PARENTALIDAD, CUIDADOS Y BIENESTAR INFANTIL

El desafío de la intervención en contextos adversos



MIGUEL SALAZAR MUÑOZ
[Coordinador]

Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

RiL editores

Parentalidad, cuidados y bienestar infantil. El desafío de la intervención en contextos adversos

Miguel Salazar Muñoz
[Coord.]

Parentalidad, cuidados y bienestar infantil

El desafío de la intervención en contextos adversos

Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

RiL editores

155.4 Salazar Muñoz, Miguel
S Parentalidad, cuidados y bienestar infantil. El desafío de la intervención en contextos adversos / Miguel Salazar Muñoz, coordinador. – – Santiago : RIL editores • Universidad San Sebastián, 2021.

432 p. ; 23 cm.
ISBN: 978-84-18982-08-8

1 parentalidad-chile. 2 psicología infantil. 3. bienestar del niño. 4. derechos del niño..

Este libro contó con la aprobación del Comité Editorial y fue sometido al sistema de referato externo, ciego y por pares.

Parentalidad, cuidados y bienestar infantil.
El desafío de la intervención en contextos adversos
Primera edición: octubre de 2021

© Miguel Salazar Muñoz, coord., 2021
Registro de Propiedad Intelectual
N° 2021-A-4654

© RIL® editores, 2021

Sede Santiago:
Los Leones 2258
cp 7511055 Providencia
Santiago de Chile
(56) 22 22 38 100
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Sede Valparaíso:
Cochrane 639, of. 92
cp 2361801 Valparaíso
(56) 32 274 6203
valparaiso@rileditores.com

Sede España:
europa@rileditores.com • Barcelona

Composición e impresión: RIL® editores
Diseño de portada: Matías González Pereira

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-84-18982-08-8

Derechos reservados.

Índice

Presentación 9

Prólogo 13

Modelos, programas y experiencias de promoción de la parentalidad y bienestar infantil

1. La promoción de la parentalidad positiva mediante programas basados en evidencia 17
María José Rodrigo y Enrique Callejas

2. El modelo ODISEA: diez años de aprendizajes en la intervención parental y familiar 37
Esteban Gómez Muzzio

3. Día a Día UdeC: una mirada al recorrido de diseño, implementación y evaluación de un programa de prácticas parentales positivas para prevenir problemas de conducta en preescolares 57
Paulina Rincón González, Karen Oliva Jara y Pablo Vergara-Barra

4. Introducción al modelo de crianza terapéutica para cuidadores y cuidadoras ... 69
María Vergara Campos y Yanet Quijada Inostroza

5. Desorganización del apego en la infancia, trauma complejo y una propuesta de intervención: el programa de apego y trauma complejo (PAT)..... 87
Germán Monje y Felipe Lecannelier

6. Modelo de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales: Aprender a Crecer 111
María Pía García Parodi

7. Programas de Prevención Focalizada: una aproximación a los usuarios (as), las prácticas y desafíos de la modalidad..... 133
Miguel Salazar, Luis Álvarez, Yonatan Bustamante, Verónica Riquelme, Dorian Vega y Patricia von Freeden

Cuidados, evaluación y toma de decisiones

8. La mentalización parental como factor protector en la parentalidad temprana en contextos de adversos..... 167
María José León Papic, Stefanella Costa Cordella y Catalina Sieverson Raddatz

9. ¿Mamá de transición o guardadora?, un estudio cualitativo de diversas perspectivas de cuidadoras en programas de familias de acogida externas 189
Manuela García-Quiroga, Catherine Hamilton-Giachritsis y Paula Ascorra

10. La toma de decisiones en acogimiento familiar: emparejamiento de niños y niñas con familias de acogida en Países Bajos y Chile.....205
Mónica López López, Pamela Jiménez Etcheverría, Jaime Muñoz Insunza y Kirti Zeijlmans
11. De la selección a la evaluación formativa: modelo de evaluación formativa para la parentalidad adoptiva (EFI).....221
Esteban Gómez Muzzio y Irene Salvo Agoglia
12. Valórame: un instrumento para valorar la gravedad de las situaciones de desprotección infantil.....241
Antonio Molina Facio y Carlos Martínez Bermúdez
13. Escala para la evaluación infantil de la parentalidad EPI: adaptación y validación de una escala para la evaluación de competencias parentales desde la perspectiva de niños, niñas y adolescentes.....259
Magdalena Muñoz, Catarina Guerrero, Iván Armijo y María Paz Badilla

Reflexiones y aportes para los desafíos actuales

14. Reflexiones sobre la crisis de los cuidados de la infancia durante la pandemia de la COVID-19 291
Camilo Morales
15. «Una bandada de niñitos»: repensando la intervención social con infancia migrante.....303
Iskra Pavez-Soto, Valeria Acuña, Caterine Galaz y Daniela Poblete Godoy
16. Uso seguro y responsable del internet: lugar del cuidado parental 319
Edgardo Toro y Cristóbal Guerra
17. Apego y parentalidad en la adolescencia 333
Cristián Pinto-Cortez
18. El uso de la mentalización para el abordaje del trauma complejo del desarrollo: aportes para una práctica clínica basada en la evidencia en Chile.....347
Moufarrej Riff Silva, Javier Morán-Kneer y Francisco Romero Cabrera
19. Repensando el trabajo con familias en contexto de pandemia: aportaciones desde la psicología de la emergencia para la promoción del bienestar infantil.....363
Eduardo Sandoval-Obando
20. Experiencias adversas en la infancia y uso problemático de drogas en la adolescencia: una breve mirada promocional y preventiva 383
Claudio Rojas-Jara y Gerardo Chandía-Garrido
21. Intervención familiar con familias de infractores de ley.....397
Carolina Báez Hernández y Álvaro Barra Romo
22. Trayectoria profesional-formativa y rol de psicólogos y psicólogas que se desempeñan en la red de protección de derechos en Valparaíso y Viña del Mar: un estudio descriptivo.....413
Makarena Ugarte García, Camila Henríquez Gallardo, Diego Ulloa Guerra, Sebastián Leiva Cárcamo, Paulina Cataldo Espinoza, Silvia González Chamorro y Javier Morán-Kneer

Presentación

Este libro es una obra colectiva que congrega el trabajo de cincuenta y seis profesionales e investigadores, interesados en desarrollar innovaciones metodológicas y aportes teóricos para contribuir al desafío que implica apoyar profesionalmente a niños, niñas, adolescentes y familias que viven en contextos adversos, que limitan muchas veces las posibilidades para acceder a estados óptimos de bienestar y desarrollo humano. Este esfuerzo académico cobra relevancia debido al contexto político institucional de transformación que atraviesa actualmente Chile, reflejado en la creación del nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, hecho que plantea desafíos no solo en la dimensión política, sino que también en el área técnica y metodológica.

La estructura del libro plantea tres apartados que en total congregan 22 capítulos, que desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas abordan el tema de la parentalidad, los cuidados y el bienestar infantil en contextos adversos, con la intención de establecer un diálogo entre la investigación, intervención y políticas públicas.

En la primera sección del libro, denominada *Modelos, programas y experiencias de promoción de la parentalidad y bienestar infantil*, se presentan interesantes innovaciones metodológicas para el trabajo con familias, niños, niñas y adolescentes, a través de siete capítulos de autores chilenos y españoles con larga trayectoria en la temática. El primer capítulo, escrito por María José Rodrigo y Enrique Callejas, presenta los fundamentos de la promoción de la parentalidad positiva mediante programas basados en evidencia, enfoque de trabajo que ha alcanzado amplio reconocimiento en Chile, en tanto es un aporte para cambiar el enfoque de trabajo con familias hacia un mirada promotora de relaciones saludables entre padres e hijos, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental para garantizar los derechos del niño y el bienestar infantil. El libro continúa con la presentación de las bases teóricas y metodológicas de los modelos *ODISEA*, *DaD UdeC®, Aprender a Crecer* y *el Programa de Apego y Trauma Complejo*, desarrollados en Chile sustentados en la evidencia disponible para otorgar respuestas prácticas a las necesidades de especialización de la intervención a nivel nacional.

Este apartado también incluye al *Modelo de Crianza Terapéutica,* desarrollado en España como una propuesta de relación de apoyo al cuidador(a)

para la crianza de niños y niñas con afectación, que por su valor clínico cuenta con posibilidades de aplicación en Chile. Este segmento cierra con un análisis de los *Programas de Prevención Focalizada* (PPF), orientado a robustecer técnicamente esta línea de trabajo en el marco del nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia en Chile.

La segunda sección del libro, denominada *Cuidados, evaluación y toma de decisiones,* congrega seis capítulos escritos por académicos de Chile, España, Países Bajos y Reino Unido, que aportan al lector una serie de elementos teóricos y empíricos en temas de suma importancia y utilidad para la intervención y el fortalecimiento de las políticas públicas de Chile. Así, en esta sección se abordan temas como la mentalización parental en edades tempranas como factor protector en contextos de adversidad; las perspectivas de las cuidadoras en programas de familias de acogida externas en Chile; la toma de decisiones en acogimiento familiar; la evaluación formativa para la parentalidad adoptiva; la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil y la evaluación infantil de la parentalidad.

La tercera y última sección del libro, denominada *Reflexiones y aportes para los desafíos actuales,* reúne nueve capítulos de académicos chilenos que abordan un campo amplio de temas convexos y emergentes para nuestro país en el ámbito de la parentalidad, cuidados y bienestar infantil. Las transformaciones sociales que ha vivido Chile en los últimos años, y más recientemente producto de la pandemia por la COVID-19, ha hecho necesario discutir sobre las tensiones presentes en las intervenciones sociales con infancia migrante y los desafíos que se presentan para los cuidados de la infancia en el contexto de pandemia. De la misma forma, este apartado aporta con capítulos orientados al análisis del desafío que implica en la sociedad actual el ejercicio de la parentalidad con adolescentes, además de la intervención con grupos expuestos a experiencias de vida adversa y traumatización crónica, y, expresiones negativas de estas como el uso problemático de drogas en la adolescencia y la infracción de ley. Como marco general, este apartado cierra con los desafíos que implica la especialización profesional para el trabajo en programas de protección de derechos a la infancia en Chile, aspecto central a considerar por la nueva institucionalidad en materia de infancia vulnerada en nuestro país.

El prólogo del libro fue escrito por la Dra. María Angélica Kotliarenco, referente en Chile y Latinoamérica en el marco conceptual de la Resiliencia, quien con una trayectoria de más de cincuenta años de trabajo en investigación, actualización, promoción y formación de profesionales en Chile, es voz autorizada para referirse a los alcances de esta obra.

Para finalizar esta presentación, a través de estas líneas es importante hacer extensivo el agradecimiento a todas las personas que han participado en la construcción de este libro, quienes gentilmente accedieron a compartir su trabajo para contribuir al desarrollo de las personas y superar los obstáculos

que presentan los contextos adversos que tensionan en la actualidad las formas de apoyo psicosocial desplegadas desde organizaciones públicas y privadas. También, expresar nuestra gratitud al Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, por financiar la publicación de esta obra a través del fondo Chile Compromiso de Todos – Línea evaluación de experiencias 2019. Igualmente, agradecer a la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio de la Universidad San Sebastián por estimular esta línea de trabajo en colaboración con otras instituciones académicas, actores comunitarios y sociedad civil. Finalmente y de manera muy especial, queremos expresar nuestro reconocimiento a los niños, niñas, adolescentes y familias que luchan diariamente ante la adversidad para desarrollar sus potencialidades y mantener su dignidad. A ellos y ellas, muchas gracias por otorgar sentido a nuestro trabajo.

Miguel Salazar Muñoz (Coord.)

Prólogo

Sin duda, este libro llega al mundo de hoy a mostrarnos la realidad vivida por vastos sectores de la población donde la adversidad, el dolor, el maltrato, la delincuencia, los problemas con la ley, el abuso sexual, entre otros, penetran bajo la piel.

El dolor se hace carne y la realidad transforma sus colores, su forma, y, más aún, los contenidos que dicha forma expresa. El mundo de hoy atraviesa por una situación compleja, caótica, en la que los temas de la promoción de la parentalidad, y promoción del bienestar son temas candentes.

La promoción en tanto prevención es la tarea de hoy

El título de este libro *Parentalidad, cuidados y bienestar infantil: el desafio de la intervencion en contextos adversos*, refleja su contenido. Los temas tratados se insertan en lo que se denomina el círculo de seguridad (círculo del apego). Además, se inserta en la teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner.

Por otra parte, este refleja, en términos generales un giro respecto de las publicaciones del siglo XX, ya que cubre temas tales como las guardadoras, el acogimiento familiar, las crisis de los cuidados infantiles, el apego y la parentalidad; incluso se referie a la intervención familiar con adolescentes infractores de ley y a la trayectoria profesional formativa de las y los psicólogos que se desempeñan en el programa de protección de derechos.

A comienzos del siglo XXI, respondiendo a la realidad gestada gracias a la revolución tecnológica, hasta hoy el trabajo práctico, es decir, la acción, las publicaciones académicas y teóricas, trae consigo temas como la necesidad de los diagnósticos y la respuesta del mundo teórico-práctico, la que se expresa claramente a través de la creación de instrumentos. Todo esto se refleja en la gran cantidad de estudios y evaluaciones que se publican actualmente; algunos de los cuales se incluyen en el presente libro.

En las últimas décadas la preocupación por la rigurosidad, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, nos muestra un mundo en el que se aprecia una búsqueda por el conocimiento y las posibilidades de alterar las condiciones de vida disfuncionales incluso los tipos de vivienda, por ejemplo, la distribución y dimensión que observamos en el área de habitabilidad en los sectores más deprivados en términos psico-socio-emocionales y económicos.

Ejemplo de lo dicho es el capítulo de María José Rodrigo y Enrique Callejas cuyo título es *«La promoción de la parentalidad positiva mediante programas basados en evidencia»*.

A partir de los años noventa la visión del ser humano giró radicalmente: la tecnología nos mostró un cerebro dinámico, plástico, interactuando permanentemente con los estímulos externos, entregándonos una visión más humanizada, más respetuosa de los límites que han demarcado con claridad los avances en la llamada psicobioneurofisiología y endocrina.

En términos generales, este libro constituye un adecuado ejemplo de temas que responden a la multidimensionalidad del ser humano. Sin duda, esta tendencia aumenta la complejidad del cerebro humano, nos muestra que este es sin duda un sistema integrado a través del cual cada uno de los microsistemas cumple su función mediante su permanente interacción intra y entre sistemas.

Entre las virtudes de este libro descansa el contener publicaciones que entregan un marco teórico que nos provee los andamiajes de forma tal que podría ser traducida o trasladada a un plan de acción; lo que sin duda reviste un avance significativo, considerando la frecuente invasión de textos extranjeros.

Es así como las referencias bibliográficas de Latinoamérica son básicamente referidas a otros países. Esto tiene como efecto la desconsideración de la cultura y la sociedad en la cual este material debiese gestarse. Sin embargo, el presente libro sí considera prioritariamente las discusiones y las propuestas en el plano de la política social, alimentando así el quehacer en Latinoamérica. El tema al que se quiere apuntar, a través de estas líneas, es que la evidencia empírica foránea nos confunde tanto en el diagnóstico como en la lectura de la interpretación de la evaluación.

Un punto destacable que necesita ser descrito es el que se refiere a los aportes de las evidencias empíricas –de los distintos autores– que permiten alimentar el quehacer cotidiano de las distintas entidades públicas y privadas que trabajan en estos temas, tanto en la acción como en la teoría.

Por último, la revisión bibliográfica en todos los capítulos que conforman este libro es destacable, adecuada y representa una puesta al día sobre los temas tratados por cada uno de los autores.

Sin duda, recomiendo la lectura de este libro, así como invito al público en general, a considerar sus recomendaciones, discusiones y reflexiones.

Dra. María Angélica Kotliarenco A.[1]

[1] Ph.D. Directora Ejecutiva del Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM). Psicóloga Universidad Católica de Chile. Máster en Ciencias y Doctor en Filosofía, Instituto de Educación, Universidad de Londres. Estudios Post-Doctorales, Instituto de Educación, Universidad de Londres. Socia fundadora de la Red Latinoamericana de Resiliencia. En el año 2012 recibió el Título de Embajadora de Resiliencia Universal.

Modelos, programas y experiencias de promoción de la parentalidad y bienestar infantil

La promoción de la parentalidad positiva mediante programas basados en evidencia

María José Rodrigo López
Universidad de La Laguna, España

Enrique Callejas Castro
Universidad de La Laguna, España

El enfoque europeo de la parentalidad positiva y la experiencia española de su adopción

Las políticas europeas en materia de infancia y familia consideran que los cambios y retos a los que se enfrentan las familias actuales requieren que se dé al ejercicio de la parentalidad una mayor prominencia y apoyo. Teniendo en cuenta que dicho apoyo es esencial para garantizar los derechos de la infancia y adolescencia, beneficiar a las propias figuras parentales y a la sociedad en su conjunto. Así, la Recomendación (2006)/19 del Consejo de Europa [Council of Europe] sobre *Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva* define la parentalidad positiva como:

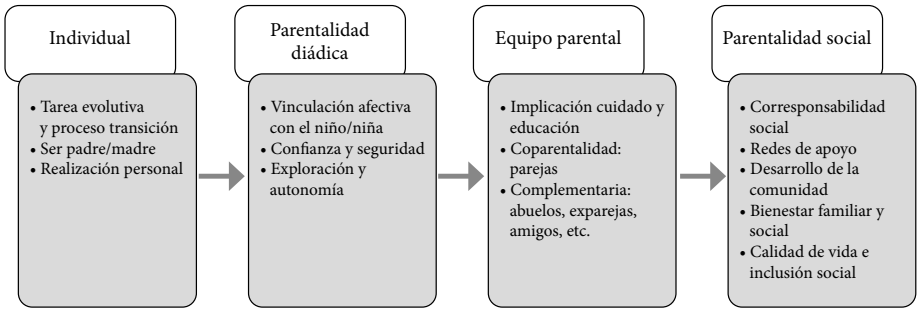
> Un comportamiento parental que asegura la satisfacción de las principales necesidades de los niños, es decir, su desarrollo y capacitación sin violencia, proporcionándoles el reconocimiento y la orientación necesaria que lleva consigo la fijación de límites a su comportamiento, para posibilitar su pleno desarrollo. (p. 6)

Concretamente, la tarea parental se debe dirigir a lograr vínculos afectivos sanos, protectores y estables; proporcionar un entorno estructurado en rutinas y hábitos basados en normas y valores; fomentar la estimulación y oportunidades de aprendizaje para la infancia y adolescencia así como el reconocimiento de sus logros y promoción de capacidades; todo ello en un entorno libre de violencia verbal, física y emocional.

Para llevar adelante estos objetivos del desarrollo, es importante que se apoye a las figuras parentales en varios frentes: (a) facilitarles información, orientación y espacios de reflexión sobre su propio modelo educativo familiar; (b) darles tiempo para sí mismos y para compartir en familia, mediante políticas de conciliación entre la vida personal, familiar y laboral; (c) promover la confianza en las propias capacidades parentales de modo que obtengan satisfacción con la tarea de ser padres y madres; y (d) proporcionarles apoyos sociales para superar dificultades y reducir el estrés parental y familiar que suele ir asociado a pautas educativas inadecuadas. Como nota distintiva, la recomendación anima a los gobiernos a adoptar un planteamiento proactivo para dar a conocer asuntos relacionados con el ejercicio parental y promover la participación en programas de apoyo psicoeducativo y comunitario para favorecer dicho ejercicio. Con ello se promueve que las figuras parentales adquieran una mayor conciencia del carácter de su función, de los derechos de la infancia, de las responsabilidades y obligaciones que emanan de estos y de sus propios derechos.

El enfoque de la parentalidad positiva está teniendo una gran aceptación en Europa al proporcionar un lenguaje común para que los investigadores interesados en el ámbito de la familia, los profesionales que trabajan en los servicios de apoyo y los responsables de las políticas de familia puedan hacer una reflexión conjunta sobre lo que supone el ejercicio de la parentalidad en el escenario social actual y las necesidades de apoyo que demanda dicho ejercicio (Rodrigo *et al.*, 2016a). Existe un gran consenso en que la tarea parental en la sociedad actual es muy compleja ya que requiere varias competencias para llevar a cabo acciones en varios niveles (Figura 1).

Figura 1
Niveles inclusivos del ejercicio de la parentalidad en la sociedad actual



El desarrollo de la tarea parental comienza con la *decisión individual* de ser padre o madre, que marca una de las transiciones evolutivas más importantes del desarrollo adulto y cuya adecuada resolución contribuye positivamente a la madurez personal de los que la realizan, mientras que una realización frustrante e insatisfactoria (*v. g.*, embarazo no deseado, abandono, problemas en la pareja, estrés ambiental y dificultades económicas) puede llegar a desestabilizar emocionalmente y producir una baja realización personal. La *parentalidad diádica* se instala muy pronto con el establecimiento de respuestas afectivas de la figura parental a las acciones comunicativas del niño/niña como expresión de sus necesidades básicas (*v. g.*, llanto, miradas). Este ajuste diádico realizado muy tempranamente va a garantizar la construcción de un apego seguro por parte del niño o de la niña con enormes ventajas para su desarrollo físico y mental. Casi en paralelo, hay que llevar a cabo todo un diseño de las tareas implicadas en el cuidado y educación del bebé a realizar por el *equipo parental*. La gran diversidad de formas de familia está propiciando equipos parentales muy diferentes, constituidos por individuos solos, parejas y con la ayuda complementaria de otros miembros de la familia e incluso de allegados. Por último, se requieren habilidades para el establecimiento de la *parentalidad social* mediante el establecimiento de redes de apoyo social informal y el uso de los recursos con que cuenta la comunidad. Con una ecología parental constituida sobre la base de una toma de decisiones inadecuada, el establecimiento de vínculos afectivos débiles o inexistentes con el bebé, un equipo parental ineficaz, en conflicto o insuficiente y viviendo en áreas con un desarrollo comunitario empobrecido es muy difícil llevar a cabo un ejercicio positivo de la parentalidad (Rodrigo *et al.*, 2015).

Afortunadamente, desde el año 2009 España está incorporada plenamente a este enfoque de la parentalidad positiva mediante la creación de una estructura colaborativa estable entre el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Federación Española de Municipios y Provincias que agrupa entre otros a los servicios sociales municipales especializados en materia de infancia y familia. A este esquema colaborativo se han unido expertos de varias universidades españolas (La Laguna, Las Palmas de Gran Canaria, Lérida, Oviedo, País Vasco y Sevilla) y han creado una relación muy fructífera entre los responsables políticos, los expertos y los profesionales, que está impulsando acciones continuadas en varios frentes: (a) difundir el enfoque de la parentalidad positiva entre los profesionales de ámbitos municipales y autonómicos y cursos de formación de postgrado; (b) adoptar el movimiento basado en evidencia identificando las buenas prácticas y competencias multiprofesionales para el trabajo con familias, con el fin de mejorar la relación entre los servicios, los profesionales y las familias; y (c) elaborar la página web familiasenpositivo.org, una plataforma *online* impulsada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Federación Española de Municipios y Provincias que

tiene como fin promover el ejercicio positivo de la parentalidad y reforzar el apoyo a la parentalidad positiva en las políticas y servicios públicos de los gobiernos locales y en el tejido asociativo (154.661 visitantes regulares con un 40% de retorno y 1800 profesionales registrados en su intranet dotada con materiales específicos).

El conjunto de todas estas acciones está teniendo un gran impacto en el ámbito del trabajo con familias al definir unas coordenadas que dan un nuevo rumbo al quehacer profesional (Rodrigo *et al.*, 2010a, 2010b, 2011). Desde esta perspectiva se enfatiza la prevención y promoción de competencias en la familia planteando un trabajo cooperativo en la valoración de su situación y sus necesidades, la planificación de la intervención y de los recursos a utilizar para su mejora. La idea es acompañar y apoyar a las familias durante el proceso de intervención en lugar de sustituir su papel. Los servicios deben abarcar un perfil amplio y heterogéneo de situaciones familiares en lugar de atender solo a los casos más graves y cronificados. Para ello deben identificar más tempranamente las situaciones problemáticas, eliminar barreras de acceso al servicio basadas en prejuicios y mejorar la coordinación de los recursos normalizados de varios sectores (educación, sanidad, comunitarios) para que puedan apoyar a la diversidad de situaciones familiares que necesitan apoyos. Los servicios deben ser comprehensivos con modalidades de atención diversas según las necesidades de las familias. Se debe garantizar transparencia y agilidad en los procedimiento que atañen al trato con las familias y los menores, y dejar claro sus derechos y obligaciones. Por último, se debe promover la cultura de la innovación y de las buenas prácticas en los servicios. Para este fin, en la intranet de la página familiasenpositivo.org se presenta el protocolo *online* de buenas prácticas descrito en la *Guía de Buenas prácticas* (Rodrigo, Amorós-Martí, *et al.*, 2015), elaborado por el grupo de expertos de las universidades antes aludido con la colaboración de los profesionales.

Características de los programas basados en evidencia en la prevención universal, selectiva e indicada

En los servicios de apoyo a las familias suele abundar el formato de atención individualizada, ya sea a partir de visitas domiciliarias no sistematizadas o a partir de entrevistas llevadas a cabo en los mismos servicios. Como los recursos humanos son escasos, normalmente la atención individualizada queda restringida a aquellos casos que, por su gravedad y/o urgencia, requieren una atención prioritaria, por lo que quedan sin atender una gran cantidad de familias que podrían beneficiarse del apoyo del servicio. El enfoque de la parentalidad positiva considera que el uso de programas psicoeducativos y comunitarios basados en evidencia es una buena práctica a introducir en los servicios que conlleva grandes beneficios (ver Tabla 1).

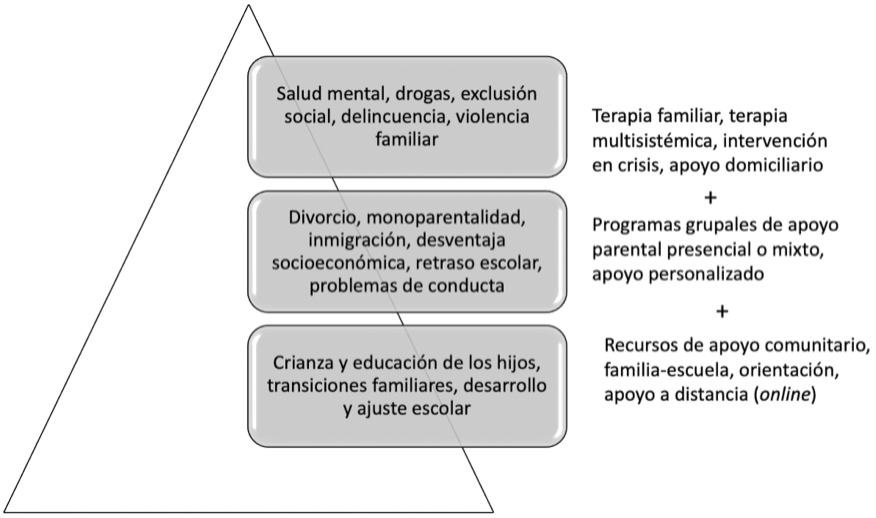
Tabla 1
Beneficios de los programas basados en evidencias en los servicios de apoyo a la familia

– Utilización en los planes de trabajo para lograr objetivos de mejora de las familias.
– Compensar el rol profesional de supervisión y control con el rol de apoyo y acompañamiento.
– Visión más completa de las fortalezas y capacidades de las familias.
– Diversos niveles de intensidad de la atención a una gran variedad de usuarios que antes quedaban sin atender.
– Criterios claros de temporalidad de las acciones y toma de decisiones según resultados del programa.
– Seguimiento de los casos más graves que se van recuperando y pueden unirse a otros grupos.
– Mejora en la coordinación interna de las actuaciones en el servicio.
– Coordinación e integración de los programas en la red de recursos externos.

Fuente: Rodrigo, Máiquez *et al*., 2015.

Los programas basados en evidencia son muy flexibles y se pueden aplicar a todo el espectro de niveles en la prevención universal, selectiva e indicada. Se aplican además en el servicio, en el domicilio, en grupos o en la comunidad, y mediante modalidades presenciales, a distancia y semipresenciales (combinación a distancia y presencial). En la Figura 2 se presentan ejemplos de necesidades familiares con sus correspondientes actuaciones profesionales, desde el nivel universal (abajo) al nivel selectivo con situaciones de riesgo (medio) hasta el nivel indicado donde ya se han desencadenado problemas más graves y hay una población afectada (a).

Figura 2
Continuo de necesidades familiares y actuaciones profesionales según los niveles de prevención universal, selectiva o indicada (de abajo a arriba)

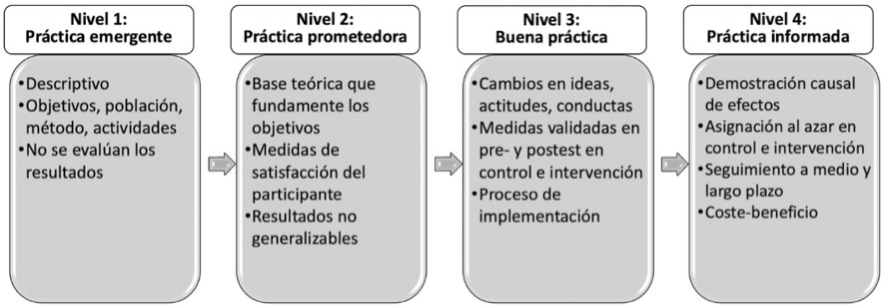


Los programas basados en evidencia cumplen con los estándares de calidad que se han establecido desde la ciencia preventiva (Fixsen *et al*., 2005; Flay *et al*., 2005; Gottfredson *et al*., 2015). En primer lugar, el programa debe estar basado en una *teoría científica* que fundamente sus contenidos y sus objetivos de cambio. En segundo lugar, el programa debe estar descrito en un *manual*, lo que permite que este se pueda replicar con perfecta garantía. En dicho manual se deben describir los fundamentos teóricos, la población destinataria, los objetivos que pretende alcanzar, los contenidos (estructurados por sesiones, actividades y temporalización), la metodología de impartición, las condiciones para la implementación, los recursos necesarios, la evaluación prevista y las referencias bibliográficas. En tercer lugar, debe haberse evaluado la *eficacia, efectividad y eficiencia* del programa de acuerdo con estándares de evidencia, al menos alguno de estos aspectos (Anguera *et al*., 2008). Se evalúa la eficacia de un programa cuando se comprueba si este ha producido los cambios esperados en los destinatarios elegidos, en relación con los objetivos, la metodología y los contenidos propuestos, en condiciones ideales de implementación. Se evalúa la efectividad del programa cuando se comprueba si se han conseguido los objetivos en condiciones de la vida real, esto es, en varios lugares, con facilitadores que son profesionales, en los propios servicios de apoyo a la familia, con recursos habituales, etc. Se evalúa la eficiencia de un programa cuando se

analiza la utilidad social del programa en función de los recursos humanos y materiales invertidos en el mismo, mediante estudios económicos de la relación coste-beneficio del programa. En cuarto lugar, se deben conocer los factores que influyen en el *proceso de implementación del programa* y su impacto en los resultados del mismo (*v. g.*, los niveles habituales de abandono del programa y para quién y en qué condiciones funciona el programa). Por último, debe asegurarse la *sostenibilidad del programa* garantizando los recursos humanos y materiales que este necesita y su integración en la red de servicios como parte de la oferta.

En la Figura 3 presentamos una posible organización en niveles acumulativos de modo que cada nivel subsume al anterior según la calidad de la evidencia proporcionada en la evaluación del programa. No lo hacemos con ánimo de establecer un *ranking* clasificatorio de los programas, sino con la intención de ofrecer un heurístico para que los profesionales del servicio reflexionen sobre la práctica profesional que se lleva a cabo.

Figura 3
Niveles acumulativos en la calidad de la evidencia de los programas



Nota: Adaptado de European Platform for Investing in Children.

Conviene matizar que estamos abogando por una visión pluralista de la evaluación (Jiménez e Hidalgo, 2016). Este enfoque apuesta por estrategias de evaluación que permitan alcanzar resultados confiables, ya sea mediante el uso de una metodología cuantitativa, cualitativa o mixta que sea rigurosa. Pero, además, debe adoptarse una perspectiva de derechos que considere la voz de los menores y las familias, e incorpore como requisito establecer relaciones entre resultados de evaluación y preservación de sus derechos. Finalmente, el enfoque plural establece una relación bidireccional entre la evaluación y la práctica profesional; la evaluación se nutre del saber experiencial profesional y devuelve los resultados a la práctica al promover la necesidad de la evaluación

y las habilidades requeridas para llevarla a cabo en el contexto profesional. Así, cuando se evalúa en el ámbito del trabajo con familias hay que tener en cuenta el impacto del contexto psicosocial y cultural, las necesidades y las creencias de los participantes; no tiene sentido categorizar las problemáticas de las familias en disfunciones y síndromes, la evaluación en condiciones ideales en la que se adscriben los participantes al azar al grupo control y al de intervención no siempre es la más factible y adecuada, la evaluación en condiciones reales requiere analizar la calidad de la implementación, en qué medida el programa ha llegado a la población diana, e identificar el perfil de los que lo dejan, entre otros aspectos. Todas estas adaptaciones se van asimilando poco a poco a los programas basados en evidencia que se usan en la práctica con familias.

Metodología, implementación y evaluación en la modalidad presencial

Para la impartición de las sesiones de los programas de educación parental basados en evidencia recomendamos la *metodología experiencial* (Máiquez *et al.*, 2000; Rodrigo *et al*., 2010a). Los programas que se sitúan en este modelo, a diferencia del modelo academicista o técnico, llevan a cabo una reconstrucción del conocimiento episódico cotidiano en un escenario sociocultural de encuentro con otros participantes. Esto supone que la tarea principal que van a realizar los participantes es identificar, reflexionar y analizar sus propias ideas, sentimientos y acciones en los episodios de la vida cotidiana. En este modelo se tienen en cuenta las creencias o ideas previas de los padres y las madres, ya que a partir de estas y de las situaciones cotidianas, y mediante un proceso inductivo de construcción del conocimiento cotidiano-experiencial, van a ir construyendo su conocimiento como un traje a la medida sin seguir modelos ideales ni dejarse llevar por la deseabilidad social. Por ello se recomienda el uso de ilustraciones, videoclips, viñetas que representan los episodios cotidianos y permiten su comprensión incluso en poblaciones sin alto grado de alfabetización o con escaso dominio del idioma local.

En cuanto al proceso de implementación del programa es fundamental evaluar su calidad ya que un buen programa podría no producir resultados positivos debido a una implementación inadecuada. El modelo de Berkel *et al*. (2011) señala los siguientes componentes a tener en cuenta: (a) *Fidelidad* para conocer en qué medida el programa se ha aplicado siguiendo su filosofía, contenidos, dosis y duración de las sesiones; (b) *Calidad de la puesta en marcha* que se refiere a la capacidad de los facilitadores para presentar el material e interactuar con los participantes de modo adecuado; (c) *Adaptaciones al programa* que hace alusión a los posibles cambios que se hayan podido realizar en sus objetivos, materiales y dinámicas con los participantes que pueden afectar a sus resultados; y (d) *Respuesta de los participantes al programa*, esto

es, su participación en las sesiones, su implicación, motivación e interés en las actividades realizadas y el grado de satisfacción con el programa. Antes de las sesiones nos debemos asegurar de que todo ello vaya a poder registrarse mediante entrevistas, cuestionarios, hojas de calificación, observaciones y grupos de discusión, entre otros, para recabar información de los participantes y de los propios facilitadores(as).

A continuación, proporcionamos una serie de claves para una buena implementación presencial de los programas (ver Tabla 2):

Tabla 2
Claves para una buena implementación de los programas

Respecto al programa	Respecto a los profesionales	Respecto a los participantes
Prestigiar el programa: implicación institucional. *Respetar la integridad del programa* sin intercalar en las sesiones actividades no previstas. *Considerar la flexibilidad como un elemento clave* diversas poblaciones, diferentes ritmos y con los recursos disponibles. *Fidelidad en los contenidos y metodología del programa:* el programa debe impartirse sin grandes cambios. *Plantear una serie de actividades sociales al hilo del programa:* incentivo e integración social. *Definir y poner a punto la red de recursos de apoyo al programa:* recursos tanto formales como lúdicos.	*Asegurar que está de acuerdo con los principios del programa:* formación. *Disponer de una profunda comprensión de la dinámica de grupos:* deben regular la función directiva con la de facilitador (a). *Separar la función educadora de la función controladora y asegurar la confidencialidad:* no deben llevarse las informaciones de los padres fuera del grupo hacia el servicio. *Integración en los equipos de familia:* el facilitador(a) debe estar integrado para coordinarse con el servicio. *Estabilidad de la figura del facilitador (a):* para que se lleven a cabo los procesos de identificación grupal.	*Selección de participantes y organización de los grupos:* visita domiciliaria o entrevistas en el servicio y formar grupos bastante heterogéneos, evitando incluir varios casos de maltrato en el mismo grupo. *Asegurar una relación fluida y estrecha con las familias:* hacer un seguimiento de las de las sesiones y/o la percepción sobre la utilidad del programa y su satisfacción. *Eliminar barreras para el reclutamiento y asistencia continuada:* voluntariado para cuidar hijos(as), merienda; llamadas de teléfono para recordar asistencias, transporte, etc.

Fuente: Rodrigo, Máiquez, *et al.*, 2015.

Presentamos a continuación algunos ejemplos de programas basados en evidencia implementados en España, organizados según la edad de los niños(as) (Tabla 3). Se describe la institución en la que el programa se aplica, el formato de entrega, la población destinataria, los objetivos de la intervención, y algunos resultados.

Tabla 3
Ejemplos de programas basados en evidencia en modalidad presencial para promover la parentalidad positiva en España

Programa	Formato y ámbito de aplicación	Población	Objetivos	Cambios positivos
Educar en familia (Rodrigo *et al*., 2000)	Grupal (padres/madres) Servicios sociales	Familias en riesgo con niños(as) de cualquier edad	Competencias parentales, sentido de agencia y satisfacción con el rol	Creencias sobre el desarrollo, prácticas educativas, autoeficacia autocontrol, dificultad del rol y apoyo social formal e informal
Crecer felices en familia (Rodrigo *et al*., 2008)	Grupal (padres/madres) Servicios sociales y centros escolares	Familias en riesgo psicosocial y no riesgo con hijos(as) de 0 a 5 años	Sensibilidad, expectativas de desarrollo, autorregulación para el niño y apoyo familia-escuela	Actitudes de crianza, sentido de competencia parental, estrés percibido, calendario evolutivo y percepción de influencia sobre el desarrollo
Crecer felices en familia (Máiquez *et al*., 2012)	Domiciliario (padres/madres) Servicios sociales	Familias en riesgo psicosocial con hijos(as) de 0 a 5 años	Rutinas y estimulación para mejorar el entorno familiar y prevenir negligencia y maltrato	Actitudes de crianza, sentido de competencia parental, estrés percibido, calendario evolutivo y calidad del ambiente educativo
Aprender juntos, crecer en familia (Amorós *et al*., 2011)	Grupal (padres/madres e hijos/as) Red de ONG Caixa-Proinfancia y centros escolares	Familias de contextos vulnerables con hijos(as) de 6 a 11 años	Vínculos de afecto, reglas y valores, organización familiar, comunicación y resolución de conflictos y ocio familiar	Pautas educativas (padres), percepción la disciplina familiar hijos (as), sentido de competencia, actividades de ocio familiar y satisfacción familiar (padres e hijos (as))
Vivir la adolescencia en familia (Rodrigo *et al*., 2010)	Grupal (padres/madres) Servicios sociales y centros escolares	Padres de adolescentes en riesgo y no riesgo de 11 a 17 años	Comunicación y resolución de conflictos, estilos de vida, regulación de internet y relaciones familia-escuela	Concepciones sobre la adolescencia, estrategias de control y supervisión parental, resolución de conflictos en la familia, estilos de vida saludables
Construyendo mi futuro (Rodrigo *et al*., 2006)	Grupal (adolescentes y jóvenes) Servicios sociales, ocio y animación sociocultural	Adolescentes en riesgo y no riesgo psicosocial	Desarrollo positivo, estilos de vida, proyectos y actividades en la comunidad, orientación hacia el futuro	Competencia personal, social y comunitaria, afrontamiento de problemas, estilos de vida, y actividades positivas en beneficio de la comunidad

Esta es una lista muy selectiva de los programas que mejor representan el espíritu del marco europeo de parentalidad positiva en España (Rodrigo *et al.*, 2016b). Cubren todo el espectro de edades y se centran sobre todo en población selectiva e indicada, pero para evitar la marginación social de estas familias vulnerables también pueden asistir las familias más normalizadas ya que el programa se anuncia en la comunidad. Todos los programas presentados en esta tabla han pasado por un riguroso procedimiento de evaluación de su efectividad mediante metodología cuantitativa, cualitativa y mixta que les ha situado en el Nivel 3 de Buena práctica y el Nivel 4 de Práctica informada (ver Figura 3). Tienen la ventaja de tratarse de programas que se han implementado en condiciones reales y por los propios profesionales de los servicios contribuyendo a su propio desarrollo profesional. Otro aspecto a destacar es que son sostenibles ya que forman parte de la red de recursos de la comunidad. Por último, los programas logran resultados positivos en ámbitos claves del ejercicio de la parentalidad y en el desarrollo de competencias en niños, niñas y adolescentes.

