan tres aspectos principales que guían el propio diseño del Programa.

En primer lugar, el reconocimiento por parte de los investigadores del carácter multideterminado del problema del abuso infantil, por lo que la intervención debe contemplar diversos frentes, no sólo familiares, sino también comunitarios, además del propio niño como elemento fundamental.

En segundo lugar, el reconocimiento de la naturaleza interactiva de los procesos y episodios abusivos, en definitiva, como una problemática que radica en el carácter disfuncional de las relaciones padre-hijo. Esto sitúa al abuso en un extremo de un continuo de disfunciones relacionales entre padre e hijo.

Por último en tercer lugar, y en estrecha relación con lo que se ha señalado anteriormente, el carácter probabilístico de los episodios de enfrentamientos que, a su vez, pueden derivar, o no, en actuaciones punitivas reiteradas.

En este contexto, se subraya la importancia de las variables interaccionales familiares, principalmente madre-hijo, sin excluir las interacciones fraternas y las de padre-hijo.

Por tanto, desde esta perspectiva, la correcta valoración de estas variables representa una cuestión metodológica y teórica del máximo interés.

El método de la observación directa en el hogar cumple con ese propósito y constituye un método, ya asentado dentro del área de los estudios de familia, que ha demostrado ser una fuente de información principal sobre los aspectos interaccionales (Wasik, 1989). La obser-

vacación directa, en nuestro estudio, se llevó a cabo de acuerdo con un sistema de codificación que es aplicado por observadores entrenados en su uso.⁴

La problemática que puede presentar el niño, desde el punto de vista de los padres, es del máximo interés, por dos razones: una la relacionada con la presencia de sesgos, y dos, el valor que el problema tiene como precipitante de conflictos y episodios de abuso. En efecto, la capacidad de observación de la madre y la presencia de sesgos y distorsiones perceptivas se puede detectar contrastando las diversas fuentes y métodos de información; de hecho, la madre puede atribuirle intencionalidad a los problemas reales que tenga el niño (p.e. una enuresis), o puede pedir de su hijo habilidades que aun no domina (p.e. subirse una cremallera o atarse las cordoneras, o incluso cuidar de un hermano), o no darle oportunidades para que asuma lo que ya está en disposición de asumir (p.e. una sobreprotección excesiva con episodios recurrentes de la madre en la que le insulta con motes peyorativos y le humilla por su incapacidad). Estos aspectos, se relacionan con la perspectiva evolutiva y la información y formación que una persona tenga sobre las características y necesidades de los niños. En segundo lugar, los problemas infantiles pueden actuar como "precipitantes", lo que apunta al carácter interactivo de estos procesos, dándose lugar a determinados ciclos de relación coercitiva entre los interactores.

Finalmente, también se contemplan otros factores relativos tanto a la madre (p. e. depresión, nivel de resolución de problemas,...) como al niño (p.e. estado anímico, estilo atribucional); asimismo, se considera la percepción materna de los problemas psicológicos que presenta su hijo, y, por contrapartida, la percepción que este niño tiene sobre la conducta de sus padres respecto a él. Y por último, es un elemento de la mayor importancia, el factor de aislamiento social y relaciones de la madre con la comunidad.

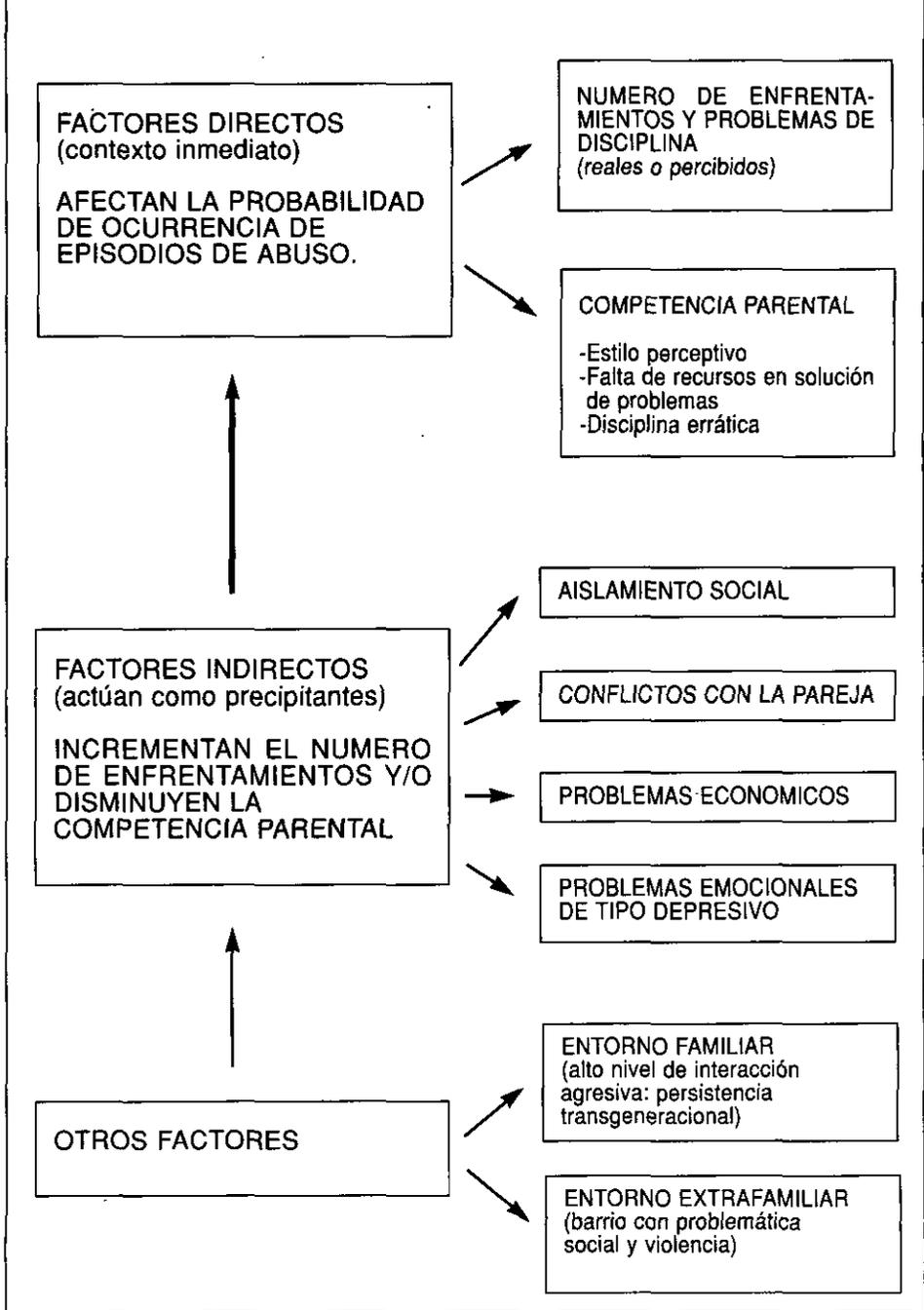
3.1. Una representación de las bases teóricas del Programa.

Los aspectos apuntados anteriormente, se articulan en referencia al fenómeno del abuso infantil como factores que podrían denominarse "directos", por constituirse en el contexto inmediato de los episodios abusivos, e "indirectos" por afectar, a su vez, a este contexto (p.e. Reid *et al.* 1981). Esta distinción entre factores directos e indirectos sobre

⁴ El instrumento utilizado para realizar la observación de la interacción familiar es el SOC-III, *Standardized Observation Codes* de Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler (1986) cuya versión castellana está publicada dentro del volumen Cerezo (Ed.) *Interacciones Familiares: un sistema de evaluación observacional*, cap. 1

CUADRO 1

Factores principales en el problema del abuso infantil



las relaciones coercitivas progenitor-niño que derivan en abuso infantil, facilita una representación de las bases teóricas del Programa sobre las que se sustenta el diseño del mismo y su realización operativa (véase Fig. 1)

3.1.1 Factores Directos.

Los factores directos son aquellas variables relativas a las interacciones familiares, que mediante un análisis microsociales se han revelado como más estrechamente vinculadas al fenómeno del abuso infantil. Aquí señalaremos, el número de conflictos y su duración y la falta de competencia parental, en particular la disciplina errática o inconsistente.

a) La frecuencia y duración de los conflictos.

La observación "in situ", de las interacciones de familias con claros antecedentes de abuso y malos tratos infantiles, frente a las que no presentan este problema, revela que las principales diferencias se producen en el *número de conflictos* y la *duración* de los mismos.

En las familias abusivas los conflictos son más frecuentes y la duración es también mayor. A este respecto, los estudios coinciden en señalar que, cuando un enfrentamiento de este tipo entre el adulto y el niño se prolonga más de medio minuto, incrementa notablemente la probabilidad de una actuación altamente aversiva por parte del adulto; o dicho de otro modo, la interacción desemboca en una situación de alto riesgo de abuso infantil (Reid, 1983; Reid et al. 1985; Loeber et al. 1983; Cerezo y Keesler, 1985).

Las interacciones aversivas madre/padre-hijo pueden escalar en intensidad hasta producirse un ataque físico, dentro del proceso que se ha denominado de "coerción" (Patterson, 1982). Este proceso sugiere que una demanda del niño de carácter aversivo, tal como pedirle a su madre gritando en el supermercado una golosina, puede incrementar, por ejemplo, a una rabieta si no es complacida, dando lugar a que la madre "ceda" finalmente. La madre escapa de la situación aversiva que supone "la escena" del niño, y éste ve recompensada positivamente su pataleta. En consecuencia, será más alta la probabilidad de que este esquema se repita en el futuro para situaciones semejantes. Lo que se produce, en términos más teóricos, es un ciclo de coerción por el que la conducta de la madre resulta controlada por refuerzo negativo y la del niño por refuerzo positivo.

En un conflicto padre-hijo que desencadena un episodio de abuso, hay que considerar en la conducta del padre, además del componente instrumental de salir de la situación aversiva, el factor de impul-

sividad que propicia el estado de *arousal* fisiológico excesivo. Este análisis de dos componentes ha sido propuesto por Vasta (1982), según este autor, al excesivo *arousal* facilita que el episodio coercitivo escale hasta el abuso, por dos vías: una porque incrementa la intensidad del castigo, y dos interfiere con procesos intelectuales que en otro estado juzgarían como desproporcionada tal reacción. Considerando el ejemplo del niño que no podía subirse la cremallera, la insistencia y los gritos del niño incrementan el *arousal* o excitación de la madre que además tiene que interrumpir su actividad; cuando se acerca al niño está irritada y el primer cachete que le da sólo consigue que llore más, elevándose el *arousal* de la madre, puesto que pegarle incrementa aun más la tensión y lo aversivo de la situación. En estas condiciones la madre no se percata de la fuerza que está utilizando. El ataque finaliza sólo cuando cesa la rabieta o la madre está agotada.

En relación a la intensidad de los conflictos, hay que señalar que los aquí referidos, que se han registrado mediante observación directa en el hogar son de intensidad media o menos grave. Y es importante subrayar que los padres abusivos se distinguen de los no abusivos ya a ese nivel, donde la frecuencia del fenómeno permite su registro y estudio en el marco de los patrones de interacción. Esto presenta implicaciones terapéuticas del máximo interés, ya que señala vías de actuación por las que enseñar a controlar los problemas cotidianos de manera que se puedan prevenir y evitar episodios de abuso, reduciendo el nivel de interacciones aversivas potencialmente peligrosas entre padre/madre-hijo, así como el nivel de hostilidad familiar reinante (p.e. Patterson, 1982; 1989).

b) Competencia de los padres: la disciplina inconsistente.

Los padres abusivos presentan un sesgo en sus percepciones y atribuciones, mostrando mayor tendencia que los normales a percibir como aversiva y "provocadora" la conducta de sus hijos (Larrance y Twentyman, 1983; Reid, 1983; Wahler y Afton, 1980; Wahler y Dumas, 1989). Teniendo en cuenta este aspecto, el análisis, anteriormente mencionado, del proceso coercitivo puede extenderse a situaciones en las que los padres ponen de alguna manera la ocasión para que el niño se muestre "provocador", por desconocer las propias limitaciones de un niño o por pedir demasiado de él, o por no comprender algún problema que puede presentar. En este sentido, los modelos más recientes incorporan el aspecto de la perspectiva evolutiva, de tal manera que parecen detectarse precipitantes de episodios de abuso típicos, según la edad de los niños, de acuerdo con los informes de los padres sobre los comportamientos infantiles que "provocan" el enfrentamiento. Tales situaciones derivan, en gran medida, de una acusada ignorancia de lo que un niño es y puede dar de sí, en cada momento evolutivo.

Así por ejemplo, si un niño de tres años le pide a su madre que le suba una cremallera, ésta le puede decir, inapropiadamente, que se la suba él porque está ocupada. Pero dada su incapacidad para realizarlo por sí sólo, el niño puede seguir insistiendo cada vez con más intensidad hasta que o bien la madre deje su ocupación y acuda a hacer lo que el niño pide, o bien responda a su rabieta forzándolo a hacerlo por sí mismo, produciéndose una escalada del conflicto que finalmente acaba en una agresión física al niño.

El hecho de que no todos los padres que se ven envueltos en un proceso coercitivo con sus niños, escalen el conflicto hasta el abuso, apunta al hecho constatado repetidas veces de la incompetencia de los padres abusivos para salir del problema sin hacer uso de castigo punitivo. La experiencia con familias que se remiten a tratamiento por sus antecedentes de abuso físico infantil, pone de relieve el importante déficit que manifiestan en su habilidad para solucionar problemas. Tal característica se acentúa de manera especial en los problemas de conflicto que surgen en relación con sus hijos. Sobre este punto hay una notable coincidencia entre la mayoría de los investigadores clínicos, al margen de su orientación teórica.

En efecto, familias de niños normales, agresores sociales y niños maltratados, a través de observación directa de sus interacciones en el hogar, mostraron diferencias significativas en las reacciones de los padres y hermanos ante la conducta aversiva del niño. (Patterson, 1982). Los padres (padre/madre) abusivos fueron los que mostraron más probabilidad de reaccionar punitivamente ante el comportamiento negativo del niño. Tanto este grupo como el de los padres de agresores sociales diferían significativamente del grupo de normales.

Como se señalaba en el apartado anterior, los factores que, a través de un análisis interaccional, se muestran más directamente relacionados con los episodios de abuso son el número de conflictos entre padres y niño y la duración de los mismos; éstos se vinculan con la incompetencia parental para resolverlos apropiadamente una de cuyas manifestaciones importantes la constituye la inconsistencia o *disciplina errática* a que se ven sometidos los niños maltratados.

La inconsistencia en las relaciones padre-hijo se ha asociado con desajuste infantil. En definitiva se trata de falta de criterio por parte de los padres y, por así decir, falta de sincronía en responder de acuerdo con los actos del niño. El hecho de que el niño reciba castigos haga o no haga algo crea un contexto de incertidumbre e inseguridad. Más específicamente, los comportamientos negativos del niño (llantos, desobediencia, oposición..) dentro de un nivel propio de su edad, pueden verse seguidos, unas veces, por castigos físicos o emocionales desproporcionados, y otras por indiferencia, o incluso ciertos comentarios

a terceros, en su presencia, de orgullo paterno porque la tozudez del niño le parece al padre prueba de su precoz hombría. Estas situaciones generan para el niño contextos difícilmente predecibles, sobre los acontecimientos que se siguen de sus actos, y que ellos mismos a partir de cierta edad, verbalizan a los terapeutas diciendo que no saben qué esperan de ellos sus padres.

La disciplina errática entre los padres abusivos se ha constatado en numerosos trabajos, desde el clásico de Young (1964) hasta los más actuales de Wahler y asociados (p.e. Dumas y Wahler, 1986). Las familias abusivas se caracterizan frente a las no-abusivas, por utilizar tipos de disciplina, más severos y punitivos y de un modo altamente inconsistente. Desde la perspectiva infantil, este contexto de incertidumbre resulta claramente aversivo, de modo que cualquier comportamiento que permita escapar de él, aunque sea por unos breves momentos, y pasar a una situación más predecible proporciona un alivio y por lo tanto se afianza y se hace más probable (Wahler, Williams y Cerezo, 1991). Los problemas, necesario es insistir, son relacionales, por lo que no debe olvidarse su carácter bidireccional entre los implicados, madre (o padre) e hijo, y con frecuencia la conducta de estos niños es, a su vez, altamente conflictiva, dado el contexto familiar en el que se han desarrollado. Generándose así un círculo vicioso en la relación que se hace aversiva y ocasionalmente escala en intensidad; cuando éste es el caso, el conflicto se resuelve con un saldo negativo para el elemento más débil de la díada: el niño.

3.1.2. Factores indirectos.

Aunque el punto focal de la cuestión lo constituyen las situaciones de disciplina, bien sean reales o percibidas, los problemas de abuso y conflicto crónico parecen encontrarse relacionados, en muchos casos, con una serie de tensiones o estresores, que actúan como factores indirectos; en otros términos, el proceso abarca un contexto extrafamiliar más amplio en el que se incluyen factores, aquí denominados indirectos, como son el efecto de los estresores sociales y el de aislamiento de la comunidad que padecen los padres.

Los problemas que acosan a estos padres, carentes de recursos sociales, facilitan que sean indiscriminados con sus hijos, porque ellos mismos se encuentran en un contexto poco predecible, en el que no son capaces de desligar las diversas fuentes de sus problemas.

A la escasa relación social con la comunidad se unen, a menudo, los problemas económicos, los conflictos entre la pareja, y los problemas emocionales, generalmente de carácter depresivo, que también actúan como precipitantes de violencia parental para con el niño, ha-

ciendo más probable un mayor número de conflictos con sus hijos y que la duración de los mismos sea más larga.

De entre los factores indirectos señalados, destaca el aislamiento social y la falta de apoyos extrafamiliares por la frecuencia con que se encuentran presentes entre las familias con problemas. En la experiencia que se realizó en la ciudad de Madrid, en 1985, con familias registradas por los Servicios Sociales, de las 446 familias atendidas, en las áreas correspondientes a todas las Juntas de Distrito, un 59.8% presentaba relaciones con la comunidad muy precarias. En concreto, se constata ausencia de relaciones con familiares que no viven en el domicilio en un 27.1 % (N=121), de la muestra total de referencia, relaciones limitadas a familias que están en situaciones semejantes en el 15% (N=67) y ausencia de relaciones con vecinos y la comunidad en el 17.7% (N=79). Como se señaló en otro lugar de este informe, en ese grupo el 44.6% de las familias tenían niños que presentaban signos de abuso o de abandono y desatención.

Así pues, los datos apuntados y los de nuestro trabajo coinciden en constatar los hallados por otros investigadores, en distintos contextos culturales. Las familias con múltiples problemas se caracterizan por un destacado aislamiento social y falta de apoyo emocional por parte de familiares y amigos (p.e. Berger, 1987); con los primeros suelen mantener unas relaciones muy deterioradas cuando no abiertamente enfrentadas, y los segundos son prácticamente inexistentes. A este respecto quizá sea ilustrativo recordar el caso de una madre que al preguntársele con quién se había relacionado a lo largo del día anterior (en una aplicación rutinaria de la Lista de Interacción Comunitaria⁵) respondió "en la carnicería", a lo que la entrevistadora dijo "¿te has encontrado allí con alguien?", y esta madre contestó "He preguntado quién era la última...". Estas situaciones distan de ser simples anécdotas. Las madres de nuestro programa en su mayoría son madres que cumplen los criterios para ser consideradas como "insulares", según la terminología propuesta por Wahler (1980). Y este aislamiento tiene repercusiones muy importantes tanto a la hora de diseñar el tratamiento como en la consecución del mantenimiento de los resultados.

El factor de aislamiento social, opera como factor indirecto en la medida que favorece que se presenten más conflictos y que la madre (o el padre) vea disminuida su ya precaria competencia parental en la crianza y el manejo de los problemas con el niño. El malhumor y el desánimo actúan de una manera semejante y no se hallan desvinculados de esa situación de malas relaciones con la comunidad y falta de

⁵ Véase el apartado de Metodología de evaluación para una información detallada sobre este instrumento.

apoyo, que se ha señalado. En clara coherencia con todo esto los problemas con la pareja forman parte, con mucha frecuencia, de la vida cotidiana de estas familias, lo que, a su vez, incrementa la probabilidad de conflicto y actúa sobre la percepción de las relaciones con los niños. Para completar el cuadro, los problemas económicos⁶ acentúan las tensiones que afectan la vida familiar y la competencia parental.

En definitiva, los factores indirectos se conjugan de modo que, por una parte, incrementan la frecuencia de conflictos y enfrentamientos, por razones reales o simplemente percibidas y, por otra, disminuyen la ya escasa habilidad de los padres para resolver rápidamente el conflicto en cuestión, sin tener que recurrir al uso del castigo punitivo.

3.2. Algunos presupuestos.

Las coordenadas teóricas sobre las que se sustenta nuestro Programa no quedarían suficientemente explicitadas si no se contempla un lugar para el planteamiento de los presupuestos o principios de partida. Tales presupuestos pueden expresarse del modo siguiente:

Primero. El Programa considera a la familia como el contexto social primordial en el cual el menor se desarrolla física y psíquicamente y donde encuentra las referencias básicas para orientar su desarrollo cognitivo y socio-afectivo. En consecuencia, su propósito principal es reeducar a la familia, dotándola de recursos para que sea capaz de gestionar sus propios riesgos. La autonomía familiar posibilita y favorece la autonomía personal de sus miembros.

En efecto, a pesar de que en los últimos años se constató, al menos, en otros ámbitos culturales, y en el terreno de la práctica de los Servicios Sociales, una tendencia a centrarse en el individuo, dejando a un lado la familia, lo cierto es que hoy se está reivindicando el papel único y esencial de la familia como núcleo socializador y sustentador emocional y afectivo de sus miembros (Wilson, 1987). Este papel no puede ser desarrollado con éxito desde el campo estrictamente profesional. Hay que decir que los enormes esfuerzos realizados, por ejemplo, en instituciones con los niños desadaptados y con comporta-

⁶ Es interesante señalar aquí, que si bien algunas familias se encuentran, efectivamente, en una precaria situación económica, en otras, se detecta con frecuencia una incompetencia para la administración de sus recursos que podrían ser suficientes para cubrir las necesidades mínimas de los miembros de la familia. En este sentido se ven afectadas por la "mentalidad de consumo" y realizan gastos en productos, como alquiler de vídeos, juegos de azar, alimentos costosos y poco básicos, lo que les hace vivir en ciclos de "abundancia" y necesidad, de una paga a la siguiente. Es una muestra más de su falta de competencia para una adecuada organización que garantice la atención de las necesidades más básicas de los miembros de la familia.

mientos delincuentes, no han logrado que los resultados trascendieran más allá de las paredes de la institución: cuando el niño ha regresado a su hogar, en el plazo de un año los cambios no se mantienen. Lo que, en definitiva, viene a apoyar, en todo caso una labor conjunta de programas en el hogar y en la institución, sin dejar a esta aislada con toda la responsabilidad. En el mismo sentido, para el tema del abuso que, como hemos visto, se presenta asociado con frecuencia a problemas infantiles de conducta fuertemente desadaptada y, en casos, claramente delictiva, el blanco de las actuaciones consideramos que debe ser la familia.

Cuando nos aproximamos a estas familias abusivas tan problemáticas tratando de averiguar qué sienten por sus hijos, se encuentra con que las madres expresan con toda claridad actitudes y deseos de que sus hijos sean “decentes”, “personas que se valgan por sí mismas”, “obedientes”, y con las normas de conducta “que deben ser”. De hecho durante los primeros meses de vida del niño, en general, muestran interés por el desarrollo de su hijo y por su bienestar. El problema surge cuando ante los conflictos de la crianza y educación del niño ignoran cómo actuar y recurren a los esquemas bien conocidos de utilizar estrategias punitivas. Esta falta de competencia en definitiva, se pone de manifiesto en cómo los padres se las arreglan con las tendencias cotidianas de los niños especialmente a ser desobedientes o a no seguir las normas del hogar. Estos hechos infantiles pueden ser seguidos por patrones impredecibles e inconsistentes de castigos muy severos (golpes en la cabeza, con la correa,...), amenazas de dudoso cumplimiento o indiferencia; secuencias como, por ejemplo: “desobediencia, zorra, desobediencia, indiferencia..” acaban repercutiendo en el desarrollo del vínculo afectivo entre padres e hijos. Por consiguiente, desde este planteamiento, la familia con pautas de crianza anómalas o perjudiciales para el desarrollo de sus miembros es reeducable y con este presupuesto se diseñan las estrategias de intervención: con la idea clara de que es posible dotarla de recursos para que gestione y resuelva sus propios problemas.

Segundo. El Programa de asistencia psicológica al problema del abuso infantil y malos tratos actúa sobre lo que se considera como unidad básica de intervención, esta es, el mundo relacional del niño. En consecuencia, se trabaja por transformar las relaciones familiares negativas en comportamientos más sociales y afectivos y en promover apoyos en el seno de la comunidad, a nivel de barrio y de escuela.

Este principio completa el anterior, si la familia es el centro de nuestra intervención, lo es en la medida que materializa el mundo relacional del niño en un sentido primario. Los déficits relacionales del contexto familiar, se manifiestan en el carácter predominantemente ne-

gativo de sus interacciones, en la falta de ejercicio de la capacidad de escuchar, de supervisar adecuadamente el comportamiento y progreso de sus hijos, en definitiva, en su incompetencia en la resolución de los conflictos y problemas cotidianos. Todos estos extremos son objetivos de modificación y de cambio para que la familia encauce sus capacidades hacia vías más satisfactorias de relación entre sus miembros. Es claro que para que los cambios se mantengan y asienten es preciso promover, por los cauces más adecuados en cada caso, los apoyos pertinentes desde otros ámbitos importantes para el niño y sus mundos de relación, como son la escuela y el barrio.

Tercero. El Programa se constituye en una actuación de recursos sociales a nivel intermedio, entre la detección y registro del caso familiar y la institucionalización del menor y consiguiente desvinculación de su ámbito vital y socio-afectivo.

Este principio, se relaciona, básicamente, con el status del Programa como servicio en la estructura con la que contamos actualmente. Por ello, hay que subrayar que tenemos presente aquí el contexto en el que, hoy por hoy, nos hallamos. En este sentido, partimos de una realidad en la cual dentro del área de atención al menor, la problemática de los malos tratos ha contado generalmente con el horizonte de la institucionalización, como medida última de intervención social. Sin perjuicio de que institucionalizar al menor maltratado se constituya como una actuación extrema para ciertos casos y situaciones, parece obvio que algún tipo de intervención especializada de recuperación de la familia debe instalarse, antes de llegar a medidas límite que, en términos humanos son costosas para todos y en especial para el propio niño. Así pues, con el programa que venimos realizando queremos mostrar la viabilidad de generar programas, a nivel intermedio, que perfeccionen la calidad de los recursos sociales, prestando una asistencia sistemática especializada, a las familias que padecen estos problemas.

3.3. Los objetivos

A partir del marco genérico que proporciona las coordenadas del Programa y de la representación de sus bases teóricas, se definieron los objetivos a conseguir. Estos objetivos fueron para todos los casos los siguientes:

1. Eliminar la ocurrencia de episodios abusivos con el niño.
2. Reducir el número de interacciones agresivas padres-hijos hasta un nivel aceptable por el medio familiar, de modo que se posibilite un funcionamiento familiar satisfactorio.

3. Incrementar las interacciones positivas y la cantidad y calidad de la comunicación.

4. Utilización competente de métodos de disciplina no físicos, en los conflictos de crianza.

5. Proporcionar a la madre (y/o a otros agentes socializadores relevantes) una metodología para análisis de situaciones a tres niveles:

- contexto extrafamiliar inmediato (amistades, vecindario, servicios sociales de la comunidad, parientes.) .

- contexto familiar (con los hijos, la pareja, otros familiares que convivan en el hogar).

- relación e interacción con el hijo más problemático, que presenta la historia de disciplina punitiva reiterada.

6. Dotar a la madre (y/o a otros agentes socializadores relevantes) de estrategias de actuación, estrechamente relacionadas con la metodología anterior, entre las que pueden considerarse las siguientes:

- Habilidades sociales de manejo de situaciones en su medio comunitario, incluyendo información de los recursos de la comunidad a su alcance.

- Recursos educativos específicos para relacionarse con el niño y estrategias de intervención si se diera en éste comportamiento antisocial.

- Técnicas de autocontrol y de afrontamiento de situaciones de estrés.

7. Incrementar la frecuencia de contactos comunitarios de la madre o encargado del niño.

8. Reducir, si existiera, la sintomatología depresiva de la madre y, en su caso, del niño.

9. Reducir el nivel de problemática específica infantil a un nivel ajustado y apropiado a su edad.

10. Incrementar la capacidad de resolución de problemas familiares de la madre.

Resumiendo, se trata de reducir el número de conflictos, incrementar la interacción no punitiva de la madre, con marcado énfasis en la interacción positiva, incrementar el uso de estrategias educativas no punitivas, dotar a la madre (y/o al padre) de estrategias de análisis y actuación a tres niveles: niño, familia, comunidad y en consonancia con ésto dotarla, asimismo, de recursos educativos específicos. Al mismo tiempo, se han de remover los problemas que interfieran con la competencia materna, la sintomatología depresiva, el aislamiento so-

cial, y otros conflictos extrafamiliares, conyugales, etc, ajenos a la interacción con el niño.

Además de los objetivos genéricos arriba señalados, se fijaron objetivos individuales pertinentes para cada caso. Así pues si, por ejemplo, el principal problema de un niño era el absentismo escolar, entonces los objetivos para tal caso eran los relevantes para lograr la asistencia y permanencia en el Centro escolar de este niño, mientras que se trabajaba en los objetivos genéricos comunes para todas las familias recibidas.

CAPITULO 4.

METODOLOGIA DE EVALUACION Y PROCEDIMIENTO

La evaluación se realizó de forma continuada desde la recepción del caso hasta su terminación. Esta se produce por distintas causas: una, porque el caso abandona; dos, porque en el caso concurren circunstancias, como por ejemplo, traslado de domicilio a otro municipio, enfermedad grave de la madre o el niño... que hacen inviable la aplicación del Programa, por lo que éste lo deriva a otras actuaciones de los Servicios Sociales; tres, porque la familia ha concluido el tratamiento y recibe de acuerdo con la terapeuta el alta.

La evaluación de cada caso se llevó a cabo a partir de dos bloques de información: Por una parte, la información obtenida en un contexto de entrevista con la terapeuta, en el Centro de Servicios Sociales, y, por otra, la información que proporciona la observación directa de la interacción familiar en el hogar.

En la situación de entrevista, se administraron diversas pruebas o cuestionarios de "papel y lápiz" que permitieron evaluar dimensiones psicológicas relevantes; las pruebas fueron administradas por la terapeuta que hacía las preguntas correspondientes al sujeto. En nuestros casos, este procedimiento era altamente recomendable, dado que con frecuencia se presentaban dificultades graves para la lectura y comprensión de material escrito. Este tipo de información se requirió una vez en cada fase del programa de asistencia, a saber: línea base, tratamiento, en sus distintos módulos, Entrenamiento de Padres, (EP), y Revisión de Relaciones Aversivas, (RRA), y posteriormente en la fase de seguimiento, para el control del mantenimiento de los resultados. En el capítulo siguiente se aborda más en detalle los aspectos referentes a estos módulos de tratamiento.

Dentro del nivel de la evaluación que se realizó en situación de entrevista, a la hora de seleccionar las pruebas más adecuadas, se han manejado varios criterios: primero, reducir el número de pruebas al mínimo indispensable para poder diseñar la intervención; segundo que las pruebas no requirieran, por término medio, más de 15 minutos

de administración; y tercero, que quien lo cumplimentara viera con claridad la necesidad de administrar tales pruebas y la relación inmediata con los problemas que le acuciaban. Consideramos que estas familias viven inmersas en unos medios bastante adversos y sus relaciones con la comunidad e incluso con los Servicios Sociales se perciben, con frecuencia, como “un problema más”, por lo que es extremadamente importante que se respete al máximo sus condiciones para que el Programa se perciba como una fuente de ayuda y apoyo dentro de sus contextos vitales.

Por otra parte, la observación se realizó por una persona entrenada en el uso de un sistema, o pauta de codificación, en nuestro estudio el SOC-III (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, 1986; Cerezo, 1991), que permite registrar y anotar la relación del niño con su medio familiar, hermanos y padres. La duración normal de una sesión de observación es de 60 minutos, la frecuencia es de una a dos veces por semana, en algunos casos. Durante la línea base se realizaron, por lo general, siete sesiones, dos de ellas de fiabilidad, es decir, dos observadores registrando sincronicamente de forma independiente⁷. Al concluir cada fase se procedió a registrar otro periodo de siete sesiones, por término medio.

4.1. Evaluación de entrevista.

La evaluación en el marco de la entrevista se realiza a los padres, generalmente la madre, o tutores legales y al niño. En esta situación de entrevista se obtiene información general y la estructura de la misma es bastante abierta para facilitar que se establezca una buena sintonía entre la familia y la terapeuta. En la primera entrevista, se obtiene información relevante sobre el nivel de desventaja socio-económica con la pauta de seis cuestiones desarrollada por Wahler y Cormier (1970) y denominada por sus autores como *Family Socioeconomic Disadvantaged Index* (FSED); esta breve pauta ha sido ligeramente adaptada al castellano y aquí nos referiremos a ella como el Indicador de Familias Desfavorecidas (IDF); los items que se incluyen son: (1) Ingresos igual o inferiores al salario base, (2) Nivel cultural del encargado del niño inferior a Graduado o EGB, (3) El encargado del niño está sólo (separado, divorciado,..), (4) La familia reside en un barrio problemático, (5) En la casa hay 3 o más menores de 18 años, y (6) El niño o tutor ha sido referido a tratamiento por alguna institución. El índice se obtiene, simplemente, sumando las características

⁷ Una explicación más amplia acerca de la fiabilidad en la observación directa y algunos datos de ésta en relación al instrumento utilizado, SOC III, se encuentra en Cerezo, M.A. (1991): *Interacciones Familiares: un sistema de evaluación observacional*, Mepsa, Madrid.

presentes en la familia, y este valor se ha mostrado un buen predictor del riesgo de abandono de tratamiento de una familia y la dificultad para promover cambios en ella (Dumas y Wahler, 1983). En las entrevistas de evaluación tras la información general se exploran, a través de pruebas estandarizadas, las siguientes dimensiones:

4.1.1. En relación con la madre:

a) *Sintomatología depresiva*, a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado por Beck, *et al.* (1961). En el área clínica, el Beck se halla entre los instrumentos más consolidados, en términos de fiabilidad y validez, para evaluar la intensidad de sintomatología depresiva, no sólo en poblaciones con problemas diagnosticados sino también entre normales. De hecho, su uso está muy extendido, ascendiendo, hasta la fecha, a más de 1500 los trabajos de investigación clínica publicados que lo incluyen (Steer y Beck, 1988).

El inventario selecciona un conjunto de síntomas y actitudes que son específicos de la depresión en un total de 21 ítems que exploran: estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpabilidad, sensación de castigo, estar a disgusto consigo misma, auto-acusaciones, deseos de suicidio, llantos, irritabilidad, retraimiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición en el trabajo o quehaceres, alteraciones del sueño, fatigabilidad, pérdida de apetito, de peso, de libido, y preocupaciones somáticas. Cada ítem se puede calificar de 0 a 3, según la intensidad.

Las puntuaciones corte que, con carácter orientativo distribuye el Centro para la Terapia Cognitiva, de la Escuela de Medicina de Pennsylvania, en EE.UU., para individuos diagnosticados con alteraciones afectivas, son: a) menos de 10, ninguna o mínima depresión; b) de 11 a 17, de media a moderada; c) de 18 a 29, moderada; y d) de 30 a 63, depresión severa. En poblaciones normales, por consenso, se considera que una puntuación de 18 o más es indicativo de presencia de sintomatología depresiva.

La presencia de sintomatología depresiva en las madres afecta negativamente su competencia parental ante los conflictos, y a veces refleja la situación de falta de control que vivencia la madre hacia la multiplicidad de problemas que le acosan (relaciones con la comunidad, dificultades económicas, desavenencias conyugales, niños con problemas...). En algunos trabajos, se ha constatado que las madres con estado de ánimo depresivo actúan con el niño de forma más indiscriminada y punitiva. (Griest *et al.* 1983).

b) *nivel de aislamiento social y carácter de las relaciones con el entorno comunitario*, mediante el Cuestionario de Interacción Comunitaria (CIC), desarrollado por Wahler, Leske y Rogers (1979). Este instrumento consiste en una pauta de entrevista para padres, con múltiples categorías; se requiere del sujeto que especifique la cantidad y cualidad de sus patrones de contactos sociales y extrafamiliares con adultos, durante las veinticuatro horas precedentes al momento de la entrevista. Cada contacto social que se informa se especifica en términos de su interactor, iniciador, localización, duración, tema central y presencia/ausencia de crítica personal durante el mismo. La valencia de cada interacción se codifica en una escala de 7 puntos, de -3 (negativa, desagradable) a +3 (agradable). Asimismo se obtiene una calificación similar para el día, en general.

El instrumento presenta dos partes, una evalúa los contactos sociales con la comunidad y la otra las interacciones con el cónyuge o compañero. El tiempo de administración no suele sobrepasar los quince minutos. Las propiedades psicométricas del CIC han mostrado niveles muy aceptables (Dumas y Wahler, 1983; para una revisión, Cerezo, 1988a)

El CIC permite clasificar a las madres (o padres) como "insulares" o "no insulares". Diversos estudios han mostrado que el factor "insularidad" es un predictor importante del mantenimiento de los beneficios que se obtienen a través del Entrenamiento de Padres Conductual (Wahler, 1980; Wahler y Graves, 1983; Webster-Stratton, 1985). Las madres insulares tienen pocos contactos extrafamiliares, generalmente con parientes y agentes de los Servicios Sociales, pero no con amigos, y califican estos contactos como neutros o desagradables.

Una madre se considera como insular si cumple uno de dos criterios: 1) si por cada contacto con amistades hubo, al menos, dos con parientes o agentes de los Servicios Sociales; o 2) si, por lo menos, un tercio de las interacciones diarias se califican como neutras o aversivas. Los estudios que han empleado este instrumento, demuestran que las puntuaciones del CIC constituyen un buen predictor de la inconsistencia de la madre, en responder tanto a los comportamientos prosociales del niño como a los negativos.

Las madres no insulares obtienen una frecuencia promedio de 9.5 contactos diarios frente a 2.6 contactos de las insulares, y la identificación de tales contactos es principalmente con amigos más que con parientes y miembros de Centros Sociales (Wahler, 1980).

El CIC es una valiosa ayuda para diagnóstico y pronóstico, especialmente si se consideran otras variables ecológicas que señalen si se trata, o no, de casos desfavorecidos socialmente (Dumas y Wahler,

1983). Como ayuda diagnóstica el nivel de aislamiento comunitario y patrón de interacción social coercitiva orienta al terapeuta sobre el tratamiento a seguir. En concreto para estos casos, el Entrenamiento de Padres (EP), debe ser apoyado por esfuerzos terapéuticos suplementarios, que abarquen otros aspectos de la interacción social más amplios que los familiares.

c) *nivel de resolución de problemas familiares*, a través del Instrumento de Resolución de Problemas Medios-fin para Padres (Parent Means-End Problem Solving Instrument, PMEPS), desarrollado y validado por Wasik (1984). Las habilidades de resolución de problemas, dentro de la familia, se considera relacionado con el ajuste y el bienestar. En relación a nuestro trabajo es muy relevante el estudio de Azar, Robinson, Hekinian y Twentyman (1984) que utilizó el PMEPS para evaluar las diferencias entre madres maltratantes (abusivas y negligentes) y madres que no presentaban ese problema; las primeras obtenían una puntuación significativamente inferior.

En el planteamiento de nuestro Programa, el enfrentamiento y conflicto de disciplina con el niño requiere unas habilidades de la madre/padre para su resolución de una forma adecuada. Se trata en definitiva de situaciones de resolución de problemas, las cuales requieren, no sólo, una actuación clara e inmediata, sino también, coherente con las características del niño y los objetivos educadores y socializadores a largo plazo, implícitos en el seno de la familia. Los padres con graves problemas de relación y abuso, ponen de manifiesto su carencia en estas habilidades, por ello un objetivo principal del Programa es incrementar su competencia, a través de diversas estrategias que incluyen la mejora en las relaciones medios-fin en la resolución de problemas, uno de los componentes importantes de la solución de problemas.

El instrumento consiste en 10 historias que presentan una situación problema y una solución, el sujeto debe generar distintas alternativas que llevarían a la solución propuesta por la historia. Se contabiliza el número de respuestas relevantes que la madre/padre da; se entiende como respuesta relevante la que permite al personaje de la historia alcanzar el fin especificado, y el sujeto puede dar una, varias o ninguna solución relevante a la historia. Las situaciones se elaboraron para que fueran relevantes para los padres y se basaron en un amplio sondeo realizado que revelaba cuatro áreas de interés y preocupación de los padres: cuidados, desarrollo, cuestiones interpersonales, modos de manejarlos o conducirlos. La categoría de "respuestas relevantes" ha mostrado buenos niveles de fiabilidad test-retest y validez discriminativa, así como sensibilidad a los cambios promovidos por el tratamiento que se orienta a incrementar la capacidad de resolución de problemas. Wahler y cols. han hallado incrementos significa-

tivos en las puntuaciones de la categoría de respuestas relevantes en el PMEPS, tras intervenciones con madres multiproblemáticas para reducir su agresividad en el hogar y mejorar sus interacciones familiares (p.e. Wahler y Dumas, 1983). Los niveles totales de respuestas relevantes obtenidos habitualmente en la investigación que desarrolla Wahler y colaboradores (comunicación personal) con el PMEPS, se sitúan entre 12 y 14, lo que ofrece una media aritmética de 1.2 a 1.4. La habilidad de los padres en la resolución de problemas, en su faceta de generación de alternativas medios-fin, representa un componente importante a evaluar y controlar en poblaciones como la del presente estudio.

d) *problemas del niño informado por la madre*, a través de la Escala de Problemas Infantiles (CBCL), desarrollada por Achenbach (1978). El CBCL es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en clínica infantil, y la fiabilidad y validez de la información que proporciona ha sido demostrada en numerosos trabajos especializados (para una revisión, Achenbach, 1988).

El CBCL, puede aplicarse de 4 a 16 años, ambos sexos, y consta de 118 items sobre problemas comportamentales que pueden ser respondidos por los padres o tutores, con un mínimo de inferencia. Cada ítem puntúa de 0 a 2, según la frecuencia o intensidad del mismo (Achenbach y Edelbrock, 1983)

La Escala, en la versión de varones de 6 a 11 años recoge los siguientes factores, obtenidos por métodos empíricos: en síndromes "internalizantes" (o lo que otros autores denominan problemas de personalidad), cinco factores, a saber, a) esquizoide o ansioso, b) deprimido, c) comunicativo, d) obsesivo-compulsivo y e) quejas somáticas; en síndromes mixtos, retraimiento social; y en síndromes "externalizantes" (o problemas de conducta), a) delincuente, b) agresivo y c) hiperactivo. Hay que señalar, en relación a los nombres de los factores que ninguna escala es equivalente "directamente" a ningún diagnóstico clínico.

Con las puntuaciones de los informes de la madre en el CBCL, se obtiene un perfil de problemas sobre los diversos factores que recoge. Entre poblaciones de niños no diagnosticados por problemas psicológicos, en varones de 6 a 11 años la media oscila entre 21.7 para EE.UU y 30.9 para el Canadá francés; en Chile la media se sitúa próxima a la más alta, con 29.4, mientras que Holanda ofrece un valor de 23.2 (Achenbach *et al.* 1987). Para las niñas las puntuaciones son consistentemente de dos a tres puntos inferiores. En nuestro país, para varones de 6 a 11 años, la puntuación total media alcanzada en muestra no clínica (N= 289) es de 34.8 (SD= 18.23), mientras que en muestra clínica (N=230) el valor asciende a 57.64, (SD=20.73), (del Barrio y Cerezo, 1990a; 1990b).

Esta información nos permite situar al menos orientativamente las bandas de "normalidad", aunque los datos del CBCL tiene interés por sí mismas para evaluar los cambios que se producen en relación a la intervención familiar.

4.1.2. En relación con el niño:

a) *sintomatología depresiva*, a través del Inventario de Depresión para niños (CDI), desarrollado por Kovacs (1980/81). Este instrumento está específicamente diseñado para poblaciones de niños y adolescentes, de 8 hasta 17 años y representa la extensión por abajo del cuestionario de Beck, para adultos. El CDI, al igual que el BDI está muy generalizado en su uso. Kazdin (1981) lo sitúa como el más utilizado para evaluar severidad de síntomas depresivos en niños. La fiabilidad y validez del instrumento han mostrado encontrarse dentro de niveles psicométricamente aceptables (para una revisión, Saylor, 1988). La versión castellana de la escala utilizada en este programa procede de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El CDI consiste en una escala de 27 items que se puntúa de 0 a 2, aunque el niño sólo señala una frase de grupos de tres, que describen sentimientos o ideas. En la administración oral el niño responde al evaluador diciendo cual de las frases le describe mejor. Por ejemplo, (item. 22) "tengo muchos amigos", "tengo algunos amigos pero me gustaría tener más", "no tengo amigos". En algunos casos conviene saltar el orden del trío para que el niño no "juegue" a decir siempre la primera o la última, este aspecto se puede controlar mejor cuando el pase es individual en contexto de entrevista.

Las puntuaciones medias en datos normativos (Finch et. al. 1985), alcanzan un valor de 9.65 (SD=7.3), obtenidas de niños de población escolarizada; es de señalar que los niños más pequeños tienden a presentar puntuaciones ligeramente más inferiores que los mayores. El punto de corte orientativo se sitúa en una puntuación de 11 o superior. Otras investigaciones han propuesto como punto de corte una puntuación de 19 incrementando así la especificidad del instrumento, de manera que aumenta la certeza de que los sujetos que han sido detectados como presentando sintomatología depresiva realmente la tienen. Es decir, se maximizan los verdaderos negativos y se disminuyen los falsos positivos.

En nuestro contexto, Frías (1990) con 1.286 niños valencianos, informa de haber obtenido una puntuación media, con este instrumento, de 10.29 (sd=5.52). De los 1.286 niños valencianos, 1181 (91.8%) obtuvieron una puntuación menor a 19 en el CDI y 105 (8.2%) puntuaron 19 o más. Es decir, el 8.2% según el criterio utilizado presentaría

síntomas depresivos. Este porcentaje descendería a 3.34 si se utilizase como punto de corte la media obtenida en el estudio más dos desviaciones típicas ya que en este caso el punto de corte se establecería en 22 y el número de sujetos que obtienen tal puntuación o más es de 43.

Algunos trabajos que se han ocupado de estudiar las consecuencias psicológicas del abuso en los niños, señalan que con frecuencia estos niños tienden a presentar, experiencia subjetiva de síntomas depresivos (MacKeith, 1975; George y Main, 1979; Gaensbauer *et al.*, 1981). Los patrones de comportamiento incluyen también súbitas explosiones de agresividad y rabietas. En el trabajo llevado a cabo por Kazdin *et al.* (1985) con 79 niños clínicos físicamente abusados entre 6 y 13 años se comprobó que dichos niños manifestaron mayor sintomatología depresiva, menor autoestima y más expectativas negativas hacia su futuro que los niños no abusados físicamente. Además, los niños que habían sufrido abuso en el pasado y continuaban en tal situación en el presente manifestaron mayor severidad en la sintomatología depresiva presentada que aquellos que habían padecido abuso sólo en el pasado o sólo en el presente. Las puntuaciones medias obtenidas en el CDI por los niños de abuso fue de 16.8 (SD=9.6) a diferencia del 11.2 (SD=6.7) de los niños sin abuso.

En nuestro estudio hemos considerado que una puntuación igual o mayor de 16 es indicativa de que debe trabajarse terapéuticamente los aspectos relativos a depresión en el niño. Ha de tenerse en cuenta que la valoración no se hace sólo con el CDI sino que también se considera la puntuación en estilo atribucional, que se explica más adelante, y el juicio clínico a partir de la entrevista; una puntuación de 16 viene a significar la media de la puntuación para muestra española escolarizada más una desviación típica. Otros investigadores, en nuestro país, adoptan también valores inferiores a 19 por considerar que, a nivel de criba o *screening* ese valor es demasiado alto y puede dejar fuera casos positivos (Domenech, comunicación personal); en nuestro estudio creemos justificado el punto que adoptamos por tratarse de un grupo específico de niños con problemas de abuso reiterado.

b) *Estilo atribucional*, mediante el Cuestionario de estilo atribucional de niños (CASQ ó también KASTAN), desarrollado por Kaslow *et al.* (1978). El propósito de este instrumento es evaluar a qué razones atribuye el niño los sucesos buenos y los sucesos negativos; se trata de una información de tipo socio-cognitivo. Este instrumento ha sido evaluado psicométricamente obteniendo resultados positivos. (Seligman *et al.* 1984; Kaslow *et al.* 1984).

El cuestionario consta de 48 ítems, cada uno incluye una situación (p.e.: "Vamos a suponer que tú sacas buenas notas en el colegio")

y dos posibles atribuciones para explicar el por qué de ese suceso (a: lo que enseñan en el colegio es muy fácil; b: yo trabajé mucho). El niño tiene que elegir cual de las dos opciones describe mejor el por qué le paso eso a él.

La mitad de las cuestiones son sobre hechos o sucesos positivos, y la otra mitad sobre malos o negativos. El ejemplo anterior sería de los primeros, mientras que "Vamos a suponer que tus padres tienen una gran pelea" sería ejemplo del segundo tipo. Las dimensiones que se incluyen en el instrumento son: "externo-interno", "global-específico" y "estable-inestable". Por consiguiente, tres escalas para eventos positivos y tres escalas para eventos negativos, con ocho ítems cada una. Así un niño, pongamos por caso, puede atribuir los resultados negativos que le afectan a causas internas (lo malo se debe a él mismo), globales y estables. Tal estilo atribucional correlaciona con síntomas depresivos (Seligman *et al.* 1984).

La puntuación se realiza, asignando un 1 a cada respuesta interna, estable o global, según la dimensión que refleje el ítem, y un 0 a respuestas externas, inestables o específicas. Para cada una de las tres dimensiones causales se suman las puntuaciones a través de los ítems que las muestrean. Se obtienen así seis puntuaciones, tres para eventos positivos y tres para negativos, y una puntuación compuesta para cada trío ("Buenos", Int+Est+Glob) y ("Negativos", Int+Est+Glob). La puntuación total resulta de restar los dos términos anteriores, puntuación compuesta de "buenos" menos la de "negativos". Dado el modo de computación y su propia lógica, la puntuación total puede ir de valores negativos a valores positivos pasando por cero. Cuanto más baja es la puntuación más depresogénico es el estilo atribucional del sujeto.

Las puntuaciones totales medias de niños entre 8 y 13 años, oscilan en torno a 6.91. En el estudio de Kaslow *et al.* (1984), realizado con una muestra de 108 niños no-clínicos escolarizados, en el que se administró también el CDI, inventario de depresión, los niños deprimidos obtuvieron en el KASTAN una media de 3.6, frente a 8.6 en los no deprimidos.

La información que ofrece el CASQ ó KASTAN, tiene un gran interés para explorar la percepción de causas que suele hacer el niño. Si un niño presenta un estilo depresogénico esto es, que tiene tendencia, por así decir, a atribuir lo bueno a la suerte y lo malo a sí mismo, la intervención debe encaminarse a incrementar su nivel de autoestima y modificar su estilo perceptivo. En este sentido, hay que centrar su foco atencional en todas aquellas cosas positivas que hace para que las valore en su justa medida.

c) *percepción de la conducta* de los padres, esta información se obtiene por medio de una serie de cuestiones seleccionadas del Inventario de conducta parental percibida por el niño (CRPBI) desarrollado por Weintraub (1978). La forma completa revisada incluye 81 ítems de los cuales se han seleccionado veinte. Algunos ejemplos son: "Deja que me salga con la mía", "Se pasa la vida diciendo cuánto le hago sufrir", "Me hace caso y me cuida", etc... la respuesta se da por separado para el padre y la madre, en una escala de tres puntos de "completamente cierto", "más o menos cierto" y "no es cierto".

La información del niño sobre estos aspectos es importante, para explorar cual es su percepción de lo que sus padres hacen por él. El obtener tal información a través de algunas de las cuestiones recogidas en el CRPBI, cumple el propósito de proporcionarle una pauta y una cierta estructura.

4.2. Evaluación observacional.

La evaluación observacional comprende toda la información que se obtiene a partir de los protocolos de registro de observadores que han sido entrenados especialmente para este tipo de tarea. Los observadores que son presentados a las familias por el terapeuta, acuden al hogar a una hora previamente acordada que suele ser por las tardes, después del colegio y antes de la cena. Durante sesenta minutos aproximadamente el observador se sitúa en un rincón de la sala familiar y registra y codifica la actividad del niño tanto en solitario como en interacción con los demás miembros de la familia, así como las iniciativas de cualquiera de estos hacia él. El registro conductual se realiza de acuerdo a las categorías y el sistema especificado en el *Standardized Observation Codes III* (SOC III).

El SOCIII es un instrumento desarrollado por Cerezo, Keesler, Wahler y Dunn (1986), que permite realizar evaluaciones observacionales de los patrones de interacción familiar en ambiente natural. El sistema ha sido adaptado al castellano por la primera autora y recientemente publicado con el material necesario para el entrenamiento de los observadores y el *software*, ARINFA (Soler-Boada, 1991) especialmente diseñado para el análisis de los datos observacionales que genera el SOC-III. Este sistema se viene utilizando desde su elaboración con niños estadounidenses y españoles, y ha demostrado la fiabilidad y validez de las medidas que mediante él se obtienen (para una revisión, Cerezo, 1988b; Pons y Cerezo, 1991).

El SOCIII proporciona datos de gran interés para tres propósitos principales: a) el diseño y estrategia de la intervención familiar, en cada caso; b) la evaluación sistemática de los resultados de la intervención en cada uno de sus momentos o fases; y c) la fundamentación

sobre la que desarrollar conocimientos teóricos acerca de cómo se adquieren y mantienen comportamientos agresivos en el medio familiar.

La importancia de la evaluación observacional estriba en que la mayoría de la información que habitualmente se obtiene de los casos la proporciona el sujeto de sí mismo o un tercero como la madre o el padre, mientras que en este caso la información procede de un observador independiente. Esta fuente de datos representa un acercamiento, en ningún modo exclusivo, ni tampoco debe entenderse como "superior", sino como un complemento que aporta una perspectiva única. Como los grandes metodólogos en el campo de las Ciencias Sociales han dejado claro desde hace varios años, la aproximación multimétodo es la más adecuada para apresar realidades complejas como son las interacciones sociales, de las que las familiares son una clase.

Dentro del sistema familiar se producen "corrientes" de intercambios conductuales que implican las acciones y reacciones de dos o más individuos. Los patrones de estas transacciones son relevantes para comprender entre otras cosas, los factores del mantenimiento de la conducta infantil problemática. El SOC-III es un recurso que se utiliza para transformar las corrientes de conducta en datos observacionales analizables.

El sistema de codificación distingue: conducta interaccional y no interaccional; valencia positiva, neutra o negativa, sólo para códigos interaccionales; y sujeto e interactores (padre, madre, abuelo/a, hermano/a, otro). La consideración de estos tres factores permite categorizar hasta 13 conductas para cualquiera de los cinco interactores del niño, y 17 para éste, entre interaccionales por valencias y no interaccionales, manteniéndose una estructura de base bastante simple. El manual del sistema incluye una detallada descripción y delimitación de los eventos a observar y registrar, y ciertas reglas sobre el procedimiento. Hay que destacar que el registro es secuencial, gracias a la definición de las categorías, lo cual permite análisis mucho más finos que los sistemas de la primera generación, que utilizaban registro de intervalo y codificación concurrente. Finalizada la sesión el observador realiza un breve informe narrativo que describe la situación de la sesión.

En función de los fines del trabajo los códigos se agrupan para obtener distintos tipos de información; en el presente trabajo se han utilizado los siguientes:

4.2.1. En relación a la madre:

a) Tasa de *interacción social neutra*. Esta categoría incluye sólo el código MA^o, que se define como contacto físico o verbal de la madre hacia el niño, que puede ser iniciado por la madre o puede ser en res-

puesta a la conducta del niño, resulta un indicativo adecuado de las veces que la madre se dirige al niño o le responde en un tono normal. Los valores de fiabilidad intervalo a intervalo, de 15 segundos, y para global de sesión de los que disponemos han sido calculados para la categoría MA incluyendo las tres valencias, positiva, neutra y negativa ($k=.87$; $\beta=.79$). La tasa se obtiene dividiendo el total de frecuencias del código en cuestión entre el número de minutos de la sesión .

b) Tasa de *instrucciones maternas*. La categoría incluye las instrucciones neutras de la madre (MI°), categoría definida en el sistema como órdenes directas o indirectas que la madre dirige al niño. El observador debe poner especial atención en que las manifestaciones codificables como instrucción especifiquen claramente la acción requerida. Dicho de otro modo, la instrucción debe, para considerarse como tal, designar un referente o clase de referentes evidente.

Puesto que en muchos casos los niños son oposicionales, esta conducta instruccional materna proporciona una importante información de implicaciones terapéuticas. En efecto, se trata de dos factores que precipitan conflictos y episodios de abuso. El niño desobedece, la madre no sabe resolver la cuestión y, o bien persiste con las instrucciones cada vez más aversivas, o bien lo deja estar y cede, abandonando la situación. En el primer caso, la probabilidad de un castigo punitivo (unos zapatillazos en la cabeza o en donde "le pille") incrementa enormemente. En el segundo, en que la madre abandona en su insistencia, el niño se hace cada vez más desobediente, lo que sólomente aplaza la ocurrencia de un grave conflicto. Es un círculo vicioso, que señala también la inconsistencia de la madre, y su poca habilidad para sentar las bases del entendimiento entre ella y el niño en materia de desavenencias.

La fiabilidad de esta categoría ha sido calculada para MI incluyendo los tres tipos de valencias, como ocurría con la categoría anterior. Los valores obtenidos se encuentran dentro de niveles óptimos, siendo, la fiabilidad intervalo a intervalo de $k=.78$ y global, por sesiones, de $\beta=.99$.

c) Tasa de *conducta positiva materna*. Se incluye la ocurrencia de MA+ y MI+, que se definen del siguiente modo: La atención social o aproximación positiva de la madre, MA+, incluye sonrisas, risas, palabras de elogio o agradecimiento, contacto físico afectivo, caricias, etc. La instrucción positiva de la madre, MI+, es aquella instrucción dada con cortesía, o acompañada de una verbalización o gesto cariñoso.

Con respecto a estos dos códigos que componen la categoría de conducta positiva materna, los niveles de fiabilidad, tanto por sesiones como intervalo a intervalo, están reflejados en los índices citados anteriormente.

Este factor tiene, al igual que los anteriores, relevancia clínica, dado que que las madres del tipo de familia que aquí se trata presentan niveles de interacción neutra y sobre todo positiva en general pobres y limitados, en parte por la dinámica negativa de la relación que se ha establecido por múltiples causas, entre las que se encuentran factores familiares y extrafamiliares. La intervención se encamina a reducir la frecuencia e intensidad de los conflictos y eliminar los episodios de abuso pero también es objetivo primordial incrementar la tasa de conducta prosocial materna lo cual consolida la inversión del sentido de esa dinámica que señalamos anteriormente.

d) Tasa de *conducta negativa o aversiva materna*. Se incluyen las categorías conductuales representadas por los códigos MA- y MI. Definimos MA-, atención social o aproximación aversiva de la madre, como una aproximación que incluye burlas, golpes, empujones, insultos, etc. Asimismo, la instrucción materna aversiva, MI-, sería una instrucción expresada de modo exigente, que suele ir acompañada de gritos, atención negativa o adjetivos derogativos para el niño.

El valor informativo de esta categoría, conducta negativa materna, es de gran importancia, ya que está en relación directa con los conflictos que, en este tipo de familias, están a la base del abuso físico infantil. Así pues podemos observar si se han producido cambios importantes como consecuencia del tratamiento al que han sido sometidas las familias, y de esta forma controlar la evolución de cada caso en particular. En concreto, uno de los objetivos del tratamiento es dotar a estas madres de mecanismos alternativos a los punitivos a la hora de enfrentarse a los conflictos con sus hijos. Por lo tanto, el descenso de esta tasa, es indicativo de éste logro terapéutico.

e) Proporción de *comportamiento materno inapropiado*. El comportamiento materno indiscriminado puede darse ante una conducta prosocial del niño y ante una desviada o antisocial, por consiguiente resulta más informativo comprobar de modo separado los dos valores.