Implementación y evaluación de programas de educación parental en la modalidad a distancia

En los últimos años, se han desarrollado numerosas iniciativas de *e-parenting* como un recurso para apoyar la parentalidad positiva de manera eficiente. Se ha constatado que cada vez más las figuras parentales utilizan internet de manera espontánea para buscar respuestas a sus preocupaciones e intereses (Dworkin *et al.*, 2013; Myers-Walls & Dworkin, 2015) lo que ha hecho del *e-parenting* un recurso más que conveniente. Entre los contenidos que buscan encontramos aquellos relacionados con la salud familiar, embarazo y parto, problemas de rendimiento académico y de conducta de sus hijos(as) y consejos sobre cómo promover su desarrollo evolutivo (Nieuwboer *et al.*, 2013; Vaquero-Tió *et al.*, 2019).

Las iniciativas de e-parenting tienen numerosas ventajas entre las que destacan su accesibilidad, su fidelidad, su facilidad de uso y su eficiencia (Breitenstein & Gross, 2013). Además, por su naturaleza, los recursos de *e-parenting* pueden ser diseminados desde distintos ámbitos (v. g., sanitario, educativo, social) con lo que facilitan un enfoque multisectorial del apoyo parental. Ahora bien, la accesibilidad y usabilidad de los recursos representan un reto puesto que no todas las figuras parentales realizan un uso educativo de internet o tienen las destrezas necesarias para manejarse en entornos virtuales. En un estudio realizado con familias de lengua española la mayoría eran madres jóvenes, de buen nivel educativo, con hijos e hijas pequeños, y casi la mitad de las familias encuestadas reportaron que les resultaba complicado identificar recursos educativos útiles (Suárez et al., 2016). Otro reto es asegurar la calidad ética del contenido que

se presenta. La gran expansión de los sitios web para padres no garantiza su calidad ética y de contenido, dejando a los padres la responsabilidad de determinar cuáles de ellos merecen su confianza. En un estudio de 100 sitios web de lengua española, los sitios de calidad ética más alta tenían también contenidos más apropiados, valoraban la igualdad de género, presentaban un rol parental positivo, modelaban una variedad de prácticas parentales, brindaban contenidos educativos con formatos multimedia y hacían uso de información experiencial, teórica y técnica (Suárez et al., 2018a).

Los recursos de *e-parenting* presentan una amplia variedad de formatos: programas estructurados, páginas web informativas, blogs y redes sociales, entre otros (Glascoe & Trimm, 2014). Ebata y Curtis (2017) distinguen entre recursos unidireccionales, en los que se expone información, y recursos participativos, en los que además hay un intercambio de experiencias y una rica comunicación. Dentro de estos últimos nos centraremos aquí en los programas a distancia basados en evidencia, entendidos como aquellos recursos que: (1) tienen objetivos explícitos; (2) cuentan con una estructura definida; (3) presentan contenidos validados por la comunidad científica; y (4) han sido evaluados mostrando evidencia de su eficacia, efectividad y eficiencia. Estos programas constituyen uno de los recursos más valiosos y convenientes ya que cumplen con los estándares de calidad de la parentalidad positiva y pueden contribuir a generar cambios positivos en las familias de manera efectiva (Rodrigo, Amorós-Martí *et al*., 2015). Además, desde una perspectiva de prevención universal, estas características hacen que los programas a distancia basados en evidencia puedan dirigirse tanto para la población general, como para la población selectiva e indicada.

Aunque los contenidos de los programas a distancia pueden variar en función de los objetivos y del momento evolutivo, el diseño instruccional que presentan y las actividades son bastante comunes a todos ellos. Estos programas habitualmente se constituyen como entornos virtuales de aprendizaje a través de plataformas como Moodle, ampliamente utilizadas en contextos educativos formales, que ofrecen la posibilidad de alojar actividades alineadas con los principios fundamentales de la metodología experiencial descrita en el apartado anterior. Entre las herramientas de implementación más relevantes de los programas a distancia están los foros, en los que las familias pueden compartir sus experiencias y reflexiones (moderadas por un profesional), capaces de generar un sentimiento de apoyo grupal (Plantin y Daneback, 2009; Suárez *et al*., 2018b). Los videos y las viñetas facilitan la observación de varias alternativas de prácticas parentales y permiten a los usuarios situar su propia experiencia en diálogo con otras realidades. Por su parte, los diarios de aprendizaje integrados en las plataformas hacen que las familias puedan explicitar su forma de actuar, analizar sus consecuencias y

formular objetivos de cambio, elementos centrales de la metodología experiencial (Rodrigo, Máiquez *et al*., 2010a).

En la Tabla 4 presentamos algunos ejemplos de programas que reflejan la variedad de temas, desde aquellos más generales, como la parentalidad positiva, a otros más específicos, como el llanto infantil o los problemas de conducta. Estos programas se dirigen a familias con hijos e hijas de diferentes rangos de edad y en diferentes situaciones psicosociales probando su utilidad para población universal, selectiva e indicada.

Tabla 4
Ejemplos de programas de educación parental a distancia

Autores	Programa	Edad del niño/a	Población destinataria	Contenidos
Rodrigo *et al*. (2015) Educarenpositivo.es	Educar en positivo	0-18 años	Universal y selectiva	Internet como recurso, relación en familia, comportamiento infantil, alimentación, deporte y diversidad familiar
Rodrigo *et al*. (2017)	Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años	0-3 años	Universal, selectiva e indicada	Apego, alimentación, juego y sueño
Taylor *et al*. (2008)	Incredible Years	4 años	Selectiva	Problemas de conducta y mejora comportamiento
Sanders *et al*. (2012)	Triple P	2-9 años	Selectiva	Problemas de conducta y mejora comportamiento
Autores	Programa	Edad del niño/a	Población destinataria	Contenidos
Cook *et al*. (2015)	Cry baby	< 1 año	Universal	Autocuidado, llanto del bebé y sueño infantil
Ruiter *et al*. (2015)	Making a healthy deal with your child	9-13 años	Universal y selectiva	Alimentación saludable y ejercicio físico

Las evaluaciones de estos programas presentan algunas dificultades tales como la captación de los participantes, sobre todo el atraer espontáneamente a familias en situaciones más desfavorecidas. Igualmente, la adherencia y la tasa de finalización en ocasiones se encuentran por debajo de lo esperado. En este sentido, se ha propuesto la combinación de los programas a distancia con actividades presenciales de modo que se refuerce la captación y el uso estable de los mismos. Así pues en el panorama actual no solo se propone el uso de

las TIC para completar las dinámicas presenciales (Glascoe & Trimm, 2014) sino que también se reclaman las acciones presenciales como dinamizadoras del uso de los recursos *online* (Callejas *et al.*, 2021).

Como ejemplo de implementación y evaluación de recursos a distancia presentamos la experiencia del programa *Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años* (Rodrigo *et al.*, 2017). Este programa está patrocinado por el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social de España dentro de su Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (MSCBS, 2013) y está dirigido a figuras parentales con hijos(as) entre 0 y 3 años. Su estructura consta de cuatro módulos que recogen actividades relativas al establecimiento del vínculo afectivo sano y protector, la alimentación, la actividad física, el juego, y el sueño. Sigue una metodología experiencial basada en la presentación de situaciones de la vida diaria, mediante viñetas y videos, donde se pueden observar actitudes y comportamientos parentales que pueden ser favorecedores u obstaculizadores del desarrollo sano. Como estrategia de prevención universal y selectiva, el programa cuenta con tres versiones: a distancia, dirigida a la población general; semipresencial, dirigida a la población general y selectiva; y una versión presencial dirigida a población indicada, constituida por aquellas figuras parentales que tengan dificultad para seguir el curso en línea y requieran de una interacción presencial y un mayor seguimiento.

El curso a distancia comienza con un video de bienvenida en el que se presenta el programa. La estructura de cada módulo es la siguiente: (1) Introducción del tema (imágenes con voz en *off*); (2) Presentación de los calendarios de desarrollo (videoclips o ilustraciones) correspondientes a las principales capacidades del niño o niña relacionadas con cada módulo (*v. g.*, apego). En esta actividad, se solicita a los participantes que predigan la edad en la que un niño o niña es capaz de lograr una acción concreta (*v. g.*, llevarse la cuchara a la boca), luego se les proporciona retroalimentación sobre su respuesta; (3) Escenas educativas cotidianas (videoclips o ilustraciones) en las que figuras parentales interactúan con el niño o niña de diferentes maneras y se le pide a los participantes que proporcionen un título a la escena y predigan las consecuencias sobre el desarrollo evolutivo; y (4) un cuestionario breve, en que los participantes responden a unas afirmaciones de verdadero/falso relacionadas con el contenido de cada módulo. Dentro de cada módulo los usuarios pueden elegir el itinerario evolutivo que deseen: de 0 a 1 año, de 1 a 2 años o de 2 a 3 años. Al final de cada módulo los participantes pueden descargar un breve resumen con consejos y recomendaciones. El programa también ofrece enlaces adicionales a páginas web relacionadas, con información científicamente verificada. Finalmente, hay un video de despedida y un diploma para aquellos que han completado el programa (al menos todos los ejercicios para un grupo de edad en los cuatro módulos). El curso se encuentra alojado en una plataforma de Moodle de acceso libre (http://aulaparentalidad-msssi.com/) y tiene una

duración aproximada de ocho horas pero puede hacerse de modo interrumpido. Esta versión en línea del programa ha obtenido altos niveles de satisfacción entre las familias y los profesionales (Callejas *et al*., 2018).

La versión semipresencial del programa (Callejas & Rodrigo, 2021) se diseñó como parte de un plan de dinamización del curso a distancia ya que el perfil de usuario que accedía espontáneamente eran madres con un nivel educativo alto y residentes en áreas urbanas (Callejas *et al*., 2018). Además, las tasas de finalización estaban por debajo de los esperado (Callejas *et al*., 2021). El plan de dinamización (versión semipresencial) se llevó a cabo en una muestra de los centros de atención primaria de la Comunidad Canaria en España y consistió en la inclusión de acciones de apoyo grupal (cuatro sesiones presenciales de una hora cada una moderadas por un profesional sanitario) y apoyo individual proporcionado en la consulta pediátrica. Tras una evaluación rigurosa se encontró que la versión mixta reforzaba los cambios positivos en las familias en relación con la organización de rutinas saludables y con la autorregulación y satisfacción con su rol parental; además se ampliaba el perfil socioeconómico de los participantes y mejoraba la tasa de finalización de la versión a distancia (Callejas *et al*., 2021).

Por último, la versión solo presencial sigue la misma estructura de módulos que el curso a distancia, asignando dos sesiones presenciales de una hora a cada módulo. El diseño se fundamenta en una metodología experiencial que se desarrolla a través de actividades como la fantasía guiada, los debates o el juego de roles, entre otros. Actualmente se realizan ensayos para verificar su eficacia y efectividad en unidades hospitalarias de salud mental perinatal donde se aplica la versión presencial como parte del tratamiento psiquiátrico dirigido a madres con problemas de salud mental.

En suma, el *e-parenting* se postula como uno de los recursos cada vez más aceptados y extendidos para promover la parentalidad positiva. El avance de la tecnología parece jugar a favor de la educación parental a distancia siendo cada vez más común el uso de los dispositivos entre la población general y ofreciendo nuevas posibilidades de programación que enriquecen el diseño de las actividades. Además, la combinación del apoyo parental presencial y a distancia resulta ser una alternativa que mantiene las ventajas del *e-parenting* (*v. g*., fidelidad, universalidad) y supera alguna de sus principales barreras (*v. g*., perfil restringido de usuario y tasa de finalización). No obstante, sigue habiendo retos relevantes, como la captación de familias en situación de riesgo psicosocial, que puede facilitarse mediante una coordinación intersectorial (educación, sanidad, servicios sociales) y la mayor participación del padre, ya que a pesar del entorno tecnológico se sigue tendiendo a relegar la tarea educativa a la madre (Baker *et al*., 2017).

Conclusiones

Estamos en un momento clave en el que el Sistema de Protección a la Infancia debe encuadrarse dentro del Sistema de Desarrollo del Bienestar Familiar y Social creando oportunidades para proteger a la infancia y promover su desarrollo lo más normalizado posible. El nexo común que permite la relación entre ambos sistemas es el enfoque de la parentalidad positiva que permite ampliar el foco de la protección del menor, dirigiéndose a promover el bienestar familiar y hacia el desarrollo de las comunidades con la convicción que lo primero solo se logra cuando se ha avanzado suficientemente en los dos últimos aspectos. El eje fundamental de este enfoque es dar valor y repensar el desempeño de la tarea parental en la sociedad actual desde la perspectiva de las competencias que esta requiere y las necesidades de apoyo social que demanda. En este sentido, no hay padres buenos ni malos sino ecologías más favorables o desfavorables donde se lleva a cabo la tarea de proteger, cuidar y educar a los hijos e hijas con más o menos dificultades.

Para propiciar ecologías parentales más favorables proponemos las siguientes acciones:

(1) Desarrollar un enfoque proactivo en el trabajo con familias que se base en la prevención y promoción de competencias en los menores y las figuras parentales. Ello implica promover el protagonismo y colaboración de las familias en los procesos de intervención. Asimismo, habría que potenciar e implicar a las comunidades para que proporcionen las redes de apoyo informal y formal que las familias necesitan. Por último, es indispensable mejorar las redes de servicios, programas y recursos promoviendo esquemas de coordinación para su desarrollo y optimización.

(2) Garantizar la calidad y estabilidad de los(as) profesionales de los servicios y de los programas que estos atienden, para poder asegurar su sostenibilidad y sistematizar su aplicación como recursos normalizadores en la intervención familiar. Ello supone garantizar una buena formación multidisciplinar del o la profesional y propiciar un modo de trabajo cooperativo y en red.

(3) Potenciar los sistemas de calidad y de buenas prácticas en los servicios de apoyo a la familia. Para ello se debe adoptar la cultura de la planificación, de la evaluación y de la ética de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de familia, con el mismo ímpetu con que se ha hecho en otros ámbitos. Asimismo, habría que conectar las políticas familiares, con la investigación relevante y con las buenas prácticas profesionales para propiciar la innovación y mejorar la calidad.

No queremos terminar este capítulo sin dedicar un profundo agradecimiento a los profesionales e instituciones locales, autonómicas y estatales, así como a las entidades colaboradoras (fundaciones y ONGs) ya que con su apoyo y colaboración han hecho posible que hayamos podido ilustrar con

ejemplos reales la aplicación de los programas basados en evidencia en el ámbito de la parentalidad positiva en España. En especial vaya nuestra gratitud a las familias destinatarias de tales programas por su valiosa contribución al conocimiento científico y profesional y, sobre todo, por las lecciones de vida que hemos aprendido de ellas.

Referencias

Amorós, P., Fuentes-Peláez, N., Mateos, A., Pastor, C., Rodrigo, M. J., Byrne, S., … Guerra, M. (2011). *Aprender juntos, crecer en familia. Características del programa*. Obra Social «la Caixa».

Anguera, M. T., Chacón, S. y Blanco, A. (2008). *Evaluación de programas sociales y sanitarios: Un abordaje metodológico*. Síntesis.

Baker, S., Sanders, M. R. y Morawska, A. (2017). Who Uses Online Parenting Support? A Cross-Sectional Survey Exploring Australian Parents' Internet Use for Parenting. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(3), 916-927. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0608-1

Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E. & Sandler, I. N. (2011). Putting the Pieces Together: An Integrated Model of Program Implementation. *Prevention Science*, *12*(1), 23-33. https://doi.org/10.1007/s11121-010-0186-1

Breitenstein, S. M. y Gross, D. (2013). Web-based delivery of a preventive parent training intervention: A feasibility study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *26*(2), 149-157. https://doi.org/10.1111/jcap.12031

Callejas, E., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2018). 'Gaining health and wellbeing from birth to three': a web-based positive parenting programme for primary care settings. *Early Child Development and Care*, *188*(11), 1552–1565. https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1490896

Callejas, E., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2021). Feasibility and effectiveness of the positive parenting programme «Gaining health & wellbeing from birth to three». *Psychosocial Intervention*, *30*(1), 35-45. https://doi.org/10.5093/pi2020a15

Callejas, E., & Rodrigo, M. J. (2021). *Guía del programa semipresencial «Parentalidad positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años.»* Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

Cook, F., Seymour, M., Giallo, R., Cann, W., Nicholson, J. M., Green, J.y Hiscock, H. (2015). Comparison of methods for recruiting and engaging parents in online interventions: Study protocol for the Cry Baby infant sleep and settling program. *BMC Pediatrics*, *15*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12887-015-0502-9

Council of Europe. (2006). *Council of Europe Recommendation Rec(2006)19 on policy to support positive parenting*. https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2009_family_affairs/Positive_Parenting_en.pdf

Dworkin, J., Connell, J.y Doty, J. (2013). A literature review of parents' online behavior. *Cyberpsychology*, *7*(2). https://doi.org/10.5817/CP2013-2-2

Ebata, A. y Curtiss, S. L. (2017). Family life education on the technological frontier. En S. F. Duncan y H. W. Goddard (Eds.), *Outreach in Family Life: Principles and Practices for Effective Family Life Outreach Education* (pp. 236-262). Sage.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. y Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. *Components*. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., … Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, *6*(3), 151-175. https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y

Glascoe, F. P. y Trimm, F. (2014). Brief approaches to developmental-behavioral promotion in primary care: Updates on methods and technology. *Pediatrics*, *133*(5), 884-897. https://doi.org/10.1542/peds.2013-1859

Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N. y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, *16*(7), 893-926. https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x

Jiménez, L., e Hidalgo, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, *34*(2), 91-100.

Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres*. Visor.

Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Padilla, S., Rodríguez, B., Byrne, S. y Pérez, L. (2012). *Crecer felices en familia*. Programa domiciliario. Junta de Castilla y León.

MSCBS. (2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud*. Dirección General de Salud Pública, Madrid.

Myers-Walls, J. y Dworkin, J. (2015). Parenting education without borders: Web-based outreach. En J. Ponzetti, Jr. (Ed.), *Evidence-based Parenting Education* (pp. 123-139). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315766676

Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. G. y Hermanns, J. M. A. (2013). Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, *35*(11), 1823-1829. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.08.008

Plantin, L. y Daneback, K. (2009). Parenthood, information and support on the internet. A literature review of research on parents and professionals online. *BMC Family Practice*, *10*(34), 1-12. https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-34

Rodrigo, M. J., Almeida, A. y Reichle, B. (2016). Evidence-based parent education programs: An European perspective. En J. J. Ponzetti (Ed.), *Evidence-Based Parenting Education* (pp. 85–104). Routledge.

Rodrigo, M. J., Amorós-Martí, P., Arranz, E., Hidalgo, V., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C., … Ochaita, E. (2015). *Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva*. FEMP.

Rodrigo, M. J., Byrne, S. y Álvarez, M. (2016). Interventions to Promote Positive Parenting in Spain. En J. Romano y M. Israelashvili (Eds.), *The Cambridge Handbook of International Prevention Science* (pp. 929-956). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781316104453.040

Rodrigo, M. J., Capote, C., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C., Rodríguez, G., Guimerá, P. y Peña, M. (2000). *Programa Educar en Familia*. Junta de Castilla y León.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Byrne, S., Rodríguez-Ruiz, B., Martín-Quintana, J. C., Rodríguez, G. y Perez, L. (2008). *Programa Crecer Felices en Familia: programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil*. Programa grupal. Junta de Castilla y León.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Martín-Quintana, J. C., Martínez-Fernández, A., Medina, A. y Mendoza-Borjano, R. (2006). *Construyendo mi futuro*. Radio ECCA.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín-Quintana, J. C. (2010a). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín-Quintana, J. C. (2010b). Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. *Ministerios de Salud y Politica Social. Federación Española de Municipios y Provincias*, 7-23. https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín-Quintana, J. C. (2011). *Buenas Prácticas profesionales para el apoyo a la parentalidad positiva*. FEMP. https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidadPositiva.pdf

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C., Byrne, S. y Rodríguez-Ruiz, B. (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Síntesis.

Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Álvarez, M., Byrne, S., Rodríguez-Gutiérrez, E., … García-Poole, C. (2017). *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0-3 Años Guía para el desarrollo de talleres presenciales grupales*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Byrne, S., González-Rodríguez, A., Guerra, M., … Rodríguez-Ruiz, B. (2010). *Vivir la adolescencia en familia*. Gobierno de Canarias.

Ruiter, E. L. M., Fransen, G. A. J., Molleman, G. R. M., Van Der Velden, K. y Engels, R. C. M. E. (2015). The effectiveness of a web-based Dutch parenting program to prevent overweight in children 9-13 years of age:

Study protocol for a two-armed cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1394-1

Sanders, M. R., Baker, S. y Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(11), 675-684. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.004

Suárez, A., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2018a). Assessing the ethical and content quality of online parenting resources. *Comunicar*, *26*(54). 19-28. https://doi.org/10.3916/C54-2018-02

Suárez, A., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2018b). Effectiveness of a universal web-based parenting program to promote positive parenting: Patterns and predictors on program satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(10), 3345-3357. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1162-9

Suárez, A., Rodrigo, M. J. y Muñetón, M. (2016). Parental activities seeking online parenting support: Is there a digital skill divide? *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, *54*, 36-54.

Taylor, T. K., Webster-stratton, C., Feil, E. G., Broadbent, B., Widdop, C. S. y Severson, H. H. (2008). Computer-Based Intervention with Coaching: An Example Using the Incredible Years Program. *Cognitive Behavioural Therapy*, *37*(4), 233-246. https://doi.org/10.1080/16506070802364511.

Vaquero-Tió, E., Suárez, A., Fernández-Rodrigo, L., Rodrigo, M. J. y Balsells Bailón, M. A. (2019). E-parenting: una revisión sistemática de la literatura. *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, *68*, 30-41. https://doi.org/10.21556/edutec.2019.68.1313

El modelo ODISEA: diez años de aprendizajes en la intervención parental y familiar

Esteban Gómez Muzzio
Fundación América por la Infancia, Chile

Introducción

El modelo ODISEA de evaluación e intervención familiar surge de una premisa estructurante: la idea de que «nadie puede ofrecer lo que no se le dio» y al mismo tiempo, la confianza razonable en que «todos tenemos el potencial para la resiliencia». Es decir, la idea de que las competencias parentales son un aprendizaje que se adquiere a partir de oportunidades para aprender.

Esas oportunidades de aprendizaje se identifican en tres fuentes fundamentales: (a) la propia historia de infancia, niñez y adolescencia; (b) las oportunidades actuales presentes en la ecología de crianza; (c) y las experiencias cotidianas con el hijo(a) en el hoy, sus propuestas, características y necesidades de desarrollo (Barudy & Dantagnan, 2005; Bowlby, 1989; Di Bártolo, 2016; Gómez, 2016; Gómez, en prensa; Gómez *et al.*, 2007; Lieberman & Van Horn, 2008; Olds *et al.*, 2007; Rodrigo *et al.*, 2015; Roggman *et al.*, 2008; Walsh, 2004).

La tesis fuerte de que las competencias parentales son un aprendizaje y que, por lo tanto, se pueden acrecentar a partir de oportunidades de aprendizaje ofrecidas mediante intervención profesional, recibe un robusto respaldo de la investigación especializada. Por ejemplo, el metaanálisis de Kaminski *et al.* (2008) sobre 77 estudios de intervención parental mostró un tamaño de efecto global significativo de d = .34, triplicando el tamaño de efecto en aquellos programas que ofrecían la oportunidad de practicar con el propio hijo(a) versus aquellos sin esta posibilidad (d = .91 vs. .33) y cuadruplicando el efecto en aquellos que abordaban las habilidades de comunicación emocional de los padres (d = 1.47 vs. .35). En esta línea, otro metaanálisis de Leijten *et al.* (2019) con 154 estudios aleatorizados encontró que este tipo de programas logra un efecto sobre las dificultades emocionales y conductuales de los niños(as) con d = -.27 para prevención selectiva y d = -.69 para tratamiento especializado. El

metaanálisis de Chen y Chan (2016) con 37 estudios aleatorizados encontró un efecto global en la reducción del maltrato infantil y otros resultados de *d* = .29, aumentando en los seguimientos de 4 a 6 meses con valores entre *d* = .50 y *d* = .60; y en seguimientos a 15 años el efecto llega a un significativo *d* = .76, iluminando un posible efecto de crecimiento de los aprendizajes parentales en el tiempo. Finalmente, el metaanálisis de Lundhal *et al.* (2006) encontró que las intervenciones en parentalidad logran un efecto de *d* = .60 en actitudes parentales, *d* = .53 en ajuste emocional, *d* = .51 en prácticas de crianza y *d* = .45 en maltrato actual, siendo más efectivas las intervenciones que incluían visita domiciliaria, que combinaban intervenciones ofrecidas en el centro y en el hogar, y aquellas que ofrecían formatos tanto grupales como individuales de intervención. Es sobre estos hallazgos que el modelo ODISEA se ha construido y reforzado a lo largo de los años.

El acrónimo ODISEA significa Oportunidades para el Desarrollo de Interacciones, Sensibles, Eficaces y Afectuosas. La primera parte de este acrónimo, «ODI», nos conecta con la estructura metodológica básica de todos los modelos de intervención diseñados en el marco ODISEA; es decir, que sin importar las cualidades y características específicas de una metodología en particular, todas deben respetar el principio de incorporar una matriz de *Oportunidades* honestas, amables y cuidadosas, que promuevan el avance en la zona de *Desarrollo* próximo de la parentalidad de cada padre, madre, figura de crianza y/o cuidados cotidianos con quien se trabaja, para que emerjan nuevas *Interacciones,* intercambios de información, emociones, vocalizaciones, gestualidad, movimientos, narrativas y experiencias en el sistema familiar, que gradualmente configuren un nuevo patrón relacional de apego y crianza (Bowlby, 1989; Cassidy & Shaver, 2016; Di Bártolo, 2016; Sameroff, 2009; Walsh, 2004; Zeanah, 2019).

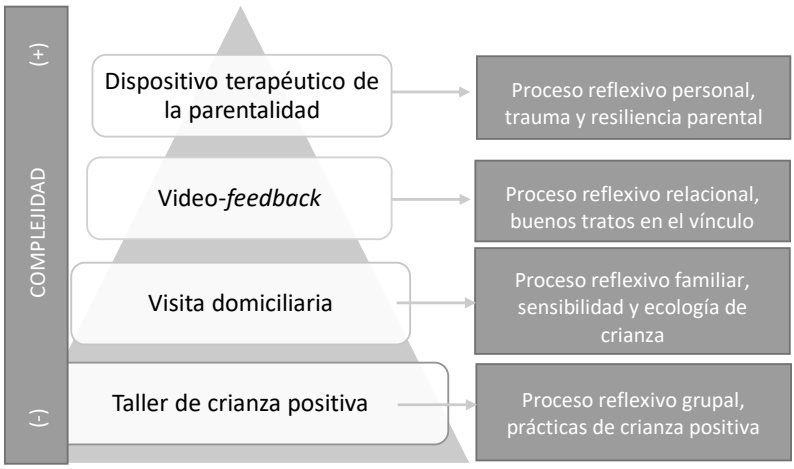
Se espera que estas nuevas relaciones se caractericen, con independencia del formato específico de intervención utilizado, por la propiedad «SEA», es decir, por mostrar *Sensibilidad* parental de la figura de apego hacia el bebé, niño, niña o adolescente (Ainsworth *et al.,* 1978; Bowlby, 1989; Braungart-Rieker *et al.,* 2001; De Wolff & van IJzendoorn, 1997), *Eficacia* en el acompañamiento, regulación y autorregulación emocional (Gross, 2014; Thompson, 2014), la organización de estados mentales a través de la mentalización y la promoción de la exploración progresivamente autónoma del mundo (Fonagy *et al.*, 2018; Fonagy & Target, 1997), y una cualidad *Afectuosa* o de buenos tratos cotidianos en todos esos intercambios, enmarcado en una filosofía de los cuidados respetuosos en la crianza (Barudy & Dantagnan, 2005; Rodrigo *et al.*, 2015; Rodríguez, 2016).

Esta filosofía acepta la posibilidad muy real de equivocarse en la crianza, de cometer errores y producir dolor y diversas experiencias de desregulación emocional a los hijos e hijas (Solomon & George, 2011), pero siempre buscará reconocer el error, explorar reflexivamente sus fuentes en la propia historia y en

la ecología de crianza actual, y tratar, por todos los medios posibles, de reparar la falla en la sincronía (Feldman, 2012). El horizonte hacia el cual se orienta la intervención es la restauración de la confianza y seguridad emocional en el vínculo, el logro de una narrativa que integre las experiencias dolorosas de vida compartidas y ofrezca caminos para la recuperación de los buenos tratos (Rodríguez, 2016) o, en aquellos casos en que el daño relacional es una realidad inscrita en la historia familiar bajo la forma del trauma complejo (Allen et al., 2008; Heller & LaPierre, 2012), la búsqueda de caminos a la resiliencia personal, parental y familiar (Walsh, 2004; Delage, 2010), y a la seguridad ganada en los vínculos y modelos mentales de apego (Di Bártolo, 2016).

En este capítulo se presentan 10 años de aprendizajes y evolución del modelo ODISEA de intervención familiar, compartiendo las características metodológicas específicas y los resultados evaluados en cuatro de las metodologías creadas a partir del modelo: (a) la intervención grupal crianza positiva; (b) la visita domiciliaria; (c) el video-*feedback*; y (d) el dispositivo terapéutico de la parentalidad. El capítulo finaliza analizando el camino recorrido, sus implicancias para las políticas públicas, limitaciones y proyecciones.

Figura 1
Metodologías de intervención creadas desde el modelo ODISEA según objetivo y complejidad



Intervención grupal Crianza Positiva

El año 2016 se inició en Uruguay una fructífera colaboración entre Fundación América por la Infancia, la Facultad de Economía de la UM, Fe y Alegría, la Facultad de Psicología UC de Uruguay, y ReachingU como agencia financista, para crear un nuevo programa de parentalidad positiva en educación inicial. Inspirados en el modelo ODISEA, trabajamos durante cuatro años en un proceso recursivo de investigación-acción con amplia participación de todos los actores involucrados, finalizando con una completa evaluación de resultados presentada en agosto de 2020 a la comunidad profesional, académica y gubernamental.

El resultado de este trabajo es el Taller Crianza Positiva (Figueroa *et al*., 2017), un modelo protocolizado de intervención familiar en formato grupal, con foco preventivo y centrado en promover prácticas de crianza positiva mediante un proceso reflexivo grupal, basado en la propuesta teórica que identifica cuatro áreas de competencias parentales: vinculares, formativas, protectoras y reflexivas (Gómez, 2016; Gómez, en prensa; Gómez & Muñoz, 2014; Gómez & Contreras, 2019). El taller se organiza en 8 sesiones, cada una con un foco temático y estructura claramente definidos: sesión 1, bases para una crianza positiva; sesión 2, cuidar y proteger la vida del bebé (protectoras); sesiones 3 y 4, vínculos y apego seguro (vinculares); sesiones 5 y 6, formar para la vida, organización de la experiencia y juego (formativas); sesión 7, cuidarme para cuidar (reflexivas); sesión 8, cuánto hemos crecido.

Cada sesión sigue el mismo ciclo experiencial de aprendizaje, basado en los desarrollos metodológicos de educación parental grupal propuestos por María José Rodrigo *et al.* (2015): (1) introducción teórica en gran grupo, (2) reflexiones en pequeños grupos, (3) profundización individual conectando con la propia historia, (4) compartir la toma de conciencia en un plenario, (5) declaración de aprendizajes significativos y compromisos personales; y (6) practicar con el hijo(a) mediante un ejercicio relacionado con el tema trabajado. Además, cuenta con herramientas de economía del comportamiento entre sesiones y al término del taller que buscan promover la efectividad y mantención de los resultados, mediante un sistema de mensajes de texto que llegan periódicamente a los celulares de las figuras de crianza que participaron del taller durante los siguientes 6 meses (Bloomfield *et al*., 2019).

En el taller han participado familias que asisten a los centros de educación inicial CAIF de Uruguay, en el marco del programa Experiencias Oportunas (orientado a bebés de 0 a 2 años, con vulnerabilidad socioeconómica). El diseño de evaluación incluyó un total de 41 centros asignados aleatoriamente a condición de intervención (23 centros) o control (18 centros), con un total de 557 familias (171 grupo de control) evaluadas con cuestionarios sobre conocimientos de crianza positiva; estrés parental; autoeficacia parental; y prácticas de crianza; y 442 casos (123 grupo control) evaluados en sus prácticas de crianza

mediante la codificación de videos (Abidin, 1995; Gómez & Contreras, 2019; Roggman *et al*., 2013).

El taller Crianza Positiva mostró un efecto positivo del tratamiento sobre: (a) conocimientos de crianza positiva ($p < .01$), (b) involucramiento parental, pero únicamente para el grupo que, además del taller, recibió mensajes de texto reforzando los aprendizajes ($p < .05$); y (c) prácticas de crianza positiva observadas ($p < .01$), con un 14% más en total (10% más en sensibilidad, 12% más en afecto y 19% más en enseñanza). No se observó un efecto sobre la autoeficacia parental. Interesantemente, el grupo intervenido mostró 10% más de estrés parental después de la intervención en comparación al grupo de control ($p < .01$), aunque el promedio se mantuvo dentro de los rangos considerados normales o esperables en la crianza, y lejos de la zona de riesgo para maltrato infantil, lo que puede revelar que avanzar en competencias parentales genera mayor conciencia de la importancia del rol parental y, en consecuencia, una mayor tensión en la crianza. La evaluación del componente de mensajería en un estudio RCT adicional demostró una ganancia de 0.24 desviaciones estándar en involucramiento parental posterior al taller, entre otros resultados significativos (Bloomfield *et al.*, 2019).

Los resultados de esta evaluación dan cuenta que el Taller Crianza Positiva logró impactar significativamente las competencias parentales respecto a los conocimientos parentales, y las prácticas de crianza positiva, no así en los elementos actitudinales de las competencias parentales (que tal vez necesitan espacios de trabajo individual, revisión y reflexión sistemática sobre la propia historia de crianza heredada para modificarse). Es interesante que para lograr un efecto sobre el grado de involucramiento seis meses después se necesitó, además de la estructura básica del modelo, un sistema de mensajes de texto (Bloomfield *et al.*, 2019) que reforzaran los aprendizajes y el compromiso con una crianza respetuosa trabajados en el taller, dando cuenta de que algunas metodologías pueden impactar la calidad de las prácticas de crianza en lo inmediato, mientras que se necesitan otras herramientas para impactar su frecuencia y mantención en el tiempo.

Intervención domiciliaria ODISEA

La Visita Domiciliaria para el Desarrollo Parental Sensible ODISEA (Gómez, 2017b), se implementa preferentemente en salud familiar y programas psicosociales, proponiendo una intervención domiciliaria breve, organizada en un manual, intensiva, de 5 sesiones. El modelo inicia definiendo un desafío prioritario a trabajar con la familia en el campo de la crianza («encuentro 0», que puede realizarse en el centro o en el domicilio), y es este desafío prioritario el que será trabajado en cada una de las siguientes cuatro visitas domiciliarias. El foco del proceso es mejorar la «sensibilidad parental» (Ainsworth *et al*.,

1978; De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Cassidy & Shaver, 2016) a fin de asegurar que, independientemente de las necesidades, motivo de consulta y edad de los niños y niñas, estos cuenten con adultos cuidadores que puedan hacer una lectura adecuada y oportuna de sus necesidades, interpretarlas desde los buenos tratos y otorgarles una respuesta sensible y oportuna, en su nicho ecológico de crianza cotidiana (el hogar). La estructura completa del modelo se ilustra en la Tabla 1.

Tabla 1
La estructura del modelo ODISEA de Visita Domiciliaria

PASO	V.0: conocer a la familia y su rutina	V.1: acompañar la observación sensible	V.2: acompañar la interpretación sensible	V.3: acompañar la respuesta sensible	V.4: integrar y poner en práctica
1	Llegada, saludo inicial	Llegada, saludo inicial	Llegada, saludo inicial	Llegada, saludo inicial	Llegada, saludo inicial
2	¿Quiénes conforman la familia?	¿Qué es una «observación sensible»?	¿Qué es una «interpretación sensible»?	¿Qué es una «respuesta sensible»?	Resumen de las ideas exploradas en las visitas domiciliarias
3	La historia de crianza o cuidados	¿Qué son las «señales»?	¿Qué son las «necesidades»?	¿Qué es una «respuesta no sensible»?	Ejercicio 1, acorde al desafío priorizado
4	Rutina actual de crianza o cuidados	Desarrollemos la capacidad para prestar atención y observar	Desarrollemos la capacidad para clasificar e interpretar	Desarrollemos la capacidad para conectar señales, necesidades y respuestas	Ejercicio 2, acorde al desafío priorizado
5	Principales desafíos actuales en la crianza: el desafío prioritario	Reflexión: practicas la autoobservación	Reflexión: practicas la autoobservación	Reflexión: practicas la autoobservación	Reflexión: practicas la autoobservación
6	Cierre y despedida	Cierre y despedida	Cierre y despedida	Cierre y despedida	Cierre y despedida

El proceso de desarrollo del modelo ancla sus raíces en los proyectos de investigación sobre visita domiciliaria conducidos en Chile por Marcela Aracena y su equipo (Aracena *et al*., 2011) y en la experiencia de visita domiciliaria liderada por María Angélica Kotliarenco en CEANIM (Kotliarenco *et al*., 2010;

Kotliarenco *et al.*, 2009), iniciando su construcción en una serie de jornadas de reflexión sobre visita domiciliaria realizadas entre 2014 y 2016 con equipos de Centros de Salud Familiar de Los Ángeles, Laja, Temuco, Valdivia, Máfil, Corral y Futrono. El proceso continuó con equipos de Chile Crece Contigo en la comuna de Huechuraba, región Metropolitana y una primera exploración cualitativa de sus resultados realizada por FAI en 2018 y presentada en el V Congreso Internacional de la Red Iberoamericana de Apego en Uruguay. Estas experiencias permitieron identificar una serie de nudos críticos y barreras a la implementación de la visita domiciliaria, así como buenas prácticas que dieron origen a una «Matriz Reflexiva de Buenas Prácticas» contenidas en el manual (Gómez, 2017b), que define cuatro ejes conceptuales a tomar en cuenta en toda visita domiciliaria: (a) el acceso, (b) la intimidad, (c) la alianza y (d) la oportunidad ecológica, en los cuales se despliegan cuatro procesos fundamentales que organizan esas buenas prácticas en la intervención: el *ser visto* o reconocimiento del otro; el *ser escucha*do o la comprensión del otro; el *ser contenido* o la acogida al otro; y el *ser orientado* o la invitación a un proceso de cambio en que se involucra el sistema familiar visitado.