El comportamiento materno inapropiado o indiscriminado tras conducta prosocial del niño (Ind. A) se calcula como sigue:

$$\text{Ind. A} = \frac{\sum \text{pares (N POSIT., M INAPROP.)}}{\sum \text{pares (N POSIT., M INAPROP.)} + \sum \text{pares (N POSIT., M APROP.)}}$$

donde:

Σ pares (N POSIT., M INAPROP.) es el sumatorio de la frecuencia de pares "niño (N), madre (M)", cuando la conducta del niño codificada mediante una categoría del SOC III se define como *positiva*, y le sigue una conducta materna definida como *inapropiada*, según las especificaciones señaladas más abajo, y

Σ pares (N POSIT., M INAPROP.) es el sumatorio de la frecuencia de pares "niño (N), madre (M)", cuando la conducta del niño codificada mediante una categoría del SOC III se define como *positiva*, y le sigue una conducta materna definida como *apropiada*, según las especificaciones señaladas más abajo.

Los pares de conducta computados son:

1. Para la secuencia, "conducta prosocial del niño seguida de consecuencias maternas inapropiadas" (N POSIT., M INAPROP.)^a :

W MA-, W MI-, P MA-, P MI-, A° MNR, A° MA-, A° MI-, A+ MNR, A+ MA-, A+ MI-, I+ MC-, I+ MO°, I+ MO-, C° MNR, C° MA-, C° MI-, C+ MNR, C+ MA-, C+ MI-.

Así por ejemplo, los cuatro tipos primeros de pares reflejan esas situaciones en las que el niño está tranquilamente realizando alguna tarea (W) o jugando (P) y la madre se le dirige de forma negativa (MA) ya sea verbal o física, o dándole una instrucción de malos modos (MI). Esto se considera, conducta materna inapropiada dado el antecedente de conducta prosocial del niño.

2. Para la secuencia "conducta prosocial del niño seguida por consecuencias maternas apropiadas" ((N POSIT., M APROPIA.):

W MA°, W MA+, W MI+, P MA°, P MA+, P MI+, A° MA°, A° MA+, A° MI+, A+ MA°, A+ MA+, A+ MI+, I+ MC°, I+ MC+, C° MA°, C° MA+, C° MI+, C+ MA°, C+ MA+, C+ MI+.

Los cinco primeros pares se pueden ejemplificar por las situaciones en que el niño está realizando alguna tarea (W) o jugando (P) y la madre se le dirige de forma neutra, haciéndole algún comentario o pregunta... (MA°), diciéndole algo positivo (MA+) o bien dándole alguna instrucción de forma cortés o cariñosa dado que está interrumpiéndole (MI+). La instrucción materna neutra en estos casos no se contabiliza como apropiada, pero tampoco se incluyó entre las respuestas maternas inapropiadas al juego o trabajo.

^a Para la definición de cada uno de estos códigos se remite al lector al manual del instrumento de Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, (1986) traducido en M.A. Cerezo (Ed.) (1991): *Interacción familiar. Un sistema de evaluación observacional* (SOC III), Mepsa, Madrid, 1991.

De modo semejante, la proporción de comportamiento materno inapropiado tras conducta desviada del niño (Ind. B) se calcula :

$$\text{Ind. B} = \frac{\sum \text{pares (N NEGAT, M INAPROP.)}}{\sum \text{pares (N NEGAT, M INAPROP.)} + \sum \text{pares (N NEGAT, M APROP.)}}$$

donde:

$\sum \text{pares (N NEGAT, M INAPROP.)}$ es el sumatorio de la frecuencia de pares "niño (N), madre (M)", cuando la conducta del niño codificada mediante una categoría del SOC III se define como *negativa*, y le sigue una conducta materna definida como *inapropiada*, según las especificaciones señaladas más abajo, y

$\sum \text{pares (N NEGAT, M APROP.)}$ es el sumatorio de la frecuencia de pares "niño (N), madre (M)", cuando la conducta del niño codificada mediante una categoría del SOC III se define como *negativa*, y le sigue una conducta materna definida como *apropiada*, según las especificaciones señaladas más abajo.

Los pares de conducta computados son:

1. Para la secuencia "conducta desviada del niño seguida de consecuencias maternas inapropiadas" ($\sum \text{N NEGAT, M INAPROP.}$):

Cm MA+, Cm MI+, RV MA+, RV MI+, A- MA°, A- MA+, A- MI+, I-MC-, I- MC°, I-MC+, O° MA+, O° MI+, O- MA°, O- MA+, O- MI+.

Se considera inapropiado que, por ejemplo, las murmuraciones, quejas, protestas, lloros y rabietas del niño, que son las conductas que se codifican como Cm, sean seguidas por expresiones de la madre ya sean verbales o gestuales, calificables como cariñosas (MA+) o por instrucciones dadas con gestos afables o corteses (MI+).

2. Para la secuencia "conducta desviada del niño seguida de consecuencias maternas apropiadas" ($\sum \text{N NEGAT, M APROP.}$):

Cm MA-, Cm MI-, RV MA-, RV MI-, A- MNR, A- MA-, A- MI-, I-MO-, I- MO°, O° MNR, O° MA-, O° MI-, O- MNR, O- MA-, O- MI-, O-MI°.

Así, por ejemplo, las rabietas y protestas (Cm) infantiles o las transgresiones de las normas (RV) cuando son seguidas por una respuesta negativa de la madre (MA-), como puede ser regañándole, o por una instrucción enfadada (MI-) se consideran ejemplos de conducta apropiada o discriminativa de la madre ante conducta desviada del niño.

Por último, como dato complementario resultó de interés recabar información de la madre sobre su apreciación de cómo ha sido el com-

portamiento del niño en un periodo dado, en este caso durante la sesión observacional. La puntuación va de 1 a 7, donde 1 es comportamiento positivo y 7 comportamiento oposicional, y es recogida por el observador al concluir la sesión. Esta apreciación es de interés para ver en que medida convergen los juicios de la madre con los valores que se obtienen del cómputo del registro observacional realizados de forma independiente.

4.2.2. En relación al niño:

a) *Conducta prosocial* en el hogar. Comprende los siguientes códigos: W (trabajo, realización de tareas), P (juego), A+ (aproximación/atención social, verbal o física, positiva), A° (aproximación/atención social, verbal o física, neutra), I+ (instrucción positiva), C+ (obediencia positiva), C° (obediencia neutra).

La tasa de conducta prosocial se obtiene dividiendo el número total de ocurrencia en la sesión de estos códigos por el tiempo, en minutos, de la misma. La supracategoría de "conducta prosocial" ha mostrado ser fiable: el coeficiente kappa oscila entre .78 y .90 y el coeficiente de correlación intraclase oscila entre .80 y .99, mostrándose estadísticamente significativo en todos los casos (Cerezo y Mestre, 1987); y una buena validez discriminante al distinguir población no clínica de población con problemas conductuales referida al tratamiento (Pons y Cerezo, 1991). Los valores medios obtenidos fueron de 6.16 (SD=1.47) para la muestra no clínica (N=16), y de 5.33 (SD=.78) para la muestra clínica (N=19). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F_{(1,33)}=4.61$; $p<.05$).

b) *Conducta negativa*. Comprende los siguientes códigos: Cm (quejas y llanto no interactivo), RV (transgresión de la normas), A- (aproximación, atención social, verbal o física, negativa), I- (instrucción negativa), O° (oposición o desobediencia neutra), O- (oposición o desobediencia negativa).

La supracategoría de "conducta negativa" ha mostrado fiabilidad intervalo por intervalo, es decir, coincidencia independiente entre dos observadores en presencia/ausencia; los valores del coeficiente kappa fueron de .65 y .85 y en la totalidad de la sesión el coeficiente de correlación intraclase osciló entre .91 y .98. Todos los valores de ambos coeficientes resultaron estadísticamente significativos (Cerezo y Mestre, 1987).

Asimismo, esta supracategoría se ha mostrado sensible a las diferencias entre niños no clínicos y niños referidos a tratamiento (Pons y Cerezo, 1991). De esta forma la validez criterial, ha demostrado resultados positivos, ya que la tasa de conducta desviada del grupo no

clínico (N=16) fue significativamente menor (M=.17, SD=.16) que la del grupo clínico (N=19): M=.43, SD=.35; ($F_{(1,33)}=7.36$; $p<.01$).

A partir de numerosos estudios realizados con información observacional en familias, Patterson y col. señalan el valor de .45/respuestas aversivas por minuto como el nivel sobre el cual puede considerarse que la conducta del niño es agresiva. Los datos con los que contamos ya en nuestro país y los datos procedentes de 25 familias estadounidenses referidas a tratamiento por sus problemáticas interacciones con los niños son notablemente consistentes en mostrar valores próximos a este punto de corte que propone Patterson.

Toda esta información a través de los distintos canales y métodos fue analizada cuidadosamente para cada caso, y se la complementó con la información obtenida en el marco de las entrevistas de manera no estructurada. A partir de ahí, se realizaron los sucesivos diagnósticos desde los de línea base hasta los de seguimiento. Con la evaluación de línea base se jerarquizaban para cada caso, los objetivos terapéuticos a lograr, y la secuencialización de los diferentes logros programados. Las evaluaciones posteriores se contrastaban con los datos de partida, y con los objetivos planificados para rediseñar el curso de las siguientes fases.

CAPITULO 5.

METODOLOGIA DE INTERVENCION

La metodología de intervención se concreta en tres partes, a saber, un módulo de tratamiento y dos suplementos terapéuticos. En todos los casos se aplica inicialmente el módulo de Entrenamiento conductual de Padres (EP) para, una vez logrados los objetivos de esta fase, aplicar, seguidamente, el suplemento que denominamos de Revisión dirigida de Relaciones Aversivas (RRA). Este suplemento está especialmente diseñado para familias que presentan múltiples problemas y que, en nuestro trabajo, vienen a constituir factores indirectos que propician episodios de abuso. A partir del análisis de los resultados obtenidos y las características del caso, el equipo decide si procede, o no, la puesta en marcha de la tercera fase: la de Apoyo Comunitario (AC), en la cual se trata de facilitar la consolidación de los cambios mediante la ayuda de una persona de la comunidad que actúa como co-terapeuta en el mismo contexto natural. Esta decisión sólo se adoptó con un caso que presentaba múltiples factores de estrés y la máxima puntuación en la lista de desventajas socioeconómicas y culturales.

5.1. ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE PADRES (EP)

El objetivo fundamental de este módulo de tratamiento consiste en ayudar a los padres a realizar, de un modo más competente y satisfactorio para el desarrollo de la vida familiar su tarea de padres. El objetivo general se desglosa en tres facetas relativas a que la madre (y/o el padre):

- a) supervisen y guíen adecuadamente la conducta del niño.
- b) apliquen la disciplina de un modo consistente y razonable, y
- c) estén interesados en lo que el niño hace o dice mostrándole su afecto y consideración.

Estas habilidades de la paternidad pueden enseñarse y tal expe-

riencia de aprendizaje se ha evaluado durante más de veinte años (Patterson, 1982) mostrando el rango de aplicabilidad de este tipo de intervenciones psicológicas (Cerezo, 1983). En síntesis, la estrategia de intervención del EP se centra en enseñar, o más concretamente, entrenarles *de facto* en las habilidades de cuidado y supervisión, disciplina y educación, y apoyo emocional y afectivo del niño: todo lo cual implica, como paso previo, una actitud receptiva de "escuchar" lo que el niño comunica. Así pues, el papel del terapeuta se considera como el de un maestro o instructor que enseña a la madre cómo modificar su relación con el niño, en una línea psicológicamente más saludable y satisfactoria para ambos.

La fase de intervención que aplica el módulo de Entrenamiento de Padres tiene lugar una vez concluida la línea base y la evaluación inicial del caso. El punto de anclaje es el problema que presenta un niño que, de acuerdo con la madre (y/o el padre), se elige como foco o centro del tratamiento; a partir de aquí, se pone en marcha el EP. Este modo de proceder tiene su razón de ser en el hecho de que, los padres justifican sus actuaciones abusivas con el hijo/a (suele ser uno en especial) por el mal comportamiento de éste, en un intento por "educarle" y "corregirle". Este es el caso, al menos, para las familias que tienen estos problemas con niños(as) entre 4 y 13 años. Los problemas unas veces sólo son percibidos y otras son reales, de hecho entre nuestros casos hay niños con claros problemas de conducta, niños agresivos y oposicionales, con conductas predelictivas y reiterada transgresión de las normas, con encopresis, enuresis, problemas de ansiedad y fobias, etc...

Hemos registrado casos con una puntuación en la Escala de Achenbach superior a 120, cuando la media para población clínica como se recordará se sitúa en torno a 57 puntos, y tasas de conducta desviada por minuto por encima de 1.50, lo que representa un valor muy superior al 0.45, propuesto por Patterson para niños agresivos y antisociales. Los episodios más importantes de abuso tienen lugar en relación con la ocurrencia de estos problemas. Ejemplo típico sería el niño de nueve años que vuelve a las doce de la noche a casa y la madre (o el padre) "le está esperando" para darle un escarmiento. O se recibe en casa una nota del colegio sobre su absentismo, lo cual recibe el castigo punitivo correspondiente. Asimismo, ante problemas como una encopresis funcional también la madre (o el padre) reacciona dando una paliza al niño "a ver si aprende" que eso no se hace.

En nuestro programa, el contenido del EP sigue la pauta de estructuración diseñada por el Instituto de la Conducta infantil de la Universidad de Tennessee, EE.UU., que dirige el Dr. Wahler. Esta pauta se desarrolla en relación a tres líneas: por una parte, la discrimina-

ción, por otra las técnicas o estrategias de comportamiento de los padres y, finalmente, las habilidades de comunicación.

En relación al niño, es de la mayor importancia señalar que durante la fase de EP, también se trabaja con él de forma individual y en compañía de los padres, haciendo uso de distintas estrategias, según aconsejen las características del caso. Este hecho, no suele ser común en las intervenciones puristas de Entrenamiento de Padres, sin embargo, en nuestra opinión es imprescindible que se incluya al niño, no sólo indirectamente a través de los padres, sino también directamente con la terapeuta en la situación de tratamiento. De este modo, se puede modificar la relación madre-hijo, desde los dos polos de la interacción; por lo que se refiere al padre, se accede a él por dos vías: la madre y el niño. Además los hermanos más directamente implicados, cuando los hay, también asisten en determinadas ocasiones a sesiones concretas de trabajo en la terapia. Se trata de casos en que el niño es “el malo” de la casa y hay otro, por lo general, que le sigue o le precede inmediatamente en edad, que o es el bueno o el “menos malo”. En algunos de estos casos, se ha intervenido hacia el final de este módulo de forma directa, a petición de los padres que han comenzado ya a percibir de forma más objetiva lo que sucedía con los niños.

5.1.1. Discriminación.

Por este concepto se entiende la habilidad y capacidad del padre para discriminar y responder apropiadamente a la conducta de su hijo. La discriminación se subdivide en dos aspectos, por una parte la madre tiene que aprender cómo identificar la secuencia de conductas que precede una conducta determinada, que ocurre en un momento dado, y, por otra, la madre debe ser capaz de identificar y contabilizar la conducta en cuestión, que se establezca como objetivo. Las conductas “objetivo” pueden ser tanto positivas como negativas.

El primer aspecto requiere que el trabajo del terapeuta se centre en enseñarle a la madre a identificar los comportamientos que resultan problemáticos para el grupo familiar. Es muy frecuente que la madre (o el padre) sean muy difusos y globales en sus descripciones y se resistan a operacionalizar las conductas problema. Se alcanza el objetivo cuando se logra que la madre haga una descripción de una conducta observable y frecuente, y de la cual el progenitor tiene conocimiento directamente y no por otros hijos o terceros.

Una vez que se ha identificado una conducta problema, la siguiente tarea de la madre consiste en observar y contar las veces que ocurre en un periodo determinado, por ejemplo una semana. A lo largo de este tiempo de observación, se requiere que la madre intente deter-

minar la secuencia de hechos que preceden al objetivo, y si es posible que anote y registre su frecuencia de ocurrencia. La información recogida se discute en la sesión y se determina la conducta problema sobre la que actuar.

Esta labor del terapeuta sobre lo que aquí se denomina “discriminación” debe proseguir mientras la madre aprende las técnicas.

5.1.2. Técnicas de comportamiento parental.

Se entiende por tal un conjunto de programas de contingencias conductuales que se incluye en el repertorio de las actuaciones parentales en la educación de los niños. Se incluyen: Establecimiento de normas, Refuerzo positivo-apoyo, Dar instrucciones efectivas, Tiempo fuera, Ignorar activamente, Consecuencias naturales, Consecuencias lógicas, Costo de Respuesta, Sistemas de puntos y economía de fichas, Contratos padres-niño.

Según la problemática familiar y el comportamiento infantil objetivo inicial de la intervención, el terapeuta elige la (o las) técnicas más apropiadas. Sin embargo, se considera, muy recomendable que todos los padres aprendan las cuatro primeras: Establecimiento de normas, Refuerzo positivo-apoyo, Dar instrucciones efectivas y Tiempo fuera.

El propósito global del módulo de tratamiento “Entrenamiento de Padres” es mejorar la comunicación y relación entre padres y niño. Sin embargo, dadas las características que presentan las familias de las que se ocupa el Programa, no es posible lograr esto si no se restablece el equilibrio dentro del sistema familiar y éste se reestructura y se hace uso de técnicas de disciplina efectiva. Es por esto que, en un primer momento, se subrayan más las técnicas, aunque en la práctica real es frecuente cierto solapamiento entre manejo de comportamiento y habilidades de comunicación.

5.1.3. Habilidades de Comunicación.

Se trata de habilidades en la conversación normal con el niño o con el cónyuge o compañero. Las habilidades principales que se incluyen y consideran son: niveles de comunicación infantil, escucha focalizada, escucha reflexiva y el uso adecuado de la comunicación para lograr la colaboración del niño.

Las familias con las que trabajamos suelen ser casos con diversas tensiones y problemas que influyen en todo el funcionamiento familiar. Por consiguiente, es necesario estructurar inicialmente los roles en la familia antes de intentar enseñar las habilidades de comunica-

ción. Sin embargo, si se trata de familias menos “entrampadas” por así decir, puede trabajarse con estas habilidades desde el comienzo.

Esta dimensión del EP se centra en explicar a los padres los niveles de comunicación que utilizan los niños y qué están realmente demandando por medio de sus manifestaciones verbales. Así por ejemplo, una comunicación del niño a un nivel de búsqueda de información requiere una atención moderada por parte de la madre. El niño sólo quiere saber qué pasa a su alrededor y sus mensajes tienen que ver con actividades cotidianas o privilegios comunes como: ¿Puedo bajar a la calle? o ¿Ya está la merienda?; su interés por el entorno hace que, si sus cuestiones no obtienen respuesta, puedan llegar a repetirse una y otra vez hasta infinito, lo que les hace ganar el calificativo, un tanto injusto, de “pesados”. Un momento de atención al comienzo puede evitar un enfrentamiento al cabo de media hora. En este nivel de comunicación es suficiente con que la madre haga una breve pausa en lo que está haciendo para escuchar y responder.

En el marco de las habilidades de comunicación se incluye entrenar a los padres no sólo en cuál es su comportamiento más apropiado frente a los diversos niveles de comunicación del niño, sino también en modos específicos de escuchar al niño. Aquí con el propósito de ilustrar este aspecto particular de la intervención nos detendremos con cierto detalle en dos de ellas y que pueden denominarse “escucha focalizada” y “escucha reflexiva”.

La “**escucha focalizada**” la demanda el niño principalmente por tres vías: a) cuando expresa, por ejemplo, “Hoy ha pasado algo terrible en la escuela”. b) cuando repite un tema que de otro modo no se le daría importancia, “Estoy contento porque así no tendré que gastarme el dinero en ir a la excursión” y después “Todo el mundo le da tanta importancia a la excursión” “Eso es una tontería”., etc., y c) un cambio notable en el comportamiento habitual del niño, más o menos actividad de lo normal, llantos, portazos, risas nerviosas, gritos desacostumbrados,...

El objetivo general consiste en bloquear cualquier distracción y, como si fuera el foco de una cámara, ampliar la visión del niño y tratar de clarificar los pequeños detalles, atendiendo así tanto a la expresión verbal como al lenguaje corporal para tratar de comprender cuál es el mensaje. No es éste el momento de dar soluciones o explicaciones, ni de hacer juicios o interrogatorios. Hay otros momentos para eso. Los pasos a seguir son:

Dejar a un lado por un momento, todo lo que se esté haciendo (tarea, otros pensamientos, preocupaciones, etc.)

Aceptar totalmente lo que la otra persona tiene que decir, lo cual no significa estar de acuerdo o en desacuerdo, sino simplemente estar dispuesto a entender el otro punto de vista comprendiendo sus sentimientos.

Mostrar una actitud tranquila y relajada, sin mirar el tiempo. Mostrar, asimismo, interés (contacto visual, estar hacia delante) y reducir barreras físicas entre ambos, como muebles o brazos cruzados con tensión. Animar a que la otra persona hable, estando en silencio e interviniendo sólo lo justo para que se vea que se la está escuchando con atención y cariño. Evitar interrumpir, o emitir juicios.

La “**escucha reflexiva**”, por su parte, es un modo de devolver al niño, como un espejo, una imagen de los sentimientos que expresa y las circunstancias o las razones que rodean tales sentimientos. La escucha reflexiva es especialmente adecuada para estas situaciones cumpliendo tres propósitos: a) ayuda a la madre a hacerse una idea más apropiada de lo que sucede, pudiendo corregir así su primera impresión, b) demuestra al niño que le escucha y le comprende y c) le sirve de “espejo” al niño para que pueda tener un mejor perspectiva acerca de sí mismo.

Los pasos aquí son los siguientes:

Tratar de identificar los sentimientos. Esto debe hacerse sin repetir las mismas palabras del niño, porque eso en lugar de clarificar puede llegar a irritar.

Ayudar al niño dándole nombre a sus emociones. Las emociones fuertes con frecuencia parecen que desbordan a quien las siente en un determinado momento, darles, por así decir, un cabo, un punto a donde agarrarse las hace más manejables para quien las siente.

Las respuestas que se le den al niño deben ser tentativas. Se trata de suposiciones sobre lo que el niño está diciendo. Hay que recordar que lo que la madre, u otro adulto, está pidiendo al niño es información sólo para clarificar lo que le sucede, para que esto le ayude a sí mismo a entender lo que siente y le sucede.

No se trata de dar soluciones, o emitir juicios, tampoco de sermonear o intentar explicar lo que le pasa. La escucha reflexiva no es para eso, vale en sí misma y cumple su papel para ayudar al niño a comprenderse mejor y no ahogarse en sus sentimientos, asumiéndolos y manejándolos adecuadamente. Veamos un ejemplo de escucha reflexiva:

—Niña, (siete años): ¡Pepita es imbécil!, cuando la vea otra vez le voy a dar un tirón de pelos que se va a enterar.

—Madre: Parece que Pepita te ha puesto muy rabiosa.

—Niña: Me dijo que el dibujo que estuve haciendo ayer era una tontería.

—Madre: Supongo que eso te habrá dolido.

—Niña: (afirmando con la cabeza) Sí, mamá, ¡fíjate! que dijo que el hada que había pintado parecía un monstruo galáctico, y se lo enseñó a Juan y a Pablo, y se rieron...

—Madre: Ya puedo imaginarme que te habrás sentido muy avergonzada y triste.

—Niña: (asintiendo con la cabeza y rompiendo a llorar).

Hay una serie de beneficios que se derivan para las partes implicadas del uso adecuado de los dos modos de escucha que hemos visto. Para el niño que es escuchado, la disponibilidad de sus padres para prestarle atención y escucharle es la prueba más tangible del amor que le tienen y de su interés por él, esto hace que el niño también se sienta valorado y además se verá cada vez más animado para pensar y expresar sus ideas y sentimientos. Pero también resulta muy beneficioso para los padres que escuchan, primero porque el niño estará más dispuesto abrirse a quien vea que está dispuesto a escuchar, segundo porque el padre aprenderá a reconocer importante información cuando el niño balbucea, se "atranca", o se atropella, o incluso en las mismas pausas y cuanto más le escuche más se dará cuenta de lo extraordinario que hay en cada niño; en tercer lugar, una buena comunicación evita malentendidos y ayuda a construir una relación padres-hijo de confianza y afecto; por último, cuanto más información tenga el padre sobre los sentimientos del niño y su percepción de las cosas, mejor podrá ayudarle a que pueda abarcar sus propias emociones y sus problemas y, en definitiva, a su desarrollo individual y social.

Un extremo muy importante en el apartado de entrenamiento en habilidades de comunicación lo constituye el enseñar a los padres cómo lograr la colaboración de los niños a través de la comunicación. Las técnicas para conseguir la cooperación del niño mediante la comunicación tienen un rango de aplicación amplio, allí donde, de acuerdo con determinados criterios, no es necesario recurrir al uso complementario de contingencias. En este área se invierte considerable esfuerzo durante el módulo de EP.

La pauta general de entrenamiento de padres que se sigue en nuestro Programa, de la cual aquí sólo hemos esbozado algunas líneas, es bastante compleja y sobre todo está altamente sistematizada. Hemos de hacer especial énfasis en que el módulo de intervención de EP no parte de un acercamiento simplista a la intervención con padres, por una obligada ortodoxia con una orientación teórica dada. No es así. Se trata de un conjunto de recursos y técnicas muy ensayados

ya en el ámbito del trabajo con padres (Cerezo,1983), que se ajustan y adecúan en cada caso, y cuyo rendimiento se evalúa de manera continuada, con el objetivo final de que los padres aprendan a ejercer mejor su papel de padres. Para este fin, es requisito, claro está, contar con los conocimientos que en la actualidad se tiene acerca de cuáles son los factores y las pautas de crianza e interacción padre-hijo más beneficiosas y cuáles las más perjudiciales para una adecuada socialización de los niños.

Por último, la pauta de Entrenamiento de Padres del Instituto de la Conducta Infantil tiene, como complemento esencial para el trabajo terapéutico, un árbol de decisiones que permite seguir los pasos sistemáticamente en cada caso en concreto, de acuerdo con su propio ritmo y evolución en los progresos.

Nuestro planteamiento del problema del abuso, en familias con múltiples problemas y tensiones, no sólo familiares sino extrafamiliares y comunitarias, adopta como punto de partida la realidad social en la que el grupo familiar se halla inmerso. En efecto, la madre, y/o el padre, se encuentra en situaciones conflictivas, como: aislamiento social, apuros económicos, ánimo depresivo, mala relación con la pareja... Estas situaciones actúan como factores contextuales que interfieren su competencia parental cuando se relacionan con los hijos.

Si el trabajo de intervención se focaliza sólo en generar en la madre (y/o el padre) habilidades en cuanto a la relación con sus hijos, es alta la probabilidad de que los cambios, laboriosamente obtenidos, se vean reducidos, con el tiempo. En consecuencia, con estas familias multi-problemáticas, se hace aconsejable suplementar la intervención de EP con otra estrategia encaminada a conseguir que los padres discriminen las distintas fuentes de sus problemas y no los mezclen haciendo de todo una especie de "ovillo". En este sentido se desarrolla el RRA

5.2. REVISION DIRIGIDA DE RELACIONES AVERSIVAS (RRA)

La revisión dirigida de relaciones aversivas, (RRA) se ha desarrollado en los últimos años en el Instituto de la Conducta Infantil de la Universidad de Tennessee, EE.UU.. a partir de de más de dos décadas de experiencia con un programa que presta asistencia a toda la comunidad, en los casos de problemas de agresividad en el hogar. En este conjunto de familias un sector amplio viene representado por aquéllas cuya problemática central es el abuso infantil.

El suplemento terapéutico, teóricamente se asienta sobre la teoría de los constructos personales de Kelly (1955) y la Psicología interconductual de Kantor (1959), así como en los hallazgos de investiga-

ción del propio Instituto que dirige R. G. Wahler (una descripción puede encontrarse en Wahler y Dumas, 1989; Wahler, 1990). El objetivo es entrenar a la madre en que debe distinguirse claramente entre el cuidado y atención del niño y los problemas que de ello puedan derivar, de las otras facetas y conflictos que le aquejan en su vida. Dicho de otro modo, en términos más operativos, la madre cuando se relaciona con su hijo o, incluso, se enfrenta a él debe responder en su comportamiento de acuerdo con lo que le pasa al niño más que en consonancia con los sesgos perceptivos derivados de su propio "humor", o sus problemas conyugales, por poner un ejemplo (Griest *et al.* 1978; Dumas, 1986; Panacciones y Wahler, 1986; Wahler, 1987). Se trata, en definitiva de entrenarla en distinguir perceptivamente la figura del fondo, y focalizar las cuestiones de sus hijos adecuadamente. La duración de esta fase puede prolongarse entre 8 y 12 sesiones, dependiendo de los progresos y la cumplimentación de los objetivos programados.

El adiestramiento de la madre (y/o el padre) en distinguir las fuentes de sus problemas se desarrolla en una serie de sesiones en las que, para cada caso, se debe perfilar una determinada estrategia, con especificación de submetas. Durante la aplicación de este módulo el foco se desplaza principalmente del niño a la madre y sus relaciones con su entorno inmediato y menos inmediato, es decir con la pareja, y con los otros niños, con la familia de origen, y con el vecindario y la comunidad. El terapeuta experto no debe adoptar nunca un papel de inquisidor o de juez, sino todo lo contrario, ha de estructurar la interacción de manera que sea capaz de transmitir a la madre que en él (o ella) tiene un aliado que le va a ofrecer recursos e instrumentos concretos para mejorar su situación.

A lo largo de las sesiones se explora qué percepción tiene el sujeto de las relaciones que mantiene con los demás y cuál es su modo habitual de enfocar y afrontar los diversos problemas. En otros términos, se trata de averiguar qué estilo de interacción social tiene la madre ante las demandas del niño y de otros miembros de su ecosistema.

Algunas de nuestras madres presentan clara sintomatología depresiva, se sienten desamparadas ante tantos eventos que se perciben como incontrolables. Una vez hecha esa exploración, guiada por el terapeuta, aparecen áreas específicas sobre las que hay que trabajar ya en detalle; así, por ejemplo, con frecuencia es necesario entrenar a la madre en asertividad, habilidades sociales, relajación... o abordar técnicas para la mejora de la autoestima. En cualquier caso, estos aspectos son complementarios para la consecución del objetivo principal: que la madre discrimine las distintas fuentes de sus problemas y adquiera conciencia de que su interacción con el niño debe estar princi-

palmente determinada por el comportamiento de éste, y, en consecuencia debe ser consistente con respecto a las pautas de relación que tiene con él establecidas.

Asimismo, se subraya durante todo el proceso terapéutico de esta segunda fase, la importancia de manifestar afecto positivo al niño. Es interesante señalar, a este respecto, que en nuestros casos destaca la práctica total ausencia de interacción positiva, horas y horas de observación donde la tasa por minuto de alguna conducta de este tipo no "salta" de cero; se revela, en efecto, como un área difícil de modificar, la interacción neutra se eleva hasta límites aceptables, la negativa, en proporción decrece, pero la interacción positiva tarda en reaccionar. La manifestación de afecto materno se ha revelado como uno de los "factores inmunizantes" importantes, en aquellos trabajos, aun escasos, que se ocupan de estudiar cuáles son estos factores inmunizantes, es decir, aquellos factores que parecen tener un efecto aislante respecto a un entorno familiar negativo, y que, a la postre, explicarían por qué no todos los casos con características similares, en otras áreas, desarrollan los mismos problemas con sus hijos.