El modelo fue evaluado por primera vez entre 2019 y 2020 en programas psicosociales del Sistema de Protección a la Infancia de Guanajuato, México, implementados por el DIF Estatal en un total de 50 familias. Se realizaron capacitaciones presenciales y supervisiones reflexivas posterior a cada visita domiciliaria. Lamentablemente, en la mitad del proceso se inició la crisis global por la pandemia de COVID-19, lo que dificultó significativamente el desarrollo y término del proyecto. Aun así, se hizo un importante esfuerzo que permitió finalizar un total de 34 casos intervenidos (68%), y fueron evaluados pre y post en grupo único, con los cuestionarios E2P para prácticas de crianza positiva (Gómez & Contreras, 2019) y PSI-SF para evaluar estrés parental (Abidin, 1995; Aracena *et al.*, 2016), así como mediante una entrevista cualitativa de evaluación de resultados desde la experiencia subjetiva de las familias participantes.

Los resultados muestran que, al finalizar la intervención, se observó un aumento significativo en las competencias vinculares ($p < .01$, $d = .398$), formativas ($p < .05$, $d = .498$), protectoras ($p < .05$, $d = .388$) y reflexivas ($p < .05$, $d = .417$), con tamaños de efecto moderados a moderado-bajos. Coherentemente, se observó un aumento significativo de prácticas de crianza positivas en general ($p < .01$, $d = .499$). Esto tiene sentido cuando se piensa que el foco del modelo es el desarrollo de sensibilidad parental en la ecología cotidiana del hogar, un contexto que permite desplegar aprendizajes en otras esferas además de lo estrictamente vincular. Asimismo, se observó una disminución significativa del estrés total ($p < .001$, $d = .637$), el estrés parental ($p < .01$, $d = .798$), la interacción disfuncional ($p < .05$, $d = .506$), y la percepción de estar criando un niño(a) difícil ($p < .001$, $d = .383$), con tamaños de efecto grandes para estrés parental, moderados para la interacción y moderado-bajos para la

representación del niño/a, logrando reducir el estrés fuera de la zona de riesgo para el maltrato infantil, lo que es un resultado especialmente significativo cuando hablamos de utilizar la visita domiciliaria en Sistemas de Protección a la Infancia. Estos hallazgos deben tomarse con cautela al no contar con grupo de control ni asignación aleatoria. No obstante, constituyen una primera evidencia de efectividad de la visita domiciliaria ODISEA, comprometiendo la realización de nuevos estudios con mayor muestra y mejor diseño metodológico, que garanticen su implementación a futuro en las políticas públicas de infancia en Latinoamérica.

El modelo de video-*feedback* ODISEA 2.0

Durante la década de los 90, la trabajadora social clínica Susan McDonough (1995) propone el modelo Interacción Guiada que transforma significativamente la intervención en infancia temprana (Zeanah, 2019). A esta técnica se le denomina video-*feedback* y ha demostrado resultados sorprendentes (Fukkink, 2008; O'Hara *et al*., 2019) especialmente con familias multiproblemáticas resistentes a otras formas tradicionales de intervención (Gómez & Muñoz, 2012; McDonough, 1995). A partir de estas primeras propuestas se derivan una serie de modelos de amplio reconocimiento internacional, como VIPP (Kalinauskiene *et al*., 2009), SiB (Erickson & Kurz-Riemer, 2002); o CoS (Powell *et al*., 2014), entre otros.

El video-*feedback* cuenta con dos metaanálisis sobre sus efectos. El metaanálisis de Fukkink (2008), realizado con 29 experimentos y un total de 1844 familias, mostró un efecto de $d = .47$ sobre el comportamiento parental (p. ej., sensibilidad); $d = .37$ en actitudes parentales (p. ej., estrés parental); y $d = .33$ en comportamiento infantil (p. ej., conductas de apego). Cabe señalar que ciertos modelos, como VIPP, han reportado efectos de hasta $d = .78$ sobre sensibilidad parental (Kalinauskiene *et al*., 2009). Recientemente, O'Hara *et al.* (2019) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con 22 estudios y un total de 1889 familias, reportando un efecto moderado sobre sensibilidad parental (intervalo de confianza 0.20 a 0.49), en línea con los resultados de Fukkink (2008).

Aunque hace casi treinta años que se conoce en el mundo la técnica del video-*feedback* y sus positivos efectos en competencias parentales, existe una experiencia escasa y fragmentada en América Latina, siendo nuestro trabajo y el del psicólogo chileno Álvaro Pallamares (ambos con inicio entre 2005 y 2006) los primeros avances conocidos en la región. La experiencia pionera que realizamos en la ONG Protectora de la Infancia desde 2006 para la reunificación familiar de niños institucionalizados y luego en casos de maltrato infantil (Gómez & Muñoz, 2012; Suárez *et al*., 2009), dio origen al modelo ODISEA de video-*feedback* en su primera versión (Gómez & Muñoz, 2013). La

experiencia de Pallamares dio origen al modelo centro de intervención temprana (CIT) inicialmente en Chile y hoy en Argentina, Uruguay, Brasil, Colombia y México, con más de 500 familias atendidas a la fecha (Francisca Montedónico, comunicación personal, 9 de octubre de 2020). Asimismo, estas experiencias combinadas inspiraron una iniciativa inédita a nivel mundial, desarrollada entre 2016 y 2018 por Santelices *et al.* (2018) para la Junta Nacional de Jardines Infantiles de Chile, implementando video-*feedback* grupal con educadoras y técnicas de párvulo para la promoción de la sensibilidad educativa, llegó a implementarse a nivel nacional el 2018, con positivos resultados en sensibilidad diádica (d = .67) y grupal (d = .13), evaluados en 157 educadoras, con diseño pre-post (Santelices *et al*., en prensa).

El año 2016 Fundación América por la Infancia asume el desafío de actualizar el modelo recogiendo años de experiencia y aprendizaje con diversas poblaciones, y elabora un nuevo manual de video-*feedback* ODISEA 2.0 (Gómez & Maureira, 2017). Más cercano a la teoría del apego y la aplicación de los principios de mentalización en psicoterapia (Bowlby, 1989; Cortina & Marrone, 2017; Fonagy *et al.,* 2018), plantea dos etapas del tratamiento: (a) *Base Segura* y (b) *Exploración*. Se diferencian en cada etapa, dos tipos de sesiones de trabajo con la familia: (a) sesiones de *experiencia vincular*, en las que se filma a la figura parental en diversas oportunidades de interacción con el hijo(a) (por ejemplo, juego libre o lectura de cuentos); y (b) sesiones de *experiencia reflexiva*, en las que se revisan con la figura parental segmentos de video cuidadosamente escogidos por el/la terapeuta, aplicando una técnica clínica que diferencia claramente tres pasos al trabajar cada segmento: (i) *descripción* de lo observado en el video; (ii) *mentalización* de cada protagonista en el video y de sí mismo en el aquí y ahora; y (iii) *transferencia* de lo aprendido a la ecología de crianza actual. El nuevo modelo propone además un formato innovador de video-*feedback* grupal, en línea con otros desarrollos recientes (Santelices *et al*., 2018; Sieverson, 2018; Santelices *et al*., en prensa).

Actualmente el modelo ODISEA de video-*feedback* está siendo aplicado en: (a) educación inicial, (b) salud familiar, (c) protección de la infancia (programas de prevención secundaria del maltrato infantil, residencias de protección y familias de acogida), (d) adopción, (e) personas privadas de libertad, (f) discapacidad, (g) personas con autismo y otros desafíos del desarrollo; y (h) en psicoterapia particular (depresión posparto, dificultades conductuales y emocionales, sensibilidad parental, psicopatología del vínculo, etc.), en diversas ciudades de Chile, Argentina, Costa Rica, Venezuela y México.

El estudio de resultados del programa *Crecer en Familia*, implementado por CEANIM con foco en primera infancia y que aborda casos de maltrato infantil y negligencia grave (Muñoz & Gómez, 2015) mostró resultados significativos en competencias parentales, estrés parental, maltrato infantil y funcionamiento familiar (n=50 casos, estudio pre-post). En forma independiente, Olhaberry *et*

al. (2015a, 2015b) aplicaron una adaptación del modelo de video-*feedback* ODISEA a madres con depresión posparto, y encontraron mejorías significativas en medidas de calidad de la interacción, sensibilidad materna y frecuencia de episodios depresivos mayores (n=61 casos, estudio cuasiexperimental).

Desde 2019, FAI está comprometido en el diseño y realización del primer Ensayo Clínico Aleatorizado (RCT) del modelo. Es un estudio que evaluará la eficacia en el fortalecimiento de las competencias parentales a través del video-*feedback* ODISEA 2.0 en una muestra de 100 padres, madres o cuidadores de niños y niñas entre 10 a 47 meses de edad. El protocolo de investigación cuenta con la aprobación de un comité de ética de la Universidad de Chile, y la aplicación de la intervención estará a cargo de un grupo de 30 profesionales localizados en distintas ciudades de Chile, todos y todas formados en el modelo.

El video-*feedback* sin duda ha revolucionado nuestra comprensión de las posibilidades y mecanismos en la intervención parental y familiar. Se reconoce como una innovación trascendental en el campo de la salud mental infantil y las competencias parentales (Zeanah, 2019). Cuando iniciamos su uso hace 15 años en Chile nos encontramos con una tibia recepción por parte de la comunidad profesional. Hoy los cursos de entrenamiento llenan sus vacantes y cientos de familias son atendidas con video-*feedback*, mostrando positivos resultados. Hemos avanzado mucho en estos años, pero aún estamos lejos de que el video-*feedback* sea una metodología disponible en todos los centros y programas psicosociales y de salud mental del continente, y cientos de miles de familias aún no cuentan con esta posibilidad que podría cambiar sus trayectorias vitales, parentales y familiares; lo que constituye un desafío y responsabilidad mayor de cara a las políticas públicas de infancia. Sabemos que el video-*feeedback* funciona, pero todavía no logramos que esté realmente disponible para quienes más lo necesitan y eso no nos puede dejar indiferentes.

El Dispositivo Terapéutico de la Parentalidad ODISEA-DTP

El Dispositivo Terapéutico de la Parentalidad ODISEA tiene como antecedente la Entrevista de Parentalidad Positiva desarrollada el año 2015 (Gómez, manuscrito no publicado), en el marco del proyecto de reunificación familiar que llevaba adelante Fundación Ideas para la Infancia. Dicha entrevista semiestructurada, inspirada en la Entrevista de Apego Adulto (George *et al.*, 1996) y la Parent Development Interview (Slade *et al.,* 2004), permitía explorar en dos sesiones la compleja relación entre las heridas de la infancia y el legado positivo de los recursos de resiliencia parental presentes en las familias de origen de niños y niñas institucionalizados. En el transcurso de las pruebas iniciales y subsecuentes experiencias en otros contextos de aplicación, se observó un interesante efecto terapéutico de las preguntas y ejercicios narrativos que se

proponía realizar a los y las participantes. Esto llevó a idear la posibilidad de tomar la estructura básica de la entrevista para imaginar un modelo psicoterapéutico breve, coherente con las aplicaciones clínicas derivadas de la teoría del apego y la mentalización en psicoterapia (Bowlby, 1989; Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2012; Cortina & Marrone, 2017) con posibilidades de implementación en políticas públicas.

El año 2018, desde Fundación América por la Infancia, se inicia el desarrollo de esta metodología terapéutica, construyendo un primer borrador y sucesivas mejoras y correcciones a partir de ensayos iniciales y extensas discusiones teóricas y técnicas. A fines de 2018 se inicia la implementación del primer proyecto piloto del dispositivo terapéutico de la parentalidad ODISEA-DTP, realizando un total de 17 procesos psicoterapéuticos, todos con consentimiento informado y 77 sesiones transcritas y analizadas.

El objetivo del dispositivo terapéutico de la parentalidad (Gómez, Maureira & Di Bártolo, manuscrito no publicado) es ofrecer a los padres y madres la oportunidad de realizar un examen reflexivo de su constelación de parentalidad heredada (su historia de crianza y apego en la propia infancia), vivida (la crianza con el hijo/a en el presente) y soñada (las expectativas de futuro en cuanto a la vida familiar), analizando sistemáticamente las cuatro cuerdas comprensivas propuestas por Gómez (en prensa): el cuerpo, la experiencia emocional, los personajes y los guiones internos de crianza. Se sigue un formato semiestructurado, con un guion de preguntas y ejercicios que organizan el trabajo clínico del profesional, pero deja espacios para la creatividad personal del terapeuta según lo que va surgiendo en cada sesión.

Siguiendo lo postulado por Bowlby (1989) y elaborado por Cortina y Marrone (2017), y Allen y colaboradores (2008), la técnica clínica general, informada por la teoría del apego, consiste en explorar los modelos operativos internos, organizados en una «constelación representacional de la parentalidad» heredada (Gómez, 2016; Gómez, en prensa), promover la integración de memorias semánticas y episódicas, desarrollar la función reflexiva a través del diálogo, ejercicios reflexivos y la mentalización, promover la resolución de duelos y microduelos de la niñez herida, el desarrollo de la capacidad de regulación emocional y la resolución de situaciones traumáticas infantiles.

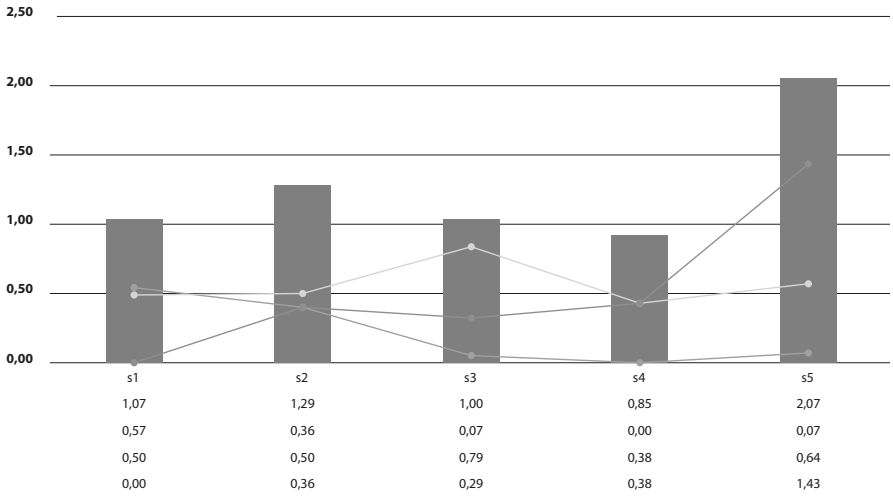
La metodología ODISEA-DTP se compone de cinco sesiones semiestructuradas (que se pueden extender si es necesario), según se detalla a continuación: Sesión 1, centrada en la exploración de la experiencia temprana y los constructos nucleares de significado asociados; Sesión 2, centrada en la exploración de la experiencia de crianza en la infancia y los mandatos heredados; Sesión 3, centrada en trabajar la integración de los aspectos dolorosos y luminosos de la historia con el niño(a) interno; Sesión 4, centrada en explorar la rutina de crianza actual, la representación del hijo(a), y los aspectos más gratificantes y difíciles de la crianza actual; Sesión 5, centrada en explorar el futuro hacia el

cual se quisiera avanzar, para el hijo(a), para sí mismo como padre/madre y para los que vendrán.

En cada sesión hay una estructura o marco de trabajo organizado en tres partes, dentro de las cuales el profesional explorará y se irá ajustando a los contenidos y procesos de cada persona. Las sesiones combinan una serie de temas y preguntas que favorecen la función reflexiva, como, por ejemplo, la identificación de tres palabras para representar a los personajes importantes de la Constelación Representacional de Parentalidad (Gómez, en prensa) y luego trabajar con las palabras opuestas para reconocer guiones y mandatos heredados, heridas y duelos no resueltos, así como recursos de resiliencia parental. Asimismo, se usan tareas o ejercicios intersesión que permiten que la persona continúe su trabajo clínico más allá de la sesión. El profesional siempre ofrece un trato amable, respetuoso, con «ternura profesional», empático y flexible. Se trata de construir una «base segura» para la exploración y un «refugio seguro» ante la angustia y el estrés que supone avanzar (Bowlby, 1989; Cortina & Marrone, 2017) operando siempre desde una posición mentalizante de los contenidos aportados por la persona en cada sesión (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2012).

El proyecto piloto fue evaluado por dos investigadoras independientes de la Universidad Alberto Hurtado, expertas en la metodología de Indicadores de Cambio Subjetivo (Krause *et al*., 2006; Krause *et al*., 2007), quienes revisaron el material transcrito de 77 sesiones de terapia por separado, identificaron episodios de cambio y les asignaron un indicador, resolviendo por consenso las discrepancias. El cambio subjetivo se entiende como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas (Krause *et al*., 2006), en este caso, a una Constelación Representacional de la Parentalidad transformada, enriquecida y equilibrada. Siguiendo esta línea de investigación, los 19 indicadores de cambio subjetivo se organizaron en 3 niveles de profundidad: (a) Nivel I, incluyó indicadores como el descongelamiento o cuestionamiento de formas históricas de entendimiento (por ejemplo, de modelos de crianza que normalizan el maltrato); (b) Nivel II, incluyó indicadores como el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y el establecimiento de nuevas conexiones en los MOI; (c) Nivel III, incluyó indicadores como el reconocimiento de la ayuda recibida y la construcción de una nueva teoría subjetiva (o Constelación Representacional de la Parentalidad) biográficamente fundada.

Figura 2
Indicadores de cambio (IC) observados en el Dispositivo Terapéutico de la Parentalidad, según nivel de profundidad del IC por sesión



*N = 17 procesos terapéuticos , de 5 sesiones cada un o.
** 4 terapeutas entrenados en el modelo ODISEA - DTP
*** No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre terapeutas (F = .335; df = 3; p = .786)

Los resultados del estudio se muestran en la Figura 1. El modelo DTP con sus cinco sesiones semiestructuradas consigue resultados similares o superiores incluso a otros modelos psicoterapéuticos de 20 sesiones o más (Krause *et al*., 2007). Respecto al promedio de IC por sesión, en el estudio de Krause *et al*. (2007) se estudiaron 100 sesiones de psicoterapia, encontrando un total de 69 indicadores de cambio intrasesión y un promedio de 0,69 por sesión, mientras que en este estudio con 77 sesiones de terapia se registró un total de 92 IC intrasesión y un promedio de 1,19 IC por sesión (es decir, 172% más). Otro hallazgo interesante es que los procesos tuvieron una forma de «U» con mayor presencia promedio de indicadores de cambio en las dos primeras sesiones, una baja en las sesiones 3 y 4, seguido de un fuerte repunte en la sesión 5, siguiendo una forma similar a la que la investigación en psicoterapia ha mostrado que tienen los procesos exitosos (Krause *et al*., 2006; Krause *et al*., 2007). Otro hallazgo interesante es que al inicio se observa una mayor presencia de indicadores de Nivel I, que bajan desde la tercera sesión; una mantención de indicadores de Nivel II durante todo el proceso; y un aumento gradual de indicadores de Nivel III en las cuatro primeras sesiones, mostrando un significativo aumento en la última sesión.

Un estudio actualmente en curso con esta muestra de pacientes, arroja como resultados preliminares que el 60% de los casos cumpliría criterios de trauma complejo en su infancia, al reconocer 4 o más experiencias adversas tempranas

en el cuestionario ACES abreviado (Glowa et al., 2016) y sólo un 20% no registra ningún ACES. Esto quiere decir que el modelo DTP logró obtener resultados clínicamente relevantes con una muestra de pacientes que, mayoritariamente, presentaban una infancia y niñez con experiencias acumuladas de trauma relacional. Tomados en su conjunto, estos hallazgos iniciales resultan prometedores y comprometen un camino de desarrollo y perfeccionamiento del modelo en años por venir, con el objetivo último de llevarlo a las políticas públicas y hacerlo disponible y accesible para toda la población que lo requiera.

Discusión

Han pasado 10 años desde la primera semilla que dio forma al modelo ODISEA de evaluación e intervención parental y familiar, y de su sólido tronco teórico y epistemológico, han ido creciendo ramificaciones innovadoras y necesarias, hasta conformar hoy una estructura organizada y coherente, flexible y articulada que permite pensar un sistema integrado de intervención, de alta relevancia para las políticas públicas de infancia.

Estas *oportunidades para el desarrollo de interacciones más sensibles, eficaces y afectuosas* pueden adoptar hoy la forma de talleres de crianza positiva cuando el objetivo es promover procesos reflexivos grupales (Figueroa *et al*., 2017), o bien de visitas domiciliarias cuando se busca favorecer procesos reflexivos familiares en la ecología cotidiana del hogar (Gómez, 2017b); procesos reflexivos relacionales a través de la poderosa metodología del video-*feedback* (Gómez & Maureira, 2017), hasta un dispositivo terapéutico de la parentalidad cuando buscamos ofrecer un proceso reflexivo personal sobre la propia historia de crianza heredada (Gómez *et al*., manuscrito no publicado).

Esta versatilidad del modelo es una de sus principales fortalezas, y explica cómo en tan poco tiempo ya existen cientos de profesionales en distintos países que se han sumado no solo a su estudio e implementación, sino también con desarrollos y aportes creativos propios, dentro del marco original del modelo. Un ejemplo de esto último es la reciente adaptación del Taller de Crianza Positiva (Figueroa *et al*., 2017), realizada en 2020 por Gaudencio Rodríguez para el DIF de Guanajuato en México, y que será implementada en las Escuelas para Padres de Guanajuato y, eventualmente, en otros estados de México. O la adaptación y evolución del modelo de video-*feedback* ODISEA para el trabajo con madres con depresión posparto (Olhaberry *et al*., 2015a, 2015b) o para el fortalecimiento de la sensibilidad educativa en formato grupal en JUNJI (Santelices *et al*., en prensa).

La buena acogida que ha tenido esta propuesta por parte de las familias, los profesionales y las instituciones involucradas se explica en gran medida por los fundamentos teóricos basados en la teoría del apego, la parentalidad positiva, la bioecología y la resiliencia, las características metodológicas diseñadas

a partir de una rigurosa revisión de la literatura especializada sobre buenas prácticas y evidencia sobre qué funciona mejor para qué tipo de población y objetivo (Chen & Chan, 2016; Gómez, 2017a; Kaminski *et al*., 2008; Lundhal *et al*., 2006; Leijten *et al*., 2019), un riguroso camino de diseño, una implementación controlada y la evaluación de resultados, más un constante énfasis en la importancia de la persona del profesional que implementa el modelo ODISEA en cualquiera de sus variantes.

Parados en el borde de una nueva década de perfeccionamiento y continuo desarrollo del modelo ODISEA, emergen como importantes desafíos la generación de más y mejores estudios con el más alto estándar de evaluación de resultados y de seguimiento a largo plazo, la combinación de diseños de evaluación cuantitativa con metodologías cualitativas que ahonden en la experiencia subjetiva de los y las participantes, la inclusión de la perspectiva de niños, niñas y adolescentes en los estudios, así como la triangulación de metodologías y fuentes de información (por ejemplo, incluyendo además de instrumentos de autorreporte o de codificación de interacciones registradas en video, medidas del área de las neurociencias afectivas y de la economía del comportamiento).

No es fácil innovar en Latinoamérica. No es fácil crear modelos propios, construir soluciones adecuadas a nuestra realidad sociocultural, histórica y política, con los limitados recursos que contamos, con una mentalidad generalmente limitante respecto a nuestras propias capacidades y posibilidades, con la burocracia que asfixia las mejores ideas, con la falta de financiamiento que torna muy difícil avanzar. Pero este capítulo es el testimonio escrito de que sí se pueden lograr epopeyas en apariencia imposibles, odiseas en principio irrealizables. No es fácil, pero se puede, si trabajamos unidos, cooperando, colaborando, soñando juntos este cambio de paradigma hacia una cultura de paz y buenos tratos a la infancia en Latinoamérica.

Referencias

Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index Professional Manual.* (3rd Ed.). Psychological Assessment Resources, Inc.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.

Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K. & Molina, Y. (2016). Validity and Reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) Applied to a Chilean sample. *Journal of Child and Family Studies, 25*(12), 3554-3564.

Aracena, M., Leiva, L., Undurraga, C., Krause, M., Pérez, C., Cuadra, V., Campos, M. & Bedregal, P. (2011). Evaluación de la efectividad de

programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. *Rev Med Chile, 139*, 60-65.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Bloomfield, J., Balsa, A., & Cid, A. (2019). *Using Behavioral Insights in Early Childhood Interventions: the Effects of Crianza Positiva E-Messaging Program on Parental Investment* (No. 1903). Facultad de Ciencias Empresariales y Economía. Universidad de Montevideo.

Bowlby, J. (1989). *Una Base Segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Editorial Paidós.

Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child development*, *72*(1), 252-270.

Cassidy, J. & Shaver, Ph. (Eds) (2016). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. (3rd Edition). Ed. Guildfor Press: New York. https://doi.org/10.1002/imhj.21730

Chen, M., & Chan, K.L. (2016). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 88-104.

Cortina, M. & Marrone, M. (comp.) (2017). *Apego y Psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Madrid.

De Wolff, M. & van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development, 68*(4), 571-591.

Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar*. Gedisa.

Di Bártolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos: clínica, investigación y teoría*. Lugar Editorial.

Erickson, M.F. & Kurz-Riemer, K. (2002). *Infants, Toddlers and Families. A Framework for Support and Intervention*. The Guildford Press.

Feldman, R. (2012). Parent-infant synchrony: A biobehavioral model of mutual influences in the formation of affiliative bonds. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 77*(2), 42-51.

Figueroa, C., Gómez, E., Montedónico, F., Balsa, A., Bloomfield, J., Cid, A., González, M. & Valdés, R. (2017). *Taller de Crianza Positiva. MANUAL*. Fundación América por la Infancia, Universidad Católica de Uruguay, Universidad de Montevideo.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.

Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review, 28,* 904-916.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California.

Glowa, P., Olson, A., Johnson, D. (2016). Screening for Adverse Childhood Experiences in a Family Medicine Setting: A Feasibility Study. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 29*(3) 303-307. https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.03.150310

Gómez, E. & Contreras, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva E2P v2* (segunda versión). Fundación América por la Infancia.

Gómez, E. & Maureira, M. (2017). *Video-feedback ODISEA 2.0. MANUAL*. Fundación América por la Infancia.

Gómez, E. & Muñoz, M. (2012). Efectos de la Terapia de Interacción Guiada sobre el bienestar de diadas en riesgo psicosocial. Terapia Psicológica, 30(1), 15-24. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100002

Gómez, E. & Muñoz, M. (2013). *Manual Modelo de Video-Feedback. ODISEA: Oportunidades para el Desarrollo de Interacciones Sensibles, Eficaces y Afectuosas*. Fundación Ideas para la Infancia.

Gómez, E. & Muñoz, M.M. (2014). *Manual e2p. Escala de Parentalidad Positiva* (primera versión). Fundación Ideas para la Infancia.

Gómez, E. (2016). Comunidad Sensible a las Trayectorias de la Adopción: Hacia un Sistema Nacional de Adopción. En Fundación San José para la Adopción. *El Tiempo de los Niños: tensiones y desafíos ante una nueva ley de adopción en Chile,* (p. 27-55). Fundación San José para la Adopción.

Gómez, E. (2017a). Parentalidad, desarrollo infantil y vulnerabilidad psicosocial en Chile. En M. Cordero, H. Molina & R. Mercer. (Eds). *De las Moléculas al Capital Humano. Para entender las ciencias del desarrollo humano*. (p. 89-100). Universidad de Santiago.

Gómez, E. (2017b). *Visita Domiciliaria para un Desarrollo Parental Sensible. MANUAL ODISEA-Salud Familiar.* Fundación América por la Infancia.

Gómez, E. (en prensa). El Modelo ODISEA. En M. Marrone & E. Wolfberg (Eds). *Apego y Parentalidad. Modelos de Intervención.* Psimática.

Gómez, E. (manuscrito no publicado). *La Entrevista de Parentalidad Positiva ODISEA*. Fundación Ideas para la Infancia.

Gómez, E., Maureira, M. & Di Bártolo, I. (manuscrito no publicado). *Dispositivo Terapéutico de la Parentalidad. MANUAL*. Fundación América por la Infancia.

Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A.M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhe, 16*(2), 43-54.

Gross, J. (Ed.). (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press.

Heller, L., & LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma: How early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship*. North Atlantic Books.

Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive

mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: care, health and development, 35*(5), 613-623.

Kaminski, J.W., Valle, L., Filene, J. & Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol, 36,* 567-589.

Kotliarenco, M. A., Gómez, E., Muñoz, M. & Armijo, I. (2009). Evaluación pre-post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego en usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil Temprano. *Summa Psicológica UST, 6*(2), 89-104.

Kotliarenco, M.A., Gómez, E., Muñoz, M. & Aracena, M. (2010). Características, efectividad y desafíos de la Visita Domiciliaria en Programas de Intervención Temprana. R*evista de Salud Pública, 12*(2), 184-196.

Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Altimir, C. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología*, *38*(2), 299-325.

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Ramírez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy research*, *17*(6), 673-689.

Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G.J., Van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W. & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(2), 180-190.

Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children.* Guilford Publishers.

Lundahl, B., Nimer, J. & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice, 16*(3), 251-262.

McDonough, S. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships trough interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4,* 661-672.

Muñoz, M., & Gómez, E. (2015). Crecer en familia: un servicio para promover la parentalidad positiva en Chile. En M. J. Rodrigo & M. L. Máiquez (Eds.), *Manual práctico de parentalidad positiva* (pp. 189-204). Síntesis.

O'Hara, L., Smith, E.R., Barlow, J., Livingstone, N., Herath, N., Wei, Y., Spreckelsen, T.F., Macdonald, G. (2019). Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*. Art. No.: CD012348.

Olds, D., Sadler, L. & Kitzman, H. (2007). Programs for Parents of Infants and Toddlers: Recent Evidence from Randomized Trials. *J Child Psychol Psychiatry, 48*, 355-391.

Olhaberry, M., León, M.J., Seguel, M. & Mena, C. (2015a). Video-feedback intervention in mother-baby dyads with depressive symptomatology and

relationships difficulties. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 18*(2), 82-92.

Olhaberry, M., Mena, C., Zapata, J., Miranda, A., Romero, M. & Sieverson, C. (2015b). Terapia de Interacción Guiada en díadas madre-bebé con sintomatología depresiva materna en el embarazo: un estudio piloto. *Summa Psicológica UST, 12*(2), 63-74.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. The Guildford Press.

Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C., Byrne, S. & Rodríguez, B. (coord.) (2015). *Manual Práctico de Parentalidad Positiva*. Ed. Síntesis.

Rodriguez, G. (2016). *Cero Golpes. 100 Ideas para la erradicación del maltrato infantil*. Editorial Producciones Educación Aplicada.

Roggman, L. A., Boyce, L. K., & Innocenti, M. S. (2008). *Developmental Parenting!. Developmental Parenting: A Guide for Early Childhood Practitioners*. Paul H. Brookes Publishing Company.

Roggman, L. A., Cook, G. A., Innocenti, M. S., Jump Norman, V., & Christiansen, K. (2013). Parenting interactions with children: Checklist of observations linked to outcomes (PICCOLO) in diverse ethnic groups. *Infant Mental Health Journal*, *34*(4), 290-306.

Slade, A., Aber, J.L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan (2004). *The parent development interview, revised. Unpublished protocol*. The City University of New York.

Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.

Santelices, M.P., Gómez, E., Maureira, M., Sieverson, C., Pallamares, A., Gómez, D. & Vera, L. (2018). *Manual Video-feedback para la Promoción de la Sensibilidad Educativa en Equipos de Jardines Infantiles de la JUNJI*. Junta Nacional de Jardines Infantiles, Gobierno de Chile.

Santelices, M., Gómez, E., Gómez, D., Sieverson, C., Maureira, M., Pallamares, A., Vera, L., Reyes, K., Lizana, M. & Gabriel, N. (en prensa). Efecto de un Programa de Video-feedback para la promoción de la sensibilidad educativa en equipos de jardines infantiles de JUNJI. *Revista, volumen,* página.

Sieverson, C. (2018). *Effectiveness of a mentalization-and group-based intervention with videofeedback for mothers of preschool children* [Tesis de Doctorado en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica].

Solomon, J. & George, C. (2011). *Disorganized Attachment and Caregiving*. The Gilford Press.

Suárez, N., Muñoz, M., Gómez, E., & Santelices, M.P. (2009). Terapia de interacción guiada: una nueva modalidad de intervención con familias multiproblemáticas y en riesgo social. *Terapia Psicológica, 27,* 203-213.

Thompson, R. (2014). Chapter 11: Socialization of Emotion and Emotion Regulation in the Family. En J., Gross, J. (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (pp.173-186). The Guilford Press.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu.

Zeanah, Ch. (2019). *Handbook of Infant Mental Health*. (4th Edition). The Guilford Press.

Día a Día UdeC: una mirada al recorrido de diseño, implementación y evaluación de un programa de prácticas parentales positivas para prevenir problemas de conducta en preescolares

Paulina Rincón González
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Concepción, Chile

Karen Oliva Jara
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Concepción, Chile

Pablo Vergara-Barra
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción, Chile

Introducción

Uno de los problemas relacionados con el desarrollo y salud mental de niños y niñas que más preocupación genera es la presencia de conductas disruptivas tales como: agresividad, desobediencia acentuada y hostilidad, ausencia de respeto a normas de convivencia y a los derechos de otras personas. Las dificultades descritas anteriormente reciben la denominación genérica de problemas de conducta o comportamientos externalizados (Achenbach *et al*., 2011). Si bien estos rótulos revisten ciertas imprecisiones han recibido acogida pues permiten dar cuenta, sin implicar necesariamente la existencia de patología, de un conjunto de dificultades que generan tensión y afectan al bienestar de los propios niños y niñas que las presentan, a sus familias y a su entorno (en particular, a las instituciones educativas), y que son fuente de impedimento social y educacional (Moffitt & Scott, 2016). En Chile los problemas

de comportamiento son una de las problemáticas de más alta prevalencia en niños, niñas y adolescentes y constituyen uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud (Vicente, Saldivia, de la Barra, *et al*., 2012; Vicente *et al*., 2016).

La evidencia científica ha demostrado que la intervención dirigida a madres y padres, tanto en prevención como en tratamiento, es crucial en la modificación de problemas de conducta en niños(as), siendo el entrenamiento en habilidades parentales una de las estrategias mejor estudiadas y consideradas de mayor calidad (Cova *et al*., 2020; Furlong *et al*., 2012). En este tipo de intervención –de carácter grupal– se les entrega información a madres o padres. Son instruidos a través de actividades vivenciales por facilitadores en estrategias concretas que les permitan fortalecer la vinculación afectiva con sus hijos(as) y propiciar un clima familiar positivo, impidiendo el progreso de los primeros problemas conductuales (Vergara-Barra *et al*., 2020). Elementos centrales de los programas de entrenamiento parental efectivos son el desarrollo de capacidades para incrementar en los participantes interacciones positivas con sus hijos e hijas y la inclusión de habilidades para favorecer la comunicación emocional (Kaminski *et al*., 2008).

En el presente capítulo se revisa el programa de fortalecimiento de prácticas parentales Día a Día UdeC (DaD UdeC®), que ha sido elaborado en el contexto nacional, se encuentra protocolizado y cuenta con efectividad comprobada. Se trata de un programa de carácter promocional y preventivo de tipo universal que ha sido el resultado de más de 10 años de trabajo desde su formulación inicial por un equipo de investigación de la Universidad de Concepción. Se presentarán las características, objetivos y metodología utilizada en su formulación, se detallará el proceso de implementación llevado a cabo, así como las evaluaciones a las que ha sido sometido, para terminar con conclusiones acerca del programa en sí, el camino recorrido y los desafíos futuros.

Características y objetivos del programa Día a Día UdeC

El programa Día a Día UdeC (DaD UdeC®) es un programa estructurado de entrenamiento parental que tiene por objetivo potenciar en los y las participantes prácticas parentales apropiadas para favorecer el desarrollo de niños y niñas en edad preescolar y evitar el desarrollo de comportamientos y trastornos externalizados. Se trata de un programa promocional y preventivo de carácter universal que ha sido desarrollado en Chile y tiene efectividad comprobada en el contexto nacional[1].

En el programa DaD UdeC® un(a) profesional capacitado entrena a las y los participantes en estrategias eficaces de crianza agrupadas en tres ejes

[1] Información detallada del programa se puede encontrar en: https://diaadia.udec.cl/

principales: 1) fortalecimiento de la relación madres, padres y/o cuidadores(as)-niño(a), 2) provisión de un medio estable, predecible y atento a necesidades del niño(a), 3) manejo de estrategias de disciplina positiva.

El programa cuenta con un manual y con todos los productos e insumos para su implementación directa:

- Manual para facilitadoras y facilitadores: con todo el detalle del programa para su ejecución fidedigna por parte de quienes lo ejecutan directamente con los(as) participantes.
- Bitácora del programa: para uso de quienes ejecutan el programa de manera de facilitar su trabajo y favorecer el automonitoreo de su adherencia al protocolo de implementación.
- Cuadernillo para participantes: con actividades, material de análisis y autorregistros para las familias participantes.
- Carpetas para personal educativo: con todo el material que se usa en las reuniones que se llevan a cabo con ellos(as).
- Videos de material psicoeducativo: material audiovisual necesario para la ejecución del programa y de distribución directa a las y los participantes.
- Dípticos de material psicoeducativo: material escrito para apoyar los diversos temas tratados en las sesiones del programa.
- Material didáctico: tarjetas de memorice y naipes del programa que se entrega a las familias como incentivo de asistencia.

Su elaboración se ha basado en la revisión de los principales programas de entrenamiento parental que han mostrado efectividad a nivel internacional. De los varios programas revisados, han sido fuente principal de inspiración la serie de programas Incredible Years, desarrollados por Carolyn Webstter-Straton y su equipo en la Universidad de Washington (Wester-Stratton & Reid, 2006); Triple P, desarrollado por Matt Sanders y su equipo en la Universidad de Queensland (Sanders, 2008); el método desarrollado por Alan Kazdin para el trabajo con niños con problemas conductuales en la Universidad de Yale (Kazdin, 2008), y el programa ParentCorps, desarrollado por Laura Brotman y su equipo en las Universidad de Nueva York (Dawson-McClure *et al*., 2015). El programa ha sido desarrollado por un equipo de académicos(as) de la Universidad de Concepción y en su diseño se ha contado con el apoyo de Esther Calzada, investigadora del equipo de ParentsCorps (Rincón *et al*., 2016).

Metodología utilizada

El programa DaD UdeC® considera en la actualidad seis sesiones además de una sesión motivacional para invitar a las y los eventuales participantes.

Las sesiones abarcan los siguientes componentes: a) juego dirigido por niños y niñas, b) órdenes, transiciones y rutinas, c) atender e ignorar planificadamente, d) refuerzos y programas de incentivos y e) tiempo de pausa (incluyendo en él consecuencias lógicas y naturales).

Se lleva a cabo en modalidad grupal, idealmente con grupos de 8 a 12 participantes, con una periodicidad de una sesión a la semana (a excepción de la sexta y última sesión que se realiza dos semanas después de haber concluido la quinta) y una duración de dos horas por sesión con 95 minutos de trabajo efectivo. Los y las participantes son madres, padres y cuidadores(as), ya sea abuelitos(as), tíos(as) u otro adulto que tenga a su cargo a niños y niñas preescolares.

Como técnicas se emplean fundamentalmente el análisis de videos, juego de roles y asignación de tareas para la casa. Asimismo, se considera en la sesión final el ensayo en sesión con los niños y niñas.

El programa considera, además de las sesiones con las familias, dos reuniones con el personal educativo de los centros donde se implemente. El objetivo central de estas reuniones es involucrar al personal de los centros con el programa por lo que en ellas se dan a conocer los elementos básicos del programa, lo que permite reforzar en el personal educativo conocimientos útiles para su trabajo con niños, niñas y para el acompañamiento y asesoría que suelen hacer a las familias. Asimismo, se favorece una familiarización con los objetivos y estrategias del programa y se analizan formas de optimizar su implementación.

La metodología de implementación del programa DaD UdeC®, se materializa a través de un diploma de formación de postítulo, de carácter semipresencial especialmente diseñado para estos efectos. Cuenta con una parte teórica de nivelación de conocimientos, dada la heterogeneidad curricular formativa universitaria de los y las potenciales participantes (psicología, trabajo social, pedagogía, educación parvularia, psicopedagogía, etc.), y una parte práctica, ambas desarrolladas a través de instancias de supervisión directa por vía remota desplegadas tanto de manera sincrónica como asincrónica.

El diploma consta de cuatro fases distribuidas en nueve meses de formación. La primera fase se denomina *Formación Teórica:* en ella se trabaja a través de plataformas digitales de educación a distancia, con 40 horas de formación, contenidos relativos a psicología del desarrollo infanto juvenil, psicología del aprendizaje y trabajo con grupos y formación de adultos. La segunda fase se denomina *Capacitación en el Programa Día a Día UdeC:* En esta etapa se realiza una jornada de capacitación presencial con actividades vivenciales de 32 horas de formación en aspectos específicos de los elementos que se deben trabajar sesión a sesión en contexto de intervención en concordancia a los cinco componentes del programa DaD UdeC®. En una tercera fase se desarrolla lo que se denomina *Evaluación de Desempeño:* en esta instancia los(as) participantes realizan una evaluación de conocimientos y destrezas relevantes, teniendo que

llevar a cabo parte de una sesión ante una mesa evaluadora compuesta por el equipo docente del programa. La aprobación de esta instancia de evaluación habilita a las y los facilitadores para pasar a la última fase del proceso de formación y diploma, la *Práctica Supervisada*. En esta cuarta etapa, cada participante ejecuta, bajo supervisión del equipo docente del DaD UdeC®, dos talleres como actividad práctica formativa. El proceso de supervisión se lleva a cabo en la primera ejecución de manera semanal y en la segunda, de manera quincenal con el fin de garantizar el desarrollo de las competencias necesarias y al mismo tiempo procurar una estrategia de desvanecimiento de apoyos. La supervisión se lleva a cabo de manera remota a través de la plataforma de formación del programa.

El proceso de capacitación y acreditación para las personas que se forman tiene una duración de 148 horas (incluyendo formación teórica en línea, sesiones de capacitación, evaluación de desempeño y práctica supervisada). Al finalizar el proceso formativo los(as) profesionales participantes del Diploma presentan las competencias necesarias para la ejecución de los talleres de manera autónoma y considerando todos los elementos ineludibles de su aplicación e implementación.

Como primera experiencia de escalamiento en Chile se ha formado a un grupo de profesionales de los equipos regionales de Biobío y Ñuble del programa Habilidades para la Vida (HpV) de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y del Departamento de Educación de Fundación INTEGRA Biobío.

Proceso de implementación

El programa Día a Día UdeC® surge por el interés y compromiso de un equipo de académicos(as) e investigadores(as) de la Universidad de Concepción que, en conjunto, comenzaron a trabajar en torno a la prevención de problemas de conducta en la infancia y el fortalecimiento de prácticas parentales positivas.

En el año 2009 tras la adjudicación de un proyecto interno de la Universidad de Concepción denominado «Diseño y evaluación de un programa preventivo en niños preescolares de familias de alta vulnerabilidad social en riesgo de desarrollar trastornos de conducta», se adaptó y probó un programa internacional de intervención, estructurado y basado en la evidencia para familias de niños preescolares de la serie de intervenciones The Incredibles Years[2]. Parte de los desafíos planteados de este proyecto fue adaptar el programa a las características de nuestra realidad, fundamentado en las experiencias que han mostrado ser más exitosas, con menores tasas de abandono incorporando elementos que favorecieran el compromiso y motivación de las familias

[2] Más información en: http://www.incredibleyears.com/

participantes de la intervención, quienes pertenecían a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la Provincia de Concepción.

En el año 2012 y en base a los resultados del proyecto anterior, el equipo se adjudicó el proyecto FONDECYT Regular 1120716 «Diseño, implementación y evaluación de un programa de entrenamiento parental para la prevención de comportamientos y trastornos externalizados en niños y niñas preescolares». Los fondos adjudicados permitieron la elaboración y evaluación de la primera versión del programa Día a Día UdeC®, desarrollando un programa que respondiera a la realidad nacional con contenidos, materiales y estrategias de adherencia ajustadas a la población de nuestro país. El programa fue implementado en trece centros educativos preescolares de la Fundación Integra y un centro educativo particular con financiamiento estatal, conformando un total de 269 participantes de la provincia de Concepción.

Los resultados de este proyecto fueron exitosos, lo que propició que en el año 2015 el equipo de investigación se adjudicara la primera etapa del Proyecto FONDEF ID14I10058 «Desarrollo de un Programa de Fortalecimiento de Prácticas Parentales con foco en la Prevención e Intervención Temprana de Problemas y Trastornos de Conducta de Niños y Niñas Preescolares» que dio forma final a lo que es hoy el programa Día a Día UdeC®, es decir, un programa de entrenamiento parental protocolizado con efectividad comprobada en el contexto chileno, el cual consta de seis sesiones de entrenamiento con padres, madres y cuidadores(as) de niños preescolares y dos reuniones con personal educativo. Este programa se aplicó en 19 centros educativos, cinco pertenecían a la Fundación Integra, tres a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), seis a establecimientos municipales y cinco fueron establecimientos privados con financiamiento estatal de la provincia de Concepción, participando un total de 332 padres, madres y/o cuidadores.

El equipo consciente de las posibilidades de mejora del programa, de la necesidad de alcanzar un mayor impacto y de contar a nivel nacional con un programa de entrenamiento parental con evidencias claras de su pertinencia y efectividad, se adjudicó en el año 2018 la segunda etapa del proyecto FONDEF (ID14I20058). En esta etapa el desafío ha estado centrado en la instalación de capacidades en las instituciones contraparte para masificar el Programa Día a Día UdeC®, con el fin de transferir los resultados obtenidos a entidades que trabajan en infancia. Para ello se ha formado a profesionales de Fundación Integra región del Biobío y del programa de Habilidades para la Vida (HpV) de JUNAEB de las regiones de Biobío y Ñuble, como facilitadores y facilitadoras del programa Día a Día UdeC®, a través del diploma descrito en el apartado anterior.

En la actualidad, el equipo del programa DaD UdeC® ha desarrollado material de apoyo para las familias y facilitadores(as) en prevención y promoción de salud mental infantil en el contexto de la crisis social del año 2019 y de la crisis sanitaria producto de la COVID-19 durante 2020. Además, se ha

colaborado con PAR Explora Biobío generando cápsulas informativas sobre la importancia de diversos aspectos del manejo, cuidado y protección de infancia en este contexto. Todo este material se encuentra disponible en el sitio web y las redes sociales del programa[3].

Evaluaciones

El programa DaD UdeC® ha sido implementado y evaluado con familias de niños y niñas preescolares (3 a 5 años), pero probablemente su utilidad se extiende a familias de niños y niñas de hasta 9 años, con ajustes menores en algunas actividades.

Tras su diseño y prueba piloto, su primera evaluación se produce en el marco del proyecto FONDECYT referido en el apartado anterior, con el programa que en ese momento consideraba 10 sesiones con las familias, las que tuvieron que ser reducidas a 9 en su implementación por paralizaciones laborales en los centros educativos en que se llevaba a cabo.

Este estudio fue realizado con 269 familias de 14 centros educativos que atienden población preescolar de alta vulnerabilidad social. Se asignaron al azar 167 familias al programa DaD UdeC® y 102 al grupo control, el que recibió el programa una vez finalizado el proceso de recolección de datos.

Se planteó que quienes participaran del programa DaD UdeC® presentarían un menor nivel de prácticas parentales negativas (prácticas inconsistentes, hostiles o punitivas), así como un mayor nivel de prácticas parentales de reforzamiento positivo e involucramiento con el hijo, que quienes quedaran en la condición de lista de espera (grupo control). Asimismo, presentarían mayor satisfacción con su rol parental. También se esperaba que como resultado del entrenamiento en prácticas parentales se observarían menos comportamientos externalizados de los hijos e hijas de quienes participaran del Programa que de quienes fueran del grupo control.

Se realizaron evaluaciones pre y postintervención de prácticas parentales, satisfacción parental y presencia de problemas conductuales en niños a través de la aplicación del cuestionario de parentalidad de Alabama, la escala de conductas de hostilidad hacia el niño, la escala de percepción de competencia parental (PSOC) y la subescala de comportamientos externalizados de la lista de chequeo de la conducta infantil (CBCL, por su nombre en inglés). Los instrumentos fueron respondidos por la madre participante del programa. Se consideró asimismo un instrumento observacional de evaluación de la interacción del adulto con el niño(a): la escala de claves de crianza interactiva (KIPS) y un instrumento que permitiera evaluación multiinformante de los problemas de

[3] Instagram: https://www.instagram.com/diaadiaudec/. Facebook: https://www.facebook.com/diaadiaudec. Twitter: https://twitter.com/diaadiaudec.

conducta del niño(a), que fue respondido por el personal educativo que tenía contacto directo con el niño o la niña, con estudios formales como educadoras o asistentes de párvulos: la escala de comportamientos externalizados del formulario de reporte del profesor (C-TRF, por su nombre en inglés).

El análisis de los resultados de la intervención fue realizado tanto por intención de tratar como por asistencia mínima por protocolo, entendida como la asistencia a tres sesiones o más, para lo que se comparó a las asistentes a 3 o más sesiones respecto de las participantes del grupo control. Asimismo, se hizo un análisis dosis-respuesta en función del número de sesiones asistidas.

Tanto el análisis por mínimo de sesiones como en función del número de sesiones asistidas mostraron efectos en la dirección esperada. El análisis por mínimo de sesiones mostró menos conductas de hostilidad y de prácticas punitivas hacia el niño o la niña en el grupo asignado al programa respecto de la condición control, y más conductas positivas en las interacciones de juego madre-hijo(a) evaluadas de manera observacional. En el análisis por asistencia se observaron los mismos efectos señalados y, además, un aumento de las prácticas de reforzamiento positivo e involucramiento parental, y una disminución de prácticas inconsistentes en las participantes del programa, así como una mayor satisfacción con su rol parental. Ni en el análisis por mínimo de sesiones ni por número de sesiones asistidas se observaron efectos en relación con los problemas comportamentales. No obstante, los efectos señalados no se observaron al realizarse los análisis por intención de tratar (Rincón *et al*., no publicado).

Estos resultados pusieron de manifiesto las potencialidades del programa implementado y arrojaron luz sobre la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar la retención de participantes, lo que llevó a la modificación del programa tal como se señaló en el apartado previo.

De ello surge la evaluación del programa en su versión actual: 6 sesiones con familias y 2 sesiones con personal educativo, a través de un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados.

En este estudio participaron 332 madres, padres y cuidadores(as) de niñas y niños entre 3 y 6 años, pertenecientes a 19 centros educativos del Gran Concepción (escuelas, colegios y jardines infantiles). Se utilizó un diseño experimental con evaluación pretest, aplicación del programa DaD UdeC® a quienes fueron asignados a la condición experimental (178 familias provenientes de 10 centros), evaluación post test y posterior aplicación del programa a los grupos asignados a la condición control como retribución por participar en la investigación (154 familias provenientes de 9 centros educativos).

Las variables evaluadas fueron las mismas de la investigación previa, es decir, prácticas parentales, satisfacción parental y presencia de problemas conductuales en niños, pero se introdujeron algunos cambios en la batería de instrumentos, manteniendo sí la evaluación observacional. De este modo, la evaluación se llevó a cabo a través del cuestionario de parentalidad de Alabama,

la escala de conductas de hostilidad hacia el niño, la escala de claves de crianza interactiva (KIPS), la escala de evaluación parental, la subescala de ánimo depresivo del inventario de problemas conductuales y socioemocionales del cuidador y el inventario de conducta infantil de Eyberg (Rincón *et al*., 2018).

Los resultados en términos de comportamientos disruptivos de niños y niñas, tanto por intención de tratar como por protocolo, mostraron reducciones significativas en estos y en el grado de preocupación que ellos generaban en madres, padres y cuidadores(as). En términos de prácticas parentales, los análisis por intención de tratar mostraron efectos positivos en las prácticas de involucramiento parental y una reducción significativa de prácticas de trato inadecuado y castigo físico, y por protocolo se revelaron efectos adicionales: reducción de prácticas inconsistentes y mejoras en las interacciones materno-filiales evaluadas de forma observacional en situación de juego (Rincón *et al*., 2018).

En síntesis, los resultados del estudio mostraron que el programa Día a Día UdeC®, en su versión actual, es efectivo en modificar tanto las prácticas parentales como en reducir comportamientos disruptivos en la población estudiada. Especialmente relevantes son los efectos en reducir prácticas de trato inadecuado y de castigo físico por lo que se considera una estrategia promisoria para efectos de prevención en maltrato infantil (Vergara-Barra *et al*., 2020).

Conclusiones

El programa Día a Día UdeC® es un programa de carácter promocional y preventivo de tipo universal, con eficacia probada a través de un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, que ha demostrado ser útil para modificar tanto las prácticas parentales como para reducir comportamientos disruptivos en niños y niñas preescolares. Cobra vital importancia por la reducción que ha demostrado en prácticas de trato inadecuado y de castigo físico, considerando que en nuestro país el 62,5% de los cuidadores principales reconoce el uso de métodos de disciplina violentos en la crianza de niños y niñas, con un 32,5% que reconoce haber utilizado métodos de agresión física y un 56,9% que reconoce haber utilizado métodos de agresión psicológica en la crianza de niñas y niños (Centro de Microdatos, 2017).

Es de desatacar el hecho que el programa DaD UdeC® haya sido desarrollado en el contexto nacional. La intervención, así como todos los materiales necesarios para su implementación cuentan con pertinencia cultural. El camino recorrido para llegar a ello comenzó con la revisión de la evidencia nacional e internacional disponible, y el intento de adaptación de un programa internacional de eficacia probada. Ello rápidamente develó la necesidad de contar con un programa elaborado y probado con población nacional, de manera tal de permitir la mejor comprensión y apropiación de los contenidos centrales, así como la adherencia a las actividades para casa que permiten el fortalecimiento

y/o desarrollo de las competencias parentales que el programa intenta entrenar e instalar en madres, padres y cuidadores.

De este modo, la ruta no ha estado exenta de trabajo, desde un proyecto financiado de manera interna que permitió poner a prueba una adaptación de un programa internacional, se pasó a un proyecto FONDECYT que ha permitido la validación preliminar de una metodología nacional para trabajar en prevención de trastornos de conducta, tras lo cual la adjudicación de la primera etapa de un proyecto FONDEF permitió la elaboración y validación del programa actual en condiciones de trabajo ideales, con fuerte control experimental. La segunda etapa del proyecto FONDEF finalizada recientemente, ha permitido avanzar en transferencia, dejando capacidad real instalada en equipos de profesionales de dos importantes instituciones que trabajan en infancia: el programa de habilidades para la vida de JUNAEB en Ñuble y Biobío y Fundación INTEGRA Biobío.

Es decir, el camino recorrido para generar conocimiento, empaquetarlo como tecnología social y transferirlo en un nivel incipiente, ha sido de más de 10 años. Esto es un aprendizaje que puede ser útil para otros equipos de investigación en salud mental y que puede servir para reflexionar acerca de las complejidades del diseño, validación, transferencia y escalamiento de tecnología social en nuestro país.

La sustentabilidad del programa DaD UdeC® está dada hoy en día por la existencia del Diploma para la Formación de Facilitadores(as) del Programa Día a Día UdeC®, programa de formación de postítulo semipresencial, anclado en la Universidad de Concepción, una universidad pública, que podrá habilitar en el futuro a profesionales que trabajan en infancia a lo largo de todo Chile.

El programa DaD UdeC®, en su compromiso con la infancia y el ejercicio de la parentalidad positiva, no solo entrega de manera gratuita a los y las participantes material apropiado para el trabajo con niños y niñas preescolares, sino que además dispone de recursos electrónicos de apoyo a través de redes sociales y su página web, a través de los cuales difunde material equivalente, buscando apoyar a los y las profesionales que trabajan en infancia, pero también a madres, padres y cuidadores, y a la comunidad en general. Dicho material se ha actualizado a las demandas actuales y hoy también se cuenta con información relativa a la crisis sanitaria y estrategias para afrontar las consecuencias que la pandemia producto de la COVID-19, y las medidas asociadas a su control, tienen en niños, niñas y en sus familias. Ello basado en la convicción de que la tarea de educar y apoyar a niños y niñas es diaria e incumbe a la sociedad en su conjunto. El compromiso que se tiene con la infancia se incrementa día a día, lo que se traduce en un compromiso con el apoyo al ejercicio del rol parental: no es fácil ni existe un manual de la mamá o papá perfecto, pero hay cosas que se pueden aprender y que ayudan en esta tarea y el programa es un espacio propicio para aquello.

Los desafíos actuales del programa se centran en la transferencia y masificación, tanto a través de su diploma formativo como a través del trabajo colaborativo con instituciones que trabajan en infancia. Es un reto constante que se dé prioridad a la implementación de esta metodología de trabajo a nivel prescolar y escolar temprano en quienes ya se encuentran habilitados para ello, así como poder llegar a más profesionales que se formen en ella con la certeza de contar con una estrategia fiable para fines de prevención en salud mental infantil.

Referencias

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Centro de Microdatos (2017). *Informe resultados evaluaciones tercera ronda*. Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia. http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf

Cova, F., Rincón, P., Bustos, C., Streiner, D., King, M., Saldivia, S., Inostroza, C., Grandón, P. & Novoa, C. (2020). Randomized cluster trial of a parenting program in Chile: Key mediators in the decrease in behavior problems in preschool children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry 2020, 25* (2), 320–332. http://doi.org/10.1177/1359104519864124.

Dawson-McClure, S., Calzada, E., Huang, K. Y., Kamboukos, D., Rhule, D., Kolawole, B., Petkova, E., & Brotman, L. M. (2015). A population-level approach to promoting healthy child development and school success in low-income, urban neighborhoods: impact on parenting and child conduct problems. *Prevention science, 16*(2), 279–290. https://doi.org/10.1007/s11121-014-0473-3

Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). *Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years*. The Cochrane database of systematic reviews, (2), CD008225. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology, 36*(4), 567–589. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*(3), 146–159. https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146

Moffitt, T., & Scott, S. (2016). Conduct disorders of childhood and adolescence. En *Advances in Child Development and Behavior* (1st Ed., Vol. 51, pp. 81-102). Elsevier. Inc. https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2016.05.002

Rincón, P., Cova, F., Grandón, P., Inostroza, C., Saldivia, S. & Oliva, K. (enviado). Promoción de prácticas parentales positivas en familias chilenas con niños de 3 a 6 años: Efectividad de un programa de entrenamiento. *Terapia Psicológica*.

Rincón, P., Cova, F., Saldivia, S., Bustos, C., Grandón, P., Inostroza, C., Bühring, V., Streiner, D. & King, M. (2018). Effectiveness of a positive parental practices training program for Chilean preschoolers' families: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1-9.

Rincón, P., Grandón, P. & Cova, F. (2016). *Manual para facilitadoras y facilitadores del programa Día a Día UdeC*. Código propiedad intelectual: A-273006. Proyecto Fondef-Ideas ID14I10058.

Sanders, M. R. (2008). Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology, 22*, 506-517.

Vergara-Barra, P., Rincón, P., Oliva-Jara, K., Novoa-Rivera, C., & Perez-Huenteo, C. (2020). Programas de fortalecimiento de prácticas parentales: un aporte a la prevención de conductas externalizantes en preescolares. *Revista Chilena de Pediatría*, *91*(2), 275-280. doi:http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i2.1207.

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 53*(10), 1026-1035. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x

Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica, 22*(1).

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2006). Treatment and Prevention of Conduct Problems: Parent Training Interventions for Young Children (2-7 Years Old). En K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 616-641). Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1002/9780470757703.ch30

Introducción al modelo de crianza terapéutica para cuidadores y cuidadoras

María Vergara Campos
Asociación para el reconocimiento y apoyo de la Crianza Terapéutica, España

Yanet Quijada Inostroza
Facultad de Psicología de la Universidad San Sebastián, Chile

¿Por qué necesitamos una crianza especializada?

Criar a un niño es una de las experiencias que te cambia como persona y para muchos puede implicar un gran desafío. Un reto que podemos pensar aún mayor es el de asumir la crianza de una criatura que previamente sufrió experiencias de malos tratos, carencias severas por parte de sus progenitores o que no dispuso de una figura de apego estable durante sus primeros años de vida.

En estos casos, las cuidadoras y los cuidadores no comienzan de cero. Cuando el niño o la niña llega a sus vidas, tiene un legado de experiencias sensoriales y relacionales que han moldeado su sistema nervioso y su mente en base al trauma y cuyas conductas asociadas son difíciles de entender fuera del contexto traumático. A menudo las personas responsables de la crianza comparten su desconcierto de por qué estas niñas y niños, a pesar de estar alejados del entorno donde se originó el daño, y aún con todo el cariño, atención y apoyo que le ofrecen, siguen mostrando desconfianza, se bloquean, mienten, seducen, manipulan o tienen comportamientos agresivos consigo mismos o con los demás, entre otras manifestaciones. Para muchas personas es difícil relacionar espontáneamente que estas conductas tienen que ver con un sistema nervioso hipersensible al estrés y con unas representaciones mentales teñidas de miedo e inseguridad que siguen funcionando como si estuvieran todavía en peligro, a pesar del nuevo contexto.

Ante lo difícil de esta crianza surgen diversas explicaciones que intentan dar sentido a las conductas del niño o niña, pero que a menudo resultan poco

eficaces. Por ejemplo, encontramos hipótesis que atribuyen las conductas a la voluntad o falta de esfuerzo: «En el colegio no se porta tan mal como en casa», o «solo cuando quiere algo que le interesa reacciona adecuadamente», etc. También, especialmente desde el ámbito profesional, aparecen las hipótesis médico-patológicas que proponen diagnósticos generalistas (trastornos del espectro autista, trastornos del aprendizaje) o focalizados en un solo síntoma (trastorno oposicionista, trastorno antisocial). Aunque ciertamente los comportamientos de estas criaturas son congruentes con alguna de la sintomatología de estos diagnósticos clínicos, desde el punto de vista de la intervención estas etiquetas resultan insuficientes para abordar la complejidad de las consecuencias del trauma temprano. En otras ocasiones se instaura la creencia del determinismo genético, atribuyendo las dificultades a factores inmutables heredados –«su madre ya tenía lo mismos problemas» o «su padre era igual de agresivo»–, lo que conlleva a que la búsqueda de soluciones y apoyos resulten *a priori* innecesaria. Por último, no podemos dejar de mencionar las hipótesis que señalan a los cuidadores y las cuidadoras como responsables últimos de las dificultades, por ejemplo, «esta niña necesita más límites» o «en ese centro no le prestan suficiente atención». La falta de competencia, inexperiencia, o lo inadecuado del modelo de crianza son a menudo el motivo central de las explicaciones culpabilizadoras del entorno, que hacen aumentar la inseguridad, la soledad y desesperanza de aquellas personas que dedican su energía a sacar adelante a estas criaturas.

El problema de fondo es que ninguna de las hipótesis anteriores por sí sola puede explicar todos los factores que intervienen en el desafío de reparar las consecuencias de un contexto maltratador a temprana edad. En nuestra experiencia, una explicación congruente con la complejidad de la afectación infantil es aquella que integra los aportes de la investigación en neurobiología interpersonal y enfoques teóricos sobre trauma y desarrollo infantil (Rygaard, 2008; van der Kolk, 2003; Ziegler, 2002). Desde este marco se entiende que cuando el ser humano sufre malos tratos de forma crónica durante los primeros años de vida pueden producirse alteraciones graves en el desarrollo y funcionamiento del cerebro (De Bellis, 2001; Stein & Kendall, 2004). Los niveles de afectación son variables, y algunas de las consecuencias más señaladas son una alta reactividad ante el estrés, alteraciones en la autorregulación emocional y conductual, y dificultades en el aprendizaje. Si además este estrés es producto de maltrato en el interior de la familia, las alteraciones comprometen capacidades básicas para la relación humana, principalmente la confianza en el otro y el sentimiento de valía personal (Harter & Vanecek, 2000; Vergara, 2017).

La alteración de estas capacidades provoca que sea muy difícil para estos niños y niñas precisamente el dejarse cuidar pues para ello han de confiar en que un adulto guíe y acompañe sus acciones, con la seguridad y la tranquilidad de que este adulto no utilizará su poder para dañarles de nuevo. De esta

constatación surge la necesidad de utilizar el término «crianza terapéutica» para referirnos a todas aquellas intervenciones que referentes y/o cuidadores realizan con el resultado no únicamente de cuidar, sino también de promover la reparación del daño, recuperar el desarrollo y fomentar la resiliencia de niños y niñas que han vivido experiencias tempranas de malos tratos. El concepto de crianza terapéutica adquiere todavía más sentido gracias a dos hallazgos en el ámbito de la salud mental infantil:

a) La protección del infante en un contexto físico seguro no es suficiente para garantizar la reparación de las consecuencias del trauma temprano. Son necesarias ecologías protectoras que, además, ofrezcan condiciones para la reparación. Acorde con las investigaciones, un contexto tiene potencial reparador cuando garantiza la presencia de vinculaciones afectivas, seguras, fiables y continuas, por lo menos con un adulto significativo (Cyrulnik, 2003; Puig & Rubio, 2015; Solomon & Siegel, 2003). Es a través de esta relación segura, que el cuidador o la cuidadora puede compensar, recuperar y ayudar a integrar el daño y recuperar en el niño o niña la capacidad de desarrollarse y proyectarse en el futuro en positivo.

b) La crianza de un niño o niña afectada por trauma temprano y complejo requiere más que las capacidades parentales estándares. Estas criaturas con antecedentes de desatención grave, abusos y experiencias fallidas de apego suelen sentirse amenazadas a nivel relacional, y es muy probable que desconcierten con sus reacciones (Hughes, 2006; Thomas, 2008). Los cuidadores y cuidadoras necesitan de competencias avanzadas para proporcionar y mantener una experiencia relacional segura y perseverante a pesar de la propuesta relacional insegura o desorganizada del niño o la niña.

El modelo de intervención en crianza terapéutica: una propuesta de trabajo estructurada

Convertirse en cuidador o cuidadora terapéutica puede ser un acto espontáneo y natural, o puede responder al ejercicio pensado, informado y estructurado propio de un ejercicio profesional o una opción vital. El modelo de acompañamiento en crianza terapéutica se define como la propuesta de ofrecer al cuidador o cuidadora una relación de apoyo, capacitada y segura, a lo largo del proceso que cada cuidador emprenda para la conquista de las habilidades para la crianza de niños y niñas con afectación, durante la que se enmarca la formación, el entrenamiento y el desarrollo personal necesarios para ello. Este proyecto surgió a partir de la inquietud de varios psicólogos y psicólogas de

Barcelona y A Coruña, quienes en base a su experiencia en la atención psicoterapéutica especializada a niños, niñas y adolescentes con afectación traumática compleja y el acompañamiento a sus referentes, se plantearon la necesidad de generar una manera de acompañar los procesos de reparación del daño infantil en los contextos de convivencia, cuidando de:

- Legitimar los desafíos que los cuidadores y cuidadoras enfrentan fomentando nuevas concepciones sobre los niños y niñas, y sobre ellos mismos.
- Facilitar información sobre el desarrollo cerebral temprano y los desafíos centrales que comúnmente existen para las criaturas con historias complejas.
- Apoyar a los cuidadores y cuidadoras a construir expectativas realistas. Lo que permite reducir la impotencia y a menudo frustraciones con el desarrollo de estas criaturas.
- Explorar y entrenar enfoques alternativos que cultivan la conexión con los niños y niñas, con la firme creencia de que el cambio en los cuidadores y cuidadoras a menudo genera cambios positivos en la conducta de los niños.

A partir del año 2013 estas inquietudes se materializaron en un modelo de intervención concreto y en una propuesta formativa que se ha ido enriqueciendo gracias al aporte y experiencias de las personas a las que acompañamos, así como de profesionales que han inspirado con sus investigaciones en el ámbito de la salud mental infantil[1]. Por poner algunos ejemplos, el marco teórico en el que se fundamenta este modelo incluye los aportes de la teoría del buen trato, las investigaciones sobre maltrato infantil y la intervención psicosocial (Barudy & Dantagnan, 2005; De Paúl & Arruabarrena, 1996; Rodrigo *et al*., 2009); los estudios sobre trauma infantil (Ogden *et al*., 2009; Schore, 2001; van der Kolk, 2003; Ziegler, 2002); la teoría del apego y el impacto de las experiencias vitales en el sistema de cuidados (Bowlby, 1969, 1982; Cassidy & Shaver, 2008; Crittenden, 2002; Marrone, 2009; Solomon & George, 1996; Wallin, 2012); las contribuciones del modelo sistémico (Cirillo, 1991; Minuchin & Fishman, 2004; Whitaker,1991); los estudios en neurobiología interpersonal (Cozolino, 2010; Dana & Porges, 2018; Hughes *et al*., 2012; Siegel, 2007); el concepto de función reflexiva (Fonagy & Target, 1997; Steele & Steele, 2008), y su aplicación al ejercicio de la parentalidad (Berthelot *et al*., 2015; Sadler *et al*., 2006; Slade, 2005); los estudios sobre resiliencia

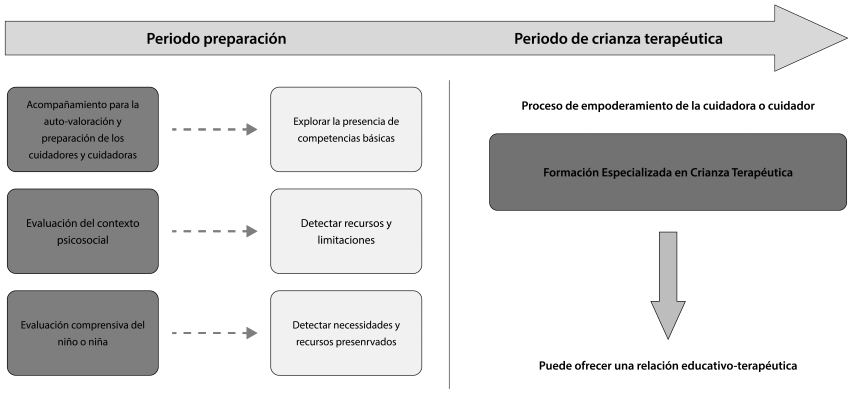
[1] La Asociación para el Apoyo y Reconocimiento de la Crianza Terapéutica www.crianzaterapeutica.wordpress.com, desarrolla el programa de acompañamiento y formación especializado en crianza terapéutica con el equipo docente formado por Laura Fariña, Elena Borrajo y María Vergara.

(Cicchetti *et al*., 1993; Garmezy, 1991; Rutter, 2008, 2012), y el enfoque del autocuidado en personas que trabajan con el sufrimiento ajeno (González & Mosquera, 2009, 2012).

A nivel técnico, el modelo integra principios generales que es posible reconocer en la mayoría de los programas psicoterapéuticos focalizados en el abordaje del trauma infantil, entre ellos: el priorizar una ecología protectora para el niño antes de intervenir terapéuticamente; disponer de una metodología coherente con la complejidad del trauma, partir de una buena evaluación para comprender el grado de afectación y fomentar la implicación y la coordinación entre los distintos profesionales que forman parte de la vida del niño (Briere & Lanktree, 2011; Blaustein & Kinniburgh, 2010; Gil, 2006; Perry, 2006). Destacamos especialmente el aporte de la trauma-terapia infantil sistémica (TIS) de Barudy y Dantagnan (2005), un modelo de intervención psicoterapéutica especializada basado en relaciones de buenos tratos y apoyo a los recursos resilientes del niño que incorpora a los referentes para facilitar el proceso terapéutico.

A nivel de intervención, el modelo contempla dos periodos, un primer periodo de preparación cuyo objetivo es garantizar las condiciones mínimas para el desarrollo de la crianza terapéutica y un segundo periodo en el cual comienza el proceso de acompañamiento y formación especializada con el cuidador o cuidadora.

Figura 1
Fases del modelo de crianza terapéutica



Durante el periodo de preparación se propone una evaluación comprensiva de las personas que asumen la crianza, alejada del modelo tradicional de carácter fiscalizador, y que promueve un enfoque de autoconocimiento. El objetivo es acompañar a los cuidadores y las cuidadoras a identificar sus propios recursos y vulnerabilidades respecto a la crianza, incluyendo tanto variables individuales, como aspectos relacionales y contextuales del sistema de convivencia. Todo cuidador tiene una forma de relacionarse producto de su propia historia. De niños nos vamos moldeando según los distintos estilos de vinculación de nuestros padres, que aunque no hayan sido maltratantes, pueden haber fomentado el desarrollo de representaciones inseguras que se activan bajo el estrés de la crianza cuando somos adultos (West & Sheldon-Keller, 1999). Estas inseguridades se amplifican en el caso de algunas personas que vivieron contextos traumáticos cuando jóvenes y que no han tenido el espacio para trabajar e integrar esas experiencias (Kobak *et al*., 2004; Solomon & George, 2011). Es por ello, que en línea con otros modelos de evaluación de competencias parentales se acompaña al cuidador o cuidadora para explorar su historia de vida, la calidad de sus experiencias de apego en la infancia, la presencia de experiencias traumáticas no resueltas, así como otros aspectos de salud mental general y de recursos resilientes (Barudy & Dantagnan, 2010). Acompañar al cuidador o cuidadora en el descubrimiento de su estilo de vinculación, de su capacidad de sintonizar y empatizar en las relaciones interpersonales y en la detección de sus habilidades mentalizadoras, permitirá generar una mejor comprensión de la presencia o alteración de las competencias básicas para la crianza. En la mayoría de las ocasiones el proceso de preparación y valoración de los referentes se produce en paralelo a la convivencia con el niño o la niña. Este escenario no permite elegir la mejor combinación entre recursos del cuidador o cuidadora y las necesidades del infante, pero el referente puede utilizar la experiencia que deriva de su interacción en el día a día como información relevante para su proceso de autovaloración.

Resulta importante también explorar junto con el cuidador o cuidadora aquellos factores contextuales que puede favorecer u obstaculizar el éxito de la crianza terapéutica, como, por ejemplo, el entorno escolar, o el estado y gestión de la relación con las familias biológicas. Cuando estos contextos se muestran sensibles y coherentes con las necesidades tanto del infante como de los y las cuidadoras, se convierten en un pilar fundamental de la crianza terapéutica. Todo lo contrario ocurre cuando encontramos problemas en el ambiente profesional (incoherencias o falta de coordinación y consenso entre técnicos, especialistas, maestros), rotación sistemática de profesionales, falta de sensibilidad y formación en las personas responsables del desarrollo académico del niño o niña, o la existencia de acontecimientos vitales que por distintos motivos impactan negativamente (pérdidas de seres significativos, cambio en las medida de visitas, permisos, decisiones judiciales, etc.).

Las competencias avanzadas para la crianza terapéutica

El proceso de recuperación de niños con afectación traumática implica, entre otras cosas, favorecer la construcción de unas representaciones mentales internas más seguras que guíen el desarrollo de comportamientos constructivos. Esta tarea es difícil porque las representaciones mentales operan fuera de la conciencia consciente, y a menudo no cambian como resultado de modificar el ambiente (Bretherton, 2005). Esta resistencia al cambio se debe a que los estilos de apego, también los inseguros, tuvieron un valor y un sentido: son estrategias que triunfaron en su objetivo de mantener cerca a la figura de apego primaria y, por lo tanto, garantizaron la supervivencia del niño. El trabajo del cuidador consiste en legitimar y permitir el uso de las estrategias defensivas cuando lo considere necesario, al tiempo que poco a poco introduce otras posibilidades relacionales con calma y perseverancia.

Mientras que las competencias parentales básicas son suficientes para las crianzas de niños y niñas sin afectación, la exigencia de la crianza terapéutica hace que los cuidadores y cuidadoras puedan entrar en estados defensivos, vivir situaciones de desgaste y estar más expuestos a situaciones traumáticas e incoherentes, lo que hace que sea realmente complicado mantener un estado acorde con una relación segura. De esta forma surge la necesidad de entrenamiento para adquirir, lo que hemos denominado habilidades avanzadas:

Apego seguro resistente. Es la capacidad para mantener o volver a un estado mental integrado y ofrecer una relación en base a la seguridad a pesar de los continuos desafíos relacionales que plantea la afectación del niño. En lo cotidiano de la crianza los cuidadores y las cuidadoras experimentan fuertes resonancias emocionales frente a los comportamientos evitativos, ansiosos o desorganizados del niño. Es común que sientan inseguridad, o incluso temor porque perciben una amenaza a su integridad. Si las emociones llegan a abrumar va a ser difícil para esta persona hacer uso de sus competencias, al tiempo que resulta más sencillo que se potencien escaladas de conflicto que a menudo refuerzan las estrategias conductuales inseguras de estas criaturas (manipulaciones, triangulaciones, pulsos de poder, etc.). Contar con un apego seguro resistente ayuda a mantener una jerarquía adecuada y ajustada; reparar las rupturas afectivas después del conflicto; y actuar como regulador emocional externo cuando las capacidades de la criatura están afectadas o inmaduras.

Sintonización con ruido. Es la capacidad de conectar, captar, resonar y validar la experiencia emocional del niño o niña a pesar de los estresores relacionales. Un elemento fundamental es tener la vivencia de «sentirse sentido o sentida» por otra mente, pues este tipo de conexiones impulsa la capacidad del niño o niña para confiar en un otro (Siegel, 2007). Sin embargo, esto es más fácil decirlo que hacerlo. Imaginémonos tratando de conectar y validar la experiencia emocional de una niña que está agrediéndonos verbalmente, muy

alterada y con conductas amenazantes. Muy probablemente su conducta desregulada va a captar toda nuestra atención y allí es donde vamos a dirigir nuestra energía para manejar la relación en ese momento. En este caso «el ruido» serían estas conductas desreguladas, que a menudo consigue nublar la capacidad del adulto para conectar y hacer sentido a la vivencia emocional de la niña. La capacidad de «sintonizar con ruido» facilita que el cuidador pueda promover un conocimiento genuino en estas criaturas sobre su experiencia emocional caótica, al captar, reflejar y legitimar su vivencia a pesar de su desregulación. Esto, a su vez, favorece la capacidad de autorregulación de los niños y niñas quienes poco a poco, con tiempo y repeticiones, adquieren mayor capacidad para comprenderse y modularse.