Los resultados hasta ahora, ponen de manifiesto que este suplemento terapéutico promueve cambios positivos importantes, en la interacción familiar. En algunos casos, en las primeras sesiones, al ir ahondando, pueden activarse una cierta incomodidad y sentimientos de desorientación, el terapeuta debe estar preparado para esta eventualidad y persistir con firmeza prestando todo el apoyo necesario para seguir adelante por los caminos más adecuados. Pero, superado esto, los cambios obtenidos a término del primer módulo (EP) se van incrementando y asentando.

5.3. Apoyo Comunitario.

El Apoyo Comunitario consiste en introducir una persona, familiar o amiga, del sujeto como co-terapeuta, que de acuerdo con una serie de instrucciones, conocidas por todos los implicados, ayuda a la madre en su propio medio a consolidar los cambios. Una vez a la semana, el apoyo acude a casa de la madre en cuestión y en un tono informal le ayuda a que aplique con los niños, que están allí, lo que ha aprendido: mostrarles afecto, resolver los conflictos de un modo no punitivo, atender y discriminar lo que el niño hace y no actuar según su estado de ánimo, etc... Hay que recalcar que su función es exclusivamente de apoyo y ayuda, y en ningún caso debe salirse de ese papel. En consecuencia, la terapeuta está en contacto con el apoyo y con la madre que le informan regularmente del desarrollo de esta fase.

Concluido el módulo de Entrenamiento de Padres y el de

Revisión de Relaciones Aversivas, si se ha alcanzado los objetivos marcados, se procede a plantear la conveniencia de adjuntar el suplemento terapéutico del Apoyo Comunitario, a un caso dado, en función de determinados criterios.

Un criterio principal lo constituye el número de factores que reuna la familia de acuerdo con la pauta IDF, estos factores son indicadores de la situación más o menos desfavorable en que se halla. Recordemos aquí que un caso que puntuase el máximo, esto es: 6 puntos, sería una familia monoparental, con 3 o más hijos, nivel educativo inferior a graduado escolar, residiendo en una zona altamente problemática, con ingresos anuales iguales o inferiores al salario base, y que ha sido referida a tratamiento por terceros (Servicios Sociales, escuela..). No es extraño que diversos investigadores coincidan en señalar que estas familias, sometidas a enormes tensiones y demandas a las cuales son incapaces de responder por una larga historia de déficit de recursos y habilidades, tienen una alta probabilidad de volver a sus pautas habituales de interacción con el medio y sus hijos, una vez que concluye el tratamiento. Por consiguiente, a mayor puntuación en el IDF, mayor es el riesgo de que no se mantengan los cambios.

Otro criterio que complementa al anterior, es el relativo a la evolución de los cambios a lo largo del tratamiento en sus dos módulos. Cuando la interacción positiva se resiste a incrementar y/o lo hace tardíamente, el AC puede ayudar a sostener y reforzar esta nueva pauta de interacción con el niño; o cuando las ratios entre conducta materna inapropiada ante el comportamiento del niño sobre el total de las interacciones madre-hijo, indica o bien niveles relativamente altos de inconsistencia, o bien valores cambiantes con poca estabilidad.

El tercer criterio hace referencia a la oportunidad de introducir el AC, una vez estudiado el contexto y quien podría realizar ese papel. Esto representa una cuestión importante ya que una característica distintiva de las familias multiproblemáticas es precisamente su falta de contactos y en definitiva su fuerte aislamiento social. Aunque este aspecto experimenta cambios favorables a lo largo del tratamiento, especialmente, del módulo RRA, no debe, por principio, confiarse el papel de apoyo a "nuevas amistades" o "conocidos", por lo que no resulta fácil encontrar una persona fiable y adecuada que sea, a la vez, bien aceptada por la madre. En este sentido ha de ponderarse mucho que la madre no viva esto como una intromisión, sino todo lo contrario. A veces, entre el voluntariado y aquellos que altruistamente desarrollan tareas de ayuda domiciliaria puede encontrarse personas muy adecuadas para este papel. En estos casos, la actitud de la madre, y la familia, en general, es positiva y aceptan de buen grado el apoyo, al tratarse de gente que vive en la misma comunidad y es conocida en ella por su generosidad y entrega social.

El presupuesto fundamental del AC es que los profesionales mantienen por definición unas relaciones específicas y limitadas con los clientes enfocadas a la resolución de una serie de problemas; y cuando lo que se pretende es que una familia, una madre y un padre y unos hijos sustituyan viejos hábitos de interacción por otros nuevos y modifiquen ciertas percepciones y actitudes, lo que se está pretendiendo necesita, en determinado tipo de familias, algo más que la relación con el profesional.

Las experiencias de cambio de comportamiento y hábitos humanos fuertemente asentados, como la rehabilitación de adicciones al alcohol, el tabaco, la comida... están señalando temas muy dignos de consideración, cuando se habla de familias multiproblemáticas. En efecto, es común que los programas de rehabilitación cuenten con grupos de apoyo, asociaciones de personas que lo han superado y se mantienen unidas para no reincidir, que en definitiva la propia comunidad genere recursos más o menos informales, desde luego no profesionales, para que los individuos sostengan su "nueva vida".

El niño no puede conceptualizarse al margen de su contexto familiar, aislado de él, eso no sería un niño concreto sería una abstracción, del mismo modo no debe prescindirse del potencial de la comunidad como entorno inmediato del grupo familiar. Las organizaciones voluntarias y las redes sociales informales pueden jugar un papel fundamental en apoyar y canalizar los esfuerzos que algunas familias hacen por salir del círculo de su "incompetencia, desorientación - multiplicación de sus problemas". El Apoyo Comunitario se relaciona, en líneas generales, con este planteamiento, siempre que se atienda los criterios anteriormente señalados.

En resumen: La intervención se dirige, en primer lugar a lograr el incremento de la competencia materna y el control de las rutinas de crianza del niño, según su edad, con estrategias no punitivas, ni abusivas en modo alguno. Este extremo requiere un trabajo previo en discriminación de la cualidad y cantidad de los comportamientos infantiles, así como en las expectativas y atribuciones sobre los mismos. En coordinación con lo anterior se desarrollan patrones regulares de comunicación positiva, mediante el entrenamiento adecuado. El niño, no debe olvidarse que también se trata directamente en esta fase. En segundo lugar, se interviene en las esferas y factores no directamente vinculados a la interacción madre-hijo, como sintomatología depresiva y aislamiento social, subasertividad, baja auto-estima...etc, y el trabajo se centra en enseñar a discriminar estas fuentes de infelicidad de los comportamientos específicos de los niños y las demandas de éstos; dotando también a las madres con estrategias de resolución de problemas que les permitan mejorar su situación personal.

CAPITULO 6.

PLAN DE ACTUACION, ORGANIZACION Y EQUIPO HUMANO DEL PROGRAMA

La revisión general de los conocimientos actuales sobre la temática del abuso, que se ha expuesto, ha fundamentado nuestro esquema de referencia teórico, así como las directrices prácticas que de él se han derivado. En el programa tales directrices se han operacionado a través de una metodología específica de evaluación y de intervención que se articulan en un determinado plan de actuación. Finalmente, todo ello se ha llevado a efecto gracias a un soporte humano, organizado en un equipo de personas que comparten el objetivo de aplicar el Programa y contribuir, en la medida que corresponda, a resolver el problema de las relaciones aversivas padre-hijo, en el seno familiar.

Una vez presentadas las coordenadas teóricas del programa, las dos facetas de la metodología que se ha seguido en su realización: la de evaluación y la de intervención, se articulan en lo que se denomina “plan de actuación”; junto a esto y en estrecha relación, se aborda un aspecto de gran importancia práctica para aplicar el Programa: la organización del trabajo y su desarrollo operativo.

6.1 PLAN DE ACTUACION

El plan de actuación representa la articulación de la metodología de evaluación y de la metodología de intervención en relación a los fines terapéuticos y de cambio que se persiguen. El proceso del recurso social intermedio especializado que supone la asistencia psicológica a familias con menores se plasma en un plan de acción en el que, en síntesis, puede distinguirse tres fases principales: la primera de toma de contacto con la comunidad y sus recursos, la segunda que se refiere propiamente al procedimiento de asistencia psicológica individual, y la tercera, de elaboración del informe sobre la evaluación de la globalidad del programa. Veamos cada una de ellas.

La primera fase consiste en establecer una toma de contacto con la comunidad y sus recursos, de manera detallada. La información en una primera aproximación se recaba de los Servicios Sociales base. Se trata de un paso inicial importante, ya que el conocimiento de los recursos que la comunidad ofrece, permite establecer conexiones en relación al desarrollo del Programa que debe estar adecuadamente vinculado a la comunidad. Temas como, por ejemplo, el conocimiento del voluntariado, y la disposición y actitud hacia la temática del menor de otros sectores sociales de alguna manera relacionados, facilitan este objetivo. Otros aspectos a estudiar son los de carácter demográfico: tipo de población, nivel de empleo...etc...así como incidencia de problemáticas socio-psicológicas particulares como alcoholismo, otras drogodependencias, adicción al juego, etc.. En esta primera fase, tiene lugar el establecimiento de los modos de coordinación entre los equipos: el de Servicios Sociales y el del Programa, así como de la propia organización del trabajo y distribución de tareas y responsabilidades dentro del Programa

La segunda fase abarca lo que es propiamente el procedimiento de asistencia terapéutica individual, caso a caso. En consecuencia, esta segunda fase se extiende en el tiempo y su desarrollo es recurrente, es decir, se repite la secuencia de etapas para cada uno de los casos atendidos, mientras el Programa está abierto y sigue admitiendo familias. La asistencia psicológica se entiende aquí como un tratamiento sistemático, es decir, una asistencia que comporta un contrato terapéutico de las partes terapeuta/equipo-familia y un desarrollo de sesiones que tienen unas metas parciales y unos objetivos generales, cuya consecución se valora mediante evaluaciones multi-método. En otras palabras, una asistencia que se propone específicamente promover cambios para lo cual utiliza una cierta metodología de intervención que puede ser explicitada. Hasta aquí, lo que debe ser esquema de trabajo habitual para un profesional de este campo, sea cual sea la orientación teórica y las técnicas concretas que se pongan en juego para lograr esos fines. En nuestro trabajo, la asistencia se organiza en cuatro etapas:

1. **Recepción del caso.** En este primer contacto se recoge información general y de carácter socioeconómico.

2. **Etapla de evaluación psicológica inicial,** básicamente en las siguientes dimensiones:

- nivel de aislamiento social y carácter de las relaciones con el entorno, de la madre (y el padre, en su caso).
- síntomas de depresión en la madre.
- problemas infantiles percibidos por los padres

- estilo de resolución de problemas de la madre (y/o padre).
- percepción del niño del ambiente familiar y del comportamiento de los padres.
- nivel de comportamiento prosocial y desviado o problemático del niño.
- tipo de interacción familiar, por observación directa en el hogar.

3. **Etapa de tratamiento** en tres módulos o fases:

a) *“Entrenamiento de Padres”* (EP) estrategia de intervención que consiste en enseñar a la madre (y/o al padre), de forma práctica, y dirigida, cómo modificar su específico estilo de interacción con el niño.

b) *“Revisión dirigida de relaciones familiares aversivas”* (RRA) esta técnica de intervención consiste en entrenar a la madre (y/o al padre) a analizar y discriminar la fuente de los problemas con su hijo y con su entorno, en general. Esta técnica ha sido desarrollada específicamente para familias con problemas de interacciones agresivas y abusivas; se apoya en la constatación del déficit que suelen mostrar estos sujetos, para “separar” los problemas que les acosan. Tal déficit da lugar a que los padres actúen de forma indiscriminada con los demás miembros de la familia, especialmente con los niños, generándose episodios de agresión y abuso.

c) *“Apoyo comunitario”* (AC) asociado como suplemento del módulo anterior RRA. La aplicación de esta fase no es general para todos los casos, sino sólo para aquellos cuyo perfil y evolución requieran un punto de apoyo en la comunidad que asegure la consolidación de los cambios. En nuestro estudio se ha aplicado sólo a un caso que siguió el Programa y que obtuvo la máxima puntuación en el Índice de Familias Desfavorecidas (IDF): seis puntos. En esta etapa del tratamiento una amiga, vecina, familiar... de la madre, que debe reunir unas ciertas cualidades, se compromete a proporcionar a ésta motivación y asistencia en su propio contexto social, para que se consoliden los cambios promovidos.

Al concluir cada fase se procede a evaluar los cambios en las dimensiones anteriormente señaladas. La evaluación a término, es la que se realiza inmediatamente antes de que el caso se dé por concluido cuando el análisis de la información indica que se han cubierto los objetivos. En este sentido, las evaluaciones que se hacen al terminar un módulo terapéutico, se consideran evaluaciones de progreso. La información observacional se concentra en dos o tres semanas en torno a las fechas que se realiza la evaluación de entrevista, en cada fase; sin embargo, si el caso así lo aconseja, puede recogerse de manera

continuada a lo largo de todo el proceso de intervención o de parte del mismo. Algunos de los criterios para tal decisión son: la excesiva variabilidad de las medidas obtenidas, o el hecho de que los objetivos estén presentando dificultades específicas en ser alcanzados.

4. Etapa de seguimiento. En esta etapa se trata de afianzar los cambios logrados y evaluar su permanencia. Concluido el tratamiento de acuerdo con los objetivos marcados, se programan contactos alrededor de los seis meses para evaluar la evolución del caso y el mantenimiento de los resultados.

La tercera fase, por último, comprende el trabajo de análisis de datos y resultados de la globalidad del programa y elaboración y redacción del informe final. La labor de evaluación global resulta de gran interés y utilidad y complementa claramente el trabajo de análisis de la información de cada caso; el trabajo individual se realiza paralelamente a la propia intervención, de manera que ésta se va desarrollando en base a la evolución que muestran los datos de las distintas fuentes de evaluación. Como se señalaba, la importancia de realizar un balance global de la aplicación del Programa, radica en que permite analizar aspectos que sólo desde una perspectiva de grupo pueden ser estudiados: como, por ejemplo, si hay o no características diferentes entre las familias que siguen el Programa y las que lo abandonan. Esta información repercute a nivel práctico, en el afianzamiento del Programa y su mejora como recurso, pero también a nivel teórico ofrece conocimientos sobre la temática que vienen a relacionarse con los existentes, enriqueciéndolos y ampliando nuestras perspectivas de estudio.

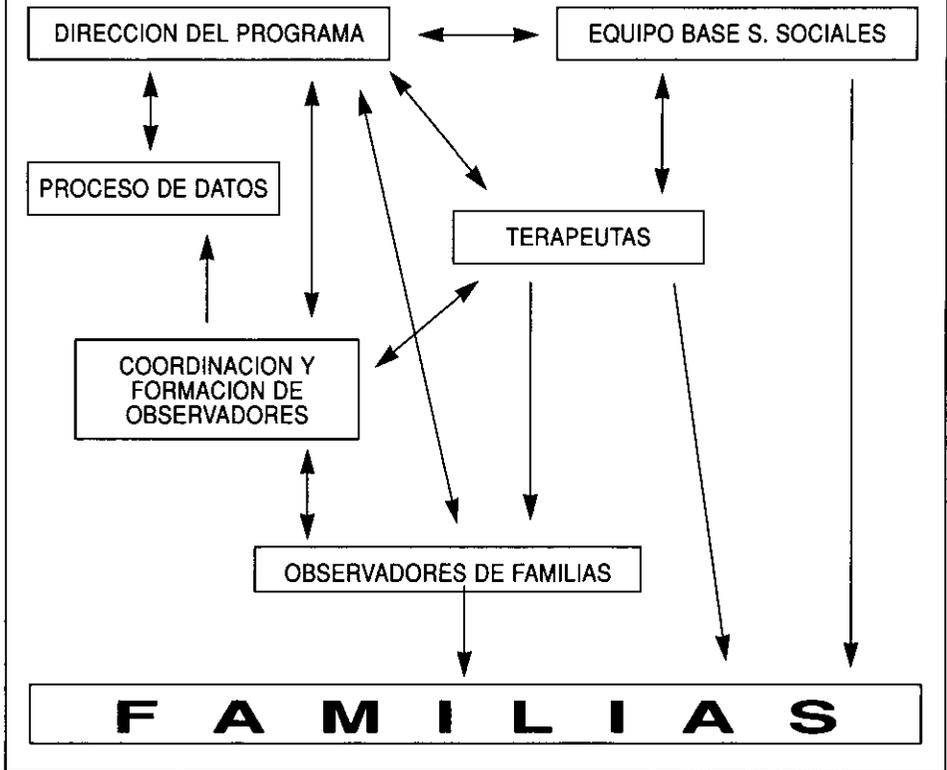
6.2. Metodología de organización y equipo humano

La labor llevada a cabo en el marco del Programa de *Ayuda Psicológica a Familias con Problemas de Relación y Abuso Infantil* se ha desarrollado simultáneamente en diversos frentes:

a) En primera línea con las familias, núcleo central del problema sobre el cual se articulaba el resto de actividades. Aquí las terapeutas y quien escribe estas líneas establecimos en reunión con el Equipo Base del Centro los casos que se registraban y las actuaciones adecuadas para implicarlos en el Programa. Establecidos los contactos preliminares y concertada la entrevista de contacto, daba comienzo el proceso: evaluación, tratamiento, evaluación y observación en el domicilio.

b) Los observadores se presentaban a las familias y a partir de ese momento era su responsabilidad establecer la fecha más conveniente para la realización de las sesiones. Este grupo de personas, que contaban con tres años de práctica específica observacional, es-

FIG. 2
El organigrama ilustra la organización de recursos humanos del trabajo que ha estado a la base de la aplicación operativa del programa.



taba en contacto con la responsable de la coordinación de formación, reciclaje y control de material, así como de recogida de la información observacional, y comentarios de posibles problemas del registro. Asimismo, los observadores mantenían contacto con la terapeuta que llevara el caso (o casos) que observaban, a efectos de planificar contactos, evitar superposiciones y comentar los informes narrativos. En ningún momento los observadores tenían información sobre el curso del Programa. Finalmente, también mantenían contacto con la dirección del proyecto a efectos de comentar incidencias y particularmente decisión sobre cambios en la asignación de familias.

c) Las terapeutas se reunían regularmente con la dirección del proyecto con el propósito de planificar paso a paso las intervenciones y diseñar las estrategias más adecuadas una vez evaluada la información de evaluación de entrevista y la observacional. Este canal de comunicación estaba abierto en línea directa de manera continuada, ya

que si se producía alguna incidencia de relevancia, las terapeutas lo comunicaban inmediatamente para tomar las decisiones oportunas. Asimismo, las terapeutas mantenían contactos con la persona encargada de realizar los análisis de datos observacionales; ésta tenía la responsabilidad de mantener informado al equipo sobre los datos que se iban obteniendo en cada fase del Programa. Por último, también se mantenían en estrecho contacto con el Equipo Base del Centro, a efectos de, principalmente, coordinar las actuaciones de los Servicios Sociales que en determinados casos tenían valor dentro de la estrategia terapéutica del programa.

d) El equipo de proceso de datos, se reunía regularmente con la dirección del proyecto para diseñar, por una parte, los programas de ordenador adecuados para el análisis de la información, y posteriormente para la realización de pruebas y ajustes. Las tareas incluyen introducción de datos, aplicación de programas y preparación de salidas.

La coordinación entre los Servicios Sociales y el equipo de trabajo del Programa fue total y continuada a diversos niveles; niveles y factores que la Coordinadora del Equipo de Base ha señalado en el Prólogo. Esta sintonía en el esfuerzo común es, sin duda, condición necesaria para la realización de un proyecto de esta envergadura y complejidad, a lo que hay que añadir su carácter pionero.

El proyecto ha supuesto sentar las bases de la actuación de un recurso de Servicios Sociales a nivel intermedio, en el área de atención al menor. Y ese "sentar las bases" ha sido naturalmente costoso, a nivel humano, por la complejidad de los problemas que se tratan y la multiplicidad de factores que los afectan. Sin embargo, como equipo estamos satisfechos del esfuerzo y convencidos de la utilidad social de nuestro trabajo. Somos conscientes de que nos movemos en terrenos límite de aplicación de la Psicología y por eso ahí se hace mucho más evidente la necesidad del equipo, de la coordinación y organización interdisciplinar. Los problemas presentan muchas facetas, sociales, económicas, culturales, personales, etc. y todos se conjugan en la calidad de vida que el menor tiene en la familia. Es lógico pues, que la actuación sea multidisciplinar y desde distintos ámbitos, en este caso Universidad y Centros de Servicios Sociales.

CAPITULO 7.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE FAMILIAS ATENDIDAS Y EVALUACION DE LINEA BASE

El *Programa de Asistencia Psicológica a Familias con Menores* recibió un total de 25 familias, a lo largo de sus dos años de aplicación efectiva. Las familias, se remitieron en dos tandas: en la primera se incluyeron trece casos y en la segunda doce más.

Las familias fueron remitidas, en su gran mayoría, por los Servicios Sociales al Programa que operaba en el marco de la Comunidad donde se prestaba el servicio, por presentar graves problemas de relación con los menores con resultado de abuso físico y emocional, aunque algunos casos presentaban como problema básico el abandono de los niños, más que el abuso. Este tipo de actuaciones abusivas, por parte de los padres, suele relacionarse con dificultades o problemas específicos que uno de los hijos en particular les presenta, y ante las que sus incompetencias, para ejercer adecuadamente la paternidad, quedan totalmente de manifiesto. En consecuencia, hay un niño que se constituye para el Programa como foco de atención, y es el punto de anclaje a partir del cual se articula la intervención sobre la madre, al comienzo, e indirectamente a través de ella, sobre el padre. Este capítulo presenta la información general relativa a la totalidad de las familias recibidas por el Programa y los resultados de la evaluación diagnóstica de los casos que componen el grupo.

7.1. Características generales de las familias recibidas al Programa.

Considerado el grupo en su totalidad (N=25), la edad media de los niños sobre los que, inicialmente se centró el tratamiento, fue de 9.04 años, con una desviación típica de 2.73, el rango de edad osciló entre 4 y 13 años. En cuanto al sexo, el 84% del grupo, 21 casos, eran niños, (el 16% restante, niñas). Es importante señalar que, en un 50%

de las familias que siguieron el Programa, los padres al ir progresando en el proceso terapéutico solicitaron que se actuara también sobre otros problemas que presentaban hermanos del niño; lo cual elevó el número de niños tratados. La edad media de las madres fue de 34.48 (sd=5.03), oscilando estas edades entre 22 y 43 años. En el grupo de familias hubo dos casos en que el papel de madre lo ejercía la abuela y un tercero donde la que actuaba en tales funciones era la tía, desde hacía varios años; las edades de estas sustitutas de las madres de los niños no se consideraron en el cálculo anterior para no introducir una distorsión en estos datos.

La puntuación media alcanzada en el nivel de familias socio-económica y culturalmente desfavorecidas, explorado por el breve instrumento, IDF, ya detallado en el capítulo de Metodología de Evaluación, fue de 3.96 (sd=1.14), rango de 2 a 6, sobre un máximo posible de 6 puntos. En general este dato indica que, en su mayoría, se trata de familias con bajo nivel educativo y cultural, que residen en áreas socialmente problemáticas, tienen tres o más hijos, sus ingresos económicos son reducidos, y son remitidas al programa por terceros. Sin embargo, una distribución de la frecuencia de casos que puntuaban positivo en cada una de estas seis características nos ofrece una información más detallada del grupo. (Véase tabla 7.1).

TABLA 7.1

Items de la pauta IDF:	Número de casos	
	Positivo	Negativo
1.La familia ingresa <salario mínimo.	16 (64)	9
2.Educación del tutor < Graduado ó EGB.	22 (88)	3
3.El padre encargado del niño está solo (separado, divorciado, viudo...)	5 (20)	20
4.La familia reside en un barrio problemático.	16 (64)	9
5.En la casa hay 3, ó más, hijos menores de 18 años.	20 (80)	5
6.El niño o tutor ha sido referido por alguna institución.	22 (88)	3

Tabla 7.1. Distribución de los casos recibidos al Programa según las características socio-económicas y culturales que recoge la pauta Índice de Desventaja Familiar, IDF, (*Family Socio-economic Disadvantage*, FSED)

Como puede observarse, el 64% de los casos recibidos al Programa ingresaban una cantidad igual o inferior al salario mínimo, y un porcentaje similar vivía en un área de residencia de alta problematidad social. La gran mayoría contaban con escasos recursos de educación y fueron referidos al Programa por una institución o agencia social: el 88% de las familias. Destaca, asimismo, el elevado número de familias con tres o más hijos en el hogar, representando un 80% del grupo. La característica menos frecuente fue la referida a que la pareja estuviera separada, o en definitiva que la familia, por alguna causa fuera uniparental, ya que únicamente afectaba al 20% de los 25 casos.

7.1.1. Estudio de las características de las familias en las dos fases de recepción de casos.

Dado que las familias, como se ha señalado anteriormente, fueron recibidas por el Programa en dos tandas, es posible estudiar las características de ambos grupos para detectar si se produjo un cambio en la demanda, a lo largo del tiempo en que el Programa estuvo disponible. Así pues, si consideramos el grupo de la fase uno y el de la fase dos encontramos que la media de edad de los niños fue muy similar en ambos casos: 8.7 y 9.4, aunque hubo una mayor dispersión en el segundo conjunto de niños ($sd=2.39$ vs. 3.12); el rango fue de 4 a 11 años, para el primer grupo, y de 4 a 13 para el segundo. En el conjunto de casos del primer grupo el 92% eran niños, y hubo una sola niña; mientras que en el segundo, nueve son niños, el 75%, y se ha registrado tres casos de niñas. Con respecto a la edad de las madres, el grupo de la fase uno obtuvo una edad media de 32.83 ($sd=3.38$) y el de la fase dos una media de 36.27 ($sd=6.03$). Estas diferencias de edad no fueron estadísticamente significativas ($t_{(21)}=-1.71$; $p>.05$). Por otra parte, el número de hijos en ambos grupos como media resultó ser de 3.61 y 3.75 ($sd=1.86$ y $sd=1.48$, respectivamente) y el lugar que ocupaba el niño foco entre los hermanos fue en las dos fases, el segundo por término medio. En cuanto al nivel de familia desfavorecida socio-económica y culturalmente, el grupo primero alcanza un valor de 4.40 ($sd=1.20$) frente al segundo que obtiene un valor algo inferior: 3.50 ($sd=1.00$). La alta puntuación en el IDF se relaciona con una mayor dificultad para mantener a la familia en el programa y para promover cambios (Dumas y Wahler, 1983).

En general, puede decirse que el grupo de familias atendidas por el programa en la primera fase y el correspondiente a la segunda, son muy semejantes. Sin embargo, en esta segunda fase las familias, son significativamente menos desfavorecidas ($t_{(23)}=2.08$; $p<.05$); este dato nos señala, en principio, para el grupo de la segunda fase de aplicación del Programa, una perspectiva más favorable, con respecto al

grupo anterior, para conseguir cambios y sostenerlos. Pero este aspecto se ve contrarrestado por el hecho de que en la segunda fase, se abordaron casos que, por su edad, se encuentran en el techo de aplicabilidad del programa: un tercio de los niños tenían doce y trece años en el momento de iniciar la familia el contacto con el programa, algunos cumplían los catorce años, muy poco después. Este aspecto hizo necesario que la intervención abordara de una forma más directa, además de la familia, otros sistemas relacionales del niño, lo cual no sólo implicó un esfuerzo añadido, sino también un incremento en la dificultad de la intervención.

7.1.2. Características generales de las familias que abandonan el Programa.

De las 25 familias recibidas al Programa y evaluadas en su fase diagnóstica, 11 no siguieron el tratamiento, nueve casos por abandono del Programa y dos casos por imposibilidad de iniciar la fase terapéutica uno, por grave enfermedad de la madre, y el segundo por traslado de domicilio a otro municipio. El índice de abandono por tanto, calculado sobre 23 casos, fue del 39.13%. De los nueve casos, cinco formaban parte del primer grupo y cuatro del segundo, lo que viene a representar un 41,6% y un 33,3%, respectivamente. En relación a la diferencia de estos índices cabe señalar que, entre las familias del segundo grupo se encontraban algunos casos que acudieron al Programa por iniciativa propia, dada la imagen positiva que del mismo se había generado en la comunidad, a partir de la experiencia anterior; en consecuencia, este factor ejerce sus efectos favorables a la permanencia en el Programa. De todos modos, el índice de abandono esperado para este tipo de familias en programas de estas características se encuentra entre el 30 y el 40% tal como se avanzó en el proyecto inicial; estos datos coinciden con los que aportan otros investigadores que trabajan con grupos semejantes.

Más específicamente, hay que señalar que de las cuatro familias que no siguieron el programa en su segunda fase, dos lo abandonaron al concluir la fase de evaluación diagnóstica, momento en el que se procede a establecer el contrato terapéutico, un caso abandonó de manera explícita mientras que el otro lo hizo con reticencias y diversos aplazamientos, más o menos "justificados" que forzaron finalmente al abandono; la tercera familia, dado su escaso compromiso efectivo con las directrices del programa, abandonó transcurridas unas semanas después de haberse iniciado el tratamiento, que por las características especiales de su problemática hubo de diseñarse con una fase previa de terapia de parejas. Una cuarta familia abandonó una vez iniciado el segundo módulo de tratamiento. Por su parte, los cinco casos de

abandono del primer subgrupo de familias, se produjeron también antes de comenzar la fase de intervención, en el proceso del contrato terapéutico.

En tres de los casos de abandono se constató posteriormente que los Servicios Sociales intervinieron en relación a la guarda y custodia de los niños debido a la situación límite en la que éstos se encontraban y la persistente actitud negativa de los padres o encargados legales.

En resumen, de los nueve casos de abandono registrados en el grupo total, el 90% de los mismos se produjeron en torno al tercer o cuarto contacto cuando se hace efectivo el compromiso terapéutico entre la familia y el Programa, a través de su terapeuta, un momento crítico superado el cual el vínculo se afianza y comienza a trabajarse por el cambio. Como grupo, estos nueve casos, obtuvieron un nivel de desventaja socioeconómica de 4,4, ($sd=.73$), sobre un máximo de 6 puntos, frente al grupo que continuó el tratamiento a término con 3.71, ($sd=1,33$), si bien con una mayor dispersión. El grupo de abandono del Programa obtuvo un nivel de desventaja superior al mostrado por el grupo que prosiguió, si bien las diferencias no alcanzaron nivel de significación estadística ($t_{(21)}=1.50$; $p=.07$). El hecho de que en el grupo de abandono se dieran, en promedio, casos algo más desfavorecidos que en el implicado en el tratamiento se halla en la línea de lo esperado, ya que cuantos más indicadores están presentes en una familia, mayor es la probabilidad de que abandone. Ninguna de las variables restantes mostró diferencias estadísticamente significativas entre los que prosiguieron el Programa hasta su término y los que lo abandonaron.

7.2. Evaluación diagnóstica de línea base de los niños.

La evaluación inicial de los niños se realizó, según la metodología descrita en el capítulo correspondiente, a partir de, por una parte, la información obtenida en situación de entrevista con cuestionarios (auto-informes y hetero-informes) y, por otra, de la procedente de los registros observacionales sobre la interacción madre-hijo realizados en el hogar. Asimismo, los padres o encargados legales, representados en todos los casos por la figura femenina (madres, abuelas, en dos familias y tía, en uno), informaban que el/la niño/a presentaba problemas para ellos irresolubles a pesar de los fuertes y reiterados castigos punitivos que les administraban.

En este sentido se recogía información específica relativa al problema concreto, que el niño manifestaba, y era más sobresaliente, para los padres; esto se unía al estudio de los resultados de la Escala

de Achenbach de Problemas Infantiles, cumplimentada en la entrevista por la madre y al de la información observacional del comportamiento del niño en casa.

7.2.1. Los problemas infantiles según la Escala de Achenbach

Los ambientes familiares en todos los casos presentaban un elevado nivel de conducta agresiva, desestructuración en los roles de los diferentes miembros de la familia y un ejercicio inconsistente de la disciplina y el control de las pautas de conducta de los niños. Estas situaciones estaban bastante cronificadas cuando entraron en contacto con el Programa, no eran en modo alguno transitorias. En tales contextos, se estaban criando los niños que se consideraban como “un problema” por los padres; como ya se ha indicado, en cada familia había un niño, o niña, que focalizaba, principalmente, las preocupaciones de aquéllos. Parece claro que, por una parte, las naturales predisposiciones de los niños, como un temperamento más o menos activo, sus patrones de sueño y alimentación desde el nacimiento, etc. y por otro, las características de sus interactores significativos y de sus contextos familiares, pueden facilitar, en una compleja relación, una determinada manifestación psicopatológica. Los niños de estas familias presentaban una variedad de problemas. Según los resultados de la Escala de Achenbach de Problemas Infantiles, el valor medio como grupo de la puntuación total alcanzada en la evaluación inicial, previa al tratamiento, fue de 64,6 (sd=31,8). Si se considera que, en población española la media ponderada de las medias aritméticas de los distintos grupos edad-sexo, es de 34.8 para niños/as escolarizados (véase tabla 7.2.) los niños del grupo de estudio se caracterizan por ser notablemente problemáticos.

Más específicamente, el 67% de los niños del Programa puntuaron +1SD o superior, respecto a la media de su grupo correspondiente de niños escolarizados. Por otra parte, en relación a las puntuaciones individuales que se podían considerar como semejantes a las de los grupos no clínicos, una aproximación a los casos particulares revela que se trató de niños con graves problemas constatados de robos, absentismos, y fracaso escolar. Los padres se caracterizaban por actuar de forma extremadamente laxa con los niños sin reparar en sus andanzas y dejándoles mucho tiempo sin supervisión alguna, con intervalos cíclicos de fuertes castigos cuando llegaban al hogar informaciones sobre la conducta de los niños fuera del mismo. No debe olvidarse que la Escala de Problemas de Achenbach se cumplimenta a partir de la información que proporcionan los padres, por lo que, para estos padres bastante ajenos a sus niños, los problemas que se muestrean en esa escala, nunca o casi nunca, se presentaban en sus hijos. Por con-

TABLA 7.2.

	NIÑOS			NIÑAS		Valor Medio
	4-5	6-11	12-16	4-5	6-11	
NO CLINICOS	28.6 (n=62)	34.8 (18.2) (n=289)	39.4 (25.14) (n=71)	28.4 (n=50)	38.3(23.06) (n=110)	34.81* (n=582)
GRUPO del estudio	65.0 (80.6) (n=2)	65.9 (31.6) (n=14)	58.7 (11.4) (n=4)	97.0 (n=1)	55.0 (20.9) (n=3)	64.6(31.8) (n=25)

Tabla 7.2. Valores medios de las puntuaciones totales en la Escala de Problemas de Achenbach, según grupos de edad y sexo. No hubo ningún caso de niña de 12 años o más. Entre paréntesis las desviaciones típicas. Los extremos del rango del grupo de estudio, 8 y 122, respectivamente se localizaron entre los valores de los niños varones de 4-5 años, constituyendo los únicos dos casos de este nivel, por lo que la media aritmética aquí debe considerarse como un valor distorsionado. Las medias del grupo "no clínico" 4-5 años ambos sexos, proceden de (del Barrio y Moreno, 1991), las de varones de 6-11 de (del Barrio y Cerezo, 1990), niños 12-16 y niñas 6-11 proceden de la misma muestra del trabajo anterior cuyo estudio está en preparación por las mismas autoras. El grupo de niñas de 12 a 16 años, no se incluye por no haber entre los casos del Programa niñas de esas edades. (*) Media ponderada de las medias aritméticas de los diferentes grupos edad-sexo.

siguiente, de aquí se deducen dos recomendaciones muy importantes: una, que en los casos clínicos, este tipo de hetero-informes se administren en situación de entrevista por profesionales, y no se opte por dejar que lo cumplimenten directamente ellos, aunque esta posibilidad la contemple el instrumento; dos, es imprescindible complementar los datos de la Escala de Problemas de Achenbach, o de cualquier otra, con la información de entrevista, otros informes, colegios, Servicios Sociales, y la observación de conducta en el hogar en la que suele constatarse unos bajos niveles de interacción madre-hijo.

7.2.2. Los problemas infantiles específicos según la información de entrevista de la madre o sustituta.

En la entrevista, se obtuvo información de las madres sobre cual era el primer problema que para la familia presentaban los niños. La distribución de problemas principales fue la siguiente:

TABLA 7.3.

<i>Diagnóstico de problema principal:</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Abandono</i>	<i>Total</i>	<i>% Tratados</i>
Encopresis funcional secundaria	2	1*	3	100
Robo y absentismo escolar	2	3	5	40
Fracaso escolar y absentismo	4	2	6	67
Oposición y Conducta agresiva	1 (2)	3+1*	7	50
Oposición y Enuresis funcional primaria/secundaria	1	1	2	50
Conducta sexual inapropiada fuera de casa	(2)	-	2	100
Total	14	9+2*	25	

Tabla 7.3. Distribución de los casos recibidos en el Programa según el problema principal que presentaban los niños. Entre paréntesis las niñas. (*) Estos casos no pudieron iniciar el tratamiento por enfermedad de la madre o encargada legal, y por traslado de residencia, de modo que no se consideran dentro del grupo de abandono.

Los casos de encopresis, y los de conducta sexual inapropiada fuera del hogar fueron problemas en los que la implicación fue muy alta y no se registraron abandonos. La proporción de casos tratados que tienen relación con instancias ajenas al hogar como absentismo y robos importantes, es media, cuando se toman las dos categorías juntas. Por otra parte, si atendemos al factor género, las niñas representan una pequeña proporción en el grupo, poco más del 10%; sin embargo la implicación de las madres y la familia en el Programa fue alta, ningún caso registró abandono.

En los casos de robos o absentismos, las madres solían insistir en que eran problemas que los demás decían que tenían sus hijos, y se sentían más bien presionadas moralmente por la comunidad a "hacer algo", aunque les parecía en todo caso cuestiones que caían fuera de su control; control que estas mujeres apenas ejercían sobre lo que ocurría en sus vidas, cualquiera que fuera el acontecimiento. La implicación en el Programa era costosa, pero una vez lograda, respondían muy bien.

A la vista de los problemas principales infantiles, puede decirse que todos ellos representan lo que se denomina en psicopatología infantil "problemas de conducta" tanto de carácter manifiesto: conducta oposicional, agresión... como encubierto: robos, sin enfrentamiento a la víctima, absentismo, problemas de control de esfínteres, etc... Los problemas de conducta infantiles frente a los, denominados, "de personalidad", son los que tradicionalmente más demanda crean ante los

servicios psicológicos, como es bien sabido. En este sentido, el grupo de niños del estudio viene a presentar una casuística, relativamente típica, excepto por lo que se refiere a la encopresis que está hiperrepresentada, teniendo en cuenta su baja incidencia en la población y más aún en edades superiores a los 6 años.

Por último, todos estos problemas tenían una historia mínima de dos años y ocasionaban graves episodios de violencia familiar cada vez que se manifestaban, con el consiguiente deterioro de la convivencia y las relaciones. Dado que tras el niño inicialmente presentado al Programa se atendió en muchos casos a los hermanos, puede decirse que los problemas de este grupo segundo de hermanos fueron principalmente enuresis, oposición y agresividad, y fobias.

7.2.3. Los problemas infantiles específicos según información de los propios niños

La evaluación detallada de la información relativa al estilo atribucional y sintomatología depresiva de los niños, se realizó a partir de sus respuestas, en situación de entrevista, a los cuestionarios CASQ (*Children's Attributional Style Questionnaire*, de Kaslow *et al.* 1978) y CDI (*Children's Depression Inventory*, de Kovacs 1980-81). Estos cuestionarios no pueden aplicarse a niños menores 8 años, por lo que en tres casos la valoración de estas dimensiones se realizó según el juicio clínico; dos de estos niños, manifestaron estar tristes, no tener ganas de jugar, llorar muy a menudo sin aparente motivo,...por lo que se consideró que presentaban cierta sintomatología depresiva, y, por otro lado, se autodenominaban "malos", creían que ellos tenían la "culpa" de lo que pasaba..., que algunas veces tenían suerte y les pasaba algo bueno, etc.. lo que parece indicar un estilo que, en consonancia con lo anterior, puede calificarse de depresogénico.

Los resultados de las pruebas administradas indicaron que el grupo presentaba un valor medio, moderadamente alto en sintomatología depresiva: 14 (sd=6). El rango de puntuaciones fue de 4 a 25, y 12 casos, representando el 57.14% del grupo igual o mayor de ocho años, puntuaron más de 1SD por encima de la media obtenida en población escolarizada de nuestro entorno (Frías, 1990): 10.29 (sd=5.52). En concordancia con los datos anteriores, el estilo atribucional de estos 21 niños se reflejó en una media de 2.05 (sd=3.41), un valor muy reducido, típico de cuando en el sujeto domina la creencia de que son los acontecimientos negativos, y no los positivos, los que se deben a causas relacionadas con él, que son generales y estables.

En definitiva, la información que aportaron los niños sobre sí mismos, fue muy relevante ya que los madres no resultaron buenas cono-

cedoras y observadoras de sus hijos, y no coincidían en valorar que éstos presentaban cierta sintomatología depresiva. Este extremo, frecuente, por otra parte, hace necesario que en una adecuada valoración de los problemas se incluya información directamente proporcionada por el niño.

En relación a la percepción de la conducta paterna por parte de los niños. Estos consideraban que a sus padres no les daba igual lo que hicieran, aunque se registró algún caso que afirmaba que efectivamente pensaba que pasaban de él; el grupo se repartía casi por igual en cuanto a si los padres solían decir que sí a todo lo que querían entre las dos respuestas extremas "casi siempre" y "nunca", aunque la mayoría informaba que no le dejaban salirse con la suya. También la mayoría del grupo coincide en señalar que sus padres les sermonean, se pasan la vida diciéndoles cuanto les hacen sufrir, y si hacen algo mal se lo recuerdan todo el día. Por otro lado, mientras que casi todos los niños dicen que sus padres les llevan al médico cuando están enfermos, sin embargo, cuando se refieren al tema de si se preocupan por si comen o no, alrededor de un 20%, dice que "más o menos", y lo mismo sucede con cuestiones relativas a "Me dice que me lave" o "Me hace caso y me cuida", donde la mayoría percibe claramente que sí, pero un pequeño grupo de niños tiene dudas sobre si esto puede aplicarse al comportamiento de sus padres con él. Frente a lo anterior la mayoría dice que se lleva bien con sus padres, asimismo coinciden en percibir que no cumplen sus promesas y les tratan injustamente. Los niños reconocen que desobedecen a sus padres con frecuencia, aunque algunos afirman que no, les gusta estar con sus padres y hacen cosas de las que se sienten orgullosos. Por último, es muy relevante que casi la totalidad de los niños del grupo afirmen que no siempre están seguros de lo que sus padres quieren o esperan de ellos, por lo que indica sobre la incertidumbre en la que se mueven. Es asimismo de interés que una proporción alta de niños afirma haberle asustado algunas veces la forma en que han actuado sus padres y la sensibilidad de una mayoría en percibir que sus padres están tristes; este extremo merecería ser estudiado en el futuro, desde una perspectiva de confluencia entre fuentes de información, comprobando si cuando los niños están deprimidos los padres lo perciben con la misma sensibilidad que cuando es al revés, y son los padres los que se hallan deprimidos.

7.2.4. Los problemas infantiles según información observacional en el hogar.

La evaluación del niño se complementaba con la obtenida a través de la observación directa en el hogar por observadores especial-

mente entrenados para esta tarea, en el SOC-III. Según los registros de cinco a siete horas de observación, los niños mostraban, como grupo, una tasa de conducta prosocial de 5.50 ($sd=.87$) y de conducta desviada de .34 ($sd=.26$). La categoría de conducta prosocial incluía, como se especificó en el capítulo de metodología de evaluación, los códigos de Juego, Trabajo o realización de tareas, Aproximación neutra y positiva, Instrucción positiva, Obediencia neutra y positiva. La categoría de conducta desviada, por su parte, incluía: Quejas y llanto no interactivo, Transgresiones de la normas, Aproximación o atención social negativa, Instrucción negativa, y Desobediencia u oposición neutra y negativa.

Los acreditados trabajos del grupo de Gerald Patterson en Oregon, USA, determinan una tasa de .45 conductas negativas por minuto como un nivel hallado en niños con manifiestos problemas de agresividad, observados en sus hogares con metodología similar a la aquí utilizada, lo que viene a representar una respuesta agresiva cada poco más de dos minutos. La tasa media del grupo de este estudio fue de .34 próxima al valor de Patterson viniendo a suponer una conducta negativa cada tres minutos. Sin embargo, es preciso constatar que la dispersión de los datos es elevada ($sd=.26$), por lo que se registraron casos con una tasa media de .08 y alguno con tasa de 1.14 conductas desviadas por minuto. Con valores iguales o superiores a .45, como media a través de las horas de observación (entre 5 y 7), se registraron 7 casos, de los 24 sobre los que se obtuvo la información observacional, 29 % de los niños.

Por otro lado, y a título ilustrativo, datos observacionales procedentes de familias no clínicas (Cerezo y D'Ocon, 1992) muestran valores semejantes de conducta prosocial e inferiores de conducta desviada a los de los niños de nuestro grupo. Más concretamente el primer grupo obtuvo una tasa media de conducta prosocial de 5.77 vs. 5.50 del grupo clínico, mientras que la conducta desviada fue de .15 frente a .34. Este grupo no clínico, estaba formado por 15 familias, de status socio-económico medio y medio-bajo, donde los niños contaban con una edad media de 8.00 años ($sd= 2.51$), rango de 4 a 13 años; el grupo estaba constituido por un 67% de varones.

El análisis pormenorizado de cada caso, incluyó el estudio de la concordancia y discrepancia de los datos procedentes de las distintas fuentes y métodos utilizados. En general, puede decirse que, los niños con problemas específicos de agresividad y oposición fueron los que mostraron tasas más elevadas de conducta desviada en el hogar en interacción con madre y hermanos. Mientras que los niños con fracaso escolar, absentismo y las niñas con conductas sexuales inapropiadas fuera del hogar, mostraron tasas bajas de conducta desviada en sus hogares, lo que concordaba con los informes de las madres acerca de

ser niños que no daban otros “problemas”. Los problemas de conducta encubiertos, por su propia naturaleza es esperable que no se asocien con tasas altas de conducta desviada en el hogar, excepto en los casos mixtos; por su parte, cuando los problemas de conducta son manifiestos, los conflictos son patentes y las tasas de conducta observada son, asimismo, elevadas. En estos casos, los malos tratos físicos son muy recurrentes, aunque obedecen a pautas de conducta parental con el niño muy inconsistentes; en los anteriores, los conflictos son quizá menos frecuentes pero muy intensos, así por ejemplo, cuando el colegio avisa del absentismo del niño, los padres propinan una paliza “para que no lo haga más”, las pautas también son inconsistentes pero obedecen a ciclos más largos. Las discrepancias entre los informes de los padres y los de los niños se relacionan más con los problemas anímicos. De hecho, se registraron casos en que según el perfil de la Escala de Problemas no se detectaba sintomatología depresiva relevante y sin embargo según el informe del niño a través del CDI o incluso del juicio clínico, si podía constatarse la presencia de esta sintomatología.

Las terapeutas realizaron una valoración de la gravedad de los estresores psico-sociales que afectaban a los niños, considerando factores familiares, y el nivel de mejor ajuste y funcionamiento adaptativo, en el último año. Para este fin se utilizó los ejes IV y V de la DSM-III-. La escala de gravedad de los estresores va de 1 (ningún estresor) a 7 puntos (catastrófico, p.e. muerte de varios familiares); por su parte, la de ajuste califica también de 1 (superior, funcionamiento muy bueno) a 7 puntos (gravemente disminuído). El valor medio para los 25 casos fue de 4.79 (sd=.99) en la calificación sobre estresores psicosociales, un valor de cuatro “moderado” se corresponde con situaciones tales como disputas y peleas crónicas de los padres, uno de 5, lugar donde se localizó la moda para nuestros datos, con un nivel “grave o severo” que para niños se adjudica cuando se produce una disciplina hostil y persistente. Cuatro casos fueron calificados con un 6 “extremo” que en el Manual se ejemplifica con situaciones como la de abuso físico repetido. En el eje para el nivel de ajuste previo, el valor medio en el grupo fue de 4.79 (sd=.71), correspondiente a lo que se considera como muy próximo a nivel “bajo” o “pobre”, escasas y difíciles relaciones con los amigos y compañeros, bajo rendimiento académico e inadaptación en la escuela.

7.3. Evaluación diagnóstica de línea base de las Madres o sustitutas

La evaluación de las madres, o sustitutas, se llevó a cabo a partir de la información obtenida en la entrevista, de los cuestionarios y auto-

informes administrados durante la misma, y en el hogar mediante los registros de observación directa. La evaluación tenía por objeto, por una parte, explorar y determinar, para cada caso, el nivel de problemática que estas mujeres presentaban en dimensiones que afectaban la competencia de su actuación como madres, y, por otra, su propio desempeño en las relaciones e interacciones con su/s hijo/s en el hogar a través de la observación directa.

7.3.1 Evaluación de problemática de la madre que afecte a su competencia según informa ella

Las madres fueron evaluadas en su nivel de aislamiento social, factor que la literatura avala como claramente relacionado con la tasa de conducta aversiva materna dirigida al niño (p.e. Wahler, 1980). La falta de apoyo social en la que se desarrolla la vida de estas mujeres, por una parte, se relaciona con el incremento de conflictos familiares, y por otra, afecta la competencia de sus actuaciones como madres en el manejo de los cotidianos problemas de crianza que los niños presentan, más aun si los niños, "hijos" también de su historia familiar, son difíciles como sucede en este grupo.

En cuanto a la primera dimensión o factor, el nivel de aislamiento social, evaluado a través de la Escala de Interacción Comunitaria (CIC; Wahler *et al.* 1979), el número medio de contactos diarios fue de 3.37 (sd=2.71), lo que refleja una escasez de contactos sociales que, por otra parte, con frecuencia se valoraron como neutros o, incluso, desagradables y aversivos. Se trata de una frecuencia de contactos muy similar a la que informa Wahler y cols. en sus estudios con madres multiestresadas; así, por ejemplo, en una muestra de 18 madres, en 1980, la media de contactos fue de 3.67 (sd= 1.54), y de 3.52 (sd=1.96), en una muestra posterior de 25 madres (en Wahler, Williams y Cerezo, 1991; p.395).

Cuando las madres se encuentran solas sin apoyos sociales de amistades y familia con la que mantengan buenas relaciones, las tareas de crianza con los frecuentes conflictos que estas generan se vuelven más difíciles. Las expectativas y sobre todo a qué atribuya la madre tales conflictos afectan a su comportamiento y al modo en que tratará de controlar las situaciones, recurriendo con más probabilidad a los gritos, y a la disciplina punitiva.

En estrecha conexión con lo anterior, se halla la sintomatología depresiva. En efecto, el desánimo no es ajeno al tema de las relaciones sociales precarias y en muchos casos aversivas. La presencia de sintomatología depresiva, afecta negativamente la competencia materna ante los conflictos y puede considerarse un indicador de la percep-

ción de falta de control que experimentan estas mujeres sobre sus vidas y los acontecimientos que les rodean; esta percepción y estado anímico fueron manifestados por las madres de nuestro grupo, en múltiples ocasiones durante las primeras entrevistas.

En relación a la presencia de sintomatología depresiva, ésta se valoró mediante la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión (BDI; de Beck, *et al.* 1961), administrado en situación de entrevista. Las madres como grupo alcanzaron una media de 11.67 ($sd=9.00$). Once madres de las 25, un 46% del grupo, puntuaron por encima de 11 lo que se puede considerar el punto mínimo de presencia de depresión media; el 21%, cinco casos, se mostraban en el escalón superior, con un nivel moderado (puntuación entre 18 y 29) y 1 caso puntuó dentro del rango de severa (más de 30). De las once madres, en cinco casos coincidió que sus hijos también manifestaron sintomatología depresiva, con la distribución siguiente: de los cinco casos de madres con nivel de medio a moderado, en dos de ellos sus hijos obtuvieron una puntuación superior a 16 en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), mientras que de los cinco casos maternos con nivel moderado, se contabilizaron dos niños, a lo que hay que añadir el caso de la madre con nivel severo, cuyo hijo mostró estar, asimismo, deprimido.

La tercera dimensión relevante en esta evaluación de las madres fue su nivel de resolución de problemas familiares, que se evaluó mediante el Instrumento para la resolución de problemas medios-fin para padres (PMEPS; desarrollado y validado por Wasik, 1983). La frecuencia de soluciones por problema que aportaron a los 10 problemas que la prueba plantea fue de 1.52 ($sd=3.6$). Estos valores son semejantes a los que viene obteniendo Wahler utilizando la misma prueba. Se trata de mujeres que como grupo no muestran tener muchos recursos para la resolución de problemas con los niños. Esto facilita la actuación poco competente ante los problemas de crianza.

Las madres mostraban estar aisladas cumpliendo los criterios de insularidad propuestos por Wahler (1980), con sintomatología depresiva en un 46% de los casos, y un bajo nivel de resolución de problemas, semejante a los valores hallados por Azar, y cols. (1984). Estos factores afectan su competencia materna para resolver pacíficamente los conflictos de crianza cotidianos.

7.3.2. La competencia materna a través de la observación en el hogar de su interacción con el niño

En cuanto a la información observacional, como grupo, estas madres o sustitutas, interactuaban de forma neutra, es decir aproximación social, ya sea de carácter verbal o física con valencia neutra según

una tasa media de .98 (sd=.90), respuestas de este tipo por minuto. Por otro lado, su tasa de conducta negativa fue de .06 (sd=.05) y la correspondiente a la de su conducta positiva de .038 (sd=.10). En cuanto al nivel de instrucciones neutras, la tasa fue de .24 (sd=.17). La transformación de los datos relativos al perfil interaccional de las madres con sus niños en porcentaje de cada categoría respecto del total de interacción queda ilustrada en la fig. 2.

FIGURA 2

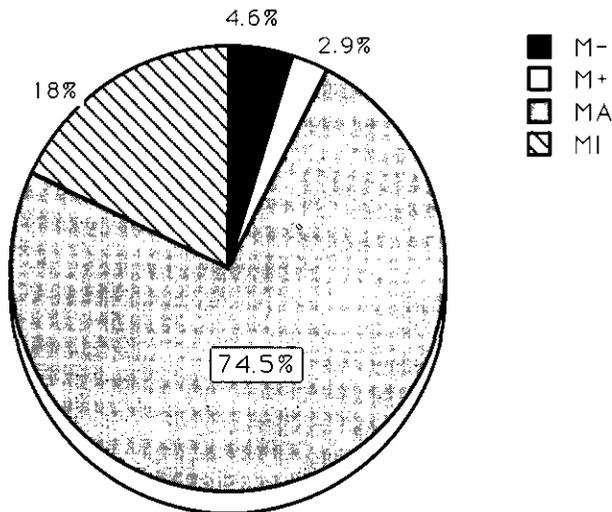


Fig. 2: Proporción de las categorías de conducta materna, aproximación neutra (MA), instrucciones (MI) conducta positiva (M+) y conducta negativa (M-), dirigida al niño, en Línea Base.

Las madres de nuestro grupo, a través de la información observacional procedente de un número de horas que fueron de cinco a siete, para cada caso, mostraron que el 4.6% de su conducta con el niño fue codificada como negativa o aversiva, el 2.9% fue positiva, las instrucciones representan un 18%, y la conducta neutra de aproximación fue del 74.5%. Este perfil coincide con el propuesto por algunos autores en relación al de las madres que tienen graves problemas de relación con sus hijos y frecuentes episodios de conflictos y violencia. (p.e. Ammerman, 1990). El hecho de constatar un porcentaje elevado de conducta de aproximación neutra es un hallazgo común en la evaluación de la interacción familiar, ya que entre el 75 y el 80% de toda

la interacción es de carácter neutro. Los aspectos más distintivos entre las madres clínicas y no clínicas, se dan en el comportamiento positivo, el negativo y el instruccional, todos ellos de relativa baja frecuencia pero altamente significativos (Reid *et al.* 1981).

La proporción de conducta inapropiada de la madre ante la conducta prosocial del niño, obtuvo un valor medio de .27 (sd=.10) y ante conducta antisocial o desviada, la proporción media fue de .12 (sd=.13). En estos valores los rangos fueron muy amplios tanto para el primer índice fue de .12 a .52, como para el segundo de 0 a .33. El estudio detallado de la evolución de la proporción de conducta inapropiada materna se expone en el capítulo siguiente para el grupo que siguió el tratamiento.

En definitiva los objetivos de tratamiento se fijaron para las familias, comenzando por la díada madre-hijo, y ampliándose progresivamente a otros niños de la familia. Estos objetivos, se centraban en producir mejoras en los problemas específicos de los niños y modificaciones en los patrones de relación madre-hijo, en la línea de suprimir todo recurso al castigo punitivo o abuso emocional para intentar controlar la conducta del niño. y de incrementar las relaciones positivas de apoyo, comprensión y conocimiento del mundo infantil. Hay que señalar que a la mayoría de los padres se llegaba a través de las madres que les indicaban las instrucciones y estrategias a seguir.

CAPITULO 8.

RESULTADOS DE TRATAMIENTO Y SU MANTENIMIENTO EN EL ESTUDIO DE SEGUIMIENTO

La Metodología de evaluación se ha aplicado a las familias tratadas al término de cada fase de intervención, tal como se detalló en el capítulo sobre el Plan de actuación. Así pues, del conjunto de 25 familias recibidas al Programa, fueron 14 familias las que se implicaron en el proceso terapéutico hasta su término, ya que nueve casos lo abandonaron y dos no pudieron seguirlo por presentarse circunstancias imprevistas (*enfermedad y traslado*).

La valoración de los casos tratados se ha realizado a partir del contraste del nivel hallado en la línea base, previo a cualquier intervención, con los resultados obtenidos a término de la misma. Además de esta evaluación pre-post, se considera también, los resultados que se obtienen al concluir el primer módulo de tratamiento, lo cual puede denominarse como evaluación de progreso, a medio camino entre esos dos extremos: el pre (línea base) y el post (a término). Un aspecto de gran interés lo constituye el seguimiento, donde se constata el mantenimiento en el tiempo de los cambios promovidos.

La evaluación de la consolidación de los cambios es de gran importancia, porque es donde se puede contrastar si se han obtenido los objetivos a largo plazo que se señalan al comienzo del trabajo, es decir, que la familia sea más autónoma en resolver sus conflictos con su hijo, y por extensión con los demás niños, si los hay, sin recurrir a estrategias punitivas y que el funcionamiento del niño sea también más adecuado a su nueva situación, hallando una relación más satisfactoria y constructiva con sus padres o sustitutos.

En este capítulo se presenta la evolución del grupo a través de las variables estudiadas a lo largo de las fases de tratamiento, así como en el estudio de seguimiento. Los resultados se agrupan para los dos interactores principales: el niño y la madre, con las distintas aproximaciones y métodos de evaluación explicitados en el capítulo sobre

Metodología de Evaluación y Procedimiento. Finalmente, se incluye un apartado sobre la valoración global de resultados, y unas anotaciones para la valoración de costes en tiempo en la realización del Programa.

8.1. Información general sobre la colaboración en el estudio de seguimiento de los casos tratados en el Programa

En las catorce familias tratadas, once casos colaboraron en el seguimiento, lo que representa el 78.5% del grupo. En todos ellos, se contó con la información que se obtiene en la situación de entrevista; la información de la madre (o sustituto) no pudo obtenerse en un caso por fallecimiento de quien ejercía la custodia, poco después de darse el mismo por concluido satisfactoriamente, sin estimarse necesario la aplicación del suplemento de Revisiones de Relaciones Aversivas. En este caso se obtuvo datos para la evaluación de seguimiento, a través de las pruebas que se administran regularmente a los niños en el programa (Cuestionarios de Depresión y de Estilo Atribucional). En el caso en el que falleció la persona encargada de la custodia del niño, el niño refirió sus contestaciones de la conducta de terceros a los responsables del centro donde se instaló, a efectos de evaluar el caso individualmente, pero no se incluyeron para el estudio de grupo por no ser los informantes el mismo sujeto que en las fases anteriores. Este hecho hace que en la Escala de Problemas Infantiles los promedios se calculen sobre diez puntuaciones, así como en las pruebas que se administraban a la madre, o sustituta: Cuestionario de Depresión para Adultos, Lista de Interacción Comunitaria y Resolución de Problemas para Padres. Por otra parte, uno de los niños continuaba sin alcanzar la edad mínima para la administración del Cuestionario de Depresión y el de Estilo Atribucional, en la fase del seguimiento, por lo que el número de sujetos en estas pruebas es también de diez.