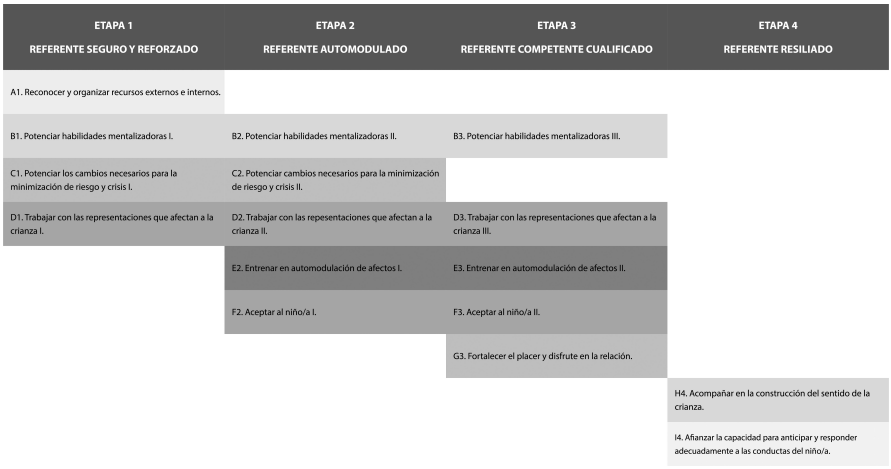
Consistencia esencial. Es la capacidad de mantener respuestas congruentes y sensibles con las necesidades infantiles derivadas de la herida traumática. Un ambiente que proporciona seguridad y predictibilidad en las respuestas proporciona al niño o niña sentimientos de que el cuidador es capaz de mantenerlo seguro. Cuando esta consistencia se mantiene en el tiempo, los niños y niñas son capaces de relajar su estado de vigilancia y control e invertir su energía en el desarrollo normativo. Por tanto, la capacidad de mantener una consistencia esencial permite al cuidador fomentar procesos de integración y reparación de las vivencias con los chicos y chicas, dándoles un sentido y coherencia.

El proceso de empoderamiento del cuidador o cuidadora

Las competencias avanzadas no se pueden adquirir únicamente mediante formación teórica. El conocimiento de la técnica por muy completo y especializado que sea, resulta insuficiente para lograr cambios profundos en la manera de relacionarse. Igualmente, conocer algunas pautas para la intervención sin contar con las competencias personales que permiten poner en práctica dichas pautas, genera sentimientos de incompetencia y frustración que van en contra del proceso de empoderamiento que se pretende lograr.

Por este motivo el acompañamiento y formación del cuidador se propone como un proceso de crecimiento personal en un contexto relacional seguro, donde se favorece la autobservación desde una mirada comprensiva, y se trabaja de forma conjunta para ir adquiriendo y/o reforzando las habilidades avanzadas. A nivel práctico, el acompañamiento se organiza en cuatro etapas, y en cada una de ellas se abordan distintos contenidos teniendo en cuenta tres dimensiones: a) la adquisición de conocimientos teóricos que permitan la resignificación y abordaje de los síntomas de sufrimiento infantil; b) el refuerzo y fomento de recursos internos personales; y c) la práctica de estrategias e intervenciones concretas.

Figura 2
Etapas y objetivos del proceso de empoderamiento del cuidador(a) en crianza terapéutica



En cada etapa se van abordando tareas de mayor complejidad y entrenamiento. La duración de cada etapa y el ritmo con el que se abordan los contenidos es flexible y va a depender de las necesidades y particularidades de cada cuidador y de los factores contextuales. En los últimos años hemos desarrollado este proceso tanto a nivel individual como grupal, adaptando las dinámicas según la modalidad, y en ambos casos obteniendo resultados alentadores.

La metodología para el acompañamiento tiene un enfoque ecléctico e integra distintas técnicas como el juego de roles, método del caso, técnicas psicodramáticas, *mindfulness*, creaciones artísticas, entre otras (Filgueira, 2009; López & Población, 1997, 2000), por lo que se requiere un buen nivel de competencia personal y profesional por parte del formador.

De forma transversal a todas las etapas se aportan conocimientos y propuestas en torno al proceso de afectación y reparación del niño o niña con el objetivo de formar al cuidador en los diferentes estadios de recuperación que pueden darse en su relación y pueda orientarse en torno a los objetivos y propuestas educativas, relacionales y experienciales que corresponden en cada momento. Además, se comparte el uso de una metodología de aproximación comprensiva a la afectación infantil con una batería de instrumentos estandarizados y sencillos, adaptados a las competencias de profesionales no clínicos. No se trata de una evaluación exhaustiva que permita un diagnóstico clínico, sino de un sistema de cribado y prevención. La capacidad para identificar y reconocer las alteraciones en el desarrollo infantil, los trastornos del apego, o la sintomatología traumática aporta un granito más al proceso de los cuidadores y cuidadoras para dar sentido a las dificultades de estos niños y niñas y adaptar las intervenciones lo mejor posible a sus necesidades.

Etapa 1: referente seguro y reforzado. En esta primera etapa el objetivo general es acompañar al cuidador o cuidadora en estabilizar el contexto de convivencia, reforzar recursos tanto internos como externos y lograr una gestión óptima de los mismos. Se intentan potenciar los cambios necesarios que permitan prevenir y minimizar las situaciones de mayor riesgo en la relación con el niño o niña (por ejemplo, comportamientos agresivos, escalada de conflicto). Alguna de las propuestas es la revisión de las rutinas y horarios desde la óptica de explorar el sentido que tienen para el cuidador o cuidadora, por qué se mantienen estas normas/rutinas, qué dificultades puede haber ante cambios propuestos, cuáles son las necesidades del propio cuidador, etc. También se aborda la posibilidad y/o necesidad de introducir estrategias alternativas para la gestión del conflicto, teniendo en cuenta las situaciones que más desestabilizan la relación.

Durante esta etapa y las posteriores, se proponen distintas maneras de fomentar la capacidad de los cuidadores para mentalizar las necesidades y deseos que subyacen a las conductas inadecuadas y problemáticas como una manera de acercarse a su resolución. Por ejemplo, los comportamientos oposicionistas pueden ser un intento de manejar la expectativa de rechazo, los comportamientos autolesivos pueden ser una forma de calmar el dolor de la culpa o los comportamientos sexualizados pueden ser intentos de control o conectar (Ziegler, 2002). Un buen trabajo en este sentido permite a los cuidadores relacionarse sin estrategias defensivas, y ver a sus criaturas en profundidad y en su globalidad, pudiendo así sintonizar con su mundo interno y necesidades. Otro ejemplo de contenidos para reforzar los recursos del cuidador incluye explorar distintas prácticas de autocuidado positivo, aprender del sentido que tienen y considerar si son herramientas adecuadas para gestionar las consecuencias negativas de la exposición repetida al sufrimiento infantil.

Hemos aprendido que la crianza terapéutica puede activar o reforzar creencias negativas, inseguridades, o temores en las personas a cargo de la crianza, a menudo sobre sí mismos, pero también sobre los demás o sobre el propio niño(a), que pueden afectar la estabilidad de la relación. En esta etapa, se propone fomentar el autoconocimiento sobre el impacto que tienen estas creencias, cuáles son sus orígenes, cómo le afectan, cuáles son las buenas razones para sostenerlas, de qué aspectos le están protegiendo, etc. Este conocimiento y comprensión está dirigido a promover un mayor control de estas representaciones negativas y una gestión de las mismas que no socave la relación terapéutica que se quiere construir (¡y mantener!) con el niño o niña. La Tabla 1 presenta algunos de los contenidos a trabajar en la etapa 1:

Tabla 1
Ejemplo de contenidos a trabajar en la etapa 1

Algunos contenidos a trabajar en la Etapa 1
– Psicoeducación sobre el impacto del maltrato infantil y metodología de aproximación comprensiva al sufrimiento infantil.
– Trabajo con tiempos y rutinas diarias.
– Identificar gatilladores personales.
– Inventario de recursos externos e internos.
– Entrenando el lugar seguro.
– Ejercicios de reparación tras la ruptura afectiva.
– Potenciar habilidades mentalizadoras básicas.
– Identificando mis creencias.
– Trabajo con el miedo.
– Trabajando con las expectativas frente a la realidad.

Etapa 2: referente automodulado. El objetivo general de la segunda etapa es acompañar en el fortalecimiento de las capacidades de regulación para que los distintos estados emocionales que surgen en la relación con el niño o niña no impidan desarrollar una relación segura. Bien sabemos que uno de los retos más complicados en la crianza terapéutica es ofrecer y mantener una autoridad calmada, ya que a menudo las necesidades de estas criaturas desafían la modulación de los cuidadores (p. ej., gran demanda de atención o las respuestas emocionales extremas). Estas situaciones suelen interferir con la aceptación genuina del niño o niña ya que algunas representaciones sobre el niño provocan dificultades para la sintonización y genera estrés en la relación. Por ejemplo, si el cuidador percibe a la niña como desvalida o por el contrario, incontrolable, esto va obstaculizar su manera de intervenir y de «verla» en toda su globalidad. Otras veces puede haber elementos de la historia de los niños que son difíciles de aceptar por los cuidadores por diversas causas: la evitación del contacto con el sufrimiento ajeno, con la maldad humana, los valores «de clase social», etc. Este rechazo se suele traslucir con mensajes indirectos, comunicación no verbal, evitación o incluso desprecio explícito en momentos de ira, lo que hace que sea de difícil reparación. El objetivo es empezar a contactar y trabajar con esas representaciones para lograr aceptación y un futuro acompañamiento en base a la seguridad.

Para ello en esta etapa se propone seguir profundizando en el conocimiento sobre las representaciones que están asociadas a la crianza, en concreto, aproximarnos a la comprensión sobre cómo la historia de vida de la propia cuidadora

o cuidador, sus modelos de crianzas y el apego a sus propios padres influye en su modo de estar con los niños. En ocasiones, hemos observado cómo el estrés derivado de la crianza activa necesidades insatisfechas en la infancia y abre antiguas heridas no resueltas. Por ejemplo, cuidadoras que tienen muchas ganas de conectar con el niño y poder ayudarle, pero en la práctica la desorganización y las dificultades de la criatura les hacen revivir emociones muy intensas y desagradables que pertenecen al pasado, lo que genera un sufrimiento grande en el adulto, y dificultades para ofrecer y mantener una postura relacional segura. Hemos aprendido la importancia de acoger estas situaciones como parte del proceso de crianza, comprender los mecanismo humanos que subyacen y empoderar a las cuidadoras y cuidadores como agentes de su propia regulación para poder así enseñar al niño a regularse. La Tabla 2 presenta algunos de los contenidos a trabajar en la etapa 2:

Tabla 2
Ejemplo de contenidos a trabajar en la etapa 2

Algunos contenidos a trabajar en la Etapa 2
– La ventana de tolerancia y nuestro termostato.
– Entrenamiento en conexión cuerpo-mente-emoción.
– Práctica de mentalización sobre situaciones difíciles/exitosas.
– Potenciación de recursos internos.
– Mi visión del niño(a).
– Trabajo con la historia del niño.
– Comprendiendo los orígenes de los gatilladores personales.
– Profundización en las creencias individuales: origen y cuestionamiento.
– Descubrimiento del propio modelo mental de vinculación.
– Trabajo con los distintos estados del Yo.

Etapa 3: referente competente cualificado. El objetivo en esta etapa es consolidar la capacidad del cuidador o cuidadora para percibir y comprender la afectación del niño y aplicar este conocimiento en las intervenciones. En esta etapa, hablamos de entrenamiento en estrategias concretas para situaciones concretas con el o los niños y va a ser clave la práctica y ensayo de las mismas.

Una de las tareas que nos planteamos consiste en promover experiencias que permitan al cuidador o cuidadora reflexionar sobre cómo le gustaría que fuese su habilidad para poner límites y qué cambios puede hacer para lograrlo. Igualmente se exploran las vivencias y creencias en torno a dar y recibir elogios. A veces, el día a día de la crianza frecuentemente genera un patrón donde los cuidadores se centran casi exclusivamente en las dificultades, estresores y

síntomas, y tienen menor conciencia sobre los aspectos positivos. Este patrón puede llevar a sentimientos de desesperanza con ideas de que «esto nunca va a cambiar», y es por eso que el uso y manejo del elogio es tan importante como un buen manejo de los límites.

Otro de los aspectos que hemos aprendido con los años, es que como parte de la afectación en su regulación emocional a veces estas criaturas pueden mostrar dificultades en conectar con estados lúdicos, de disfrute o relajación. Es en esta etapa, cuando la relación entre el cuidador y el niño está más afianzada y estable, que proponernos fomentar las habilidades para introducir momentos de juego y experiencias lúdicas de carácter terapéutico, teniendo en cuenta y explorando la perspectiva, los valores, y experiencias con relación al disfrute del propio referente.

Por último, observamos un aspecto que no podemos dejar de mencionar y explicitar. Y esto es que durante la crianza terapéutica muy frecuentemente se generan experiencias de una intensidad emocional muy alta que incluso pueden llegar a ser traumáticas para los cuidadores y que pueden fácilmente reactivarse en momentos de estrés provocando desregulación o evitación. La elaboración de estas vivencias ayuda en gran manera a los cuidadores y cuidadoras a relacionarse de forma más segura. En esta etapa se dedica el tiempo para abordar estas vivencias de forma acompañada, resignificar experiencias, tomar conciencia de los eventos del pasado relacionados con el o la niña que siguen afectando negativamente al presente y extraer aprendizajes útiles.

Tabla 3
Ejemplo de contenidos a trabajar en la etapa 3

Algunos contenidos a trabajar en la Etapa 3
– Explorar las vivencias personales sobre el uso de la jerarquía y los límites.
– Autoconocimiento sobre el uso del elogio y las recompensas.
– Ejercicios para la mentalización sobre situaciones difíciles / exitosas relacionadas con la etapa del niño.
– Prácticas en torno al lenguaje espejo para reforzar la capacidad de reflejar el estado interno del niño.
– Explorar la tolerancia al disfrute y capacidad de juego.
– Entrenamiento en juego terapéutico.
– Temores y deseos en el acompañamiento al niño para integrar su historia de vida.
– Revisando la historia con el niño para aceptarla.
– Apaciguando las defensas de mi modelo mental y probando nuevas y más adaptativas a mi crianza.
– Integrando experiencias traumáticas de la crianza.

Etapa 4: referente resiliado. Esta etapa es resultado de la integración de conocimientos, aprendizajes y experiencias vividas con la crianza como un periodo de transformación y crecimiento. Según nos acercamos a las últimas etapas nos encontramos con mayor creatividad en las respuestas de los cuidadores, ya que la integración conlleva dinamismo y espontaneidad. El objetivo general es acompañar al cuidador a trascender el reto de la crianza y utilizar su experiencia para promover su desarrollo personal y el de otras personas. El acompañamiento aquí tiende a la «presencia no presente», apoyando a las nuevas ideas que surgen en el cuidador o cuidadora, y favoreciendo acciones hacia lo comunitario o social que puedan estar gestando. También puede ser buen momento para generar espacios de intervención sobre la relación referente-chicos(as) dada la cualificación de los cuidadores.

Tabla 4
Ejemplo de contenidos a trabajar en la etapa 4

Algunos contenidos a trabajar en la Etapa 4
– Selección de acciones de estabilización: cuándo y cuáles.
– Mis propios mapas de actuación para el chico(a).
– Construcción del itinerario vital de la crianza.
– Diferenciación de la identidad del referente de la conducta del niño(a).

Experiencias, aprendizajes y valoración de resultados

A lo largo de los años el modelo en crianza terapéutica ha ido evolucionando y enriqueciéndose gracias a las aportaciones y experiencias de profesionales, pero especialmente de los cuidadores y las cuidadoras a los que hemos tenido el privilegio de acompañar. En la actualidad el proceso formativo se realiza en formato grupal o individual de manera presencial. Por lo general tiene una duración anual, con 120 horas distribuidas en módulos que se celebran una vez al mes para optimizar la oportunidad de aprender y ensayar nuevas prácticas. Hasta el momento han participado en este programa alrededor de quinientos técnicos y educadores de distintos centros de protección infantil, así como padres adoptivos y familias de acogida de distintas ciudades españolas. El resultado más significativo que hemos observado es la reclasificación por parte de los referentes y cuidadores y cuidadoras de su función lo cual aumenta su sentido de realización y su disfrute de la crianza. Esto permite que estén abiertos a aprender nuevas competencias que se centran en la seguridad de las relaciones, en vez de

en el manejo de la conducta, lo que a su vez, afecta el sentido de aceptación y bienestar de las criaturas. Como compartía uno de los participantes en la promoción 2019 en Vitoria:

> Creo que aparte de ese «abrir los ojos» a lo que hacemos y sobre lo que tenemos entre manos y poner palabras a lo que, sin saberlo, ya hacíamos, sigo agradeciéndoos la impronta que estáis dejando en nosotros. Yo al menos me siento distinto, o mejor dicho, me veo distinto, mucho más consciente de lo que hago y mucho más «profesional».

Estos años nos han enseñado que los cuidadores y cuidadoras son a menudo las personas que mejor conocen a las niñas y niños y, aunque no son profesionales especializados en salud mental infantil, con una formación y un acompañamiento adecuado pueden contribuir de manera fundamental en la detección y el abordaje del sufrimiento infantil. En nuestra experiencia los cambios relacionales surgen como resultado de un proceso de crecimiento interno, y esto requiere tiempo, paciencia y un buen acompañamiento. Los riesgos de caer en la inercia del día a día, y la enorme carga emocional que conlleva este trabajo, hace necesario establecer una metodología de acompañamiento a estas personas, que trascurra más allá de la respuesta a la crisis y los momentos de toma de decisiones. Con la ilusión de aportar una fundamentación robusta al modelo, es objetivo actual de la asociación desarrollar una forma de evaluación de resultados más sistemática que permita identificar el grado de efectividad del programa a medio y largo plazo.

Referencias

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad. Apego y resiliencia.* Gedisa.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padres: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mother: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal, 36,* 200-212. http://doi.org/10.1002/imhj.21499

Blaustein, M. & Kinniburg, K. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency.* Guildford Press.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. 2. Basic Books.

Bretherton, I. (2005). In Pursuit of the Internal Working Model Construct and Its Relevance to Attachment Relationships. En K. Grossmann, E. Waters

& K. Grossmann (Eds.), *Attachment from Infancy to Adulthood The Major Longitudinal Studies* (pp. 13-47). Guilford Press.

Briere, J., & Lanktree, C. B. (2011). *Treating complex trauma in adolescents and young adults*. Sage.

Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (2ª Ed.). Guilford Press.

Cirillo, S. (1991). *Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar*. Paidós.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa.

Cozolino L. (2010). *The neurocience of psychotherapy. Healing the social Brain*. Norton & Company.

Crittenden, P. M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Promolibro.

Cicchetti, D., Rogosch, F., Lynch, M. & Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology, 5,* 629-647.

Dana, D. & Porges, S. W. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation*. W. W. Norton & Company

De Bellis, M. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, *13*(3), 539-564.

De Paúl, J., & Arruabarrena, I. (1996). *Manual de protección infantil*. Masson.

Filgueira, M. (2009). *Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama*. Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Lulu.

Fonagy, P. & Target, M. (1997) Attachment and Reflexive Function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.

Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, *20,* 463-466.

Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and non-directive approaches*. Guilford.

González, A., & Mosquera, M. (2009). *Escala de autocuidado* [No publicado].

González, A., & Mosquera, M. (2012). *EMDR y Disociación. El abordaje progresivo*. Pléyades.

Harter, S., & Vanecek, R. (2000). Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(4), 445-472.

Hughes, D. (2006). *Building the Bonds of Attachment: Awakening Love in Deeply Troubled Children*. Jason Aronson.

Hughes, D., Baylin, J., & Siegel D. J. (2012). *Brain-Based Parenting: the neurosciencie of caregiving for healthy attachment*. W. W. Norton & Company

Kobak, R., Cassidy, J., & Ziv, Y. (2004). Attachment-Related Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Implications for Adult Adaptation. En W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 388-407). Guilford Publications.

López, E., & Población, P. (2000). *Introducción al Role-Playing Pedagógico*. Desclée De Brouwer.

López, E., & Población, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas a psicoterapia*. Paidós.

Marrone, M. (2009). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Psímatica.

Minuchin, S. & Fishman, Ch. (2004) *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Ogden, P., Milton, K. & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée De Brouwer.

Perry, B. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. En N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). The Guilford Press.

Puig, G. & Rubio J. (2015). *Tutores de resiliencia: dame un punto de apoyo y moveré mi mundo*. Gedisa.

Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E, & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, *18*(2),113-120.

Rutter, M., (2008). Institutional effects on children: Design issues and substantive findings. Monographs of the Society for Research. *Child Development*, *73*, 271-278.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, *24*, 335-44.

Rygaard, N. (2008). *El niño abandonado*. Gedisa.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 269-281.

Sadler L., Slade A., & Mayes, L. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. En J. G. Allen & P. Fonagy (Eds). *Handbook of mentalization-based Treatment* (pp. 271-288). Wiley.

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1-2), 201-269.

Siegel, D. (2007). *La Mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para desarrollar nuestro ser*. Desclée De Brouwer.

Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, *17*(3), 183-197.

Solomon J., & George, C. (2011). *Disorganized attachment-caregiving system in Disorganized attachment and caregiving*. Guilford Press.

Solomon, M & Siegel, D. (Eds). (2003). *Healing Trauma Attachment, Mind, Body and Brain*. W.W. Norton & Company.

Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. En F. N. Busch (Ed.), *Psychoanalytic Inquiry book series. Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 133-158). Analytic Press.

Stein, P. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain: Neurologically based interventions for troubled children*. Haworth Press.

Thomas, N. (2008). *When Love Is Not Enough: A Guide to Parenting Children with RAD*. Publish. Families By Design Inc.

Van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12* (2), 293-317.

Vergara, M. (2017). *Impacto en el sistema de creencias básico y estrategias de afrontamiento en adolescentes afectados por contextos de violencia intrafamiliar* [Tesis de Docotorado, Universidad de Alcalá de Henares].

Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée De Brouwer

West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1999). *El apego adulto: patrones relacionales y psicoterapia*. Promolibro.

Whitaker, K. (1991). *Danzando con la familia*. Paidós.

Ziegler, D. (2000). *Raising Children Who Refuse To Be Raised, Parenting skills and interventions for the most difficult children*. Acacia Pub.

Ziegler, D. (2002). *Traumatic Experience and the Brain: a Handbook for Understanding and Treating Those Traumatized as Children*. Acacia Pub.

Desorganización del apego en la infancia, trauma complejo y una propuesta de intervención: el programa de apego y trauma complejo (PAT)

Germán Monje Ojeda
Universidad Santo Tomás, Chile
Sociedad de Apego y Complejidad Infantil, Chile

Felipe Lecannelier Acevedo
Universidad de Santiago de Chile
Sociedad de Apego y Complejidad Infantil, Chile

Introducción

Quisiéremos comenzar este capítulo aludiendo a una noticia que escandalizó a los medios de comunicación y público general a nivel nacional. El día miércoles 18 de noviembre del 2020, se conoció a través de las redes sociales y posteriormente en los medios tradicionales de comunicación una grave situación de vulneración de derechos dentro de una residencia dependiente de un organismo colaborador del Servicio Nacional de Menores (SENAME). La situación ocurrió en el hogar Carlos Macera de la ciudad de Talcahuano, donde 2 niños residentes resultaron heridos a bala por efectivos de Carabineros. Este lamentable hecho, según la información disponible, se produjo tras el llamado a Carabineros por parte del personal del Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) debido a que un niño se encontraba «descompensado» y no era posible aplicar su medicación. Al llegar la fuerza policial, los niños residentes comenzaron a lanzarles piedras y trozos de ladrillos, quienes respondieron usando sus armas de servicio. El resultado fue dos adolescentes de 14 y 17 años heridos a bala y otros dos menores detenidos por agresiones (El Mostrador, 2020).

Este triste hecho, más allá de las consideraciones políticas y legales propias de la gravedad del mismo, nos debería hacer reflexionar sobre una serie de situaciones previas referidas al cuidado que entrega el Estado de Chile hacia aquellos niño(as) y adolescentes que deben ser protegidos debido a la vulneración de derechos que han experimentado dentro de su contexto familiar, sobre todo si dentro de su misión institucional se encuentra «contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos» (SENAME, 2020). Las preguntas que nos surgen son muchas: ¿qué tipo de cuidado están recibiendo los niños en estos hogares que se requiere de personal externo y de la fuerza policial para «controlar» a un menor de edad?, ¿qué tipo de intervenciones reciben por parte de los profesionales, que un grupo de niños ataca y se resiste a ellos frente a un tratamiento médico?, ¿los profesionales y técnicos que trabajan en estas residencias están realmente preparados para trabajar con niño(as) y adolescentes que han experimentado una acumulación de experiencias traumáticas tanto dentro como fuera de su contexto vincular primario? Y, por último, ¿qué llevo a estos niños a vivir en una residencia –fuera de su contexto familiar– y al cuidado y protección del Estado?

Este capítulo no pretende dar «la» respuesta a cada una de estas inquietudes, y menos al actuar de la Policía o el Estado. De hecho, tratar de responder a un fenómeno tan complejo como es la institucionalización, sus causas y consecuencias, así como también su intervención, es una tarea en extremo compleja.

Sin embargo, revisaremos brevemente cómo el cuidado de algunos padres da como resultado que un porcentaje no menor de niños chilenos deban ser protegidos por el Estado ya que sus vidas o su desarrollo socioemocional corren algún nivel de riesgo; para lo cual analizaremos la desorganización del apego (y sus principales factores de riesgo), así como también su relación con el trauma complejo (TC), para finalmente proponer una forma de intervención para contextos de institucionalización a través de la Metodología AMAR, y en particular con el programa de Apego y Trauma Complejo (PAT).

Desorganización del apego en la infancia

Para comenzar esta breve revisión es necesario referirnos a la teoría del apego originalmente formulada por John Bowlby y luego operacionalizada científicamente por Mary Ainsworth, la cual, ha sido el programa de investigación más importante de las últimas décadas debido a su amplia investigación en diferentes aristas del desarrollo, ya sea genético, biológico, neuroquímico, preventivo, clínico e incluso a nivel sociocultural (Cassidy *et al.*, 2013; Cassidy & Shaver, 2016; Lecannelier, 2018a)

A modo general y de didáctica, lo primero que se debe comprender es que el sistema de apego tiene por objetivo la maximización del cuidado frente

al estrés. En ese sentido, cuando un infante experimenta estrés (p. ej., tiene apetito o sueño; está aburrido o enfermo) se activan una serie de conductas que tienen por objetivo ser cuidados por los adultos con los cuales viven, los que generalmente suelen ser los padres, o la madre si lo queremos comprender dentro de la tradición occidental y moderna de cuidado. La conducta que suele observarse como indicativa de estrés en el infante suele ser el llanto, entre otras (Cassidy & Shaver, 2016; Hofer, 2003; Lecannelier, 2018a).

Si estas conductas que reflejan el estrés del infante logran su objetivo, es decir, que el cuidador satisfaga tales necesidades, este mantendrá este comportamiento ya que le permite predecir el cuidado y así aumentar considerablemente sus probabilidades de sobrevivencia, en el entendido que un infante solo puede expresar su malestar inicialmente a través del llanto o de conductas no verbales. No obstante, no todos los cuidadores suelen ser tan sensibles y responsivos con las señales de estrés de su hijos (y menos en las sociedades industrializadas e individualistas como la nuestra donde el tiempo que comparten padres e hijos suele ser escaso) y es en este punto donde la conducta de los cuidadores se vuelve relevante para el desarrollo socioemocional posterior del infante ya que dependiendo de cómo estos cuiden, protejan y/o respondan, el niño desarrolla un estilo particular de maximizar el cuidado. Algunos de ellos, prontamente aprenden que sus cuidadores no siempre estarán disponibles para regular su estrés y que una estrategia adaptativa para maximizar el cuidado es evitar expresar el estrés, ya que de esta forma, se aseguran de que los padres estarán siempre disponibles para él. Este estilo de apego se ha denominado tradicionalmente como apego organizado inseguro evitante, aunque nosotros preferimos en la actualidad llamarlo internalizante, ya que la esencia de su estrategia es no mostrar el estrés y «guardárselo». Por otra parte, otros infantes aprenden rápidamente que sus padres suelen ser más bien inconsistentes en su cuidado, es decir, algunas veces son responsivos y sensibles, sin embargo, en otras ocasiones no. Para resolver este problema de sobrevivencia, por ensayo y error, aprenden que una estrategia adaptativa de maximización de cuidado es exacerbar su estrés, su frustración o su rabia para asegurarse el cuidado, volcando la atención parental en su malestar cada vez más intenso. A este estilo se le ha llamado tradicionalmente apego organizado inseguro ambivalente, o como lo llamamos nosotros, el estilo externalizante ya que su estrés es expresado hacia fuera (Ainsworth *et al.*, 1978; Lecannelier, 2016, 2018b).

Sin embargo, no todos los infantes logran maximizar el cuidado de sus cuidadores de una forma organizada, es decir, predecible y consistente. A estos niños, habitualmente se les denomina como desorganizados en el apego, quienes frente al estrés suelen emitir una serie de conductas contradictorias, bizarras, atemorizadas o contradictorias frente a sus cuidadores, dejando la impresión de que este infante no supiera si pedir o no la ayuda, ya que puede acercarse y luego alejarse o incluso congelarse. Ahora bien, el apego desorganizado (D)

más allá de las conductas extrañas que lo caracterizan, parecieran tener una denominador común: el miedo, el cual sería la clave para la comprensión tanto de su etiología como de sus múltiples manifestaciones conductuales en la infancia, y del desarrollo subsecuente (Lecannelier *et al.*, 2011). De hecho, se plantea que el apego desorganizado es el reflejo de una paradoja evolutiva ya que el infante debe organizar una conducta de maximización del cuidado hacia su figura de apego mientras que este mismo cuidador es la fuente de peligro o amenaza, lo cual deja al infante en un posición muy difícil dado su nivel de desarrollo y dependencia de tal figura de cuidado.

Las conductas prototípicas del apego desorganizado han sido clasificadas por Main y Salomon (1990) de la siguiente forma: (a) despliegue secuencial de patrones conductuales contradictorios; (b) despliegue simultáneo de conductas contradictorias; (c) movimientos y expresiones interrumpidas, incompletas, no dirigidas o mal dirigidas; (d) movimientos estereotipados, bizarros, asimétricos y posturas anómalas; (e) movimientos o conductas de congelamiento, *stilling*, movimientos «bajo del agua»; (f) indicadores directos de aprensión o temor al cuidador; (g) indicadores directos de desorganización y desorientación. Estos comportamientos no necesariamente se observan en todos los niños de la misma forma, ya que son dependientes también del tipo de cuidado al cual están expuestos.

Posteriormente, tras la formulación original de Main & Salomon (1990) sobre desorganización infantil, van IJzendoom *et al.*, (1999) plantearon la necesidad de ajustar esta clasificación incluyendo las clasificaciones organizadas del apego como una segunda lectura de tales conductas, lo que llevo a la emergencia de las categorías de desorganizado-seguro (DS); desorganizado-evitante (DE) y desorganizado-ambivalente (DA). Igualmente, trataron de relacionar la desorganización con el nivel socioeconómico familiar, lo cual arrojó como resultado que en los niños de clase media, el 15% de ellos fue clasificado como desorganizado, mientras que un 34% de quienes vivían en pobreza, no obstante, tales subclasificaciones desorganizadas no pudieron ser diferenciadas por clase social, lo que nos muestra que la desorganización sería transversal a las clases sociales, lo cual ayuda enormemente a evitar prejuicios, estereotipos o incluso actos discriminatorios a la hora de evaluar los problemas de salud mental de los infantes o a la hora de tomar decisiones de carácter judicial frente a la vulneración de derechos en la cual muchos niños se encuentran y que se relacionan con la desorganización del apego.

El hecho de que el cuidador sea una fuente de temor o amenaza para el niño (y su sobrevivencia) es el resultado de una diversidad de conductas de cuidado que parecieran mantener estresado al infante, las cuales pueden ubicarse en un continuo de conductas desorganizantes aproximativas a las evitativas (Lecannelier, 2018b), solo como ejemplo, en el extremo aproximativo podemos encontrar conductas de maltrato físico o abuso sexual, mientras que

en el extremo evitativo, nos encontramos con la negligencia o abandono. Sin embargo, entre estos extremos existe una serie enorme y sutil de conductas desorganizantes, que suelen ser muy difíciles de observar y que, por lo mismo, suelen pasar desapercibidas por muchos profesionales de la salud mental o del sistema judicial o peor aún, incluso pueden ser validadas culturalmente como prácticas de cuidado, por ejemplo, dejar llorar a los infantes para que no sean malcriados, conductas sexualizadoras como besar intensamente al bebé, hacerles la «ley del hielo», jugar bruscamente con ellos, tironearlos, retarlos, gritarles, etc., conductas que al ser más sutiles o culturalmente validadas suelen ser más frecuentes (o cotidianas) por lo que puede mantener al infante en un estado de estrés crónico, lo cual, como es ampliamente conocido, tiene efectos negativos en el desarrollo cerebral (Lupien *et al.*, 2018). Lo interesante y extremadamente preocupante es que para nuestra legislación relativa a la «vulneración de derechos» solo se consideran los extremos de cuidado desorganizante como indicadores de riesgo, y por lo tanto, solo ellas requieren de algún tipo de intervención por parte del Estado a través de SENAME (y su amplia red de colaboradores) y su «oferta programática» (nota aparte: extraña forma de referirse al cuidado y protección del Estado hacia los niños, o no tanta si consideramos que Chile es la expresión más extrema del neoliberalismo).

Volviendo a la desorganización infantil, ya en el 2006, Kobak *et al.*, en un revisión de literatura, hacían notar su relación con la subsecuente emergencia de procesos desadaptativos en diferentes ámbitos del desarrollo y planteaban la necesidad de estudiar más a fondo sus consecuencias. En ese sentido, comprender la relación existente entre este patrón de vinculación y el estrés es clave.

En la excelente revisión conducida por Lyons-Ruth y Javobvitz (2016) sobre el apego desorganizado, encontraron que en los pocos estudios existentes sobre este tema, el apego D infantil estaría relacionado con la reactividad infantil frente al estrés, lo cual revelaría que estos infantes no solo se vuelven más vulnerables al estrés en el presente sino que a través de todo su ciclo vital. Igualmente, mencionan que también se ha encontrado patrones anormales de secreción de cortisol durante el día, en específico estos niños durante el día siguen secretando cortisol, cuando lo normal es que durante el día comienza a disminuir. Esto último es particularmente riesgoso para su desarrollo socioemocional y cognitivo ya que como es sabido la hipercortisolemia se vuelve neurotóxica, afectando no solo el desempeño cognitivo, sino que enfermando al organismo en todos sus niveles (Lecannelier, 2018b).

Factores de riesgo para la desorganización infantil

Entonces, si algo sabemos hasta el momento es que los infantes desorganizados pareciera ser que les temen a sus cuidadores y que se vuelven vulnerables al estrés, dejándolos en una posición riesgosa para su posterior desarrollo, la

pregunta por lo tanto es ¿por qué se desorganizan? O puesto de otra forma ¿cuáles son los factores de riesgo para la desorganización infantil?

Lyons-Ruth y Javobvitz (2016) han evidenciado varios factores: en primer lugar, el maltrato, tal y como se esperaba, aumenta el riesgo de desorganización, de la misma forma, que la exposición a 5 o más factores de riesgo socioeconómico, lo que significa que a mayores experiencias adversas como maltrato de cualquier índole, vivir en la pobreza o marginalidad socioeconómica (y, por qué no, étnica o geográfica), hacinamiento, poco tiempo de cuidado con el niño, etc., también lo hace. Estos datos son muy relevantes ya que nos coloca en una tremenda encrucijada como país considerando los altísimos niveles de maltrato infantil ya existentes y que, por ejemplo, solo en el 2019 el 50,3% de los niños que fue atendido por la Oficina de Protección de Derechos (OPD) ingresó por algún tipo de maltrato (desde físico a negligencia) y de ese porcentaje, el 8,2% por maltrato físico, pero lo que es más grave, del total de niños atendidos, el 12,7% tenía menos de 3 años (SENAME, 2020). Para qué decir sobre la terrible inequidad socioeconómica que nos aqueja como país, los altos niveles de pobreza, precariedad laboral, falta de viviendas, bajos sueldos y extenuantes jornadas laborales (y de trayectos), inseguridad laboral, entre otras que actúan como estresores psicosociales que pueden mantener a los cuidadores bajo altas cantidades de estrés y afectar directamente la calidad del cuidado.

Igualmente, la presencia de problemas de salud mental en los cuidadores principales es un factor de riesgo: madres que presentan síntomas depresivos graves, o que presentan un trastorno limítrofe de la personalidad o son abusadoras/dependientes de drogas, aumentan la probabilidad de presentar un cuidado desorganizante (Lyons-Ruth & Javobvitz, 2016). Nuevamente nuestra situación nacional es grave y desgraciadamente no disponemos de espacio para discutirlo en profundidad, pero si el lector lo desea puede revisar los datos del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 para analizar (y reflexionar) nuestra triste realidad en términos de salud mental adulta. Por otra parte, este factor de riesgo es concordante con la idea de que las experiencias adversas en la infancia, como lo es convivir con un cuidador con problemas de salud mental, aumenta la probabilidad de sufrir una diversidad de problemas físicos y mentales en el futuro (Felitti *et al.*, 1998). Asimismo, es riesgoso que el cuidador principal trabaje sobre 60 horas a la semana, aunque no es del todo claro si es producto de la falta de interacción entre el infante y su cuidador principal o por otra razón, aunque a nuestro juicio la falta de disponibilidad del cuidador es evidentemente negativo. De la misma forma, el conflicto entre los padres también se asocia a desorganización infantil aunque aún no se conocen bien las razones de ello. Lamentablemente, no es claro si el conflicto marital se refiere a violencia intrafamiliar o de género, pero nuevamente nuestra situación país es dramática, ya que tal y como documenta la última Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del año 2013,

el 31,9% de las mujeres chilenas entre 15 y 59 años que han tenido alguna relación de convivencia ha sufrido violencia intrafamiliar; de estas, 30,7% sufrieron violencia psicológica, 15,7% violencia física y 6,3% violencia sexual.

Para terminar con los factores de riesgo, uno de los más estudiados es el estado mental de la madre denominado como no resuelto (o desorganizado), que se caracteriza porque los cuidadores muestran una serie de conductas de desorientación o desorganización cuando se les pregunta –a través de le Entrevista de Apego en Adultos– por eventos que son considerados potencialmente estresantes como lo es el abuso sexual en la infancia, el maltrato, la muerte de un cuidador, etc., ya que se espera que si tales experiencias ocurrieron en su infancia, el sistema de apego debió activarse. Esta desorientación se traduce en conductas tales como perdida de lógica en la narración sobre el evento, imposibilidad de terminar la historia, perdida del contexto, así como también, perdidas de monitoreo del pensamiento como lo es la incredulidad de que la persona esté muerta o creencias contrarias a lo que entendemos por causalidad según nuestro consenso social. En esta línea, van IJzendoorn *et al*., (1999) ha demostrado una poderosa relación entre el estado mental no resuelto de la madre con la desorganización infantil en diferentes culturas occidentales y orientales. Igualmente, Obsuth *et al.* (2014), han demostrado que el estado mental no resuelto se relaciona con conductas desorientadas, extrañas y/o fuera de contexto durante todo el desarrollo humano, de la misma forma que de síntomas disociativos o de trance (Bailey *et al.*, 2007). Por otra parte, cuando se estudian las asociaciones entre problemas de salud mental y estos estados no resueltos, los resultados que se han encontrado indican que el 43% posee algún tipo de problema ya sea internalizante o externalizante, o problemas asociados a la violencia (ya sea doméstica, hacia sí mismo o los demás), al igual que en abuso de sustancias, ideación suicida y separación de los padres (Riggs & Jacobvitz, 2002). Otros autores también han encontrado relaciones con el trastorno obsesivo-compulsivo, criminalidad y trastorno límite de la personalidad (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). A partir de los estudios mencionados pareciera ser más que evidente que la desorganización infantil se relaciona fuertemente con el estado mental de los cuidadores, en especial, de la madre quien suele estar a cargo del cuidado, y que a su vez, la calidad de este cuidado se relaciona también con su propia historia de apego infantil, de hecho, estos estados mentales no resueltos serían la razón por la cual los cuidadores atemorizan o se encuentran atemorizadas de sus hijos, y que las motivaría a cuidarlos desde el miedo cuando ella se estresan.