En relación a la información observacional, ésta no procedía obtenerse en el caso señalado anteriormente en el que falleció quien ejercía los cuidados del niño. De los diez casos restantes, en siete se procedió a realizar las sesiones de observación, y una más sufrió un serio percance que imposibilitó acudir al hogar para las observaciones, a pesar de su disponibilidad; las otras dos no vieron motivo para la observación una vez resuelto su problema. En general, las evaluaciones de seguimiento presentan serias dificultades para su realización, ya que una familia que tiene problemas es razonable que comprenda la necesidad de un adecuado estudio de la situación; sin embargo, cuando estos problemas se resuelven satisfactoriamente y concluye un tratamiento alcanzándose lo objetivos propuestos, la familia no ve necesidad alguna y se trata ya de una colaboración. Esta colaboración sólo cumple con la exigencia, digamos, "formal" para el terapeuta, de cons-

tatar la consolidación de los cambios a través de los mismos instrumentos estructurados que se han utilizado a lo largo de todo el proceso, y a la familia, en principio, no le reporta especial información, simplemente porque “se encuentran bien” y “los problemas se resolvieron”. Por consiguiente, debe insistirse en la buena disposición de los casos del programa para las evaluaciones de seguimiento realizadas y en su elevada colaboración.

El periodo transcurrido desde la finalización del tratamiento hasta la nueva evaluación que denominamos de “seguimiento” varió entre 5 y 9 meses, con un promedio de siete meses; el procedimiento para todos los casos consistió en que, una vez concluido el tratamiento y transcurrido el periodo arriba especificado, la terapeuta contactaba con la familia para interesarse por la situación del niño y de la madre, y se les citaba para proceder a una valoración que permitiera constatar que los cambios se mantenían. Desde ese momento se procedía según la metodología habitual. Las evaluaciones, en entrevista, se realizaron en una sesión semanal, durante dos y tres semanas, mientras que la observacional varió entre dos y cinco sesiones de una hora aproximada de duración coincidiendo durante las semanas que se realizaban las entrevistas.

8.2. Evolución de las variables relacionadas con el niño

La evaluación del niño se realizó a través de tres fuentes: los informes de terceros, o hetero informes, los informes del propio niño, auto-informes, y la información de un observador independiente. A lo anterior se añade la valoración de la terapeuta sobre el nivel de estresores psicosociales y el de ajuste del niño, a partir de la información de entrevista relativa a estos aspectos.

La madre en la situación de entrevista, además de informar sobre cuál era su problema principal con el el niño, cumplimentó la Escala de Problemas Infantiles, en la que se valoró (a) la puntuación total y las correspondientes a los dos supra-factores de problemas externalizantes e internalizantes. El niño fue entrevistado y evaluado, mediante cuestionarios, en (b) nivel de sintomatología depresiva y en (c) estilo atribucional. Por otra parte, a través de un observador independiente, se obtuvo información relevante sobre (d) su comportamiento y su interacción en el hogar. Finalmente, se registró la valoración de la terapeuta sobre (e) el nivel de estresores psicosociales y ajuste que presentaba el niño. La evolución, desde línea base hasta el seguimiento, de las variables evaluadas mediante hetero-informes y autoinformes se recoge en la tabla 8.1. (Hubo dos casos que se dió por logrados los objetivos al concluir el EP, por lo que no se aplicó la siguiente fase o módulo de intervención, el RRA).

TABLA 8.1

FASES	Problemas infantiles (CBCL)			Síntomas	Est. Atribucional
	Total	Intern.	Extern.	Depresivos (CDI)	(KASTAN)
LB	67.36 (28)	23.14 (13)	36.35 (13)	13.42 (6)	1.92 (3)
EP	48.86 (23)	16.71 (10)	27.43 (11)	9.67 (6)	3.83 (3)
RRA	34.08 (19)	11.67 (9)	19.00 (9)	5.4 (5)	8.10 (6)
SEG.	31.90 (15)	11.10 (7)	17.60 (11)	5.7 (3)	9.30 (3)

TABLA 1.- Media de las puntuaciones totales obtenidas por los niños participantes en el Programa. LB= Línea base, EP= Entrenamiento de Padres, RRA= Revisión de Relaciones Aversivas. Entre paréntesis los valores de las desviaciones típicas. En síntomas depresivos y estilo atribucional, el promedio se computó para 12 de los 14 sujetos, porque dos niños no alcanzaban la edad mínima para estos cuestionarios. En la fase de RRA, el promedio fue computado sobre 12 casos porque en dos familias no se estimó necesario aplicar este suplemento terapéutico. Las medias aritméticas en el seguimiento se realizaron sobre 10 casos que colaboraron en el mismo.

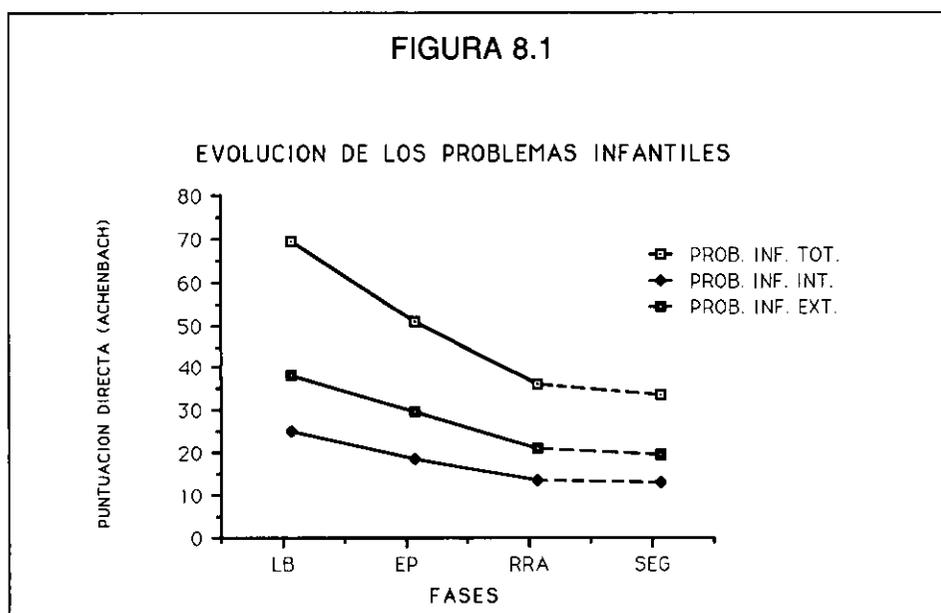
a) En relación a los **problemas infantiles**, la puntuación total de la Escala de Achenbach, revela que el valor de línea base dobla a la media ponderada de las puntuaciones medias, por edad y sexo, de 582 niños no clínicos de nuestro país (véase apdo. 7.2.1.): 67.36 vs. 34.81; como valor indicativo de contraste una muestra de 230 varones clínicos de 6-11 años, obtuvo como media, en puntuación total 57.64 (sd= 20.73) en el estudio de del Barrio y Cerezo (1990). Este valor desciende hasta 34.08 al término del tratamiento. Esta disminución de la puntuación desde línea base hasta el final del tratamiento fue significativa, para los doce sujetos que se les aplicó las dos fases de tratamiento: $F_{(2,22)}=17.7$; $p=.0001$. Para las puntuaciones en problemas internalizantes y externalizantes los cambios se produjeron en la misma línea que para la puntuación total.⁹

Por otra parte, los valores se sitúan en, una media, de 32 puntos en el seguimiento siete meses más tarde. El Análisis de la Varianza, de un factor con medidas repetidas, para los diez sujetos que tienen evaluados los cuatro momentos (LB, EP, RRA y SEG) muestra que las diferencias son estadísticamente significativas ($F_{(3,27)} = 22.56$,

⁹ En los diseños intrasujeto con medidas repetidas en el tiempo, los resultados de las pruebas de significación estadística se ven afectados por el riesgo elevado de que exista dependencia serial de los datos. Este hecho limita la aplicación de las pruebas al hacerlas menos sensibles a la presencia de efectos de los *tratamientos* y, por tanto, disminuir la probabilidad de rechazar la hipótesis nula. En todo caso, este carácter conservador marcado por las limitaciones señaladas, justifica el uso de la prueba F con los datos de este estudio.

$p = .0001$); estas diferencias son significativas, según las pruebas *a posteriori* de Fisher, entre la línea base (LB) y cada una de las medidas (EP, RRA y SEG), y también entre EP y ST, con una probabilidad asociada inferior al 5%. No hay diferencia, sin embargo entre la puntuación alcanzada a término del tratamiento (RRA), y la obtenida en el seguimiento, en la línea de lo esperado. Así pues, los cambios en los niños de nuestro grupo, se mantuvieron en un nivel semejante al de niños/as escolarizados/as, siete meses después de haber concluido su participación en el Programa.

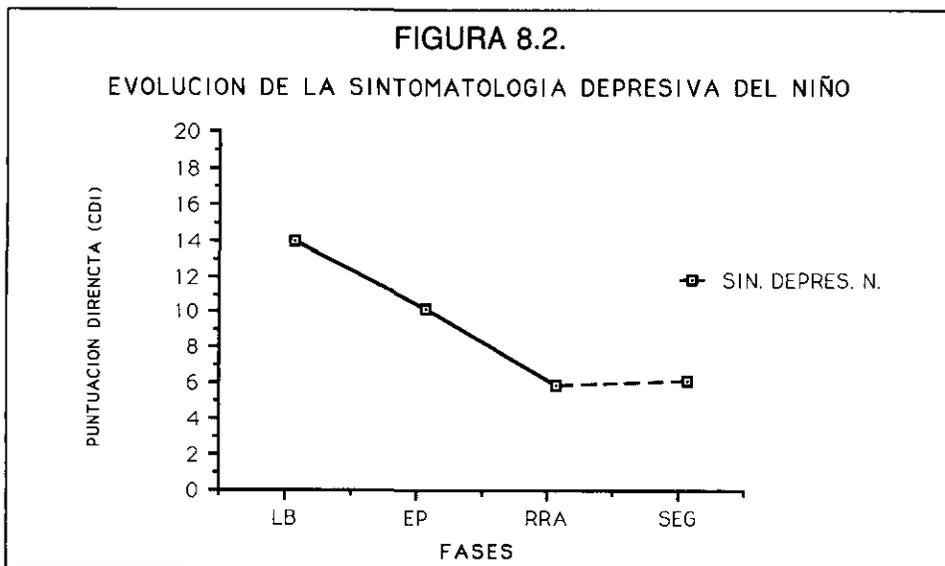
Los resultados son semejantes, a los señalados, para la puntuación de problemas de carácter internalizante y los externalizantes, en lo que a seguimiento se refiere. En ambos casos el test *a posteriori* de Fisher indica que los valores de línea base (LB) fueron significativamente más elevados que los correspondientes a los dos módulos de tratamiento (EP y RRA), y al seguimiento (SEG). Mientras que no hubo diferencias entre los valores a término del tratamiento (RRA) y los obtenidos en seguimiento (SEG), por lo que lo afirmado para la puntuación total puede afirmarse respecto de las puntuaciones relativas a los dos suprafactores: problemas internalizantes y externalizantes. Véase Fig. 8.1.



En la gráfica se observa que en el seguimiento, tanto la puntuación total como el nivel de problemas internalizantes y externalizantes, del que informan las madres, es semejante a los valores mínimos alcanzados al finalizar el tratamiento. Dado el punto de partida en línea

base, los datos indican un descenso muy notable estadísticamente significativo y una estabilización de dicho descenso.

b) La **sintomatología depresiva del niño** evolucionó muy favorablemente a término de tratamiento. En efecto, pasa de una puntuación de 13.42, como media de grupo a 5.4 al concluir el tratamiento; el descenso fue significativo, en términos estadísticos ($F(2,18)=5.50$; $p=.013$), para los diez sujetos que siguieron los dos módulos, y tenían ocho ó más años. El grueso de la diferencia viene dado, según las pruebas *a posteriori*, por el descenso entre la puntuación de línea base y la de RRA, mientras que la puntuación de EP se mantiene a mitad de camino entre ambas. Este aspecto señala que, como grupo, los niños empiezan a sentirse significativamente menos mal que al inicio del Programa cuando concluyen el mismo, tras el segundo módulo. En efecto, la fase en la que se trabaja más con la madre sobre las habilidades de crianza y resolución de los conflictos es durante el EP, y en consecuencia el niño percibe cambios en su casa sobre el modo de tratarle que, por novedosos, pueden hacerle percibir la situación como aun más incontrolable. Esto depende de cada caso, de hecho, la desviación típica en esta fase de EP es mayor que en el resto. La madre se entrena en habilidades de comunicación e interacción positiva con el niño, durante el EP, pero para cuando la situación se consolida y la madre practica estas habilidades sin dificultad, este módulo concluye, se evalúa y se continúa con el siguiente. Es en éste último, cuando la madre discrimina las diversas fuentes de sus problemas, cuando el ajuste cognitivo y emocional del niño alcanza su máximo nivel, ya que una puntuación baja en el cuestionario de sintomatología depresiva refleja la sensación de bienestar del sujeto. (v. fig. 8.2)



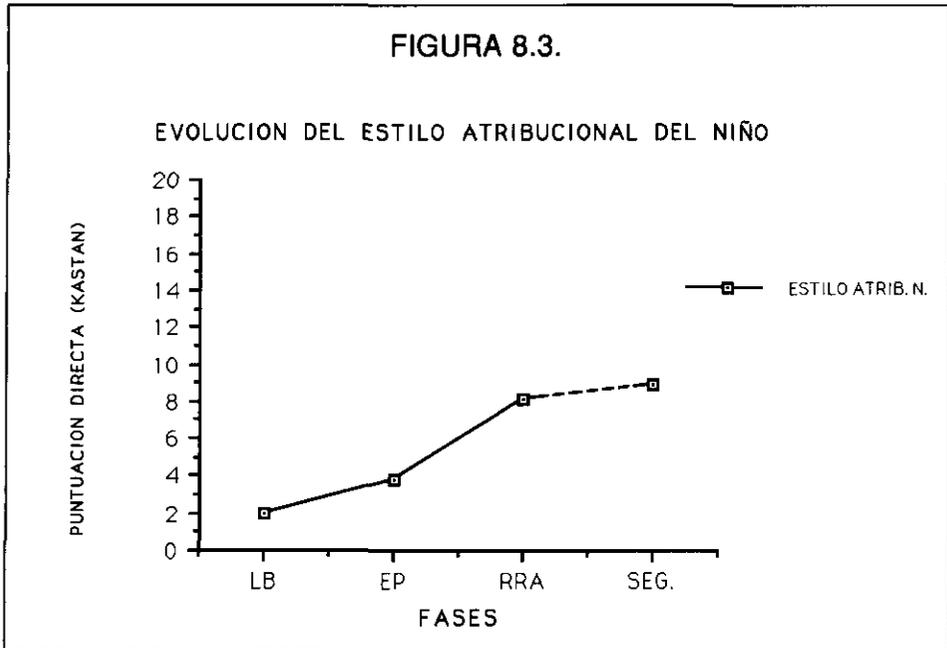
En relación a la evaluación de seguimiento la puntuación media obtenida por el grupo se mantuvo en 5.7. El Análisis de la Varianza, de un factor con medidas repetidas, realizado para los ocho sujetos mayores de 8 años, que cumplimentaron el cuestionario muestra que las diferencias son significativas ($F_{(3,21)}=7.9$, $p=.001$). La prueba *a posteriori* indica que el valor de LB desciende significativamente a término del tratamiento (RRA) y en el seguimiento (SEG). Asimismo, hay un descenso significativo entre el primer (EP) y el segundo módulo de tratamiento (RRA) y entre aquél y el seguimiento (SEG). De nuevo, no hubo diferencias entre la puntuación a término y la hallada en la evaluación de seguimiento, lo que apoya el mantenimiento de los resultados.

Por lo tanto, una vez reconducidas las relaciones familiares por vías más satisfactorias, la presencia de síntomas es prácticamente inexistente, indicando el buen estado emocional alcanzado. En cuanto a los resultados de seguimiento, hay que subrayar que la puntuación alcanzada por el grupo tratado, continua siendo muy reducida, ya que en población escolarizada española una puntuación semejante o inferior, en el cuestionario CDI, sólo la obtiene el 26 % de los niños (Frías,1990) .

c) Por lo que se refiere al **estilo atribucional**, su evolución en el grupo de estudio ha sido importante, en la línea de lo esperado, y congruente, asimismo, con los cambios promovidos en la sintomatología depresiva. La información de carácter socio-cognitivo que se evalúa a través del cuestionario de estilo atribucional tiene gran interés para explorar su "modo de ver" los acontecimientos que le suceden y a qué los atribuye. La tarea con los niños y, a través de las madres, es incrementar su nivel de autoestima y modificar el estilo perceptivo cuando es depresogénico, es decir predomina la atribución de los eventos negativos a causas internas estables y globales ("yo", "siempre", "todo") sobre la de eventos positivos a causas también internas, estables y globales. La puntuación que se obtiene es una diferencia entre el peso en las atribuciones a eventos positivos y el peso en las de los negativos. Cuanto más baja es la puntuación que puede ser incluso con valores negativos, más depresógeno es el estilo atribucional del sujeto, y a la inversa cuanto más alta es la puntuación menos depresógeno es tal estilo. Las puntuaciones indicativas de presencia de estilo atribucional depresógeno, covarían con la presencia de sintomatología depresiva, a través del Cuestionario de depresión para niños (v. Fig. 8.3.)

El contraste de línea base y final del tratamiento, para los diez sujetos que recibieron las dos fases y tenían más de ocho años, muestra que las diferencias fueron significativas ($F_{(2,18)}= 9.03$; $p=.002$), resultando que también se muestra un descenso significativo entre el pri-

FIGURA 8.3.



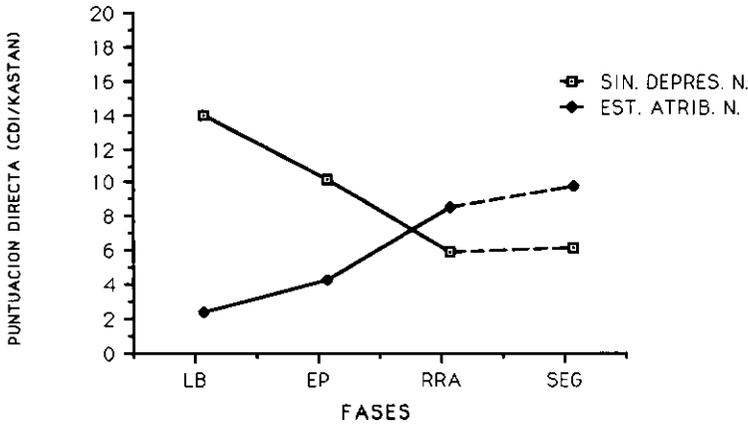
mer módulo y el segundo de tratamiento. En este sentido, dentro de una valoración clínica parece que los cambios en estilo atribucional se reflejan en la evaluación de EP, y en consecuencia antes que las puntuaciones en sintomatología depresiva. Estudios posteriores con mayor número de sujetos y diseños controlados deberían abordar la posibilidad de un efecto de secuencialidad entre las variables socio-cognitivas y comportamentales que se evalúan mediante entre estas dos pruebas psicológicas, el KASTAN y el CDI.

El Análisis de la Varianza, de un factor con medidas repetidas, para los ocho sujetos mayores de ocho años que cumplimentaron el cuestionario en los cuatro momentos del Programa, desde línea base hasta el seguimiento, revelan que los incrementos registrados en las puntuaciones está más allá de lo esperable por azar ($F_{(3,21)}=8.50$; $p<.005$). La prueba *a posteriori* mostró que estas diferencias provienen de las existentes por una parte, entre LB y término (RRA), y LB y seguimiento (SEG), y, por otra, entre primer módulo de tratamiento (EP) y tanto término (RRA) como seguimiento (SEG). Los cambios se mantienen en el tiempo, como señala el hecho de no hallar diferencia entre estas dos puntuaciones: RRA y SEG.

La concordancia entre la puntuación total obtenida en el cuestionario de depresión (CDI) y la alcanzada en estilo atribucional (Kastan) se ilustra en la figura 8.4. En la línea base los niños, como grupo, obtienen puntuaciones moderadamente altas en el CDI mientras que sus puntuaciones son bajas en el Kastan; a medida que el Programa se

FIGURA 8.4.

EVOLUCION CONJUNTA DE LA SINT. DEPRESIVA Y EL ESTILO ATRIBUCIONAL



lleva a cabo las puntuaciones se invierten descendiendo las de sintomatología depresiva y elevándose las de estilo atribucional, lo que indica que éste deja de ser depresógeno.

d) Por lo que se refiere a la **información observacional** sobre el comportamiento del niño en el hogar¹⁰, la evaluación desde línea base hasta el final del Programa muestra estabilidad en conducta prosocial ($F(2,22)=.37$, $p=.69$) y un ligero descenso de la tasa de conducta desviada. En esta última los cambios, si bien pueden considerarse de relevancia clínica, no alcanzaron un nivel estadísticamente significativo ($F(2,22)=1.08$, $p=.35$). (véase tabla 8.2.)

La grafica de la Fig. 8.5, recoge la puntuación media en tasa de conducta prosocial de todo el grupo de sujetos tratados, es decir, catorce, en Línea Base (LB) y en Entrenamiento de Padres (EP), como se viene señalando, no se aplicó el segundo módulo RRA a dos casos, por no considerarse necesario, en consecuencia ese punto de la gráfica está elaborado con doce casos; finalmente, el valor de seguimiento corresponde a siete casos. En este sentido, el incremento que se observa en la fase de seguimiento no corresponde a todos los sujetos.

¹⁰ La información observacional se ha tratado, a efectos de los análisis que se presentan del siguiente modo: para cada fase, Línea Base, Entrenamiento de Padres, etc..., se ha obtenido una medida de la variable, por ejemplo, conducta prosocial. Esta medida fue la media aritmética de las tasas obtenidas en conducta prosocial en cada sesión de esa fase. Así pues, los diseños intrasujetos son semejante a los utilizados con las variables hasta ahora mencionadas, esto es, de medidas repetidas con una medida en cada fase. Las limitaciones que, por la dependencia serial, puedan tener los resultados de los análisis de significación que ya han sido señaladas, así como la justificación del uso de tales análisis son también aplicables aquí.

TABLA 8.2.

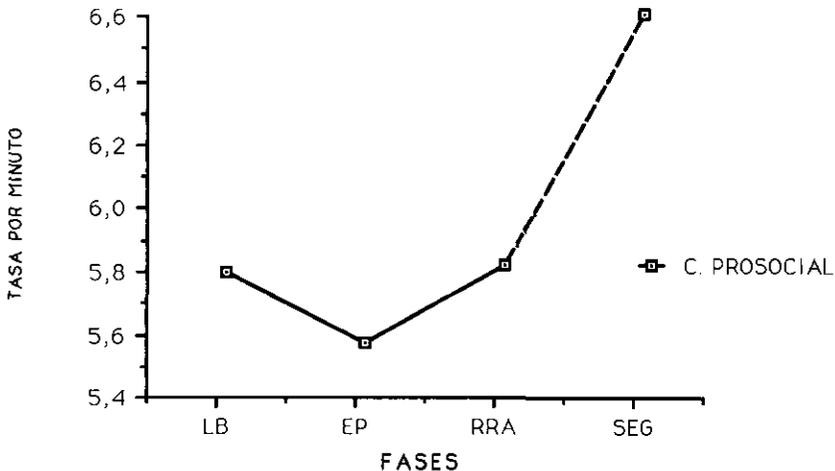
FASES	Conducta Prosocial (SOC-III)	Conducta Desviada (SOC-III)
LB	5.8 (1.01)	.36 (.27)
EP	5.5 (1.18)	.33 (.27)
RRA	5.9 (0.97)	.26 (.17)
SEG	6.6 (1.36)	.23 (.14)

Tabla 7.2. Tasas medias obtenidas del comportamiento infantil, a través de observación directa naturalista. LB=línea base; EP= Entrenamiento de Padres; RRA=Revisión de Relaciones Aversivas y SEG=Seguimiento. Entre paréntesis los valores de desviaciones típicas. El número de casos en LB y EP es de 14, y de 12 en RRA, por haber dos casos en los que no se consideró necesario proceder con el segundo módulo; los datos de SEG se obtuvieron sobre siete casos.

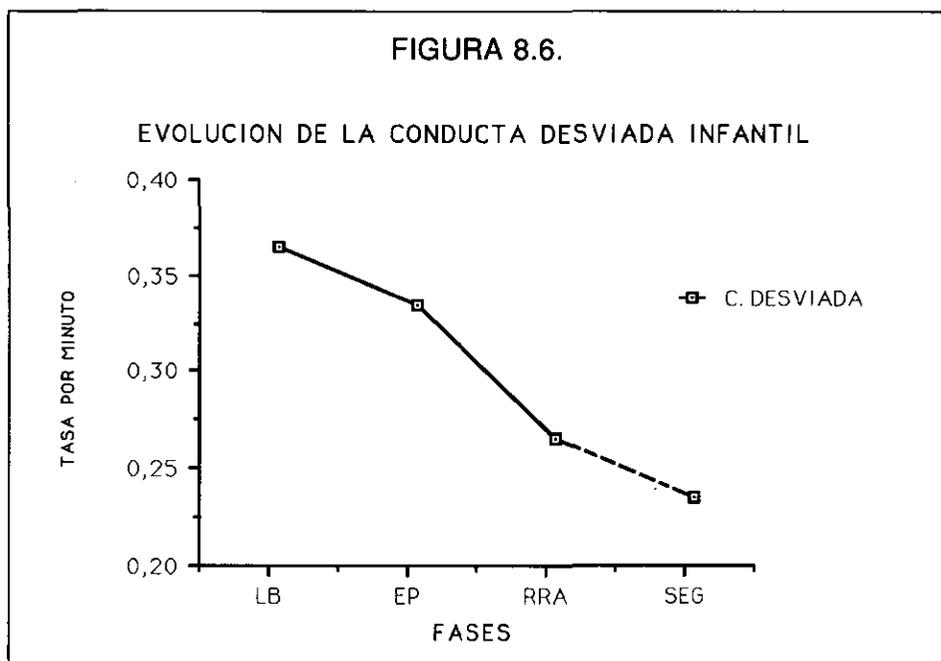
Así pues, los Análisis de la Varianza con medidas repetidas de los sujetos con valoración en los cuatro puntos temporales, mostró un nivel uniforme de la categoría conducta prosocial, con los siguientes valores medios: LB=6.4, EP=6.1, RRA=6.2 y SEG=6,6, y desviaciones típicas en torno a 1.00; las diferencias no fueron significativas tal como se esperaba ($F(3,18)=.38$, $p=.77$). Por su parte, la conducta desviada para ese mismo grupo de sujetos que efectuó el seguimiento en esta medida, obtuvo los valores medios siguientes: LB=.30, EP=.27, RRA=.24 y

FIGURA 8.5.

EVOLUCION DE LA CONDUCTA PROSOCIAL INFANTIL



SEG \approx .23; aunque la tendencia muestra un ligero descenso, las diferencias no resultaron significativas. (véase Fig. 8.6)



e) Finalmente, las terapéutas valoraron a través de los ejes IV y V de la DSM-III, el nivel de estresores psico-sociales y el ajuste de los niños en la evaluación diagnóstica de la línea base y al finalizar el tratamiento, ambos ejes, como se indicó en el capítulo anterior, se califican de 1 (bueno) a 7 (mal). En la tabla 8.3. se muestran los valores medios para cada uno de esos ejes, en línea base y a término de tratamiento.

TABLA 8.3.

	Eje IV Estresores Psicosociales	Eje V Ajuste
LB(pre)	4.85 (.77)	4.72 (.82)
RRA(post)	1.86 (1.03)	2.86 (.77)

Tabla 8.3. Media aritmética de las calificaciones de las terapeutas sobre el nivel de estresores sociales y de ajuste, respectivamente, de los niños tratados (N=14). Entre paréntesis los valores de las desviaciones típicas.

Las diferencias fueron altamente significativas, entre las calificaciones pre-post. Para el nivel de estresores psicosociales: $t_{(27)}=4.42$; $p=.0001$; y para el nivel de ajuste: $t_{(27)}=7.32$; $p=.0001$. Los niños, como grupo, se situaron entre el nivel 1 y 2 que corresponden a ningún estresor aparente y bajo, en la modalidad para niños y adolescentes que ejemplifica el manual de la DSM-III, mientras que para el nivel de ajuste se les situó entre 2 y 3, muy bueno y bueno. Estas calificaciones y los cambios observados en las mismas se relacionan con los resultados de las variables analizadas, así como con la información específica relativa a cada niño sobre sus problemas principales. En este sentido, por ejemplo en las encopresis que presentaban dos niños se valoraba el tiempo que había transcurrido sin recaídas, el cese de los castigos físicos, una interacción madre-hijo más fluida y positiva que se manifestaba también en tareas que se proponían en la entrevista, la conducta del padre con el niño, informada por éste y por la madre, la capacidad de resolver problemas concretos que a la madre se le presentaban, y su propia atribución de este hecho a "lo que había aprendido en el Programa", el rendimiento en el colegio, etc.... De la misma forma se procedía con los demás casos, de absentismo, o de robos, conducta sexual inapropiada fuera del hogar, etc.

Resumen.- La valoración de cambio, a través de los índices generales utilizados para el conjunto del grupo, es notablemente positiva. A pesar del número reducido de sujetos, los análisis revelan cambios significativos en todas las variables que se evaluaron mediante cuestionarios, desde la línea base hasta el término del tratamiento, mientras que se han mantenido los cambios conseguidos al cabo de siete meses, por término medio, de seguimiento. Debe señalarse que en el seguimiento, colaboraron once de los catorce casos tratados, y uno de los tres que no colaboraron adujo cambio de domicilio, por lo que la información obtenida en esta fase puede considerarse, al menos cuasi-representativa, del grupo tratado. Por su parte, la información observacional muestra que la tendencia de la conducta prosocial es a mantenerse estable a lo largo de la intervención y la de la conducta desviada a mostrar un descenso ligero, no significativo, pero consistente en su tasa media. En la fase de seguimiento, la conducta prosocial se mantiene, y la desviada se mantiene en el punto que quedó para el grupo tratado, en este caso, sin embargo, los valores medios se obtuvieron sobre el 50% de los niños tratados. No obstante, su interpretación se facilita por la variedad de fuentes de información concordante que ya se han analizado.

8.3. Evolución de las variables relacionadas con la madre

Las variables relacionadas con la madre fueron aquellas que operacionalizaban información procedente de auto-informes, en situación de entrevista y procedente de la observación de su interacción en el hogar.

La madre fue evaluada en (a) sintomatología depresiva a través de las puntuaciones obtenidas en el BDI, (b) nivel de aislamiento social con la pauta del CIC, (c) nivel de Resolución de Problemas con el PMEPS y (d) su nivel de conducta materna con el niño y el modo de responder a la conducta prosocial y desviada infantil, a través del SOC-III. Todos los instrumentos y cuestionarios utilizados han sido descritos en el Capítulo de Metodología de Evaluación. La tabla 8.4. muestra los promedios obtenidos en las pruebas administradas en situación de entrevista.

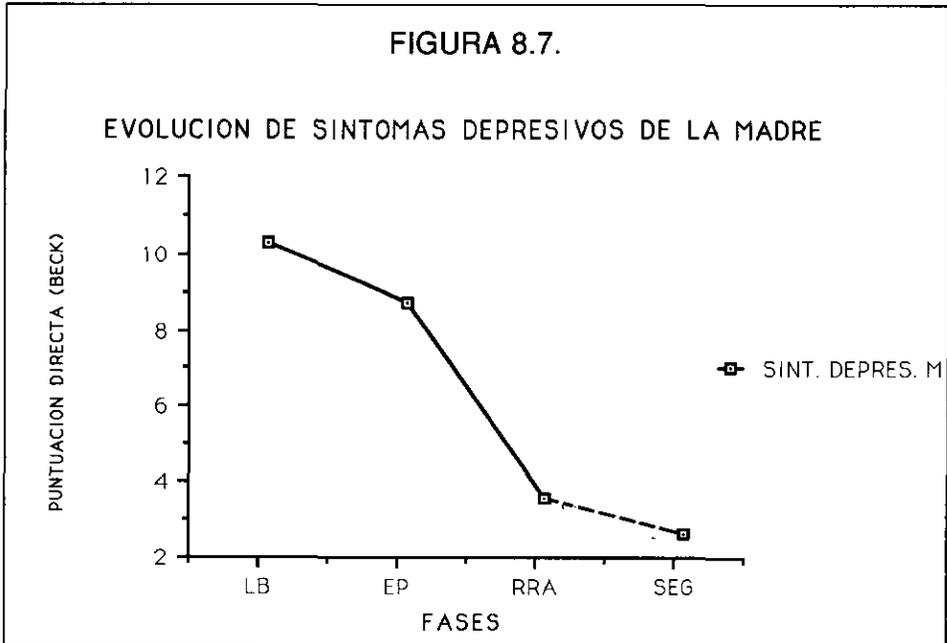
FASES	Síntomas Depresivos	Resolución Problemas	Contactos Sociales
LB	10.08	1.60	2.64
EP	8.46	2.07	3.28
RRA	3.33	2.42	3.63
SEG	2.40	2.46	6.40

Tabla 8.4. Puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones señaladas por el grupo de los casos tratados. LB=Línea Base; EP=Entrenamiento de Padres; RRA=Revisión de Relaciones Aversivas; y SEG=Seguimiento.

a) En cuanto a la **sintomatología depresiva** el grupo presenta un rango amplio: los valores de las puntuaciones obtenidas van desde 2, ausencia total de síntomas, hasta 25 indicativa de un estado claramente depresivo. Desde el punto de vista de la organización de la intervención específica se distinguen tres intervalos o agrupaciones: uno, que incluiría siete casos, de mínima sintomatología, con puntuaciones entre 1 y 9; un segundo con otros cuatro casos que manifestaban una presencia media de problemas, y abarcaba puntuaciones entre 10 y 15; y, por último, tres casos con puntuaciones entre 23 y 25, con una sintomatología de moderada a severa. Las madres del segundo y tercer intervalo requirieron una actuación más monográfica sobre

su estado de ánimo una vez se había comenzado a cubrir los objetivos del módulo de EP. La presencia de este factor de síntomas depresivos desempeña un papel indirecto, pero importante sobre las relaciones conflictivas con los niños, ya que afecta claramente a la competencia parental reduciéndola, y/o favorece la frecuencia de enfrentamientos, haciendo así más probable la ocurrencia de episodios abusivos en las interacciones. Es de destacar que a término del tratamiento todos los casos, excepto uno con puntuación de 16, puntuaron entre 0 y 5.

Así pues, la puntuación directa a través del cuestionario de depresión de Beck, muestra un importante descenso desde el punto de partida en línea base, a través de los módulos EP y RRA, como se ilustra en la Fig. 8.7. El Análisis de la Varianza muestra que las diferencias alcanzan valores estadísticamente significativos entre tratamientos ($F(2,22)=4.13, p=.03$), mientras que las diferencias entre sujetos no resultaron significativas. En consonancia con el esfuerzo y la orientación del proceso terapéutico, la prueba de Fisher *a posteriori* mostró que las diferencias significativas se dieron entre la línea base y el término del tratamiento, al final del módulo RRA, y entre primer y segundo módulo de intervención (EP vs. RRA), no siendo relevantes las diferencias entre LB y EP. En efecto, tal como se ha explicado en la Metodología de intervención, el trabajo específico sobre la madre en los aspectos más necesitados, y que pueden interferir más en su actuación con el niño, se lleva a cabo en el segundo módulo de tratamiento, cuando ya se ha ganado un cierto control sobre el niño y co-



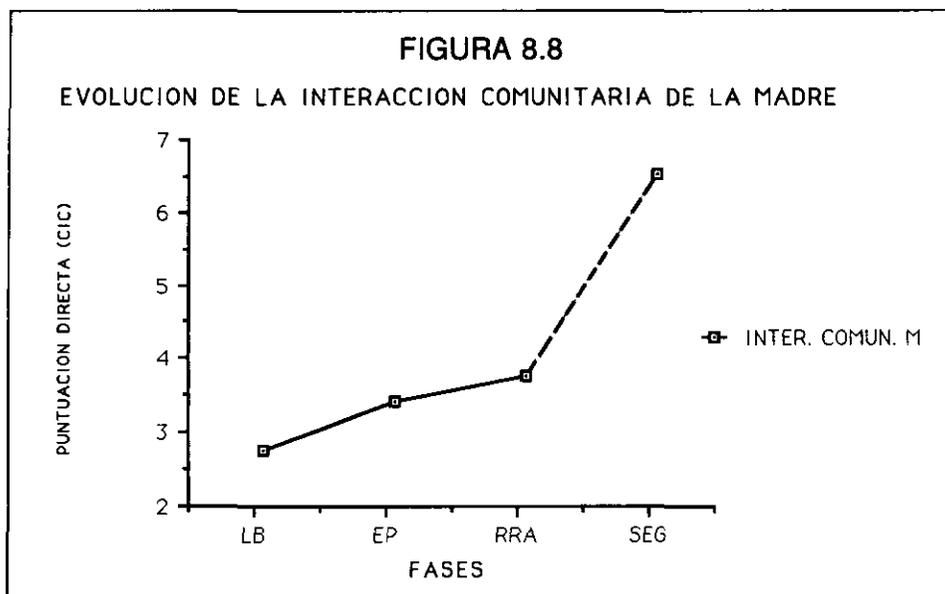
mienza a practicarse las habilidades de comunicación positiva con él. En consecuencia, lo esperado es obtener las valoraciones más bajas en sintomatología depresiva a término de la segunda fase.

Los resultados se mantienen en valores semejantes para el grupo de diez madres del estudio de seguimiento. Los análisis realizados muestran diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos ($F_{(3,27)} = 6.23, p = .002$), y la prueba de Fisher *a posteriori*, indican que entre puntuación a término de RRA y SEG no se registraron diferencias significativas, por lo que los niveles obtenidos al finalizar el tratamiento parecen mantenerse siete meses más tarde. Al igual que ocurriera en el análisis para el grupo total no hubo diferencias entre LB y EP, sino que los cambios se produjeron en el RRA, por lo que la diferencia entre EP y RRA, así como entre EP y SEG fueron significativas al 5%. La puntuación mínima que se ha hallado desde término de tratamiento hasta la evaluación de seguimiento puede considerarse como un indicador de un mayor bienestar emocional de las madres, consonante con la información que ofrecen de encontrarse más seguras y con menos problemas al haber mejorado la relación con sus hijos.

b) El número de **contactos sociales** extrafamiliares, evaluado a través del CIC, representa una faceta que constituye un objetivo terapéutico importante. Mejorarla, incrementando su frecuencia y la valencia positiva de las relaciones, es una de las metas que se acometen durante la aplicación del módulo RRA, ya que, como se indicó en el capítulo anterior en este módulo se enseña a la madre a discriminar las diferentes fuentes de problemas, y su entorno de relaciones aversivas, para actuar de un modo más consistente con el comportamiento y la actitud de su hijo. El grupo de madres puede considerarse, en cuanto al número de contactos sociales que tiene, como un grupo aislado. Sólo un caso presenta una puntuación más elevada, con 8 contactos, el resto se mueve entre valores notablemente reducidos, de hecho la media del grupo total es de 2.64, valor casi idéntico al obtenido por Wahler que informa de 2.6 contactos por término medio en sus muestras de familias multiproblemáticas. La importancia de este factor radica en que actúa como factor indirecto en precipitar episodios de conflictos abusivos con los niños, bien porque incrementa los enfrentamientos, y en consecuencia las probabilidades, bien porque reduce la competencia parental, o por ambas cosas a la vez. Así pues esta evaluación señala otro apartado concreto donde trabajar, en este caso, dentro del marco del módulo RRA, para lograr una mayor interacción extrafamiliar que sea más satisfactoria y gratificante para las madres.

Como puede observarse en la Fig. 8.8, el incremento de despegue más importante se produce en la fase RRA, y sigue ascendiendo en la evaluación de seguimiento, lo que parece a indicar que los recursos que la madre ha recibido en las sesiones terapéuticas le son útiles

para funcionar de una manera autónoma, logrando un nivel de relación social más satisfactorio que indirectamente le suponen un apoyo importante para su quehacer diario.

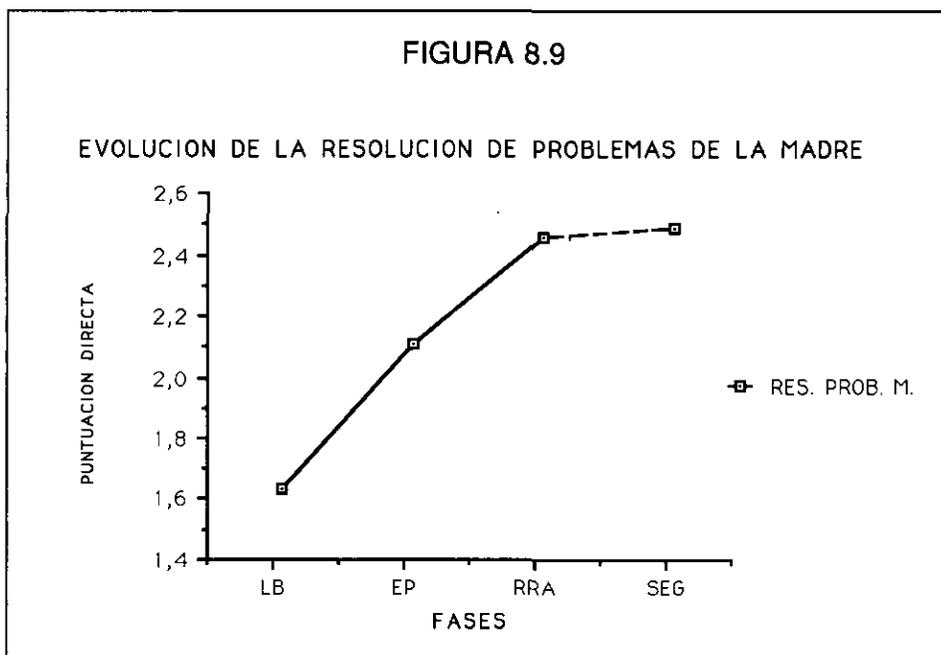


Los análisis correspondientes, ANOVA intrasujeto, muestran que las diferencias entre la puntuaciones medias de contactos sociales a lo largo del tratamiento, en sus dos fases no alcanzan niveles significativos ($F_{(2,22)} = 2.83$, $p = .081$). Sin embargo, la prueba de Fisher *a posteriori* si muestra diferencias significativas, al nivel del 5%, entre los valores de LB y de RRA, a término de tratamiento. De nuevo aquí los cambios son esperados, como grupo, al concluir el módulo RRA, al igual que sucediera con la sintomatología depresiva, por ser aspectos que se tratan en esa fase del tratamiento.

Cuando los Análisis se realizaron incluyendo la evaluación de seguimiento, los resultados para los diez sujetos que componen este grupo, revelan diferencias estadísticamente significativas de cada módulo, además de la LB, con el seguimiento ($F_{(3,27)} = 8.83$, $p = .0003$). En efecto, la interpretación de estos resultados requeriría un estudio monográfico controlado con mayor número de sujetos. Sin embargo, la valoración clínica, parece indicar que estas mujeres realizan cambios importantes en su vida respecto a sus relaciones sociales y el efecto aparece tiempo después. Así, las madres comentan en las entrevistas de seguimiento que ahora hacen lo posible por salir y ver a antiguas amistades o incluso se apuntan a grupos para entablar nuevas relaciones, porque así se sienten mejor, y "no como antes", explícitamente informan que esto lo han aprendido en el Programa y les resulta muy

gratificante. Así pues, se trata de una dimensión muy interesante que será objeto de estudios detallados en el futuro.

c) La variable de **resolución de problemas**, evaluada a través del cuestionario de situaciones problema de tipo familiar, PMEPS, mostró cambios relevantes a lo largo del tratamiento. El nivel de resolución de problemas del grupo de madres es escaso, con un valor promedio de 1.6 soluciones al conjunto de diez ítems-problema de situaciones familiares. Esto señala un área específica de trabajo cuyos resultados se deben reflejar en un incremento de estas puntuaciones después del tratamiento, más específicamente del comprendido en el módulo de Entrenamiento de Padres (EP). Los análisis, ANOVA de medidas repetidas, indican que las diferencias fueron significativas ($F(2,22) = 11.23, p = .0004$). Las pruebas a posteriori de Fisher revelan que las diferencias se producen entre LB y EP, con un incremento en el número medio de soluciones que ofrece la madre ante la prueba, y entre LB y RRA, no detectándose cambios entre los dos módulos de tratamiento. De lo que puede deducirse que los cambios tienen lugar durante la fase de EP y a partir de ahí se mantienen. (Véase Fig. 8.9)



El estudio de seguimiento, muestra asimismo que hay diferencias entre LB y los módulos de tratamiento, y no se producen cambios significativos en la puntuación obtenida en el seguimiento respecto al valor del grupo a término del tratamiento.

d) La **información observacional** de la interacción en el hogar obtuvo los resultados que se muestran en la tabla 8.5. El conjunto de variables evaluadas fue, en cada una de las fases del Programa: la conducta materna de aproximación/atención social, verbal o gestual, de carácter neutro (MA), la conducta materna instruccional también de valencia neutra (MI), la conducta positiva (M+), que incluye tanto la aproximación social positiva como la instrucción codificada como positiva, la conducta aversiva o negativa (M-), incluyendo, asimismo, tanto la aproximación social como la instruccional de valencia negativa, y, finalmente, los porcentajes de conducta inapropiada tras conducta infantil prosocial y tras conducta desviada del niño.

TABLA 8.5.
CONDUCTA MATERNA

FASES	Aproxim. Neutra (MA)	Instruct. Neutra (MI)	Conducta Positiva (M+)	Conducta Negativa (M-)	%Conducta Inapropiada tipo A	%Conducta Inapropiada tipo B
LB	1.17	0.26	0.02	0.05	0.24	0.14
EP	1.42	0.29	0.02	0.07	0.23	0.19
RRA	1.50	0.21	0.05	0.05	0.16	0.14
SEG	2.04	0.27	0.07	0.03	0.14	0.18

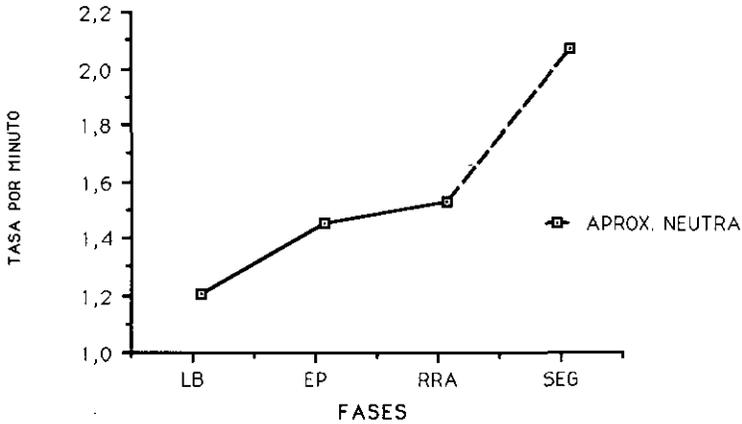
Tabla 8.5.- Media en tasas por minuto de la conducta materna observada en el hogar para MA, M, M+ y M-. LB= Línea Base, EP= Entrenamiento de Padres, RRA= Revisión de Relaciones Aversivas y SEG= Seguimiento. Las medias en LB y EP proceden del grupo de 14 madres, las de RRA se han obtenido con 12 sujetos, ya que dos casos no se consideró necesario la aplicación de ese módulo. Los datos de SEG proceden de 7 sujetos.

La tasa media de MA, aproximación verbal o gestual con valencia neutra fue de 1.17, $sd= 1.11$ en LB. Los cambios que muestra la variable no alcanzan niveles estadísticamente significativos a término del tratamiento los análisis considerando únicamente el grupo de sujetos que participó en el seguimiento, tampoco detectaron que los cambios fueran significativos. La percepción de los sujetos fue, sin embargo, que la relación actual madre-hijo era más gratificante. (Véase Fig. 8.10)

Es claro que los cambios en las variables de interacción además de evaluarse de manera independiente, deben considerarse en términos relativos, junto a los valores de la interacción positiva y aversiva, así como lo apropiado o inapropiado de sus respuestas a la conducta infantil, según sea esta registrada como prosocial o negativa.

FIGURA 8.10

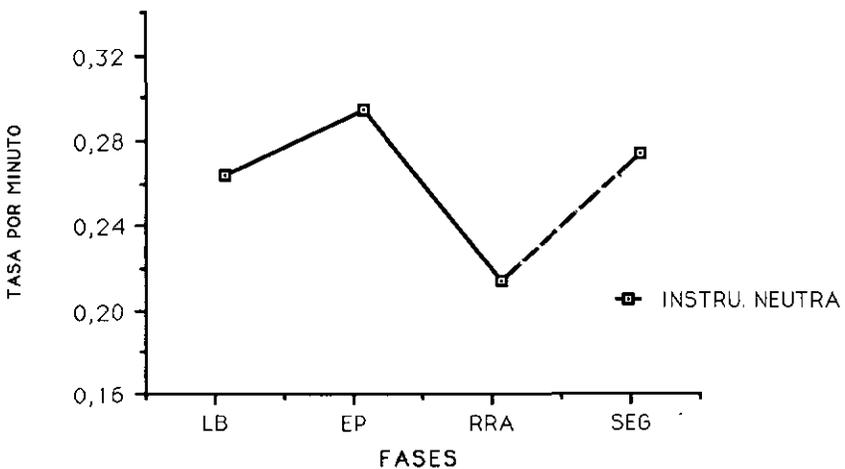
EVOLUCION DE LA APROXIMACION NEUTRA MATERNA



Por su parte, la tasa media de instrucciones maternas (MI) incrementa ligeramente en la fase de EP, lo cual es esperable por el propio proceso terapéutico de esta fase. En efecto, durante el primer módulo de tratamiento la madre aprende a retomar un control consistente y positivo sobre el niño, lo que implica en muchos casos aprender a dar órdenes adecuadas y a seguir que éstas se cumplan, así como a establecer normas y reglas que favorezcan la relación familiar (Fig. 8.11).

FIGURA 8.11

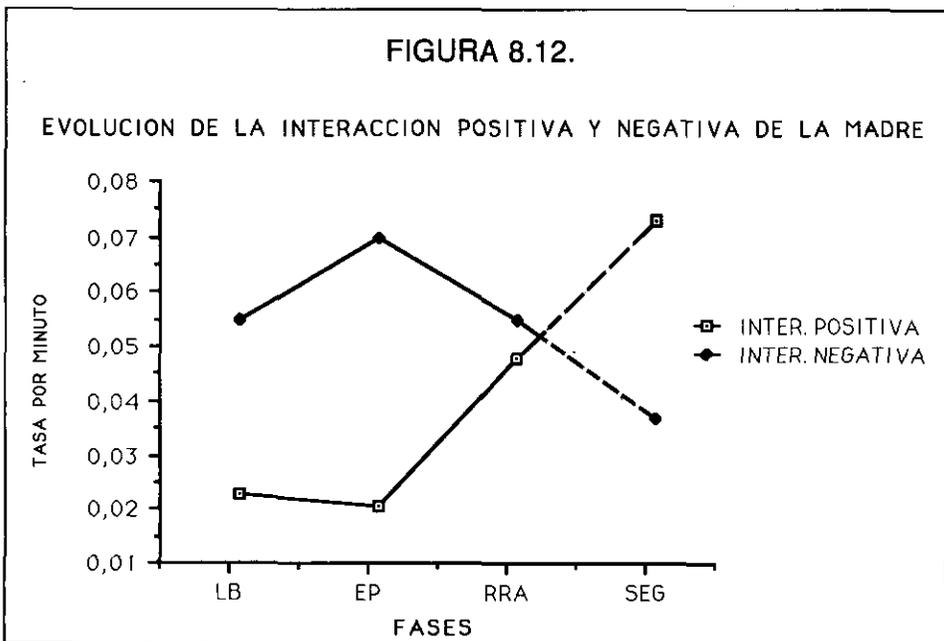
EVOLUCION DE LA INSTRUCCION NEUTRA MATERNA



Así pues, la madre práctica más, por así decir, y esto se refleja en que se eleve la tasa media de este comportamiento. En la fase siguiente, la tasa de instrucciones se reduce, al centrarse la intervención más sobre factores de interferencia que pueden afectar la competencia materna. Estas diferencias, son de interés clínico, aunque los valores no alcanzan niveles de significación. Para los doce casos con datos en las tres fases las medias registradas fueron: .25 en LB, .30 en EP y .20 en RRA; ($F_{(2,22)}= 2.14, p=.14$).

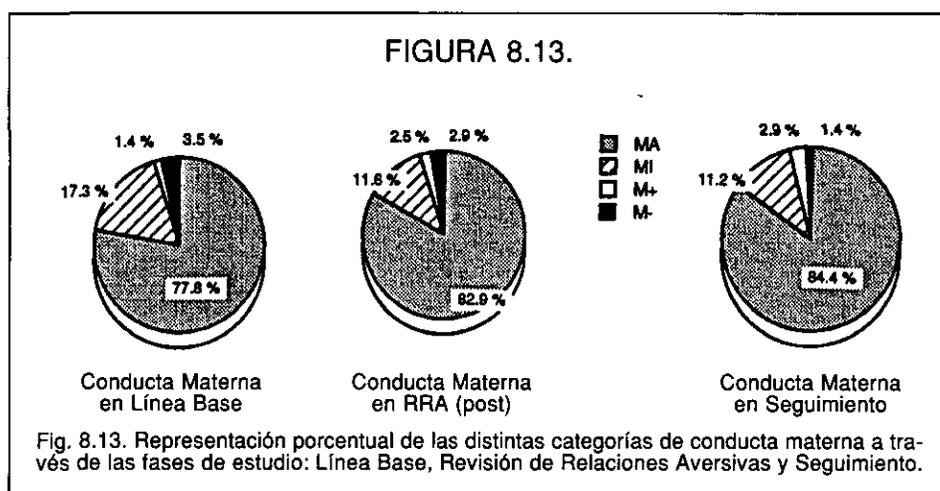
En la evaluación de seguimiento, los siete casos valorados en todas las fases obtuvieron un media de instrucción neutra materna de .31 en LB, .30 en EP, .22 en RRA y .27 en SEG. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($F_{(3,18)}= 1.9 p=.38$).

En relación a la conducta positiva, la tasa media experimenta un incremento en el módulo RRA: de .023 en LB a .046, clínicamente muy relevante, si bien las diferencias no son significativas ($F_{(2,22)}= 1.99, p=.16$). El estudio de seguimiento, muestra también para el grupo de siete sujetos cambios de interés en la línea esperada: 0.29, en LB a 0.61 en SEG; las diferencias no fueron significativas ($F_{(3,18)}= 1.44, p=.26$). Por lo que se refiere a la conducta negativa, la tasa no experimenta cambios a término de tratamiento. Es en el estudio de seguimiento, donde para el grupo de siete sujetos el valor pasa de .05 en LB a .03, en la evaluación realizada a los siete meses de concluido el tratamiento, estas diferencias no se mostraron relevantes en los análisis estadísticos. ($F_{(3,18)}= .39, p=.76$). El gráfico de la Fig. 8.12,



muestra una inversión interesante entre conducta positiva y negativa, de tal modo que aquélla se acerca a la tasa de ésta a término del tratamiento. La inversión, cuando se atiende sólo a los siete casos que constituyen el grupo de seguimiento, se produce ya en el RRA siendo la tasa de conducta materna positiva ligeramente superior a la negativa para ser netamente superior en el seguimiento.

La valoración de las conductas maternas, a través de la información observacional, no sólo puede hacerse considerando una a una las variables, en términos absolutos, sino también en términos relativos y desde el punto de vista del trabajo de intervención y de la interacción diádica madre-hijo, esta valoración es muy relevante. En el gráfico siguiente puede observarse como la proporción de conducta negativa pasa de representar el 3.5% de la conducta materna a 2.9 % a término del tratamiento y a 1.4% en el seguimiento. Mientras que la conducta positiva pasó de 1.4% a 2.5% en RRA y 2.9% en el seguimiento. El niño cuando la madre se dirige a él es menos aversiva y más positiva. Por otro lado, la conducta de interacción neutra también, en proporción experimenta incrementos del 78% aproximado de LB al 83 % en el RRA. Y finalmente las instrucciones neutras, en proporción disminuyen

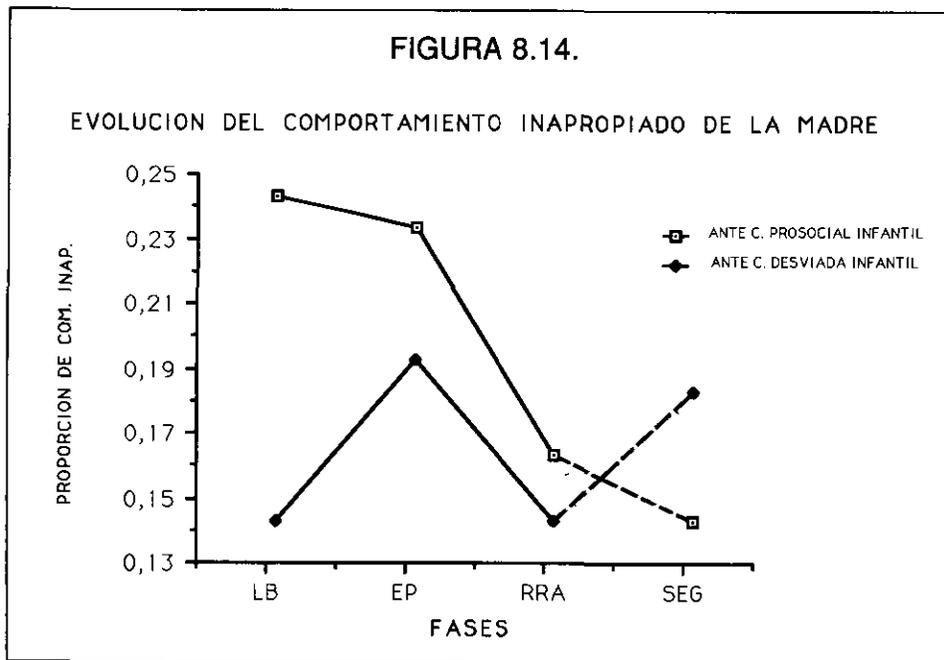


de representar el 17% de la interacción materna con el niño al 12% en el RRA.

Por último se ha estudiado la evolución de la conducta inapropiada de la madre ante conducta prosocial infantil, índice A, y ante conducta desviada, índice B. El índice A se valoró en términos de proporción de frecuencia de pares de conducta infantil positiva seguida de conducta materna inapropiada (según las especificaciones señaladas en el capítulo de Metodología de Evaluación) sobre el total de pares, apropiados e inapropiados. Los resultados indican que el valor de proporción de conducta materna inapropiada baja de .24 a .16 a término

del tratamiento y a .14 en el grupo de seguimiento. Los análisis estadísticos indican que las diferencias no alcanzan valores significativos ($F_{(2,22)} = 2.61, p = .09$), a lo largo del tratamiento, aunque la prueba a posteriori de Fisher muestra que la diferencia pre-post, de LB a RRA, es significativa al 5%. Estos resultados son de gran interés clínico porque la conducta inapropiada de las madres abusivas parece darse precisamente ante conducta prosocial infantil.

El índice B se calculó de manera semejante al A y se constata que oscila dentro de un rango de valores mínimos. Como se recordará en la revisión teórica del cap. 2 las madres con graves problemas de relación y abuso cuando se estudia su comportamiento en el hogar no parece diferenciarse de otros grupos de madres en la respuesta a la conducta desviada del niño, sino que es a la conducta prosocial de éste a la que parecen responder de forma arbitrariamente negativa (veáse fig. 8.14)



Las diferencias en conducta materna inapropiada tras comportamiento desviado del niño no fueron estadísticamente significativas de LB a fin de tratamiento ($F_{(2,22)} = .21, p = .81$). Cuando se considera el grupo de seguimiento los resultados son semejantes ($F_{(3,18)} = .40, p = .75$). Las pruebas a posteriori de Fisher tampoco detectan relevancia estadística en las diferencias entre los tratamientos experimentales tomados dos a dos. Así pues, por lo que a la valoración de competencia materna se refiere, podemos concluir que la proporción de conduc-

ta inapropiada materna ante conducta prosocial del niño experimenta una disminución significativa de LB a término del tratamiento, lo que puede interpretarse en consonancia con los resultados en las variables consideradas de forma individual y en proporciones, como un indicador de que la competencia materna ha mejorado, mientras que su actuación ante conducta desviada infantil se mantiene dentro de los límites mínimos; concretamente, de su conducta total dirigida al niño cuando éste se comporta de forma desviada, una proporción aproximada de .16, o lo que es igual, un 16 % de ella es inapropiada.

8.4. Valoración General

Los resultados hasta aquí expuestos muestran que las diadas madre-hijo han manifestado cambios favorables, a través de los distintos métodos y fuentes de información utilizados, en los factores seleccionados como relevantes y con los instrumentos escogidos para evaluarlos.

En efecto la evaluación del niño se realizó a través de tres fuentes estandarizadas: los informes de terceros, los informes del propio niño, y los registros observacionales de un observador independiente. Además se ha considerado la valoración de la terapeuta sobre el nivel de estresores psicosociales y el de ajuste del niño, a partir de la información de entrevista relativa a estos aspectos. La evolución de estas variables ha sido concordante con los objetivos generales propuestos por el Programa.