El cuidado desorganizante: los perfiles atemorizados/atemorizantes y los perfiles hostiles/desamparados

Como se mencionó previamente, la relación entre la desorganización infantil y el estado mental no resuelto del cuidador pareciera ser claro. Bajo esa lógica, Main y Heese (1998) desarrollaron 6 escalas para identificar conductas atemorizantes y atemorizadas que les permitirá clasificar el comportamiento materno que infunde miedo en el infante.

Estas escalas hacían referencia a conductas amenazantes (posturas, expresiones faciales y movimientos agresivos hacia el niño); asustadas, donde la madre pareciera estar asustada sin razón alguna (p. e., acercarse y luego alejarse del bebé), conductas disociadas o de alteración de conciencia (p. e., congelarse o posturas de trance); conductas tímidas o de sumisión ante el bebé (tratar muy tímidamente al bebé); conductas sexualizadoras con el bebé (p. e., besarlo apasionadamente, caricias excesivas) y conductas desorganizadas. Las conclusiones de diversos estudios indican que las madres no resueltas tienden a exhibir una mayor cantidad de estas conductas desorganizantes, o al menos aquellas madres que puntuaban algo en comportamiento disociativo.

Sin embargo, como plantean Lecannelier *et al.* (2010) no es del todo claro esta asociación ya que la evidencia que ellos encontraron es que existen, por una parte, relaciones significativas entre el estado mental no resuelto y conductas atemorizadas/atemorizantes, y por otra, relaciones significativas entre conductas atemorizadas/atemorizantes y desorganización infantil, pero no hay nada concluyente con respecto a que estas conductas atemorizadas/atemorizantes sean mediadoras entre desorganización infantil y estado mental no resuelto.

Por otra parte, Karlen Lyons-Ruth y su equipo (2016) también se han preocupado de comprender el cuidado desorganizante, pero desde una perspectiva distinta a la de Main y Heese (1990) ya que se focalizaron en los niños desorganizados cuyos cuidadores no presentan un estado mental no resuelto. Desde su perspectiva, las conductas parentales que desorganizan van mucho más allá de aquellas explicadas por el trauma no resuelto, incluyendo formas contradictorias y disruptivas de comunicación afectiva ante la regulación del estrés del niño y la entrega de cuidado y confort por lo que la desorganización infantil se relacionaría más bien con un cuidado parental contradictorio y extremo para que el infante no pueda desarrollar una estrategia organizada (Lyons-Ruth *et al.*, 1999). Este equipo de investigación, a través también de la Entrevista de Apego en Adultos, logró describir dos perfiles de cuidadores: Los hostiles y los desamparados. Además, desarrollaron un sistema de evaluación de conductas (o microconductas) durante el clásico procedimiento de la situación extraña llamado AMBIANCE que da cuenta de conductas parentales que pueden desorganizar a los infantes, pero que suelen ser muy sutiles.

El perfil hostil describe a un cuidadora que representa mentalmente a su figura de apego de forma negativa (o incluso hostil o malvada), sin embargo, simultáneamente existen representaciones positivas. Por otra parte, en el perfil desamparado, puede existir una evaluación negativa de la figura de apego, pero, simultáneamente existen representaciones que dan cuenta de un fuerte lazo con ella, pero matizado con el hecho de que las tuvo que cuidar y proteger. Ambos perfiles, además, dan como resultado una patrón de desorganización diferente (Lyons-Ruth *et al*., 2005).

En cuanto a los errores comunicativos/afectivos hacia el niño estudiados por su equipo, existirían una vasta serie de conductas parentales consideradas como comunicaciones afectivas contradictorias y disruptivas en cuanto a la necesidad del infante de ser regulado en el estrés por parte de su cuidador (Lyons-Ruth *et al*., 1999). Estas conductas fueron agrupadas de la siguiente forma:

1) Errores comunicativos/afectivos, que incluye a los señalamientos contradictorios hacia el infante (p. ej., contenido verbal incongruente con el tono de voz y postura corporal*)*, fallas en iniciar una respuesta de contención (p. ej., no calmar al niño; no responder frente a sus demandas; no poner límites; no tomarlo, no mirarlo, no hablarle) y respuestas inapropiadas en relación a las señales del niño (p. ej., reírse cuando está estresado, empleo del falso afecto positivo, estimular al niño, ser intrusivo, minimizar su estrés).

2) Confusión de roles y límites, que incluye la inversión de roles (p. ej., delegar al niño tareas inapropiadas para su edad, pedirle permiso, rogarle, hablar como niña, demandarle afecto, buscar consolarse con el niño) y la sexualización (p. ej., hablarle en un tono íntimo, tocarle genitales mientras lo cambia, enfatizar la sexualidad del niño, besar en modo sexualizador).

3) Conducta atemorizada (p. ej., expresiones de miedo frente al niño, empleo de tonos de voz bizarros, tomar al niño de un modo tímido por miedo a que él pegue, risa nerviosa, aproximarse de forma dubitativa, interactuar a distancia con él) y desorientada (p. ej., cambios bruscos de afecto, tomar al niño como un objeto desde las axilas, posturas de trance frente a él, empleo del juego frenético, afecto plano mientras se interact*úa* con él).

4) Intrusividad/negatividad que incluye comunicación física negativa (p. ej., tomar al niño de la muñeca, empujarlo, restringir su movimiento al tomarlo en brazos, tirarle cosas, zamarrearlo, posturas de ataque, acercarle juguetes a la cara, «tironearlo» al (des)vestirlo, limpiarlo mientras llora), comunicación verbal/atribución negativa (p. ej., burlarse de él, hacerlo callar, empleo de una voz agresiva, criticarlo, imitarlo en su llanto, usar un tono agresivo, imitarlo irónicamente, comentarios descalificadores, gritarle, retarlo, castigarlo agresivamente), y el control con objetos (p. ej., quitar juguetes y redirigirlo con objetos).

5) Evitación, que incluye la evitación física (p. ej., tomar al niño rígidamente, sentarse detrás del niño, alejarse, alejarlo, evitar mirada, ponerlo muy rápido en el suelo, tratar de no tocarlo, sentarse lejos del niño), la evitación

verbal (p. ej., no interactuar con él, hacerle la «ley del hielo», decirle «no te voy a tomar», interactuar silenciosamente, no despedirse cuando se va), y dirigir lejos con juguetes (p. ej., lanzar lejos una pelota para que tarde en volver).

Con esta forma de evaluar el comportamiento de cuidado, Lyons-Ruth y Spielman, (2004) identificaron dos subgrupos de madres desorganizantes, que a su vez se correspondían con dos subgrupos de infantes desorganizados:

1) Las madres hostiles/autorreferentes que exhibían comportamientos, por una parte, hostiles e intrusivos, y por otro lado, buscaban constantemente la atención autorreferencial del infante (p. e., ¿has extrañado a la mamá?, ¿quién es la mamá más linda?). El resultado de este comportamiento comunicacional contradictorio es que los infantes desarrollaban un patrón controlador/punitivo con sus madres.

2) Las madres desamparadas/atemorizadas que exhibían por una parte, conductas afectivas, pero por otra parte, evitaban al niño atemorizada y confusamente (como si le tuviera miedo al bebe). El resultado de esta contradicción es que los infantes desarrollaban un patrón controlador/cuidador con sus madres.

Sin embargo, pese a lo novedoso y explicativo de este modelo para la comprensión de la desorganización infantil, Lecannelier *et al.* (2010) también sugieren que no explica completamente el fenómeno ya que investigaciones posteriores solo han permitido confirmar la relación entre las conductas AMBIANCE y la desorganización infantil, no así con los estados mentales desamparados/hostiles.

Trauma complejo (TC) y la desorganización infantil

Habiendo revisado brevemente la desorganización infantil, como el piso mínimo para comprender las vías del desarrollo desadaptativo a través del vida, deseamos revisar sucintamente el fenómeno del trauma complejo y su relación con la desorganización, lo cual puede hacernos más entendible una serie de conductas extremas y extrañas de los niños que han experimentado trauma(s) o «vulneraciones de derechos» como eufemísticamente (o legalmente) en Chile les llamamos.

En primer lugar, el trauma se entiende como cualquier experiencia que provoque un malestar subjetivo intenso –ya sea porque provoca miedo, desesperanza u horror– ya sea durante o posterior a un evento que pone en riesgo la vida o donde se exponga o viole la integridad corporal, lo que puede incluir el modelado vicario (Courtois & Ford, 2013). En ese sentido, una enorme cantidad de eventos pueden ser encasillados como traumáticos, siendo los de más fácil reconocimiento, el maltrato físico, el abuso sexual, la negligencia, el abandono, un accidente de tránsito, la institucionalización, experimentar una catástrofe natural, la muerte de un cuidador significativo, entre otros. No obstante, es muy extraño o estadísticamente infrecuente que los niños experimenten una

experiencia traumática de forma aislada, como suele el modelo del evento único plantear, lo cual afecta gravemente nuestra comprensión del fenómeno en sí mismo, así como también de sus consecuencias y sobre todo de su forma de intervenir efectivamente, y, más aún, a tiempo. En ese sentido, focalizarse solo en los efectos agudos del trauma no nos permite ver el panorama completo, donde la norma pareciera ser más bien la multitraumatización o lo que hoy en día de entiende como trauma complejo (Chu & Lieberman, 2010).

En segundo lugar, el TC es un fenómeno que generalmente comienza en la infancia (incluso durante el embarazo cuando las madres consumen drogas y/o alcohol, por ejemplo), y que se mantiene a través del desarrollo, donde los estresores traumáticos tempranos de carácter interpersonal impactan negativamente en el desarrollo normativo del cerebro, sobre todo si proviene de los cuidadores principales (Ford & Courtois, 2013), aunque en la adultez también pueden existir situaciones traumatizantes (Courtoid & Ford, 2013). De esta forma, el TC supone la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones de origen interpersonal y con consecuencias devastadoras en el desarrollo general del infante tanto a nivel psicobiológico, como neuroquímico, vincular, socioemocional, cognitivo, entre otros, sobre todo si proviene del cuidador principal, ya sea por ser el que causa el estrés o por su baja capacidad de regular el estrés postevento (van der Kolk, 2005).

Como ya se hizo evidente, la relación entre el vínculo de apego (y la desorganización del mismo) y el TC es más que evidente, habiéndose observado que el efecto más nocivo del TC se encuentra en el desarrollo de la seguridad emocional, dificultando severamente sus habilidades de vinculación y capacidad de formar vínculos de apego seguros a través de toda su vida, pero además, los predispone a presentar dificultades en la autorregulación emocional y conductual, problemas afectivos y de ansiedad, problemas de adicción, desamparo social y marginalidad, problemas de alimentación, trastornos disociativos y de somatización, problemas de salud en general (inmunológicos, metabólicos, cardiovasculares), trastornos sexuales y sobre todo, la posibilidad siempre cierta de ser retraumatizado y la «confusión» por parte de los profesionales de salud mental de su sintomatología con cuadros psiquiátricos, tipo DSM o CIE, como trastornos de ansiedad de separación, trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante, trastorno reactivo del apego, etc. (Courtois & Ford, 2013).

Y si bien es cierto que los investigadores no han dado indicadores claros entre el TC y la desorganización infantil, nosotros proponemos que «todo niño con trauma complejo está desorganizado, pero no todo niño desorganizado presenta trauma complejo». La razón puede ser bastante simple, y es que el TC al ser invasivo en toda la dinámica psicobiológica del niño, inevitablemente desorganiza el apego. Por el contrario, no ocurre lo mismo con la desorganización

ya que muchas veces es específica a determinadas conductas, cuidadores y contextos, lo que no conduce a la generación de un trauma complejo.

Nuestra propuesta para la comprensión de la relación entre ambos procesos la hemos denominado modelo de peligro desorganizado (Lecannelier, 2014a), el cual nos permite comprender esta vasta serie de comportamientos y reacciones emocionales extremas que presentan los niños que han experimentado TC (o que lo experimentan aún como aquellos que se encuentran institucionalizados) y que generalmente son vistas como cuadros psiquiátricos o «malos comportamientos», como son la agresión y destrucción de objetos, el oposicionismo extremo, cambios súbitos de ánimo desde la hiperexcitación al aplanamiento emocional, el retraimiento, el uso/abuso de drogas, atracones de comida, autoagresividad y automutilaciones, el mimetismo e instrumentalización de las relaciones, la complacencia extrema, la despersonalización y disociación, estados de trance, etc.

Esta propuesta tiene 3 grandes elementos, que por temas de espacio, solo serán referidos concisamente: (a) el núcleo de la experiencia traumática/desorganizada; (b) los estados y estímulos de gatillamiento; (c) las estrategias de afrontamiento/evitación de la experiencia traumática.

En cuanto al primer punto, este hace referencia a que las experiencias de trauma activan áreas del cerebro más primitivas y relacionadas con la sobrevivencia encargadas de detectar, anticipar y afrontar el peligro, lo cual se traduce en que el infante vive una experiencia cotidiana de peligro, el cual debe ser detectado, organizado, anticipado, regulado y evitado, volviéndose crónicamente desconfiado de las relaciones interpersonales (ya que han sido los cuidadores las principales fuentes de peligro) e hiperalerta al entorno para evitar el daño, generando una expectativa de abandono, rechazo y miedo a ser dañado.

En relación a los estados y estímulos de gatillamiento, y en el entendido de que el TC ocurre principalmente dentro del contexto de cuidado, los infantes se mantienen en un estado cerebral de sobrevivencia, con una hiperactivación del área límibica por sobre las áreas corticales por lo que cualquier est*í*mulo (ya sea interno como un recuerdo o externo como un olor) gatilla las reacciones de peligro y trauma, como si estuviesen presentes en el aquí y ahora. De una u otra forma, bajo esta condición de gatillamiento la temporalidad se pierde. Finalmente, lo único que conoce es el peligro.

Y por último, las estrategias de afrontamiento/evitación de la experiencia traumática son la forma en que debe regularse la experiencia de peligro o miedo crónico, las cuales, producto de la cronicidad de las mismas, requieren ser más extremas o intensas que una estrategia regulatoria para estresores agudos. Las estrategias más conocidas y estudiadas son (a) pelear/escapar, la cual se caracteriza por el uso de la agresión, violencia, hiperactividad y oposicionismo y enfrentamiento relacional o, por el contrario, la evitación y retraimiento (b) complacer/aferrarse, es decir, cuidar y volverse sumiso frente al peligro o

aferrarse extremadamente (c) anestesiamiento/disociación ocurre cuando el peligro es tan intenso y la posibilidad de sobrevivir disminuye considerablemente, que el infante debe desconectarse del mundo, lo cual se traduce en que las áreas corticales se desconectan como ocurre en los estados de trance.

Si volvemos al caso con el cual este capítulo comenzó, podríamos tratar de hacer el ejercicio desde este modelo para la compresión del «ataque» por parte de los niños y adolescentes hacia carabineros. Le pedimos al lector que trate de imaginar cómo es vivir en una residencia dependiente de SENAME (muchas veces fría, poco estimulante, con espacios comunes, etc.), en los peligros pasados que lo llevaron hasta ahí (abusos, abandono, explotación, tortura, violencia intrafamiliar, etc.), cómo los cuidan en la actualidad (cu*á*ntas personas, qu*é* tan constantes), en qui*é*n puede confiar, cómo la aparición de un autoridad puede ser interpretado, cómo los gritos de esos carabineros y otros profesionales los hicieron sentir o qu*é* recuerdo le pudo traer, cómo puedo afrontar esta situación, etc. Si la imaginación no es lo suyo, recuerde la peor película de terror que haya visto y mantenga ese miedo como siendo parte de su vida cada día, todos los días.

Nuestra propuesta: El programa de apego y trauma complejo (PAT) para niños en situaciones de institucionalización temprana y/o extrema vulnerabilidad

Contrario a las prácticas habituales de intervención que se realizan en los diferentes programas de la red SENAME, muchas de las cuales, suponen la realización de psicoterapia para la reparación de trauma a los niños institucionalizados (que están viviendo trauma aún) o severamente traumatizados que son parte de los programas ambulatorios tipo programas de reparación de maltrato (PRM) o de intervenciones psicosociales para el fomento de competencias parentales, nuestra propuesta tiene por objetivo fomentar el restablecimiento de niveles de seguridad emocional en infantes a través de un intervención basada en el apego y la mentalización que trabaja con el sistema de cuidado, que en el caso de la institucionalización, son todos aquellos adultos que cuidan o interactúan con estos niños que han experimentado TC, muchas veces desde el embarazo y que se mantiene en los ambientes de institucionalización (separación de sus cuidadores, cuidados inadecuados, soledad e incertidumbre).

El fundamento básico es que el trauma, como ya se mencionó, afecta principalmente el sentido de seguridad emocional hacia los otros y el mundo, lo cual, afecta de otros procesos del desarrollo tanto a nivel socioemocional, como también psicofisiológico, cognitivo y de la regulación emocional y conductual. Por lo mismo, a nuestra forma de entender, lo primero que se debe trabajar con el infante es la recuperación de algún grado o nivel de tal seguridad emocional

perdida producto del TC, ya que a partir de ahí se pueden recuperar los demás procesos mermados o que presentan dificultades.

Por lo tanto, el programa PAT pretende entregar a todos los adultos que están a cargo de los niños(as), una serie de conocimientos, condiciones, herramientas, y estrategias para que puedan comprender, mentalizar, respetar y regular la experiencia traumática que viven estos infantes cotidianamente, por lo que es la modificación del sistema de cuidado nuestro objetivo.

El programa es una intervención que consta de un manual, está ordenado en sesiones, y contiene una serie de conceptos, objetivos, actividades, ejercicios y estrategias, presentados de una forma clara y didáctica (Lecannelier, 2014b, 2015). Ha sido pensado para aumentar de forma progresiva las capacidades de cuidado de todas las personas que cuidan del infante en la residencia con el objetivo que desarrollen una actitud mental/emocional de «tener en mente la mente del niño», a través de la puesta en práctica de nuestra filosofía del cuidado respetuoso emocionalmente seguro (CRESE) que considere las necesidades, experiencias, intereses de los niños(as) de 0 a 4 años que han sufrido multitraumatización. La filosofía CRESE que hemos adoptado supone, en lo práctico, que:

(a) En primer lugar, debemos *poner «entre paréntesis» la propia cosmovisión adulta,* es decir, realizar un esfuerzo mental para inhibir los propios prejuicios, creencias, teorías y enfoques adultizados sobre el comportamiento deseado (o indeseado), así como también nuestra historia personal y su evidente influencia en nuestro actuar como cuidadores. Evidentemente, se entiende que esta tarea es muy difícil (y epistemológicamente imposible) por lo que nuestro objetivo es doble ya que, por un lado, pretendemos que los adultos reflexionen sobre cómo y cuánto sus cosmovisiones afectan el modo de mentalizar y comprender al niño (sobre todo cuando existe estrés), y por otro lado, que busquen o exploren formas/estrategias de inhibir tales cosmovisiones y así ingresar al espacio de experiencias del niño desde el mundo del niño.

(b) En segundo lugar, debemos esforzarnos por *tener en mente el mundo del niño desde su mundo,* lo que significa emprender la nunca fácil tarea de entender, reflexionar y estudiar sobre «¿qué es ser como un niño?». Esto supone comprender qué necesita y busca un niño de determinada edad de acuerdo con su contexto de cuidado y educación, y considerando su historia de apego. Esto es particularmente relevante si consideramos que los niños que se encuentran institucionalizados y que han experimentado trauma complejo tienen un funcionamiento que suele alejarse de lo normativo en diferentes áreas del desarrollo, por lo que sus respuestas frente al estrés, como ya vimos, también suelen ser extremas y difíciles de comprender incluso para los profesionales que trabajan con ellos.

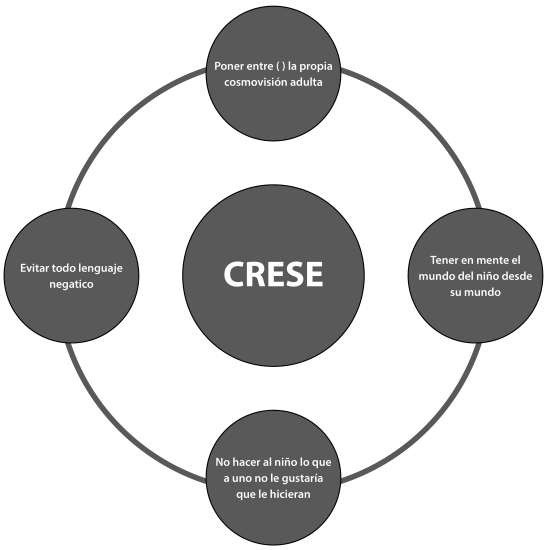
(c) En tercer lugar, debemos esforzarnos en *no hacer al niño lo que a uno no le gustaría que le hicieran,* que en lo práctico u operativo supone hacer el

ejercicio mental concreto de pensar una situación estresante del niño (p. ej., una pataleta, «quedarse pegado», la automutilación, el escape del hogar, etc.) para posteriormente imaginarse que es el adulto el agente de esa misma situación, y mentalizar cómo sería su experiencia emocional.

(d) Por último, es nuestro convencimiento que se debe *evitar todo lenguaje negativo,* cuyo nivel también es más práctico aún, donde es fundamental que el adulto pueda modificar de su lenguaje todo término, concepto y dicho que implique explícita o implícitamente un juicio negativo hacia el niño, lo cual, incluye cualquier inferencia negativa (p. ej., manipulador, molestoso), psicologicista (p. ej., desafiante, distráctil), etiquetadora (p. ej., antisocial, niños maltratado), autorreferente (p. ej., lo hace para molestarme o para hacerme la vida imposible), desconfirmadora (p. ej., «¿eres tonto o qué?», «siempre entorpeciendo todo», «eres un mal criado/mal educado»), normativa (p. ej., «¿por qué no te portas bien como tus amiguitos?») y enjuiciadora (p. ej., «otra vez con lo mismo, no te aburres de hacer lo mismo una y otra vez») de por qué hace lo que hace.

Por lo tanto, el CRESE es tanto el telón de fondo (estado mental/emocional) delante del cual se realiza todo el proceso de intervención, como la filosofía de cuidado que todo adulto debería desarrollar para generar un espacio de protección vital, seguridad emocional, expansión y exploración en el mundo del niño(a). A continuación pueden observarlo gráficamente.

Figura 1
Filosofía del cuidado respetuoso emocionalmente seguro



Esta filosofía CRESE se materializa en nuestra metodología cuyo acrónimo es AMAR (atención, mentalización, automentalización y regulación emocional), la cual ha sido desarrollada por más de 15 años y en diferentes contextos vitales de los infantes (p. ej., programas de familias de acogida, para padres en proceso de adopción, educación parvularia).

En cuanto a las habilidades que pretendemos desarrollar, la primera de ellas (e imprescindible) es la capacidad de *ATENCIÓN,* la cual entendemos como el proceso de monitorear la conducta del niño y sus eventos estresantes a través de prestar atención a su conducta y reacciones, sobre todo aquellas no verbales y que serían las indicativas de que el niño está bajo estrés. El objetivo es que los cuidadores desarrollen una actitud y capacidad de observar al niño, reconocer su individualidad y atender a las diversas dimensiones de su conducta (tanto verbales como no verbales).

Tras haber desarrollado la capacidad de atención, nuestra segunda meta es el desarrollo en los cuidadores de la *MENTALIZACIÓN* que permitirá al adulto explicarse y comprender la conducta del niño (y de cualquier persona) a través de la inferencia o atribución de estados mentales (p. ej., entiendo que golpees la pared porque estas enojado porque tu *mami* no pudo venir a verte hoy) (Fonagy *et al.*, 2007; Lecannelier, 2004). El objetivo es que los cuidadores comiencen a preguntarse por los estados emocionales de los niños (sobre todo cuando se encuentran estresados), por lo que podrían estar pensando, imaginando o recordando cuando están estresados, así como también, por lo que podrían necesitar y que se manifiesta a través de esta conducta estresante. En esta fase es importantísimo seguir la regla de oro de la mentalización del estrés, es decir, tener una actitud positiva y nunca inferir intenciones negativas como se planteó previamente (Fearon *et al.*, 2006)

Luego de haber entrenado la capacidad mentalizadora en los adultos en relación a la conducta estresante de los niños, la tercera fase implica trabajar con la *AUTOMENTALIZACIÓN,* que es la aplicación de la capacidad mentalizadora en los cuidadores a sus propios procesos mentales, tratando de que desarrollen una actitud y habilidad de identificar y reconocer lo que les ocurre internamente cuando están frente al niño y su «mal comportamiento» (Allen *et al.*, 2008). La idea es que el cuidador identifique qué siente/piensa y/o qué significado otorga al estrés del niño y reconocer qué le provoca hacer. De esta forma, al adulto puede diferenciar mucho mejor sus propios estados afectivos de lo que le ocurre al niño (p. ej., puedo diferenciar entre que el niño está enojado, cuando en realidad el que se encuentra enojado soy yo por el trabajo).

Por último, tras haber entrenados las 3 habilidades previas, recién podemos entrenar la habilidad de *REGULACIÓN,* que supone la capacidad de los cuidadores de modificar el estado de estrés del niño, la cual puede ser positiva cuando el estrés del niño disminuye por la acción del cuidador (p. ej., tomándolo en brazos y reflejando la emoción que experimenta) o también puede ser

negativa, es decir, el cuidador puede aumentar el estrés del niño (p. ej., retándolo, gritándole, enviándolo a su pieza, castigándolo o incluso agrediéndolo) (Calkins & Hill, 2007).

Ahora bien, estas 4 habilidades que consideramos necesarias para que los niños institucionalizados recuperen en algo la seguridad emocional que han perdido producto de la institucionalización y la traumatización compleja que han experimentado, se materializan en el programa de apego y trauma complejo (PAT), el que consta de 10 sesiones, de carácter semanal y con una duración de 2 horas, donde se trabaja con todos los adultos de la residencia o institución en una serie de conocimientos, estrategias y prácticas de cuidado. Es muy necesario que participen todos los adultos con el objetivo además de realizar un transferencias técnica al centro, ya que posterior a la finalización de la implementación del programa es necesario que se mantenga a través del tiempo, sobre todo si pensamos en la alta rotación de personal de estos centros. También es muy importante mencionar que la aplicación del programa requiere de una medición (con una batería de instrumentos estandarizados de salud mental y del desarrollo) tanto preintervención como posintervención para evaluar su efectividad y así evidenciar su funcionamiento y realizar una retroalimentación hacia el centro intervenido.

Las fases y competencias que se desean lograr en el programa son:

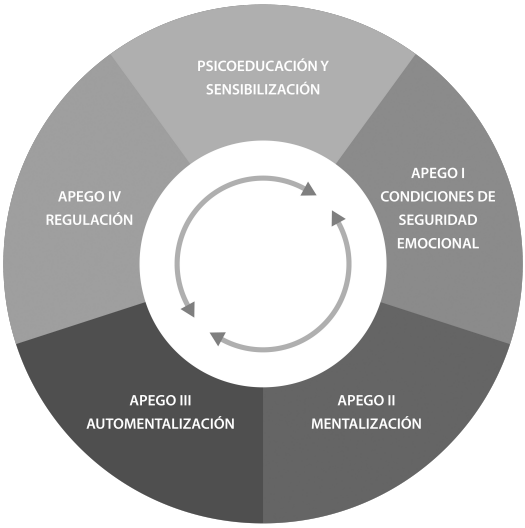
1) *Psicoeducación y sensibilización,* cuyo objetivo es conocer y sensibilizar sobre el TC y el modelo de peligro desorganizado en los cuidadores. En particular, a través del análisis de una caso ficticio e imaginería, se trata de sensibilizar a los cuidadores a través de un caso ficticio y también imaginería sobre el fenómeno del trauma complejo, las principales emociones, síntomas y experiencias conocidas sobre el trauma complejo; comprender las reacciones y conductas esperables de los niños(as) con trauma complejo, y por último, los elementos propios del modelo del peligro desorganizado (p. ej., el sentido crónico del peligro, el comportamiento/actitud hiperalerta propio de estos niños, la inseguridad emocional y desconfianza hacia las relaciones interpersonales, el deterioro en el desarrollo global que implica vivir en TC, la anticipación crónica del peligro, los estados de gatillamiento y las estrategias de afrontamiento del estrés crónico). Para esta fase contamos con dos semanas.
2) *Apego I. Condiciones de seguridad emocional:* la idea es restablecer los niveles básicos de seguridad emocional en el contexto general de cuidado, a través del aumento y/o fortalecimiento de los niveles de estabilidad, continuidad, especificidad, predictibilidad, sensibilidad y ausencia de estrés. Para lograr esto, lo primero es que los cuidadores comprendan los fundamentos del CRESE y que aprendan a evaluar las condiciones

de seguridad emocional de los niños con los cuales trabajan a través de una pauta de trabajo. Para esta fase también contamos con dos semanas.

3) *Apego II. Mentalización,* donde se espera que los cuidadores aprendan concretamente a mentalizar comprender y validar la experiencia traumática de los infantes. En esta fase se revisa conceptualmente qué se entiende por mentalización y su rol clave en la comprensión y validación de las experiencias de estrés y sobre todo cuando los niños viven con TC. Adicionalmente, se entrena esta capacidad a través de una plantilla de mentalización que ha sido desarrolla específicamente para mentalizar las conductas estresantes de niños con TC, para ello se trabaja sobre algunas viñetas clínicas (y posteriormente con casos reales de la institución). A nivel descriptivo, esta plantilla de mentalización se preocupa por identificar la conducta estresante, el gatillante, el proceso emocional que lo acompaña, la estrategia de afrontamiento y la función de la conducta. Para esta fase también tenemos dos semanas de entrenamiento.
4) *Apego III. Automentalización,* donde se busca que los cuidadores puedan reconocer sus propias dificultades en los procesos de mentalización y de posibles conductas inadecuadas de cuidado. En esta fase en específico se pretende que el cuidador logre identificar en sí mismo las mentalizaciones negativas que eventualmente realiza, así como también que identifique qué conductas inadecuadas puede eventualmente llevar a cabo a la hora de regular el estrés de los niños con TC. Para llevar a cabo este proceso de identificación, se trabaja grupalmente sobre un listado de mentalizaciones negativas y de conductas inadecuadas de cuidado que hemos desarrollado para este sistema de cuidado. Para esta fase, tenemos una semana de entrenamiento.
5) *Apego IV. Regulación,* donde se les entrega a los cuidadores una serie de estrategias concretas para manejar/regular el estrés de estos niños institucionalizados. Para lograr lo anterior, el objetivo es que los cuidadores aprendan a valorar positivamente la regulación y el circulo de seguridad resultante de una regulación emocional que minimice el estrés. Igualmente, se practican diversas estrategias regulatorias para niños con TC (p. ej., *time in*; reflejo afectivo).

En el siguiente diagrama se pueden observar las diferentes fases del programa:

Figura 2
Programa de apego y trauma complejo



Conclusiones

El PAT ha seguido articulándose para ser utilizado con familias, y especialmente el trabajo con los cuidadores. Una de las miles de falencias del SENAME, pero también de profesionales que trabajan con trauma infantil, es que no tienen las competencias para trabajar con un padre abusador o una madre negligente (Lecannelier, 2019). Entonces, se escudan en el fundamento (sin evidencia) de que se debe trabajar solo con los niños. Esta no es la tendencia mundial en el trabajo de la intervención en experiencias adversas. No es posible el cambio sin la modificación de los patrones de cuidado desorganizantes, y esa una insuficiencia de los sistemas de protección en Chile (y Sudamérica).

Finalmente, es de nuestro entender que, si bien el modelo del trauma complejo debería ser más complejo, pero no en el sentido de más «complejidad», sino en incluir en su corpus explicativo e interventivo a las ciencias de la complejidad (Lecannelier, 2012; Lecannelier *et al.*, 2019) o la teoría de los sistemas dinámicos no-lineales. En los último años hemos estado trabajando también en una propuesta para entender la experiencia humana (incluida aquella experiencia traumatizada) que denominamos el modelo de apego y complejidad (MAC) busca comprender la dinámica homeostática predecible que se produce en los casos de trauma desorganizado temprano, en vías de generar intervenciones que no patologicen, clasifiquen y sobremediquen a los niños. Tal aproximación

busca comprender y respetar la experiencia traumática como un modo enfermo de continuar con la vida, a través de la puesta en desarrollo y funcionamiento de toda una serie de mecanismos de mantenimiento de la alostasis, a través de la vida del niño (Lecannelier *et al.*, en prensa). Esta concepción, que se aleja de los principales modelos de intervención, entrega una visión más integrada multinivel y genuinamente respetuosa del trabajo en el dolor de la infancia.

Referencias

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.

Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, Estados Unidos: APPI.

Anuario Estadístico Servicio Nacional de Menores 2019. Consultado el 21 de Noviembre de 2020. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2020/10/Anuario-Estadistico-2019-13-10-2020.pdf

Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development, 9*(2), 139-161. https://doi.org/10.1080/14616730701349721

Calkins, S. and Hill, A. (2007) «Caregiver Influences on Emerging Emotion Regulation: Biological and Environmental Transactions in Early Development». En J. J.Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 229-248). Guilford Press.

Cassidy, J. y Shaver, Ph. R. (Eds.). (2016). *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (3rd Edition). The Guilford Press.

Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and psychopathology*, *25*(4 Pt 2), 1415-1434. https://doi.org/10.1017/S0954579413000692

Courtois, C., & Ford, J. (2013). «Complex Traumatic Stress Reactions and Disorders». En C. Courtois, & J. Ford. (Eds.) *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach* (pp. 3-27). The Guilford Press.

Chu, A. T., & Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 469-494. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131204

El Mostrador. (Miércoles 18 de noviembre del 2020). *Indignante: Carabineros balea a niños en residencia del Sename de Talcahuano*. El Mostrador. https://www.elmostrador.cl/dia/2020/11/18/indignante-carabineros-balea-a-ninos-en-residencia-del-sename-de-talcahuano/

Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. En D. Cicchetti &

D.J. Cohen (Eds), *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (2nd Ed., pp. 333-369). Wiley & Sons.

Fearon, R.M.P., Target, M., Fonagy, P., Sargent, J., Williams, L., & Bleiberg, E. (2006). Short-term mentalizing and relational therapy: an integrative family therapy for children and adolescents. En E. Bleiberg & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 201-222). Wiley.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *48*(3-4), 288-328. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x

Ford, J & Courtois, C. (2013). «Conclusion». En J. Ford & C. Courtois (Eds.) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models* (pp 349-359). The Guilford Press.

Hofer, M.A. (2003). The emerging neurobiology of attachment and separation. How parents shape their infant´s brain and behavior. En S. W. Coates, J. I. Rosenthal & D. S. Schechter (Eds), *September 11. Trauma and human bonds*. The Analytic Press.

Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D. , Monje, G., Barrientos, C. (en prensa). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del Modelo de Apego & Complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia.*

Lecannelier, F. (2019). *A.M.A.R. Modelo de prevención/intervención para el fomento del cuidado respetuoso y la seguridad emocional en el apego en diversos contextos vitales del infante (0-6)*. Psimática.

Lecannelier, F., Guajardo, H., & Kushner, D. (2019). Organización temprana del sí-mismo desde una mirada de complejidad neuroafectiva. *Revista de Psicoterapia, 30*(112), 43-60.

Lecannelier, F. (2018a). La Teoría del Apego: Una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas, 58*. Recuperado de: https://bit.ly/2UUYMvd

Lecannelier, F. (2018b). *El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Penguin Random & House.

Lecannelier, F. (2016). A.M.A.R. H*acia un cuidado respetuoso de apego en la infancia.* Ediciones B.

Lecannelier, (2015). *Apego, mentalización & regulación emocional en trauma complejo: Guías prácticas*. ONG Raices/Servicio Nacional de Menores.

Lecannelier, F. (2014a). *Programa Apego & Trauma Complejo. Manual de Intervención*. Universidad del Desarrollo/Ministerio del Desarrollo Social.

Lecannelier, F. (2014b). Programa de intervención para el fomento de la seguridad en el apego para infantes de 1 a 5 años y sus familias: El A.M.A.R-Terapéutico. En A. Quiñones, P. Cimbolli, A. Pascale &M.G. Strepparava (Eds), *Psicoterapia de procesos de significado: Manual teórico práctico*. Casa Alpes.

Lecannelier, F. (2012). *Conocimiento y Complejidad. Una perspectiva evolucionista*. LOM Ediciones.

Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, *29*(1), 107-116. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011

Lecannelier, F. (2004). Los aportes de la teoría de la mente (ToM) a la psicopatología del desarrollo. *Terapia Psicológica, 22*(1), 61-67.

Lupien, S. J., Juster, R. P., Raymond, C., & Marin, M. F. (2018). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in neuroendocrinology*, *49*, 91–105. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.02.001

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). *Attachment disorganization: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorders.* En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., p. 666-697). The Guilford Press.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and psychopathology*, *17*(1), 1-23. https://doi.org/10.1017/s0954579405050017

Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, *25*, 318-335. https://doi.org/10.1002/imhj.20008.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). *A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction.* En J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). The Guilford Press.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Atypical maternal behaviour and disorganized infant attachment strategies: Frightened, frightening, and atypical maternal behaviour and disorganized infant attachment strategies. En D. Barnett & J. Vondra (Eds), Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 1-24.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for iden- tifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). University of Chicago Press.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/ frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), Attachment in the Preschool Years, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales*. Adimark GfK.

Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L.E., Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized behavior in adolescent-parent interaction: relations to attachment state of mind, partner abuse, and psychopathology. *Child Dev, 85*(1), 370-87. https://doi.org/10.1080/14616730701349721

Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 195-204. https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.195

Servicio Nacional de Menores. 2020. Consultado el 21 de Noviembre del 2020. https://www.sename.cl/web/index.php/mision-objetivos/

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol, 11*(2), 225-49. https:// doi.org/10.1017/s0954579499002035. PMID: 16506532.

van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06

Modelo de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales: Aprender a Crecer

María Pía García Parodi
Consultora Aprender a Crecer, Chile

Introducción

La violencia hacia la infancia es una problemática de alarma mundial, esta situación no es ajena en Chile ya que el 62.5% de los niños(as) señala haber recibido algún método violento de disciplina por parte de sus cuidadores (Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO], 2017) donde el 53.8% es víctima de algún tipo de violencia física y un 25.9% , de violencia física grave (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012).