Los niños, como grupo, al concluir el tratamiento han obtenido una reducción significativa en la sintomatología depresiva de la que informan, con una mejora paralela en su estilo atribucional, que se constata como menos depresogénico. Los dos casos que, por su edad, no fueron evaluados de acuerdo con los cuestionarios, el juicio clínico de sus terapeutas, basado en la entrevista con el niño, fue también de cambio favorable al concluir el tratamiento. Asimismo, estos niños presentaron niveles significativamente inferiores de problemática general, según informaron las madres mediante prueba estandarizada. Las terapeutas constataron, a través de sus calificaciones en los ejes IV y V de la DSM-III, que en el nivel de estresores psicosociales y en el de ajuste los niños habían experimentado cambios positivos significativos, a término del tratamiento. La interacción en el hogar de estos niños mostró que el nivel de conducta prosocial se mantenía y la conducta desviada mostró una tendencia decreciente, clínicamente relevante, sin que las diferencias fueran significativas en términos estadísticos.

Las madres, como grupo, a término de tratamiento mostraron reducciones significativas en su sintomatología depresiva e incrementa-

ron su frecuencia de contactos extrafamiliares de forma relevante, según la valoración de las pruebas estandarizadas que se han utilizado. Estas variables se relacionan con el comportamiento de estas mujeres como madres, tal como se ha expuesto en la revisión de la investigación sobre el tema; de modo que, estos cambios positivos, favorecen una actuación más competente. En este sentido, son muy relevantes los incrementos significativos experimentados por las madres en su nivel de la resolución de problemas de contenido familiar, con prueba estandarizada. Las madres mientras cumplimentan esta prueba hacen comentarios informales, en el sentido de "eso lo he aprendido aquí" o "pues ahora se me ocurren muchas soluciones", ... La observación de su interacción con el niño en el hogar ha mostrado cambios clínicamente relevantes en la reducción de la conducta negativa e incremento de la conducta positiva, hasta el punto de producirse una inversión y predominar ésta sobre aquélla al concluir el tratamiento, los cambios no han alcanzado, sin embargo, nivel de significación estadística. La valoración cualitativa de la conducta materna en términos relativos, es decir, qué proporción de ésta conducta dirigida al niño es negativa, positiva, instruccional o simplemente de comunicación de carácter neutro, muestra cambios también relevantes en la dirección esperada. En efecto, la conducta negativa materna representa menos en el conjunto, la positiva representa más y la conducta de aproximación, verbal o gestual, neutra también representa más al término del tratamiento respecto de las proporciones en LB. Por otra parte, el incremento de la competencia de la madre también se valora en la medida que actúa de modo más apropiado y discriminado en relación con el carácter de la conducta infantil, especialmente cuando el niño manifiesta conductas prosociales. Los resultados han mostrado que las madres responden de forma menos inapropiada ante la conducta positiva de sus hijos, al finalizar el tratamiento, siendo esta disminución significativa. Cuando el niño actúa de forma negativa o desviada no se producen cambios en la proporción de respuesta inapropiada de la madre que, como indica la literatura, se mueve en niveles reducidos de partida.

El estudio del mantenimiento de estos cambios ha dado resultados positivos, gracias a la colaboración de los sujetos que ha sido elevada, con once sujetos de los catorce que componen el grupo de tratamiento, para la evaluación de cuestionarios y entrevista, y siete, por imposibilidad material de dos casos, en la evaluación observacional. Los análisis muestran que los cambios logrados a término de tratamiento se mantienen a los siete meses de haber concluido el mismo, al no detectarse diferencias entre las puntuaciones a término y las de la evaluación de seguimiento. El número de contactos extrafamiliares de la madre, experimenta un incremento muy destacado en la fase de seguimiento, siendo incluso significativo respecto al punto de término. Esto se halla en consonancia con la información de entrevista y parece

deberse a un “despegue”, en este aspecto, que las madres de alguna manera promovían, ya que comunicaban que salían más se relacionaban con más gente y esto les proporcionaba gran satisfacción por lo que cultivaban cada vez más sus relaciones.

Por lo que se refiere al mantenimiento de los resultados a través de la observación, estos se sitúan en las tendencias esperadas para todas las variables analizadas; así, por ejemplo, la conducta negativa de la madre se mantiene decreciente en el seguimiento y la positiva aumentando; la conducta prosocial del niño se mantiene en el punto de término, la desviada también se mantiene en el valor obtenido en el último módulo; la conducta inapropiada materna tras conducta prosocial infantil se mantiene en el mismo nivel reducido que alcanzó cuando concluyó el tratamiento, etc..

Así pues, puede considerarse que el grupo de madres de nuestro estudio modificó sus pautas de actuación con los niños y también su ajuste, su percepción de los problemas, su modo de resolverlos, sus relaciones con el entorno. Mientras que los niños se sentían mejor, y se relacionaban de un modo más positivo con sus madres y su familia, en general. Es de destacar el hecho de que muchos de estos sujetos incluso mejoraron su aspecto físico que parecía más cuidado en las madres y más saludable en los niños, algunos de ellos crecieron o incrementaron peso en poco tiempo.

Además de la valoración por grupo, las catorce diadas tratadas se evaluaron en sus problemas específicos y en particular en la evolución de la problemática concreta que el niño presentaba al incorporarse al Programa. Los problemas específicos que se detallaron en el aptdo. 7.2.2, fueron resueltos al terminar el tratamiento. Los episodios encopréticos cesaron, en los dos niños con este problema hacia el final del primer módulo y así se mantuvo desde esa fecha hasta el seguimiento sin recaídas. Los problemas de robo y absentismo escolar también remitieron y la información fue convenientemente contrastada con los centros escolares que colaboraron durante el tratamiento y con la policía de la zona y los Servicios Sociales. Los casos de fracaso escolar y absentismo, mostraron cambios favorables, consiguiéndose que los niños superaran las evaluaciones y asistieran regularmente al Centro, realizando sus tareas hacia el final del tratamiento. Los problemas de oposición y conducta agresiva en los tres casos tratados remitieron, y esto se contrastó a partir de la evolución de la interacción de los niños en el hogar y de la valoración en los factores pertinentes de la Escala de Problemas Infantiles que cumplimentaba la madre, así como de las tareas y registros concretos que la familia llevaba. El caso de enuresis primaria con fuerte oposición remitió finalmente, verificándose los cambios en la conducta oposicional una vez logrados resultados con la enuresis, cuyo control fue verificado desde que cesó ese

problema al finalizar el primer módulo hasta la fase de seguimiento, un año, en este tiempo apenas hubo dos accidentes, sin más recaídas. Finalmente, los problemas referentes a la conducta sexual inapropiada de dos niñas con menores y con adultos fuera de casa, dejaron de presentarse al finalizar el tratamiento y se mantuvieron en el seguimiento.

Los castigos físicos y episodios de abuso habían cesado totalmente en todos los casos al concluir el tratamiento. En la mayoría la actuación punitiva de la madre cesó totalmente a las pocas semanas de comenzar el proceso de trabajo del Programa, y en el resto hubo alguna actuación esporádica cuando aun no se había iniciado el segundo módulo de tratamiento, no volviéndose a registrar episodios de este tipo. Las madres mostraban un control más adecuado y positivo del comportamiento de los niños y les resultaba muy gratificante compartir tiempo con ellos charlando o en actividades comunes.

De los catorce casos, los resultados generales se resumen en 8 casos "mejorados" y 6 casos "muy mejorados" considerando para tal calificación la evolución de los cambios en catorce índices objetivos comunes, valorados a través de pruebas estandarizadas y entre tres y cinco específicos, según la particularidad del caso. Para ser considerado un caso como "mejorado" se estableció como criterio cambios en la dirección prevista en todos los indicadores específicos y, al menos, en el 75% de los índices comunes; mientras que para considerarlo "muy mejorado" además de los cambios programados en los objetivos específicos, se requirió cambios en un mínimo del 90% de los indicadores comunes.

8.5. Algunos datos para la estimación de costes en horas de dedicación.

Algunos de los parámetros de coste en tiempo para la realización de este Programa han sido: 1) la duración media del tratamiento, que se extendió a lo largo de unos once meses con unas 30 sesiones de terapia de una hora a hora y media, por caso; 2) la evaluación observacional, incluyendo fase de seguimiento supuso de 24 a 28 horas por familia en sesiones de una hora, concentradas en Línea base, final de Entrenamiento de Padres, final de Revisión de Relaciones Aversivas y el Seguimiento; 3) la evaluación de entrevista consumió unas diez horas por caso, incluyendo también fase de seguimiento, y 4) finalmente, habría que incluir unas diez horas por caso de supervisión de la terapia, unas siete horas en la valoración de datos, pruebas, informes, etc.. y los tiempos de reuniones interequipos para coordinación y establecimiento de objetivos y tareas.

CAPITULO 9.

ANOTACION FINAL

El *Programa de Asistencia psicológica a familias con menores y problemas de abuso*, reúne características que le permiten consolidarse, como un recurso especializado de los Servicios Sociales en la comunidad. Los resultados obtenidos, creemos que merecen ser calificados como muy satisfactorios, ya que con la perspectiva del tiempo transcurrido ha sido posible constatar que los cambios que se registraron a término de tratamiento siguen manteniéndose después de un promedio de siete meses. Esta constatación es de la máxima relevancia puesto que constituye el criterio más duro para cualquier tratamiento: verificar que los resultados no han sido provisionales; y, en nuestro caso, por el tipo de población atendida, los resultados pueden considerarse doblemente importantes.

¿Cuál es la esperanza para las familias multiproblemáticas que tienen sobre sus hombros la responsabilidad de sacar adelante unos hijos, en medio de las dificultades, y con graves problemas de relación?. En base a la experiencia del Programa, podríamos decir que dado el nivel de abandono, de cada dos casos detectados por Servicios Sociales u otras instancias de la comunidad, uno tiene grandes probabilidades de mejorar muy notablemente y encauzar su vida familiar y la relación con sus hijos, en el marco de otras claves distintas a la agresión, la violencia y la amargura que de ello se deriva.

En una valoración más genérica, puede considerarse que ha habido una serie de beneficios que se han derivado de la realización del Programa. Estos beneficios se sitúan a diferentes niveles.

El primer beneficio inmediato lo ha obtenido, sin duda, la comunidad, en particular el amplio sector de las familias con menores, que ha contado con este recurso en su propio entorno. Y más específicamente, los casos que se han implicado en el tratamiento y que finalmente consiguen, gracias a su esfuerzo y el del Programa resolver los problemas y adquirir nuevas pautas y recursos que les permiten afron-

tar, por sí mismos, otros problemas similares en el futuro. Pero existen otras consecuencias positivas derivadas de esta actuación.

Por una parte, el equipo que dirijo formado por psicólogas, con nivel de doctorandas y doctoras, y estudiantes de primer y segundo ciclo de Licenciatura, ha encontrando en el ejercicio de su labor un campo de aplicación de sus conocimientos de incuestionable relevancia social, fomentándose con su experiencia, su vinculación con este sector de problemática y servicio a la comunidad.

Por otra parte, las relaciones con voluntariado de la propia comunidad que se ha involucrado también en prestaciones relacionadas con el Programa ha dado muy buenos resultados, lo que, sin duda, favoreció la aceptación de éste como recurso en el medio social. Asimismo, para el equipo de base de Servicios Sociales la experiencia de coordinación y seguimiento del trabajo ha sido valorada como muy positiva.

Finalmente, a nivel científico, el programa ha puesto de manifiesto la viabilidad de acercar el mundo académico, con su valioso interés por los aspectos teóricos y el rigor metodológico, al mundo social precisamente en un sector de la mayor relevancia, como es el de la atención al menor en su propio contexto, familiar y comunitario. El diseño del proyecto así como su puesta en marcha responde a un esquema teórico y práctico que, actualmente, es lo más avanzado en este campo.

El Instituto de investigación de la Universidad de Tennessee, en EE.UU., al que quien suscribe se encuentra vinculada, lleva más de veinticinco años trabajando con programas de atención terapéutica en familias con menores y problemáticas de agresividad; es de la mayor importancia poder demostrar que es factible, en nuestro medio, realizar programas semejantes con familias que presentan también estos problemas y estudiar sus particulares características.

En definitiva, con el progreso de nuestros conocimientos mejorarán los propios recursos terapéuticos que se les ofrecen a las familias para resolver los importantes problemas de relación que tienen con sus hijos. Así pues, el Programa se enmarca, conscientemente, dentro de la dialéctica teoría y aplicación que es, a nuestro juicio, la más fructífera en este área.

Por último señalar que, el carácter pionero, en nuestro contexto, de la aplicación de un Programa de intervención de estas características, ha exigido una constante evaluación crítica del mismo lo cual ha incrementado el esfuerzo dedicado. Sin embargo, dada la lamentable situación, a pesar de los esperanzadores signos de cambio, en la que todavía se encuentra toda la problemática del menor y sus familias, en nuestro país, consideramos que el compromiso contraído en este cam-

po requiere ese esfuerzo: porque hay mucho camino que recorrer y tratándose de niños el tiempo apremia.

Sólo resta agradecer la confianza que la Generalitat Valenciana y la Administración Local han puesto en el proyecto y el Programa, financiando su realización. Ha sido nuestro compromiso científico y profesional mostrar y demostrar con resultados que el esfuerzo de todos ha merecido la pena.

CAPITULO 10.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achenbach, T. M. (1978): The Child Behavior Profile: I, Boys aged 6-11 *J. of Consulting and Clin. Psychology*, 46, 478-488.

Achenbach, T. M. (1987): Epidemiological comparisons of American and Dutch Children: I behavioral/ emotional problems and competencies reported by parents for ages 4 to 16. *J. American Acad. Child Adol. Psychiat.*, 26, 317-325.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983): *Manual of Child Behavior Checklist and revised Child Profile*, Burlington Dep. of Psychiatry. University of Vermont.

Achenbach, T.M. (1988): Child Behavior Checklist and Related Instruments, en M. Hersen y A. Bellack (eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*. Pergamon Press. pp.94-96

Alfaro, J.D. (1981): Report on the relationship between child abuse and neglect and later socially deviant behavior en R.H. Hunner y Y.E. Walker (Eds.) *Exploring the relationship between child abuse and delinquency*, Allanheld, Osmun & Co.

Altemeier, W.A. (1979): Prediction of child maltreatment during pregnancy. *J. of Amer. Academy of Child Psychiatry*. 18, 205-218.

American Association for Protecting Children (1988): *Highlights of official child neglect and abuse reporting 1986*. Denver. American Humane Association.

Ammerman, R.T. (1990): Predisposing child factors. In R.T. Ammerman & M. Hersen (eds). *Children at risk. An evaluation of factors contributing to children abuse and neglect*. Plenum Press.

Azar, S.T, Robinson, D.R., Hekimian, E y Twentyman, M.t. (1984): Unrealistic expectations and problem solving ability in maltreating and comparison mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 687-691.

Bandura, A. (1973): *Aggression: A Social learning analysis*. Prentice Hall.

Barrio, M.V. del, y Cerezo, M.A. (1990a): CBCL-Achenbach. Escala de Problemas Infantiles en Población Española. Varones 6-11 años. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia, Abril. Actas del Congreso. Area 7 pp.193-197.

Barrio, M.V. del, y Cerezo, M.A. (1990b): Baremos del CBCL-Achenbach en niños españoles. Varones de 6-11 años. *VIII Congreso Nacional de Psicología, Sociedad Española de Psicología*. Noviembre, Barcelona. Actas del Congreso. Area de Métodos y Técnicas.

Barrio, M.V. del, y Moreno, C. (1991): Baremos del CBCL-Achenbach en niños españoles. 4-5 años. *Congreso de Evaluación Psicológica*, Barcelona

Beck, A.T. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Belsky, J. (1980): Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.

Belsky, J. y Vondra, J. (1987): Child Maltreatment en D.H. Crowell, I. M. Evans y C.R. O'Donnell (Eds.) *Childhood Aggression and Violence* Plenum Press

Berger, B. (1987): Multiproblem Families and the Community, en J.Q. Wilson y G.C. Loury (Eds.) *From children to citizens*. Springer-Verlag

Burgess, R.L. y Conger, R. (1978): Family interactions in abusive, neglectful and normal families. *Child Development*, 49, 1163-1173

Burgess, R. L. y Richardson, R. A. (1984) Coercive interpersonal contingencies as a determinant of child abuse: implication for treatment and prevention en R.F. Dangel y R. A. Poster(eds.) *Behavioral Parent Training*. NY Guilford. (239-259).

Buss, A. H. (1961): *The Psychology of aggression*, Wiley.

Calam, R. y Franchi, C. (1987): *Child abuse and its consequences*, Cambridge Univ. Press.

Cerezo, M. A. (Ed.), (1991): Interacciones Familiares. *Un sistema de evaluación observacional*. Mepsa. Madrid

Cerezo, M.A. (1983): *Aspectos teóricos del Entrenamiento Conductual de Padres*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Cerezo, M.A. (1988a): Community Interaction Checklist, en M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, 135-138.

Cerezo, M.A. (1988b): Standardized Observation Codes en M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, 442-445.

Cerezo, M.A. (1991): *A Program for Psychological Treatment of Abusive Families. Presentado a la III European Conference on Child Abuse and Neglect. Symposia Risk Assessment and Intervention*, Praga Checoslovaquia.

Cerezo, M. A. y Keesler, T.Y. (1985): Identifying behavioral patterns in coercive mother-child exchanges, Presentado en la *Reunión anual de la Tennessee Association of Behavior Therapy*, Memphis, TN, USA. Mayo.

Cerezo, M.A., Keesler, T. Y., Dunn, E. y Wahler, R.G.(1986): Standardized Observation Codes III (SOC-III). Documento del Child Behavior Institute, University of Tennessee, TN, USA. (traducción castellana en M.A. Cerezo (Dir.): *Interacciones Familiares. Un sistema de evaluación observacional*. SOC-III Mepsa. Madrid, cap. 1.

Cerezo, M. A. y D'Ocon, A. (1992): Maternal Inconsistent socialization as interactional pattern in maltreated children. Presentado al *IX International Congress on Child Abuse and Neglect*, Chicago, IL, USA Sept.

Cicchetti, D. y Carlson, V (1989): *Child Maltreatment*. Cambridge Un. Press

Cicchetti, D y Rizley, R. (1981): Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for child development*, 11, 31-55

Dumas, J. (1986): Indirect influence of maternal social contacts on mother-child interactions: A setting event analysis. *J. of Abnormal Child Psychology*, 14, 205-206.

Dumas, J. y Wahler, R.G.(1983): Prediction of treatment outcome in Parent Training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301-313.

Dumas, J y Wahler, R.G (1986): Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-Oppositional Child Behavior: "Damned if you do & Damned if you don't" *J. of Abnormal Child Psychology*, preprint.

Francis, C.R., Hughes, H.M. y Hitz, L.(1992): Physically abusive parents and the 16 PF: A preliminary psychological typology. *Child Abuse and Neglect*, 16(5), 673-693

Finch et. al. (1985): Children's Depression Inventory: sex and grade norms for normal children. *J. of Consulting and Clinical Psychol.*, 53, 424.

Friedman, R. M., Sandler, J., Hernández, M. y Wolfe, D. A.(1981): Child Abuse, en E. J. Mash y L. G. Terdal (Ed.) *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. Guilford Press (3a. reimp. 1984). cap. 5.

Frías Navarro, D. (1990) *Relación entre autoestima y depresión en población infantil valenciana*. Tesis Doctoral sin publicar. Universidad de Valencia.

Gaensbauer, T.J. (1981): Affective behavior patterns in abused and/or neglected infants. en N. Frodi (Ed.) *The understanding and prevention of Child Abuse: Psychological approaches*. London, Concord Press.

Garbarino, J. (1980): Defining emotional maltreatment: *The message is the meaning*. *J. of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 2, 105-110

Garbarino, J.(1977): The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *J. of marriage and the family*, 39, 721-736

Garbarino, J. y Koltelny, K. (1992): Child Maltreatment as a community problem, *Child Abuse and Neglect*, 16(4), 455-465

Gelles, R.J. (1973): Child Abuse as psychopathology: a sociological critique and reformulation. *American J. of Orthopsychiatry*, 43, 611-621.

Gelles, R.J. (1978): Violence toward children in the United States. *American J. of Orthopsychiatry*, 48, 580-592.

Gelles, R.J. y Cornell, C.P. (1990): *Intimate violence in families* (2ª edc.) Sage Pub.

George C. y Main, M (1979): Social interactions of young abused children: approach, avoidance and agresion. *Child Development*, 50, 306-318.

Gil, D. G. (1973): *Violence against children: Physical child abuse in United States*. Harvard Un. Press

Gray, E. (1985): *Child Abuse: Prelude to delinquency: findings of a re-*

search conference conducted by the National Committee for Prevention of Child Abuse. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Griest, D.L., Wells, K.C. y Forehand, R.: An examination of predictors of maternal perception of maladjustment in clinic referred children, *J. of Abnormal Psychology*, 88, 277-281.

Griffiths, D.L. y Moynihan, F.J. (1963): Multiple Epiphyseal Injuries in Babies (Battered Baby Syndrome). *British Medical Journal*, 5372: 1558-1561.

Informe del Ayuntamiento de Madrid. Area de Servicios Sociales: *Experiencia de Educación Familiar en Servicios Sociales*. Evaluación 1986. Publicación del Ayto. de Madrid.

Jones, D.N., Pickett, J., Oates, M.R. y Barbor, P.H. (1982): *Understanding Child Abuse*, Wiley (traduc. catalana *El maltractament del infants*. *Prevençió i atenció del problema*, en ed. Frontissa, 1987).

Kantor, J.R. (1959) *Interbehavioral psychology*. Granville, OH: Principia Press.

Kaslow, N.J. (1984): Social cognitive and cognitiva correlates of depression in children *J. of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.

Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L. y Seligman, M. E.P (1978): The KASTAN-R: A children's attributional style questionnaire (KASTAN-R,CASQ). Unpublished manuscript. University of Pennsylvania.

Kazdin, A (1981): Assessment techniques for childhood depression: A critical appraisal. *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 358-375.

Kazdin, A.E., Moser, J., Colbus, D. y Bell, R. (1985) Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 298-307.

Kellam, S., Adams, R. y Brown, C.H. (1982): The long-term evolution of family structure of teenage and older mothers. *J. of Marriage and the Family*, 44, 539-544.

Kelly, G.A. (1955) *The psychology of personal constructs*. Vols. 1 y 2. New York: Norton.

Kempe C. H. (1973): A practical approach to the protection of the abused child and rehabilitation of the abusing parent. *Pediatrics*, 51, 804-812

Kempe C. H. y Helfer R. E. (1972): *Helping the battered child and his family* Lippincott.

Kempe, C.H., (1962): The battered child syndrome. *J. of the American Medical Association*, 181, 17-24.

Kovacs, M. (1980/81): Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatria*, 46, 305-315.

Larrance, D.T. y Twentyman C.T. (1983): Maternal attributions and child abuse. *J. of Abnormal Psychology*, 92, 449-457.

Lazoritz, S. (1990): Whatever happened to Mary Ellen?. *Child Abuse and Neglect*, 14, 143-149.

Loeber, R., Reid, J., Feldman, D. (1983): The effects of parent training on the tracking behavior of abusive parents. *Congreso de la American Association for Advancement of Behavior Therapy*, Washington, D.C.

Lorber, R., Reid, J.B., Feldman, D., (1983): *The effects of parent training on the tracking behavior of abusive parents*, Presentado en el Congreso de la American Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC.

Lorber, R. Felton, D. y Reid, J.B (1984): A social learning approach to the reduction of coercive processes in child abusive families: a molecular analysis. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 6, 29-45

Lynch, M.A. (1985): *Child Abuse before Kempe: an historical literature review*. *Child Abuse and Neglect*, 9, 7-15.

MacKeith, R.(1975):Speculations of some possible long-term effects en A. Franklin (Ed.): *Concerning Child Abuse* Churchill Livingstone.

National Center on Child Abuse and Neglect (1988): *Study findings: study of National incidence and prevalence of child abuse and neglect:1986*. Washington, D.C.: U.S Department of Health and Human Services.

Panaccione, V.F. y Wahler, R.G. (1986): Child Behavior, maternal depression and social coercion as factors in the quality of child care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 263-278.

Parke, R. D. y Collmer, C W. (1975): Child Abuse: an interdisciplinary analysis. en E.M. Hetherington: *Review of Child Development Research* vol. 5, cap. 9.

Patterson, G. (1982): *Coercive Family Process*, Castalia.

Patterson, G., DeBaryshe, B. y Ramsey, E. (1989): A developmental perspective on Antisocial Behavior, *American Psychologist*, 44, 329-335.

Pons, G., y Cerezo, M.A. (1991): Propiedades psicométricas del SOC-III, en M.A. Cerezo (Ed.) *Interacciones familiares: Un sistema de evaluación observacional*. Mepsa, Madrid.

Reid, J. (1983): Social-interactional pattern in families of abused and non-abused children, en C. Z. Waxler, M. Cummings y M. Radke-Yarrow (Eds.) *Social and biological origins of altruism and aggression*, Cambridge Press.

Reid, J. (1985): Behavioral approaches to intervention and assessment with child-abusive families. en P. Bornstein y A. Kazdin (Eds.) *Handbook of clinical behavior therapy with children*, preprint.

Reid, J., Taplin, P.S. y Loeber, R. (1981): A social interactional approach to the treatment of abusive families. en R. Stuart (Ed.): *Violent behavior: Social learning approaches to prediction, management and treatment*. NY, Brunner/Mazel.

Saylor, C.F. (1988): Children's Depression Inventory en M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, Pergamon.

Saylor, C.F. (1988): Children's Depression Inventory en M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, Pergamon.

Seligman, M.E.P. (1984): Explanatory style and depressive symptoms among school children, *J. of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.

Soler-Boada, M.J. (1991). Análisis de registros de interacciones familiares (ARINFA). Software para Macintosh. Mepsa.

Smith, S.M. (1975): The battered child syndrome, London Butterworth, pp. 197-202, 213-215, recogido en C.M. Lee (Ed.): (1989,4a. reimp.): *Child Abuse: a reader and sourcebook*. Open Univ. Press cap. 19.

Spinetta, J.J. y Rigler, D. (1972): The child abusing parent: a psychological review. *Psycholog. Bull.*, 77, 296-304.

Starr, R.H. (1990) The epidemiology of child maltreatment, en R. T. Ammerman y M. Hersen (Eds.) *Children at risk*, Plenum Press.

Steele, B.F. y Pollock, C.B. (1968) A psychiatric study of parents who abuse infants and small children en R. E. Helfer y C. H. Kempe (Eds.) *The battered child*. Univers. of Chicago Press.

Steer, R.A. y Beck, A.T. (1988): Beck Depression Inventory, en M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, 44-46. Pergamon.

Straus, M. (1980): A sociological perspective on the causes of family violence, en M.R. Green (Ed.) *Violence and the family*, cap.1. Boulder, CO.

Strauss, M.A., Gelles, R.J. y Steinmetz, S.K. (1980): *Behind closed doors: Violence in the American family*. Anchor Press/Doubleday.

Vasta, R. (1982): Physical child abuse: a dual-component analysis. *Developmental Review*, 2, 125-149.

Wahler, R. G. y Graves, M.G. (1983): Setting events in social networks: Ally or enemy in child behavior therapy, *Behavior Therapy*, 16, 19-36.

Wahler, R.G y Dumas, J (1984) Maintenance factors in coercive Mother-child interactions: the compliance and predictability hypotheses. *Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy*, November

Wahler, R.G. (1980): The insular mother: her problems in parent-child treatment. *J. of Applied Behavior Analysis*, 13, 207-219

Wahler, R.G. y Dumas, J. (1986): "A Chip of the old block": Some interpersonal characteristics of Coercive Children across generations. En P.S. Strain, M.j. Guralinck y H.M. Walker (Eds.) *Children's prosocial behavior*. Academic Press.

Wahler, R.G.: (1990): Social Networks and coercive mother-child interactions, *J. of Social and Clinical Psychology*, 9, 43-53.

Wahler, R.G. y Afton, A.D. (1980): Attentional process in insular and non-insular mothers. Some differences in their summary reports about child problems behavior. *Child Behavior Therapy*, 2, 25-41.

Wahler, R.G. y Dumas, J. (1989): Attentional Problems in dysfunctional mother-child interactions. *Psychological Bull.*, 105, 116-130

Wahler, R.G., Leske, G., y Rogers, E.S. (1979): The insular family: a deviance support system for oppositional children, en L.A. Hamerlynck (Ed.) *Behavioral Systems for the developmentally disabled I: School and family environments*. Bruner/Mazel.

Wahler, R.G. y Cormier, G. (1970): The ecological interview: A first step in outpatient child behavior therapy *J. of Behavior Therapy and Experim. Psychiatry*, 1, 293-303.

Wahler, R.G. y Dumas, J. (1986): "A chip off the old block": Some interpersonal characteristics of Coercive Children across generations en P. S. Strain, M.J Guralnick y H. M. Walker (Eds) *Children's prosocial behavior*. Academic Press.

Wahler, R. G., Williams, A. y Cerezo, M.A. (1992): The Compliance and Predictability Hypotheses: Sequential and Correlational Analyses of Coercive Mother-Child Interactions. *Behavioral Assessment*, 12, 391-407

Wasik, B.H. (1984): *Problem solving for parents: a handbook for professionals*. manuscrito no publicado. Frank Porter Graham Child Development. Center university of North Carolina at Chapel Hill.

Wasik, B.H. (1989): The systematic observation of Childre: Rediscovery and advances *Behavioral Assessment*, 11, 210-217

Webster-Stratton, C.(1985): Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children, *Behavior Therapy*, 16, 223-243.

Williams, G.J. (1980): Cruelty and kindness to children: Documentary of a century 1874-1974, en G.J. Williams, y J. Money (Eds.) *Traumatic abuse and neglect of children at home* (pp.68-77). Hopkins Univ. Press.

Wilson, J.Q. (1987): Strategic opportunities for Delinquency Prevention, en J. Q. Wilson y G.C. Loury (Eds.) *From children to citizens*. Springer-Verlag.

Wintraub, B. (1978): *Children's Parental Behavior Report Inventory*. Unpublished manuscript, State University of New York, S.U.N.Y.

Wolfe, D. (1985): Child-Abusive Parents: An Empirical Review and Analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482.

Wolfe, D.A. (1987): *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*, Newbury Park, CA.: Sage.

Wolfe, D. (1991): *Preventing Physical and Emotional Abuse of Children*. Guilford Press

Young, L.(1964): *A study of child abuse and neglect*. Princeton: McGraw-Hill.