Esta realidad demuestra que existe una prevalencia de experiencias adversas, crónicas y acumulativas que afectan a miles de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA), en nuestro país. En términos globales, según Kerker (2015), estas experiencias en la infancia son más frecuentes en niños(as) menores de 6 años, donde el 50.5% ha vivido cuatro o más eventos adversos mostrando que los malos tratos raramente corresponden a un evento único, sino que se observa una tendencia hacia la polivictimización con impacto a nivel neurocognitivo (Deambrosio *et al.*, 2018), emocional (Herazo *et al.*, 2018), y social (Catama Molina & Aponte Rivera, 2015) consecuencias que pueden permanecer a lo largo de la vida (van der Kolk, 2015).

Si bien todas las formas de trauma temprano generan secuelas, las más severas derivan de la exposición repetida a múltiples formas de trauma, las cuales muchas veces van asociados a niveles elevados de disociación (Hulette *et al.*, 2008; Silberg, 2019). La evidencia muestra, además, que el 82% de las víctimas de maltrato, establecen estilos de apego desorganizados (Carlson *et al.*, 1989) presentando mayores probabilidades de desarrollar trastornos psíquicos, problemas de comportamiento en su niñez y juventud (Barudy & Dantagnan, 2005), bajo desempeño en la escuela, y menor desarrollo de habilidades sociales (Alarcón Forero *et al.*, 2010; Child Welfare Information Gateway, 2019).

Posteriormente, en la edad adulta, corren mayores riesgos de presentar problemas conductuales, físicos y mentales, como son el consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, sufrir depresión u obesidad, o tener comportamientos violentos y/o sexuales de alto riesgo (Mouesca, 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Estas consecuencias derivadas de los malos tratos infantiles son factores de alto riesgo para el ejercicio de una parentalidad competente y resiliente (Barudy & Dantagnan, 2010; Mouesca, 2015; UNICEF, 2019) por ende, se requiere aún más de apoyo e intervenciones centradas en el adulto donde se fortalezca su parentalidad (Capano-Bosch *et al.*, 2018; Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, 2010), considerando además el alto estrés parental experimentado por las madres, padres y/o cuidadores (en adelante cuidadores) en su rol producto de las dificultades propias del proceso de crianza y las frustraciones que experimentan en relación al interjuego entre expectativas, percepciones, creencias negativas, conductas de sus hijos(as) entre otras, que derivan en una falta de recursos para responder a las demandas del rol parental (Fernández-Rodríguez *et al.*, 2015; Liles *et al.*, 2012).

En este sentido, la evidencia señala que ante un mayor nivel de estrés parental, se tiende a emplear conductas parentales más coercitivas. En cambio, cuando los cuidadores se sienten más seguros y eficaces en su capacidad para cuidar a otros, presentan menores niveles de estrés y adecuadas conductas parentales (Bloomfield & Kendall, 2012; Burke *et al.*, 2008; Respler-Herman *et al.*, 2012).

Se observa entonces una estrecha relación entre competencias parentales (CP) disminuidas; alto estrés parental y alta prevalencia de maltrato infantil, donde la práctica ha evidenciado que los programas eficaces en la prevención del maltrato infantil son aquellos que les dan apoyo a los cuidadores, buscan impartirles conocimientos y técnicas positivas para la crianza y tienen el potencial de impactar a los cuidadores, permitiendo así el desarrollo de funciones reflexivas y de autoobservación de su parentalidad (OMS, 2020; Pitillas Salvá *et al.*, 2016).

En el presente capítulo se revisa el modelo de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales Aprender a Crecer compuesto por 3 metodologías creadas para ello: Caja de Herramientas Parental®; Programa de Intervención para el fortalecimiento de competencias parentales Aprender a Crecer® y programa Estar, Ser y Crecer módulo COVID-19, que han sido elaborados en el contexto nacional y cuentan con manual y evaluación de resultados. Este modelo de acompañamiento terapéutico ha sido resultado de más de 10 años de trabajo desde su formulación inicial y está focalizado en población judicializada por malos tratos infantiles. Se presentarán las características, objetivos y metodología utilizada en su formulación, y también se presentará una síntesis de la evaluación de resultados del programa. Al finalizar

este capítulo, se comparten algunas reflexiones finales acerca del programa en sí y los desafíos futuros.

La importancia del fortalecimiento de competencias parentales en contextos judicializados por malos tratos infantiles

La prevención del maltrato infantil y el fortalecimiento de las CP son un deber reconocido por el Estado chileno. En la actualidad, todos los programas de la línea de protección del Servicio Nacional de Menores (SENAME), sugieren fomentar el desarrollo de CP en sus orientaciones técnicas, evidenciando que esto es una necesidad para asegurar el buen trato infantil. Sin embargo, UNICEF (2019) refiere que SENAME no indica o propone metodologías específicas que permitan garantizar estándares mínimos de intervención, ni los contenidos que debe tener. Se detectó además que las intervenciones que se registran no son coherentes con los objetivos que se plantean en su diseño, por lo que cada interventor aborda desde su propia perspectiva teórica-metodológica las CP (Contreras *et al.*, 2015).

Por lo anterior, es fundamental que los(as) profesionales posean herramientas de trabajo que les permitan potenciar la parentalidad, ya que se observan deficiencias metodológicas y teóricas en los procesos de intervención (Astudillo Martínez *et al.*, 2010; UNICEF, 2019).

Las competencias parentales de acuerdo a Barudy y Dantagnan (2005) son definidas como «las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano» (p. 77). Por consiguiente, serán considerados cuidadores competentes quienes dispongan de capacidades parentales fundamentales. No obstante, con frecuencia producto de factores biopsicosociales, los cuidadores no cuentan con las habilidades y competencias suficientes para asegurar el apropiado desarrollo de los NNA, por lo que es necesario que se generen instancias que les permitan a los cuidadores comprender las exigencias de la parentalidad y sus consecuencias (Barudy *et al.*, 2014; Barudy & Dantagnan, 2010; Creavey *et al.*, 2018; Mandarić Vukušić, 2018), especialmente, que los cuidadores logren reflexionar sobre la influencia que pueden ejercer en el desarrollo de los NNA (Cuervo Martínez, 2010; Rodrigo López *et al.*, 2009) generándose así un proceso de acompañamiento y fortalecimiento de la parentalidad.

En este sentido, Barudy y Dantagnan (2005) proponen 5 tipos de parentalidad que difieren entre si según el grado de competencia y severidad del sufrimiento de sus hijos(as), dentro de las cuales destacan: *p. competente y resiliente* en que los cuidadores brindan a sus hijos(as) un modelo afectivo de apego seguro, estimulan el desarrollo cognitivo, y modelan las conductas; *p. mínima* en que los cuidadores poseen un nivel mínimo requerido en cuanto a

recursos de apego, niveles de empatía y modelos de crianza, capacidad introspectiva y vínculo con otras personas o servicios que pueden brindarles apoyo, no obstante el niño(a) es considerado con necesidades y derechos, presentando una participación en redes sociales y terapéuticas de apoyo; *p. parcial* en que los cuidadores tienen deficiencias importantes en los ámbitos que son indispensables para ejercer la parentalidad mínima, pero son capaces de aceptar asociarse con otras personas para que sus hijos(as) tengan una vida mejor que la que ellos obtuvieron (coparentalidad); *p. disfuncional severa y crónica* en que los cuidadores con incompetencias generalmente asociadas a la existencia de malos tratos cuya gravedad, en muchos casos, pone en peligro la vida de niños o les provoca daños severos en su integridad, comprometiendo su crecimiento y desarrollo psicosocial, siendo cuidadores ausentes o no disponibles con serias dificultades para establecer relaciones afectivas, con serios problemas en la capacidad empática; *p. tóxica* que consiste en una minoría de cuidadores que experimenta la necesidad de dañar a sus hijos(as) para poder resolver sus propios problemas y conflictos.

Para poder intervenir en las distintas tipologías de la parentalidad, se requiere que los(as) profesionales desplieguen recursos y habilidades terapéuticas, con el fin de construir un vínculo de confianza con los(as) cuidadores(as) y planificar de un modo flexible las intervenciones, pues se ha comprobado que lo anterior impacta directamente en los logros de las mismas (Barudy & Dantagnan, 2005; Caballo *et al.*, 2003; Torío, 2018) siendo imprescindible que el(la) profesional cuente con conocimientos que le permitan generar un proceso de intervención alejado de juicios morales y conocimiento sin sustento científico (Estay Barrera *et al.*, 2009; Ferrer Ribot & Riera Jaume, 2014; Sallés & Ger, 2011).

Al respecto, Barudy y Dantagnan (2005) refieren que:

> Acompañamiento parental implica que los profesionales tengan las competencias para aportar intervenciones de calidad, con respuestas sociales y terapéuticas coherentes con los problemas que los padres presentan. Así como es totalmente legítimo evaluar las competencias parentales considerando el interés superior del niño o niña, también lo es la evaluación de las competencias profesionales (…) El maltrato no solo lo producen madres y padres con incapacidades, sino también los profesionales que, por acciones incoherentes e intempestivas, o por omisión, crean contextos de malos tratos profesionales e institucionales. Cuando los padres pueden confiar y colaborar con profesionales comprometidos y competentes, estos indican posibilidades de mejora. (p. 210)

En este sentido, si bien existe una amplia gama de técnicas y materiales para fortalecer las CP, estas estrategias tienden a presentarse de modo aislado,

sin un modelo coherente de intervención, lo que dificulta que dichas técnicas sean capaces de impactar a los cuidadores (Ferrer Ribot & Riera Jaume, 2014; Pérez Padilla *et al.*, 2010; Pitillas Salvá *et al.*, 2016) complejizando aún más el trabajo operativo de los profesionales, quienes deben ajustarse a plazos acotados de intervención (12 a 18 meses), pudiendo esta situación incidir, a modo de hipótesis, en que el logro exitoso de los objetivos de intervención en los programas de SENAME sean escasos, observándose una alta tendencia al reingreso al sistema por parte de los NNA (51% de los NNA que ingresan por primera vez a un programa preventivo estatal, reingresa en tres o más ocasiones nuevamente al sistema, y el 36% de estos mismos usuarios que reingresa, lo hace al mismo tipo de programa) (UNICEF, 2019).

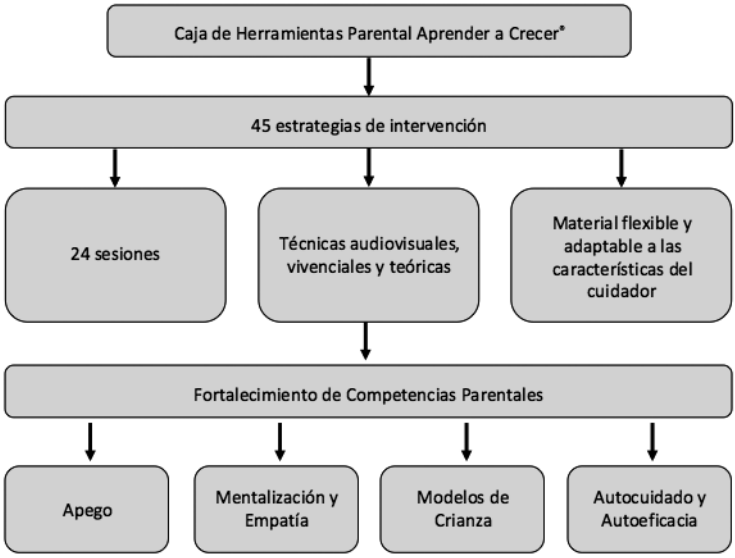
Modelo de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales Aprender a Crecer

Esta propuesta metodológica surge a partir del trabajo directo en la protección de NNA (2007-2015) al interior de los programas de reparación (PRM) de SENAME, debido a las escasas metodologías existentes para fortalecer y recuperar las capacidades parentales en contextos judicializados por malos tratos infantiles y a su posterior perfeccionamiento (2015-2020) por lo que el modelo de intervención se sustenta en el diseño y utilización de la Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer® (CAHEP) así como también del programa de intervención (AAC), los que cuentan con manual y con evidencia en relación a sus favorables resultados para el fortalecimiento de las competencias parentales en contextos adversos.

Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer® (CAHEP)

La CAHEP es un kit de materiales lúdicos que se constituye en una herramienta de apoyo terapéutico para el fomento de la parentalidad, la cual se estructura tal como se muestra en la Figura 1.

Figura 1
Estructura Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer®



La base metodológica del modelo AAC es de carácter participativo, práctico y reflexivo, donde el traspaso de conocimientos es experimentado por los cuidadores a través de actividades interactivas; lo que responde a la metodología de aprendizaje para adultos o «aprender haciendo», permitiendo rescatar las habilidades, conocimientos y destrezas desarrolladas previamente por ellos(as) y potenciar su nivel de conocimiento y de respuestas (Consultora Aprender a Crecer, 2016).

La elaboración de esta metodología está inspirada principalmente en el paradigma de las competencias parentales de Barudy y Dantagnan (2005; 2010), el AMAR Terapéutico de Lecannelier *et al.* (2016), la escala de sensibilidad materna (Ainsworth *et al.*, 1979), la terapia de interacción guiada (McDonough, 2004), el CARE-Index (Crittenden, 2004), el enfoque de parentalidad positiva, la teoría del apego, la mentalización, la resiliencia parental, el modelo traumatogénico; así como en estrategias que han demostrado ser eficaces en el fortalecimiento de recursos parentales en función de las necesidades del desarrollo infantil (Carbonell, 2013; Fonagy, 1998; Lecannelier, 2014; Slade *et al.*, 2005).

En el año 2017, se realizó un estudio cualitativo en 13 programas de la red SENAME de la región del Maule tras 12 meses de implementación de la Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer®, donde se concluye la

prevalencia de una valorización positiva por parte de los profesionales en relación a la utilidad de la CAHEP para mejorar todas las capacidades parentales trabajadas, así como también la mejora de habilidades terapéuticas por parte del profesional, relevándose la necesidad de entregar lineamientos más secuenciales y organizados para la intervención, lo que da origen en el año 2018 a la creación del programa de intervención compuesto por 14 sesiones que son progresivas y secuenciales.

Programa de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales Aprender a Crecer

El programa de intervención para el fortalecimiento de CP, busca instaurar un proceso de acompañamiento terapéutico (AT) como base para la recuperabilidad de la parentalidad, basada en dos pilares:

1. La incorporación por parte del profesional de una mirada comprensiva e integradora del sufrimiento infantil y a su vez centrada en los recursos parentales.

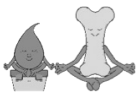
2. La utilización de estrategias y metodologías innovadoras y efectivas que promuevan la reflexión y conocimiento del cuidador sobre el impacto y repercusiones que tiene el ejercicio de su parentalidad en la vida de sus hijos(as).

Para esto, el programa de intervención AAC propone herramientas teórico-prácticas para los profesionales facilitando el qué, cómo y con qué se apoya la parentalidad de manera terapéutica a través de la formación e implementación del programa, con la finalidad de que estos puedan establecer interacciones vinculares de alta calidad, seguras y sensibles con el cuidador utilizando la Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer® que ha sido diseñada con esta finalidad.

El programa consta de 14 sesiones, cuenta con un manual y tiene por objetivo fomentar y/o recuperar las competencias parentales, así como también disminuir el estrés parental en los cuidadores. Se trata de un programa desarrollado en Chile y que tiene efectividad en contextos judicializado por malos tratos infantiles, principalmente en programas de intervención en la línea de protección de SENAME y con parentalidad de tipo parcial y mínima principalmente.

A modo general, el programa, su estructura y objetivos de intervención se pueden ver resumidos en Tabla 1.

Tabla 1
Estructura programa de intervención Aprender a Crecer

Módulos	Destinatario	Sesión n.º	Comp. Parental/ Habilidades Terapéuticas	Objetivo General
Esterilización del interventor 	Profesional	0) Esterilización del interventor	Resonancias y autocuidado del interventor.	Promover la capacidad reflexiva en el profesional en torno a identificar sus recursos y factores de riesgo frente a los procesos de acompañamiento terapéutico a otros.
Corazón resiliente 	Cuidador	1) Conociéndonos 2) La necesidad de otros 3) Formas de sentir 4) Integrando mi propio sentir 5) Temperamento y lenguaje no verbal	Apego seguro.	Promover y mejorar la sensibilidad del cuidador para que este genere condiciones que favorezcan un apego seguro.
Ojos alerta 	Cuidador	6) Mi conducta, tus respuestas 7) Leamos señales 8) Me pongo en tus zapatos 9) Comprendiendo tu actuar 10) Identificando tu escalada emocional	Mentalización y empatía.	Promover y mejorar la mentalización y empatía en los cuidadores.
Cerebro en expansión 	Cuidador	11) Actualizando mis conocimientos 12) La interpretación del otro lo es todo	Modelos de crianza.	Fomentar la capacidad reflexiva de los adultos en torno a su responsabilidad en la crianza de sus hijos(as).
Esqueleto fuerte 	Cuidador	13) Anticipar, monitorear 14) Cuidarme	Autocuidado parental.	Promover la autoeficacia parental y establecer estrategias de autocuidado personal.
Evaluación pre y post intervención	Cuidador	Observando mi progreso	Evaluación parental.	Evaluar las variables de estrés parental y las competencias parentales post intervención.

La implementación con los cuidadores es gradual, progresiva y secuencial, toda vez que los aprendizajes de cada sesión están relacionados e interconectados entre sí. Las sesiones se realizan cada 15 días, en formato individual y durante 60 minutos. Los criterios de inclusión en el programa son parentalidad de tipo bien tratante, parcial y mínima, además de que los adultos presenten un nivel intelectual normal o discapacidad intelectual leve y con capacidad visual y auditiva suficiente para ver y escuchar el material audiovisual.

Respecto de los criterios de exclusión en el programa se encuentran la parentalidad disfuncional, severa y crónica y parentalidad tóxica. Excluyéndose además adultos con psicopatologías y/o trastornos de personalidad graves; depresión severa o moderada sin tratamiento y/o cuidadores que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas sin tratamiento.

En relación a la formación e implementación de la metodología, se contempla un entrenamiento teórico-práctico de 40 horas para los profesionales, donde se revisan los fundamentos teóricos y empíricos de trauma, apego, neurociencias, competencias parentales y el programa de intervención AAC, para de esta forma favorecer al máximo la implementación del modelo con fidelidad al diseño original.

Con la finalidad de graficar la esencia del programa de intervención AAC, utilizamos la metáfora del cuerpo humano y el funcionamiento de cada órgano el cual representa una capacidad parental específica a trabajar, en la que se reconoce que todos los cuidadores tienen recursos (por ende, órganos), a pesar de sus propias historias de vulneración infantil. Estos órganos son corazón resiliente (apego); ojos alerta (mentalización y empatía); cerebro en expansión (modelos de crianza); esqueleto fuerte (autoeficacia y autocuidado parental).

Respecto de los profesionales, se les representa metafóricamente como plaquetas (que ayudan en la cicatrización de heridas) y glóbulos rojos (cuya función es oxigenar la sangre), quienes acompañan terapéuticamente a los cuidadores a través de «transfusiones sanguíneas», energizándolos, nutriéndolos y permitiendo que cada órgano funcione en mayor integración y sintonía.

Las metáforas surgen desde la experiencia clínica y en algunos casos del relato de los propios cuidadores tras su participación en el programa de intervención, siendo una fuente de inspiración profesional frente a su capacidad de resiliencia.

Por otra parte, este programa promueve la «esterilización del interventor» mediante la detección de interferencias, resonancias, recursos, fortalezas y obstaculizadores asociados al profesional como punto inicial para el acompañamiento terapéutico parental. Desde nuestro marco metafórico, el profesional es la herramienta que requiere ser cuidada y «esterilizada» antes, durante y después de la intervención para apoyar el alcance del objetivo final del programa, ya que esto permite facilitar el proceso de construcción del vínculo terapéutico, relevándolo como base para la promoción del cambio (de Greef *et al.*, 2019; Safran & Muran, 2005).

Evaluación de resultados del programa de intervención para el fortalecimiento de competencias parentales Aprender a Crecer

La efectividad del programa se evaluó a través de un estudio financiado por la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) mediante un prototipo de innovación social donde Fundación San Carlos de Maipo fue la institución a cargo del diseño y evaluación del programa.

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados del programa Aprender a Crecer en cuanto al desarrollo de capacidades parentales y disminución del estrés parental en las familias atendidas por los profesionales de red SENAME. Para ello se realizó un estudio cuasiexperimental pre, post y seguimiento entre marzo de 2018 y noviembre de 2019 en la región de Los Ríos, Chile. Se utilizaron las escalas de estrés parental (PSI-SF) de Abidin (2012) y de competencias parentales (E2P) (Gómez & Muñoz, 2014), a 34 cuidadores pertenecientes a familias con causas judiciales por maltrato infantil (víctimas de negligencia 44%, abandono 17%, y vulneración y/o delitos contra la indemnidad sexual 12%) y 8 grupos focales con profesionales tratantes que utilizaron la metodología y los cuidadores que la experimentaron.

El método de análisis de los instrumentos fue bivariado para los instrumentos PSI y E2P, que fueron aplicados más de una vez. En el caso de estos últimos, el análisis de la significancia de las diferencias en el tiempo se realizó mediante un test de medias para muestras dependientes, con un nivel de confianza de 95%.

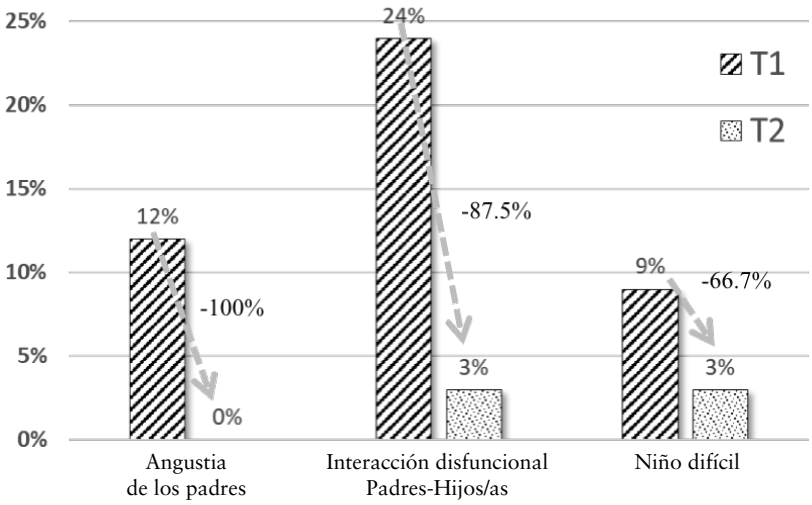
Como diagnóstico inicial se aplicó el instrumento EVA de Barudy y Dantagnan (2010) cuya función es la de diagnosticar la tipología de parentalidad ejercida y la situación en la que se encuentra el NNA, donde esta puede ser muy preocupante –dado a que existe una incompetencia parental severa y crónica–, preocupante –existiendo grados moderados de incompetencias parentales que se presentan en formas periódicas–, parcialmente preocupante –con padres transitoriamente incompetentes–, o no preocupante –donde existen competencias parentales suficientes– (Barudy & Dantagnan, 2010).

En este estudio, un 59% de los cuidadores presentó una parentalidad de tipo parcial y un 27% presentó una parentalidad mínima, resultados que coinciden con la evaluación realizada respecto de la situación de los NNA, en que al inicio de la intervención, sus cuidadores presentan incompetencias parentales severas (9%), moderadas (35%) y transitorias (35%).

Los resultados muestran, al finalizar la intervención, un descenso significativo en el estrés parental, pasando de 49 a 29.7 puntos promedio en la escala PSI-SF. Esta disminución se da en ambas cohortes y se replica en todos los dominios de la medición, pero donde más disminuyó el estrés parental fue en la interacción disfuncional entre padres e hijos, pasando de 61.5 a 38 puntos.

Como se ve en la Figura 2, el 12% de los cuidadores(as) se encontraba con un nivel de estrés de alto riesgo clínico, tras la ejecución de las 14 sesiones. No existieron casos de alto riesgo y únicamente un 3% de los participantes se encontró en un nivel de alto riesgo en los dominios de «interacción disfuncional entre padres e hijos» y «niño difícil».

Figura 2
Resultados de la escala PSI-SF, tiempos 1 y 2



Nota: *N* = 34.

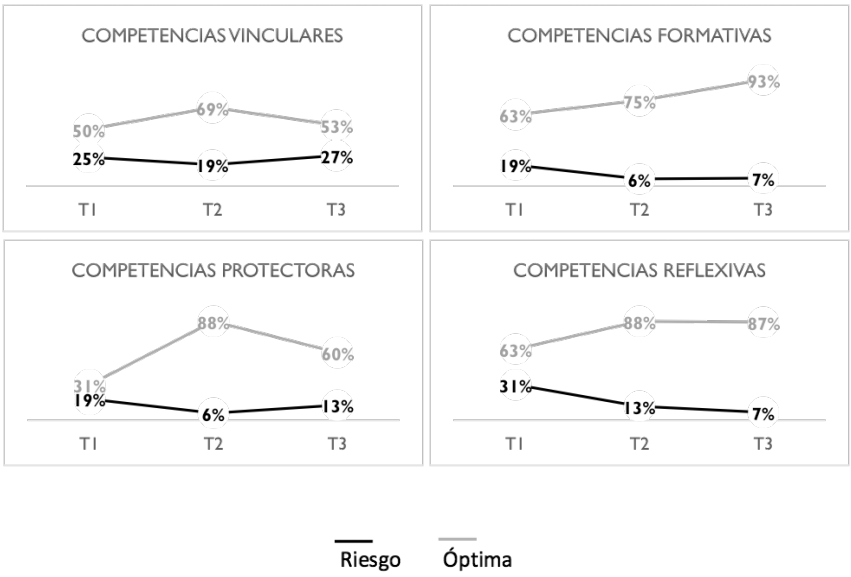
En la escala E2P al concluir el periodo de intervención, como se muestra en la Figura 3, disminuyó la proporción de participantes con nivel en riesgo para cada una de las cuatro competencias analizadas e incrementó la proporción en un nivel óptimo. La mayor diferencia se dio en las competencias protectoras, pasando de un 44% a un 79% de los participantes en un nivel óptimo; seguido por las competencias vinculares, ascendiendo de un 47% a un 65% de los padres, madres o cuidadores(as) en nivel óptimo.

Finalmente, luego de seis meses de finalizada la intervención, se observan dos tendencias en cuanto a la evolución de las competencias parentales. En el caso de las competencias vinculares y protectoras, en el tiempo 3 con relación a la segunda medición, existió un descenso en el porcentaje de participantes en un nivel óptimo, pasando de 65% a 59% y de 79% a 63%, respectivamente. Esto puede estar relacionado con que los cuidadores(as) dejaron de tener el apoyo de la intervención, lo que puede incidir en este tipo de competencias. No obstante,

aun así, la proporción de participantes que se encontraron en el nivel óptimo en el tiempo 3 se mantuvo superior al que existía al inicio de la intervención.

Por otra parte, en las competencias formativas y reflexivas el nivel de participantes que presentó un nivel óptimo en la medición de seguimiento ascendió con relación a lo observado al finalizar la intervención tal y como se muestra en la Figura 3.

Figura 3
Resultados en la escala E2P por competencia. Tiempos 1, 2 y 3



Nota: $N = 34$.

Se observó que existió una disminución en el estrés parental y un incremento en todas las competencias parentales trabajadas tanto en la post evaluación como el seguimiento realizado a las familias 6 meses después de finalizada su participación en el programa, pero por sobre todo en áreas fundamentales como son la capacidad de apego, mentalización y empatía en los cuidadores.

Asimismo, los adultos responsables manifiestan que se sienten más preparados para ejercer la parentalidad, lo que a su vez incide en la disminución del estrés parental, ya que incrementa la comprensión de sus hijos y, según su experiencia, cuentan con más recursos para enfrentar sus demandas (Liles *et al.*, 2012).

Considerando los aspectos mencionados y a pesar de que quedan retos pendientes en materia de implementación y evaluación del programa, estos

hallazgos constituyen una primera evidencia de efectividad donde Aprender a Crecer® aparece como una propuesta atingente y atractiva para el trabajo con cuidadores que presentan incompetencias parentales moderadas y transitorias en contextos judicializados por malos tratos infantiles, quienes observan una mejoría y recuperabilidad en todas las competencias parentales trabajadas post intervención y 6 meses después de su egreso.

Programa de intervención Estar, Ser y Crecer, módulo COVID-19

Sin duda, la pandemia causada por la COVID-19 ha generado consecuencias socioafectivas en gran parte de la población, tal como lo muestran estudios recientes, que reportan una serie de reacciones y estados psicológicos, incluidos efectos en la salud mental como emergencia de sintomatología depresiva, ansiosa y estrés, principalmente (Brooks *et al.*, 2020; Qiu *et al.*, 2020; Torales *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020).

Se ha recalcado que una de las consecuencias más graves de esta pandemia es un aumento del riesgo de maltrato físico, psicológico y negligencia al interior de las familias (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Act, 2019) generando estrés familiar y parental y facilitando la emergencia de respuestas impulsivas y/o violentas, en un contexto de disminución de medidas de control y protección social (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2020; Wang *et al.*, 2020).

Este contexto de estrés sostenido está reportando algunos efectos psicológicos específicos debido a la cuarentena, como ira y síntomas de estrés postraumático (Brooks *et al.*, 2020), así como también aumento de reportes de violencia intrafamiliar alrededor del mundo (Gonzáles & Valdés, 2020). Chile no es la excepción, ya que se observó un aumento del 42% del maltrato infantil según ONG Activa (Stuardo, 2020), por lo que el apoyo y acompañamiento terapéutico a las familias se torna prioritario para la prevención e interrupción de los malos tratos hacia los NNA.

Espada *et al.* (2020) refieren que:

> La limitación de acceso a los servicios de salud mental durante la cuarentena puede agravar los problemas psicológicos previos del niño (p. ej., ansiedad social) o pueden surgir nuevos problemas por no atender a las necesidades de colectivos especiales. El estrés psicosocial de los cuidadores, el cierre de los centros educativos y el consumo de alcohol y tóxicos han sido identificados como causas del riesgo de prácticas parentales negligentes, violencia doméstica y otras situaciones de maltrato físico y emocional hacia los menores. (p. 1)

En este escenario, profesionales dependientes de SENAME al inicio de la pandemia carecían de lineamientos técnicos para llevar a cabo los procesos terapéuticos, enfrentándose al enorme desafío de adaptar la intervención a modalidad remota, tanto con los NNA como con sus cuidadores, en un contexto de alta amenaza y con presencia de estresores vitales para todos los actores involucrados.

De este modo, la necesidad de garantizar la protección y el bienestar de los NNA movilizó al equipo de Aprender a Crecer® para diseñar un programa de intervención acotado al contexto de pandemia.

El objetivo del programa fue facilitar herramientas de intervención gratuitas y de libre distribución para potenciar el acompañamiento terapéutico infanto-parental en el marco de la actual emergencia sanitaria, permitiendo reorientar la metodología de intervención.

Para ello se diseñó y creó el programa Estar, Ser y Crecer módulo COVID-19, el cual está conformado por 3 programas de intervención relacionados entre sí y dirigido a poblaciones específicas: Estar (profesional), Ser (NNA entre 5 y 18 años) y Crecer (cuidadores), cada uno de estos programas cuenta con material de trabajo que incluye sesiones, objetivos, actividades y materiales específicos.

La estructura resumida del programa se observa en la Tabla 2:

Tabla 2
Estructura programa Estar, Ser y Crecer, módulo COVID-19

			
Orientado a	Profesional.	NNA (5 a 18 años).	Cuidadores en general.
Descripción	Manual de uso para el profesional interventor.	10 sesiones con material de trabajo asociado.	12 sesiones con material de trabajo asociado.
Formato	Guía técnica.	Manual para el profesional. Cuaderno de trabajo para el NNA *Aventuras en cuarentena*.	Cuaderno de trabajo *Un viaje para cuidarme y cuidar.*
Síntesis objetivos	Fortalecer las habilidades teóricas, técnicas y prácticas de intervención en contexto de emergencia sanitaria.	Otorgar a NNA un espacio de acogida y contención. Apoyar al procesamiento de las experiencias potencialmente traumáticas asociadas al contexto de la pandemia. Reconocer señales de desregulación. Incorporar técnicas de autorregulación.	Fomentar la organización familiar y disminución del estrés parental. Comprender el funcionamiento cerebral bajo condiciones de estrés. Reconocer señales de desregulación. Incorporar técnicas de autorregulación.

Para su creación se consideró el conocimiento científico vigente sobre la COVID-19, recomendaciones generales entregadas por Colegio de Psicólogos de Madrid, The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC, sugerencias de Bessel van der Kolk, sugerencias de experta en trauma infantil Ana María Gómez, modelo de psicoterapia sensoriomotriz de Pat Ogden, intervenciones para el trauma y apego, terapia centrada en la compasión (CFT), libro de actividades de TF-CBT, modelo de traumaterapia sistémica de Barudy y Dantagnan y programa de intervención AAC, entre otros.

A la fecha 3.500 profesionales han descargado el programa de intervención, lo que da cuenta de un alto interés y necesidad por acceder a material teórico y práctico sistematizado, que pueda constituir un aporte en el quehacer de profesionales de psicología y trabajo social quienes se desempeñan en el sistema de protección infantil o en el ámbito educativo.

Durante mayo de 2020 se creó un curso de formación y profundización complementaria en modalidad remota, en que a la fecha han participado 600 profesionales de Chile y Latinoamérica, evaluando positivamente la formación entregada, pues esta facilitó la organización interna y técnica de los equipos para adaptarse a la emergencia en el más breve plazo.

El programa de Intervención Estar, Ser y Crecer módulo COVID-19 actualmente está siendo utilizado de forma flexible por los profesionales de distintas áreas, observándose la necesidad de conocer su percepción respecto de la pertinencia técnica del programa y de los posibles beneficios o no que este pudiera haber generado en la vida de los NNA y sus cuidadores, para esto se encuentra en curso una investigación que se espera esté finalizada en marzo de 2021.

Más información en: aprenderacrecer.cl/programa-esc/

Reflexiones Finales

El propósito de este capítulo es mostrar una metodología de intervención basada en evidencia, que tiene como objetivo central prevenir e interrumpir los malos tratos infantiles en contextos adversos y judicializados, a través de la recuperación y fortalecimiento de las competencias parentales, así como también de la disminución del estrés parental en cuidadores que presentan incompetencias parentales moderadas y transitorias.

En este sentido y para trabajar en esta temática, es necesario contar con personas que posean un compromiso real respecto de los derechos la infancia y al desarrollo humano, pero además la evidencia es consistente en establecer que se requiere de profesionales que cuenten con competencias técnicas específicas que le permitan responder en condiciones de calidad a una intervención de alta complejidad.

Aprender a Crecer®, surge como un modelo de intervención efectivo para la mejora de las capacidades parentales fundamentales como apego, mentalización y empatía, donde se facilitan herramientas metodológicas para los profesionales y cuidadores, logrando así traspasar las barreras que habitualmente influyen o interfieren en los procesos técnicos para la recuperación de la parentalidad y protección de los NNA en Chile.

Tenemos una profunda convicción en la posibilidad de cambio y recuperación de la parentalidad, desde el paradigma de los buenos tratos, el acompañamiento terapéutico, la resiliencia y de la evidencia aportada por las neurociencias que indican que el cerebro es flexible y que puede generar cambios a cualquier edad. Lo anterior se confirma o refuerza con los resultados obtenidos en la implementación de la metodología AAC durante los últimos 10 años.

No obstante, el camino para validar una metodología de intervención en el contexto nacional y judicializado por malos tratos infantiles ha sido complejo, ya que se considera imprescindible que la institucionalidad en infancia promueva la incorporación de múltiples metodologías de intervención basadas en evidencia de manera que sea posible utilizar propuestas eficaces, además de medir el real impacto de los procesos llevados a cabo con las familias; estableciendo para ello lineamientos técnicos y políticas públicas claras y específicas que promuevan condiciones y mecanismos que garanticen estándares de calidad y especialización en los procesos de intervención realizados.

Esto debido a que se observa que el interés por crear, diseñar y evaluar metodologías corresponden a intereses y compromisos personales y particulares de los autores, dependiendo exclusivamente de la capacidad de gestión y visibilización particular del trabajo realizado, dificultándose entonces la difusión a nivel nacional de nuestra metodología u otras pertinentes y basadas en evidencia, por no contar con apoyo desde la institucionalidad para conocer, validar y difundir la implementación de programas de intervención parental que logren generar impacto y mejorías en las competencias parentales en contextos adversos y complejos para la intervención, como son los programas ambulatorios de protección de SENAME.

Los desafíos actuales del programa se centran en validar una metodología de intervención infanto-parental que incluye mejoras al diseño original, contando para ello con financiamiento estatal a través de un fondo adjudicado por CORFO para la línea de validación de la innovación social, no obstante y debido a la actual pandemia por COVID-19, se debieron modificar algunos objetivos relacionados a la validación e implementación de la metodología, creándose un programa específico para la intervención en el actual contexto.

Finalmente, se observa como mayor desafío generar las condiciones institucionales y políticas para la implementación adecuada de esta metodología o cualquier otra basada en evidencia, ya que se requiere de una profunda convicción, motivación, adherencia y modificaciones estructurales desde SENAME

para integrar nuevos lineamientos técnicos que permitan realizar procesos interventivos con altos estándares de calidad.

El profundo compromiso que tenemos con la infancia que ha sido vulnerada nos moviliza día a día por establecer un sistema de cuidado informado y formado sobre trauma, para que muchos más profesionales cuenten con herramientas y metodologías actualizadas y operativas que faciliten la prevención e interrupción del sufrimiento infanto juvenil, porque interrumpir las cadenas transgeneracionales de malos tratos es posible y recuperar la parentalidad también, a pesar de las condiciones adversas en las que viven las familias y en las que trabajan los profesionales.

Referencias

Abidin, R. (2012). Parenting Stress Index. (4th Ed.). PAR.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Psychology Press.

Alarcón Forero, L. C., Araujo Reyes, A. P., Godoy Díaz, A. P., & Vera Rueda, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB, 13*(2), 103-115.

Astudillo Martínez, O., Gálvez Gallardo, I., Retamales Molina, C., Rojas Valdivia, M., & Sarria Órdenes, W. (2010). Evaluación de habilidades parentales, desde profesionales del ámbito del derecho de familia. *Salud & Sociedad, 1*(3), 186-204. https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0003.00004

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental.* Gedisa.

Barudy, J.,, Dantagnan, M., Comas, E., & Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal: Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres.* Gedisa.

Bloomfield, L., & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development, 13*(04), 364-372. https://doi.org/10.1017/S1463423612000060

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood Through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(5), 679-692. https://doi.org/10.1007/s10802-008-9219-7

Caballo, V., Silveira, J., & Marinho, M. L. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud, 11*(1), 135-161.

Capano-Bosch, Á., González-Tornaría, M., Navarrete, I., & Mels, C. (2018). Del castigo físico a la parentalidad positiva. Revisión de programas de apoyo parental. *Revista de Psicología, 14*(27), 125-138. https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/1612

Carbonell, O. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la PRIMERA infancia. *Ciencias Psicológicas, 7*(2), 201-207.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*(4), 525-531. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525

Catama Molina, K., & Aponte Rivera, A. (2015). Diferencias en habilidades sociales y asertividad en niños y adolescentes colombianos víctimas de maltrato. *Enfoques, 2*(1), 53-80. https://doi.org/10.24267/23898798.210

Child Welfare Information Gateway. (2019). *Consecuencias a largo plazo del maltrato de menores*. https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/sp_long_term_consequences.pdf

Consultora Aprender a Crecer Limitada. (2016). *Manual Caja de Herramientas Parental Aprender a Crecer, Chile* (1ª ed.). Aprender a Crecer.

Contreras, J. I., Rojas, V & Contreras, L. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 14*(1), 89-102. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-528

Creavey, K. L., Gatzke-Kopp, L. M., & Fosco, G. M. (2018). Differential Effects of Family Stress Exposure and Harsh Parental Discipline on Child Social Competence. *Journal of Child and Family Studies, 27*(2), 483-493. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0913-3

Crittenden, P. (2004). *CARE-index infants (birth–15 months): Coding manual*. Family Relations Institute.

Cuervo Martinez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas, 6*(1), 111. https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.08

de Greef, M., Delsing, M. J. M. H., McLeod, B. D., Pijnenburg, H. M., Scholte, R. H. J., van Vugt, J., & van Hattum, M. J. C. (2019). Supervisory Alliance: Key to Positive Alliances and Outcomes in Home-based Parenting Support? *Journal of Child and Family Studies, 28*(4), 993-1004. https://doi.org/10.1007/s10826-018-01317-0

Deambrosio, M., Gutiérrez de Vázquez, M., Arán-Filippetti, V., & Román, F. (2018). Efectos del maltrato en la neurocognición. Un estudio en niños maltratados institucionalizados y no institucionalizados. *Revista*

Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 16(1), 239-253. https://doi.org/10.11600/1692715x.16114

Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud, 31*(2), 109-113. https://doi.org/10.5093/clysa2020a14

Estay Barrera, F., Jara Males, P., & Mora San Martín, M. (2009). *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales: Programa Abriendo Caminos*. MIDEPLAN.

Fernández-Rodríguez, L., Rodríguez-Sarmiento, A., & Armada-Gordo, E. (2015). ¿Cómo se enfrentan los padres al estrés que se genera ante la discapacidad de un hijo? Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, *5*, 019-023. https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.05.146

Ferrer Ribot, M., & Riera Jaume, M. A. (2014). Observación y evaluación de los profesionales en los programas de apoyo a la parentalidad en la primera infancia: Proceso de elaboración de un instrumento. *Cuadernos de Trabajo Social, 27*(2), 405-415. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n2.44510

Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19*(2), 124–150. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199822)19:2<124::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-O

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *4° estudio de maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006-2012*. https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-an%C3%A1lisis-comparativo-1994-2000-2006-2012

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Estudio para el fortalecimiento de los programas ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. https://www.unicef.org/chile/media/2441/file/desinternacion.pdf

Gómez, E., & Muñoz, M. M. (2014). *Manual Escala de Parentalidad Positiva E2P.* Fundación Ideas para la Infancia. http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva.pdf

Gonzáles, R., & Valdés, A. (2020). *Violencia Intrafamiliar en contexto del COVID-19*. Pontificia Universidad Católica de Chile. http://justiciaysociedad.uc.cl/violencia-intrafamiliar-en-contexto-del-covid-19/

Herazo, E., Campo-Arias, A., & Alexander Dávila, N. (2018). Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: Una meta revisión. *Duazary, 15*(3), 337-346. https://doi.org/10.21676/2389783X.2425

Hulette, A. C., Freyd, J. J., Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A., & Becker-Blease, K. A. (2008). Dissociation and Posttraumatic Symptoms in Maltreated Preschool Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*(2), 93-108. https://doi.org/10.1080/19361520802083980

Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsverk, J., & McCue Horwitz, S. (2015). Adverse Childhood

Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. *Academic Pediatrics, 15*(5), 510-517. https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005

Lecannelier, F. (2014). Intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego: Formas, evidencias, sugerencias y reflexiones. En B. Torres, J. M. Causadias, & G. Posada (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 205-226). Psimática.

Lecannelier, F., Pollak, D., Ascanio, L., Hoffmann, M., & Flores, F. (2016). *Programa de intervención para el fomento del apego en familias en familias con hijos entre los 1 y los 4 años. Manual de Intervención.* World Vision/Universidad del Desarrollo.

Liles, B. D., Newman, E., LaGasse, L. L., Derauf, C., Shah, R., Smith, L. M., Arria, A. M., Huestis, M. A., Haning, W., Strauss, A., DellaGrotta, S., Dansereau, L. M., Neal, C., & Lester, B. M. (2012). Perceived Child Behavior Problems, Parenting Stress, and Maternal Depressive Symptoms Among Prenatal Methamphetamine Users. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(6), 943–957. https://doi.org/10.1007/s10578-012-0305-2

Mandarić Vukušić, A. (2018). Self-evaluation of Parental Competence–Differences Between Parents with Pedagogical and Non-Pedagogical Professions. World Journal of Education, 8(2), 1. https://doi.org/10.5430/wje.v8n2p1

McDonough, S. C. (2004). Interaction Guidance: Promoting and Nurturing the Caregiving Relationship. En A. J. Sameroff, K. L. Rosenblum & S. C. McDonough (Eds.) *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79-96). The Guilford Press.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Resultados 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017*. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/docs/resultados2017/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf

Mouesca, J. (2015). Prevención del maltrato infantil: Función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos Argentinos de Pediatría, 113*(6). https://doi.org/10.5546/aap.2015.558

Organización Mundial de la Salud. (2020). Maltrato infantil. Nota descriptiva. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020, marzo 4). *Education: From disruption to recovery*. UNESCO. https://en.unesco.org/covid19/educationresponse

Pérez Padilla, J., Lorence Lara, B., & Menéndez Álvarez-Dardet, S. (2010). Estrés y competencia parental: Un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica, 17*(1), 47-57.

Pitillas Salvá, C., Halty Barrutieta, A., & Berástegui Pedro-Viejo, A. (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: El

programa Primera Alianza. *Clínica Contemporánea, 7*(2), 137-146. https://doi.org/10.5093/cc2016a11

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry, 33*(2), e100213. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Red Latino Americana de acogimiento familiar (2010). Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina : Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Buenos Aires. Extraído de https://www.relaf.org/biblioteca/Documento1.pdf

Respler-Herman, M., Mowder, B. A., Yasik, A. E., & Shamah, R. (2012). Parenting Beliefs, Parental Stress, and Social Support Relationships. *Journal of Child and Family Studies, 21*(2), 190-198. https://doi.org/10.1007/s10826-011-9462-3

Rodrigo López, M. J., Martín Quintana, J. C., Cabrera Casimiro, E., & Máiquez Chaves, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention, 18*(2), 113-120.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional.* Desclée de Brouwer.

Sallés, C., & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: Descripción, promoción y evaluación. Educación social. *Revista de intervención socioeducativa, 49*, 25-47.

Silberg, J (2019). El niño superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación. Bilbao: De Brouwer, S.A.Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. https://doi.org/10.1080/14616730500245880

Stuardo, M. (2020). *En un 42% aumentaron los casos de maltrato a menores desde llegada de la pandemia a Chile según ONG*. BioBioChile. https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/04/12/en-un-42-aumentaron-los-casos-de-maltrato-a-menores-desde-llegada-de-la-pandemia-a-chile-segun-ong.shtml

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Act. (2019). *Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic, Version 1*. UNICEF. https://www.unicef.org/documents/technical-note-protection-children-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International *Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317-320. https://doi.org/10.1177/0020764020915212

Torío, S. (2018). Educación Familiar: Introducción al monográfico. RELAdEI. *Revista Latinoamericana de Educación Infantil, 7*(2-3), 2-3. https://revistas.usc.es/index.php/reladei/article/view/5195

Van der Kolk, Bessel (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, Mente y Cuerpo en la Superación del Trauma*. Eleftheria.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1729. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

Programas de Prevención Focalizada: una aproximación a los usuarios (as), las prácticas y desafíos de la modalidad[1]

Miguel Salazar Muñoz
Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile

Luis Álvarez Vivar
Instituto de Psicología, Universidad Austral de Chile

Yonatan Bustamante Cárcamo
Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile
ONG Coincide, Chile

Verónica Riquelme Contreras
Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos, Chile

Dorian Vega Eeles
Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile

Patricia von Freeden Stange
Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile

En Chile la negligencia parental y el maltrato infantil al interior del contexto familiar son un problema grave. La lista de consecuencias negativas en los niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de maltrato es larga; pues la evidencia revela el impacto que tienen estas experiencias en el desarrollo de

[1] El presente capítulo se enmarca dentro del proyecto «Evaluación de resultados de experiencias de intervención orientadas al fortalecimiento de competencias de cuidado y crianza de familias y/o adultos significativos en contextos de vulnerabilidad social» ID- 545119 impulsada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través del Fondo Chile Compromiso de Todos - Línea evaluación de experiencia 2019.

trastornos depresivos, ansiosos, alimentarios, uso de drogas, conductas sexuales de riesgo, intentos de suicidio y otros problemas conductuales en la infancia (Felitti *et al.*, 1998; Norman *et al.*, 2012).

Las cifras del cuarto estudio de maltrato infantil realizado por el Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF, 2012) reportaron que el 71% de NNA recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre; en específico un 19,5% de los NNA ha sido víctima de violencia psicológica, un 25,6% ha experimentado violencia física leve y un 25,9% violencia física grave (UNICEF, 2012). Más recientemente, los datos de la Tercera Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (MIDESOFA, 2019) establecieron una fuerte presencia de métodos de agresión física y psicológica en los estilos de crianza en Chile, reflejado por ejemplo, en que el 32,5% de los cuidadores principales reconocen haber utilizado métodos de agresión física y el 56,9% psicológica en la crianza.

Si bien el problema del maltrato infantil en Chile es un fenómeno que transciende a toda la sociedad (UNICEF, 2012), en el caso de las familias que se encuentran en riesgo psicosocial, las dificultades en el ejercicio del cuidado infantil pueden acrecentarse en parte por múltiples variables presentes en la ecología de los NNA y sus familias, tales como dificultades económicas, desempleo, exclusión social, red de apoyo insuficiente, entre otras (Menéndez *et al.*, 2010; Nunes *et al.*, 2013). Como respuesta a esta realidad, el número de programas desarrollados para prevenir y/o reducir el maltrato infantil ha crecido en las últimas décadas con un fuerte énfasis en la intervención familiar (Contreras *et al.*, 2015), sin embargo, en la actualidad son pocos los programas que cuentan con evaluaciones y pueden dar cuenta de resultados exitosos tras su implementación, reflejando una brecha evaluativa significativa que dificulta la retroalimentación de la intervención de manera permanente, la toma de decisiones justificadas y oportunas para cambiar cursos de acción, así como también, generar aprendizajes para mejorar la intervención e incidir en el levantamiento de mejoras a la política pública (Feinstein, 2007).

Así, la evaluación y el monitoreo de la calidad de los programas resulta relevante para avanzar hacia un actuar basado en evidencia, que asegure la eficacia de las intervenciones y el logro de los resultados deseados. Conforme a esto, el objetivo de este capítulo es presentar un resumen de algunos resultados obtenidos en el marco de una investigación más amplia, que tuvo por objetivo analizar las características psicosociales de los NNA y cuidadores (as), junto con las prácticas de intervención psicosocial desarrollada por tres Programas de Prevención Focalizada (PPF) del Servicio Nacional de Menores (SENAME) ejecutados por la ONG Coincide en la ciudad de Puerto Montt.

En primer lugar, se describirá a modo general las características de los PPF, luego se expondrán aspectos metodológicos de la investigación realizada, para posteriormente presentar los resultados organizados en el siguiente orden: a)

caracterización psicosocial de los usuarios, b) apoyo social percibido por las familias usuarias de PPF sobre redes de apoyo, c) análisis de las prácticas de intervención psicosocial desde la perspectiva de los profesionales; y d) cambios en factores protectores y vulnerabilidad a nivel familiar (ingreso y egreso). Finalmente, se plantean recomendaciones de mejora para el trabajo en esta modalidad en función de los hallazgos obtenidos.

Una aproximación general a los Programas de Prevención Focalizada (PPF)

El SENAME es el organismo encargado en Chile de ejecutar la política pública especial de apoyo para NNA vulnerados en sus derechos, en procesos de adopción y en conflicto con la ley. Dentro de los programas ambulatorios en el ámbito de la protección de derechos de la infancia se encuentran los PPF, que tienen por propósito intervenir ante situaciones de vulneración de derechos de carácter moderado y relacionadas con el contexto familiar que afecten a NNA entre 0 y 18 años que no ameritan necesariamente la separación del grupo familiar. Algunas de las situaciones que aborda son maltrato psicológico leve a moderado; testigo de violencia intrafamiliar no constitutiva de delito; maltrato físico leve a moderado sin denuncias actuales en fiscalía o policía; negligencia moderada no crónica, entre otras (SENAME, 2021).

Cabe destacar, que esta modalidad aborda el 41,7% (56 131) del total de atenciones de programas ambulatorios del área de protección de derechos del SENAME, ubicándolo como la oferta con mayor nivel de atenciones en Chile (SENAME, 2020). En consecuencia, los PPF tienen un rol fundamental dentro de la organización del SENAME en materia de protección, para paliar algunos de los efectos de las privaciones tempranas en el ámbito de vulneraciones de derechos hacia los NNA, y, potencialmente, mejorar la calidad de vida de las familias ingresadas.

Según las orientaciones técnicas de esta modalidad, la intervención se organiza desde una mirada ecológica, en que se visualiza a los NNA insertos en un entorno familiar y socio-comunitario y, por lo tanto, se realiza de manera articulada para superar la situación que originó el ingreso al programa. Esto se lleva a cabo mediante acciones destinadas a fortalecer los recursos personales de los NNA, según su etapa del desarrollo, entre las que se encuentran: fortalecer las competencias y recursos parentales de los adultos a cargo que favorezcan la restitución de los derechos vulnerados; y promover la incorporación de cogarantes del entorno familiar y/o comunitario que aporten a la restitución de derechos de los NNA y apoyen en el ejercicio de la parentalidad en los cuidadores principales (SENAME, 2021).

Desde su puesta en marcha en el año 2013, las orientaciones técnicas de la modalidad han ido incorporando paulatinamente distintos enfoques y

modelos de trabajo (parentalidad positiva, resiliencia, modelo transteórico del cambio y entrevista motivacional, modelo contextual relacional centrado en los recursos, entre otros), con la intención de especializar la intervención. Esto ha traído consigo diversos desafíos en materia de implementación, debido a las limitadas condiciones institucionales que envuelven al trabajo que realizan los equipos técnicos de las diversas modalidades del SENAME (déficit en su formación, elevado número de casos por profesional, precariedad laboral, entre otros), observándose un desfase importante entre «lo que se pretende» y «lo que se puede hacer» en la práctica (Bilbao *et al.*, 2018; Pavez *et al.*, 2019; Schöngut- Grollmus, 2017).

Algunas limitaciones han sido descritas en un reciente estudio realizado por la UNICEF (2019), que tras analizar el funcionamiento de los programas ambulatorios del SENAME en tres regiones de Chile, entre ellos los PPF, encontró una serie de dificultades en la implementación de los programas, las que se describen en la Tabla 1:

Tabla 1
Principales hallazgos para programas ambulatorios de SENAME

Ámbito	Hallazgos
Nivel institucional	• Desarticulación y múltiple diversificación de la oferta de programas ambulatorios. • Escaso número de programas evalúan sus procesos y resultados. • Los indicadores de avance y logro de los procesos de intervención no se encuentran suficientemente definidos. • Falta de suficiente oferta programática en los territorios. • Orientaciones técnicas poco claras, con deficiencias en la caracterización de los usuarios. • Programas preventivos atienden un número mayor de niños(as) para los cuales están diseñados (y ofertados).
Implementación de las intervenciones	• Incoherencia entre los objetivos propuestos por el programa y el tipo de intervención realizada. • Problemas en la complementariedad y comunicación interna entre los programas, debido principalmente a la fragmentación de los servicios e intervenciones en el territorio. • Obstáculos en el acceso a los programas, debido a dificultades de movilización, residencia en zonas complejas o rurales, no hay oferta en el territorio determinado, o bien, porque los horarios de atención de los programas coinciden con los horarios laborales de las familias.
Características de los NNA y sus familias	• Necesidad de generar procesos de intervención diferenciados para niños(as) (menores de 12 años) y para adolescentes (entre 12 y 18 años). • Edad de ingreso tardía de los niños(as) a los programas de intervención. • Poca efectividad en la respuesta primaria preventiva en la atención a la cronificación de las vulneraciones, siendo reiterativos los reingresos a la red de protección. • Aumento de la probabilidad de ingreso de niños(as) a programas de justicia juvenil que estuvieron ingresados a programas de protección. • Familiares directos o adultos significativos, sufrieron situaciones de vulneración de derechos no tratadas ni reparadas en su niñez, para lo cual no existe una oferta reparatoria adulta en los territorios, o bien, cuando existe, es de difícil acceso.

Fuente: elaboración propia a partir del estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores, 2019.

En el caso particular, de la modalidad preventiva los resultados no son alentadores, debido a que se observó que el 51% de NNA que ingresan por primera vez a un programa preventivo, reingresan en tres o más ocasiones nuevamente a la red (36% reingresa al mismo tipo de programa), cifra que refleja poca efectividad de los programas en la prevención de la cronificación de las vulneraciones de derecho y la ausencia de articulación con la oferta más especializada de la red para los casos de mayor complejidad (UNICEF, 2019).

Estos antecedentes, sumado a diagnósticos previos realizados por distintas organizaciones sobre el quehacer del SENAME, otorgan un diagnóstico general del estado actual de la oferta programática ambulatoria y abre posibilidades para el mejoramiento del sistema de protección en Chile. En efecto, al tomar en cuenta el escenario actual de cambio que atraviesa la institucionalidad de nuestro país, con la creación del nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, se refuerza aún más la necesidad de tomar decisiones fundamentadas en el mayor nivel de evidencia disponible para alcanzar una nueva oferta de calidad.

Características metodológicas de la investigación

La investigación se realizó entre los meses de noviembre de 2019 y noviembre de 2020 en tres PPF de la ciudad de Puerto Montt[2]. La aproximación metodológica del estudio fue mixta, es decir, cualitativa y cuantitativa, con integración de distintas fuentes de información y técnicas de análisis. Se conformaron muestras intencionadas con la finalidad de abordar las distintas dimensiones del estudio.

En orden a dar respuesta al objetivo planteado, se conformaron cinco dimensiones críticas a explorar:

a) Características psicosociales de NNA y sus cuidadores.
b) Percepción de los cuidadores respecto del apoyo social brindado por los PPF.
c) Percepción de los profesionales sobre la intervención realizada.
d) Evolución de factores protectores y vulnerabilidad durante la intervencion (inicio y cierre).

La siguiente tabla resume los participantes, técnicas de recolección de información y tamaño de la muestra utilizados para cada dimensión.

[2] Debido a la crisis sanitaria producto de la COVID-19, el trabajo de campo fue realizado entre los meses de noviembre de 2019 y marzo de 2020, de tal manera, que la información recolectada se realizó previo a la declaración de estado de emergencia en Chile y el establecimiento de cuarentenas en gran parte del pais, aspecto que modificó significamente el proceso de intervención realizado por los programas sociales, entre ellos los PPF, así como también la realidad de muchos NNA y familias participantes del estudio.

Tabla 2
Resumen características metodológicas de la investigación

Ámbito	Participantes	Técnica de recolección de información	Tamaño de la muestra
Características psicosociales de NNA y sus cuidadores	NNA y cuidadores	Instrumentos de autorreporte: • DASS-21 • PSI • JVQ (versión SAQ) Ficha psicosocial construida	170 NNA 150 cuidadores
Percepción de los cuidadores sobre el de apoyo social brindado por los PPF	Cuidadores	Instrumento de autorreporte: MSPSS Entrevistas semi estructuradas	150 cuidadores 20 cuidadores
Percepción de los profesionales sobre la intervención	Profesionales que conforman los equipos PPF	Entrevistas semi estructuradas	12 profesionales
Evolución de factores protectores y vulnerabilidad durante la intervención (inicio y cierre)	Cuidadores de NNA ingresados a los PFF	Pauta de cotejo factores	31 cuidadores

Resultados

1. Característización de niños, niñas, adolescentes y sus familias

a) Antecedentes socio-demográficos

De acuerdo a la información recabada tras la aplicación de la ficha de caracterización psicosocial completada por los profesionales de los programas, es posible señalar que del total de NNA que conformaron la muestra (n=170), el 54,1% corresponde a mujeres y el 45,9% hombres; la mayoría tiene procedencia urbana (95,3%) y en menor grado rural (4,7%); solo el 8,2% se identifica como

parte de un pueblo originario, específicamente Mapuche/Huilliche. Los NNA presentan un promedio de 2,8 (DE=1,1) causales de ingreso al programa, dentro de las que destacan la negligencia parental (45%), NNA testigo de violencia intrafamiliar (38%), maltrato físico leve (10%) y maltrato psicológico (7%).

El promedio de edad de los NNA es 9,7 años (DE=4,5). El 10% tiene menos de cuatro años, el 39,4% tiene entre 4 y 9 años, el 27,1% entre10 y 13 años y el 23,5% entre 14 y 18 años. En relación a la escolarización, se observa que la totalidad de los NNA asisten regularmente a algún establecimiento educativo, mayoritariamente a los niveles básicos de primer y segundo ciclo (64,4%), seguido por el nivel de educación preescolar (19,4%) y el nivel de educación media con un 16,2%. Dentro del mismo ámbito, pese al alto nivel de escolarización, existe un 17,6% de NNA que han repetido algún curso, de los cuales el 65,5% ha repetido en una ocasión, el 27,6% en dos ocasiones y el 6,9% en tres ocasiones.

Se destaca que los NNA presentan bajos índices de sospecha o presencia de consumo de sustancias (4,7%), principalmente asociado a un consumo de tipo experimental u ocasional. Una situación similar sucede con el indicador de «infracción de ley», encontrándose que solamente el 1,2% de la muestra presenta problemáticas asociadas a este tipo de conductas, aspecto que es coherente con las características del sujeto de atención declarado en las orientaciones técnicas de la modalidad.

Un elemento llamativo y del cual no se contaban con antecedentes previos en esta modalidad de intervención, es el índice de registros de eventos de «violencia ascendente de tipo filio-parental», el cual según lo registrado por los profesionales, ascendería al 11% del total de los casos, las que serían principalmente de tipo física (88,9%), dirigida en forma principal a la madre (47,4%), seguida de los padres (31,6%) y de forma combinada en el 21% de las situaciones.

Respecto a indicadores de salud mental se observa datos relevantes, debido a que el 28,2% de los NNA se encuentran recibiendo atenciones de salud mental, principalmente en Centros de Salud Familiar (CESFAM) (71,4%); Centro de Salud Mental Comunitaria (25,5%) y en menor medida atención de carácter particular (3,1%).

Por otro lado, en cuanto a las características de los cuidadores de los NNA (n=150), los resultados muestran que en su mayoría el referente principal es la madre (70%), seguido por el padre (13,5%) y en tercer lugar los abuelos/as, quienes cumplen un rol importante cuando los padres no pueden hacerse cargo de los NNA, con un 10,1% del total. El porcentaje restante equivalente al 6,4% se divide entre tíos/as, hermanos/as y otros cuidadores responsables de los NNA.

Se observa que los cuidadores se distribuyen principalmente en dos grandes rangos etarios, a saber, entre 26 a 35 años (45,5%) y entre 36 y 50 años (30,3%), seguido de otro grupo de cuidadores jóvenes entre 18 y 25 años (15,2%) y otro de mayores de 50 años correspondiente al 9%. Respecto al estado civil, el

61,8% de los cuidadores es solteros/as, el 27,7% casado, mientras que el 7% se declara separado y el 3,5% viudo.

En el ámbito educativo, destaca que el 50,3% de los cuidadores principales ha completado sus estudios de enseñanza media, y algunos de ellos sigue estudios superiores (universitarios = 8,8% y técnicos = 2,4%). Pese a ello, llama la atención el alto porcentaje de cuidadores principales que no han terminado sus estudios, donde destaca la enseñanza básica incompleta en el 30,9% de los casos y la enseñanza media incompleta en el 18,8%.

Con respecto al ámbito laboral de los cuidadores, el 50% trabaja de manera «dependiente», con contrato de trabajo a plazo fijo o indefinido, además de un 20,3% que lo hace de manera independiente, variando en las condiciones del trabajo. Sin embargo, hay otro porcentaje que presentan una situación laboral delicada, por cuanto un 29,7% se encuentran cesantes, lo que significa que deben depender de beneficios estatales, o bien, de otras personas dentro del grupo familiar.

Lo anterior muestra que la situación económica de los cuidadores de los NNA que son atendidos en programas PPF se encuentra marcada por la vulnerabilidad, reflejado también en otros indicadores, tales como el número de personas que viven en el hogar junto con los NNA, cifra que varía entre 3 a 8 personas, aspecto que contrasta con el monto de ingresos económicos total del grupo familiar, generados por las actividades productivas de los cuidadores. En este caso, el estudio analizó el total de ingresos económicos del grupo familiar, dividiéndose los resultados en dos clúster; grupo 1 entre 0$ - $400.000 y grupo 2 entre $400.001 - $1.000.000, encontrándose que un 75% de los cuidadores se encuentran en el grupo 1, mientras que el 25% de la muestra se ubica en el grupo 2.

b) Salud Mental de cuidadores (as)

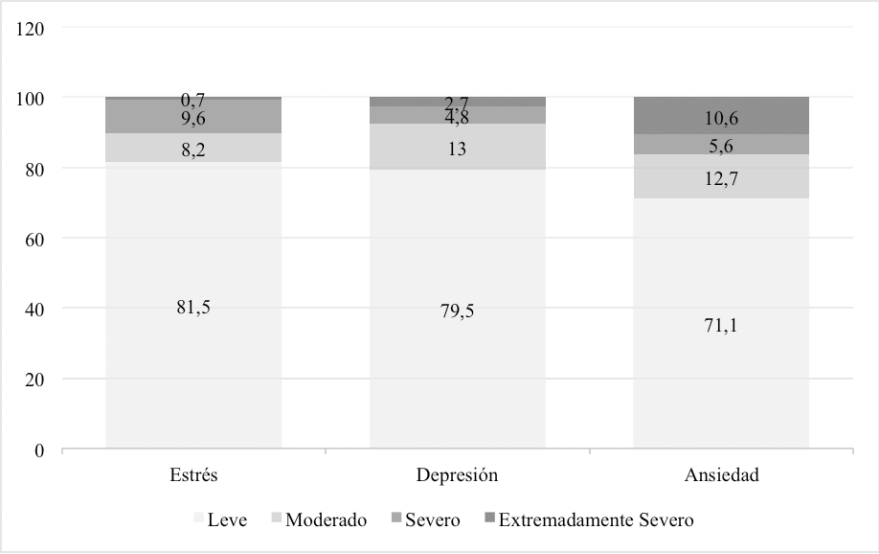
Debido a que la salud mental de los cuidadores es una variable importante que puede afectar el equilibrio del funcionamiento familiar (Cummings *et al.*, 2005; Pérez y Santelices, 2016; Santelices *et al.*, 2012; Weinberg & Tronick, 1998) se procedió a explorar esta dimensión en los cuidadores ingresados a los programas.

Para ello, se administró la versión abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995a). Este es un instrumento de autorreporte, breve y de fácil aplicación, que tiene por objetivo evaluar la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés, desde una perspectiva dimensional. Esta herramienta cuenta con adecuadas propiedades psicométricas en población general adolescente y adulta, en estudiantes universitarios y también muestras clínicas (Daza *et al.*, 2002; Lovibond & Lovibond, 1995b; Tully *et al.*, 2009). En Chile el instrumento ha sido adaptado

idiomática y culturalmente, y sus exploraciones psicométricas han reportado adecuadas evidencias de validez (Antúnez & Vinet, 2012; Román *et al.,* 2014).

En relación a los hallazgos del presente estudio, es posible establecer que, tal como se observa en la figura 1, la mayoría de los cuidadores se encuentra en un rango de sintomatología leve, en forma transversal a las tres dimensiones evaluadas. Sin perjuicio de ello, existe un conjunto de cuidadores que arroja resultados de significación clínica (entre el nivel moderado y extremadamente severo), donde se destaca un 18,5% con indicadores de estrés, un 20,5% con sintomatología depresiva y un 28,9% con ansiedad, porcentajes que reflejan la necesidad de incorporar desde una perspectiva promocional y preventiva la dimensión de salud mental en el proceso de intervención a nivel familiar.

Figura 1
Resultados descriptivos DASS-21



c) Estrés parental en cuidadores (as)

El estrés parental es un tipo específico de estrés que se produce frente a las demandas específicas de la parentalidad/marentalidad, que a su vez, puede relacionarse con otros tipos de estrés dentro del contexto familiar, como el producido por factores sociales o económicos (Abidin, 1990). Diversos estudios han vinculado altos niveles de estrés asociado a la crianza con deterioro en las competencias de cuidado, altas tasas de maltrato infantil, resultados negativos

en el desarrollo infantil y dinámica familiar (Anderson, 2008; Assel *et al.*, 2002; Ostberg & Hagekull, 2000; Raikes & Thompson, 2005). Asimismo, la investigación disponible ha descrito que gran parte de las familias que se encuentran en situación de riesgo psicosocial tienden a presentar altos niveles de tensión asociados al ejercicio de su rol como progenitores (Gómez *et al.*, 2007; Gwynne *et al.*, 2009; Pérez *et al.*, 2014; Vallotton *et al.*, 2012).

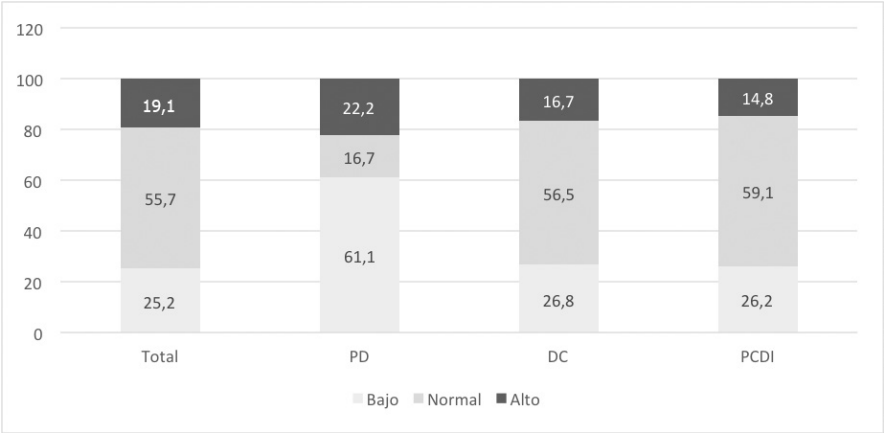
Para explorar este ámbito se utilizó la versión abreviada del The Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1990, 1995), compuesto de 36 ítems en formato Likert y cuyo objetivo es medir el estrés en las relaciones entre padres e hijos. Se compone de tres subescalas: estrés parental (PD), interacción disfuncional padres-niños (P-CDI) y niño difícil (DC), ademas de un puntaje total de estrés que corresponde a la suma de las tres escalas anteriores (TS).

En Chile ha sido validada por Aracena *et al.* (2016), demostrando su utilidad para la evaluación de personas con vulnerabilidad social.

En correspondencia con los hallazgos del presente estudio, fue posible establecer en primer término, como se ilustra en la figura 2, que de acuerdo al puntaje total (TS) del instrumento, el 55,7% de los cuidadores presentan estrés en una medida normal lo que permite responder adecuadamente a las necesidades del niño. Sin embargo, es posible advertir un porcentaje de cuidadores con alto (19,1%) y bajo (25,2%) estrés perental, en relación a la tarea de cuidar e interactuar con el niño o niña, antecedente que sugiere visualizar esta dimension como un foco importante de la intervención de los PPF, pues como se mencionó anteriormente, existe importante evidencia que asocia altos niveles de estrés en los padres con una menor calidad de vida en niños y niñas (Frontini *et al.* 2016).

Un análisis más detallado por dimensión indica que la sub-escala de estrés parental (PD) presentaría mayor nivel de inconvenientes, puesto que el 83,3% de los cuidadores presentaría dificultades en este ámbito (61,1% bajo estrés y 22,2% alto estrés). Esta dimensión se encuentra asociada a factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio parental, tales como el sentimiento de competencia parental, las restricciones que conlleva la parentalidad en otros roles de la vida, conflictos con el otro padre u otros cuidadores, falta de apoyo social y presencia de depresión (Abidin, 1995). Llama la atención el alto porcentaje de cuidadores con bajo nivel de estrés, variable que según la literatura podría estar relacionada con conductas de descuido o despreocupación en relación al cuidado, lo cual podría correlacionarse con el alto porcentaje de niños y niñas que ingresan a los programas por la causal de negligencia parental (45%), por lo que resulta importante considerar estrategias de intervención que apunten a revisar en detalle este ámbito.

Figura 2
Resultados descriptivos PSI-SF



d) Antecedentes de victimización en NNA usuarios(as) de los PPF

En las últimas décadas el estudio de la victimización y poli victimización infantil ha cobrado relevancia por el cúmulo de investigación que denota graves consecuencias en la salud física y mental en edades posteriores (Cudmore *et al.*, 2015; Guerra *et al.*, 2016; Price-Robertson *et al.*, 2013; Cook *et al.*, 2005; Pereda & Gallardo-Pujol, 2014).

Con la finalidad de aportar con antecedentes respecto a las prevalencias de victimizaciones en los NNA ingresados en los PPF, se utilizó el instrumento The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), en su forma de cuestionario auto administrado (SAQ), elaborado por Finkelhor *et al.* (2005). Se trata de un instrumento comprensivo que facilita la evaluación de NNA, proporcionando una descripción cuantitativa de las principales formas de delitos contra la infancia. El JVQ incluye 34 ítems que cubren los siguientes dominios: delitos comunes, victimización por parte cuidadores, victimización por parte de pares y/o hermanos, victimización sexual y victimización indirecta.

En primer término, los resultados indican que los adolescentes entre 12 y 18 años (n=70) han experimentado una media de 6.9 formas diferentes de victimización a lo largo de su vida (hombres: M=6.62; DT=3.43; mujeres: M=7.38; DT=3.93), con un rango de victimizaciones que oscila entre 3 y 12.

Tal como se puede apreciar en la tabla 3, los mayores porcentajes de victimizaciones están vinculados al contexto familiar, tales como negligencia, maltrato físico, maltrato psicológico, testigo de violencia intrafamiliar, tanto en su forma general como dirigida hacia algún hermano. En cuanto a diferencias por género, las mujeres presentan mayor maltrato físico, son más expectadoras

de violencia intrafamiliar y presentan menos maltrato psicológico en comparación con los hombres.

Tabla 3
Prevalencias de victimizaciones JVQ

DIMENSIÓN	TIPO DE VICTIMIZACIÓN	Prevalencia en mujer %	Prevalencia en hombre %	Prevalencia en Total %
Victimización por delitos comunes	Robo	1,2	2,4	1,8
	Robo artículos personales	1,2	7,2	4,2
	Vandalismo	1,2	2,4	1,8
	Asalto con arma	1,2	2,4	1,8
	Asalto sin arma	1,2	2,4	1,8
	Intento de asalto	1,2	2,4	1,8
	Asalto con amenaza	2,4	3,6	3
	Secuestro	1,2	0	0,6
	Agresión por discriminación	0	0	0
Victimización por parte de cuidadores	Maltrato físico	48	28,6	38,3
	Maltrato psicológico	26,8	40,6	43,7
	Negligencia	65,2	66,6	65,9
	Interferencia parental	28,4	24	26,2
Victimización por parte de pares y/o hermanos	Agresión por pandilla o grupo	3,6	7,2	5,4
	Agresión por pares o hermanos	8	6,4	7,2
	Agresión genital no sexual	6,4	2	4,2
	Acoso físico	2,4	1,2	1,8
	Agresión verbal/relacional	8,4	4,8	6,6
	Violencia en el pololeo	4,8	0	2,4

Victimización sexual	ASI por adulto conocido	11,8	10	14,4
	ASI por adulto desconocido	1,2	1,2	1,2
	ASI por par o hermano	7,1	3,7	5,4
	Violación	2,4	2,4	2,4
	Exposición sexual	8,4	1,2	4,8
	Acoso sexual verbal	0	0	0
Victimización indirecta	Testigo de VIF	78,4	61	69,7
	Testigo de VIF a un hermano	32	26,2	27,1
	Testigo de agresiones con arma	7	11	9
	Testigo de agresiones sin arma	23,2	26	24,6
	Robo en el hogar	2,4	3,6	3
	Asesinato de un familiar o un amigo	3,6	1,2	2,4
	Testigo de asesinato	2,4	3,6	3
	Exposición a tiroteos o terrorismo	7,2	7,2	7,2
	Exposición a guerra o conflicto	0	0	0
Victimización electrónica	Solicitudes sexuales no deseadas a través de las TIC	11,5	5,5	8,5
	Ciberbullying o acoso a través de las TIC	14,5	15,3	13,7

2. Percepción de apoyo social de cuidadoras sobre redes de apoyo

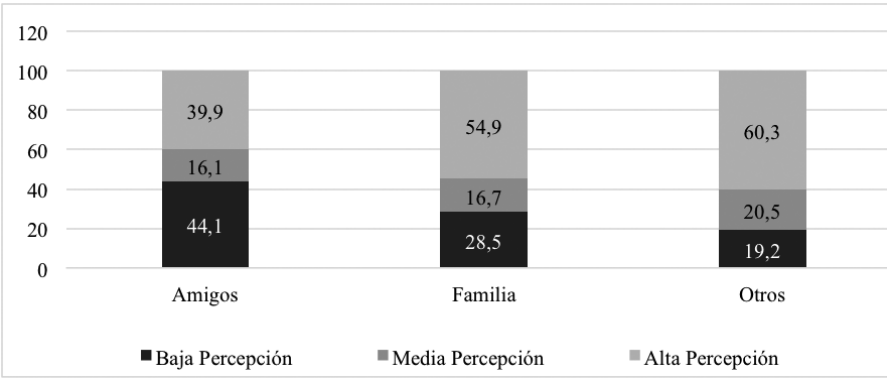
El apoyo social puede ser entendido como el proceso interaccional por el cual los recursos en la estructura social (como la comunidad y redes sociales) hacen posible la satisfacción de distintos tipos de necesidades en situaciones cotidianas y de crisis (Gracia & Musitu, 1993). Existe evidencia de que las familias sin riesgo psicosocial indican mayores apoyos sociales percibidos por parte del colegio y de la pareja, mientras que las familias con riesgo psicosocial, en la medida que aumenta el riesgo, suelen contar con más apoyos formales

(instituciones) que informales (familia, las amistades, los vecinos, organizaciones voluntarias y grupos cívicos solidarios) (Rodrigo, 2008).

Para conocer la percepción de los cuidadores del apoyo social ingresados los PPF, se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) creada por Zimet *et al.* (1988), validada en Chile por Arechabala y Miranda (2002). Esta escala está conformada por 12 afirmaciones (ítems) que evalúan la percepción de apoyo social, en tres factores: 1) apoyo social de pares; 2) apoyo de la familia; 3) percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas. De manera complementaria, se realizaron 20 entrevistas semi estructuradas a cuidadoras que participan de los PPF con la finalidad de conocer la valoración del apoyo social brindado por el programa.

Los resultados indican que más de la mitad de los cuidadores perciben un alto apoyo social por parte de sus parejas u otras figuras significativas (60,3%), así como también de sus familias (54,9%), mientras que solo un 39,9% de los cuidadores reporta una alta percepción de apoyo de amigos y pares. Estos resultados sugieren, entre otras cosas, que los programas de intervención con familias en riesgo psicosocial no solo deben fomentar la búsqueda de apoyos formales, si no que también, se debe incluir a los apoyos informales, provenientes de fuentes comunitarias, tales como amigos y vecinos, además de figuras como los abuelos, lo cual puede abrir oportunidades para visualizar figuras significativas que potencien la intervención desarrollada en los programas.

Figura 3
Resultados descriptivos MSPSS



En cuanto a las entrevistas realizadas a las cuidadoras para conocer la valoración del apoyo brindado por el PFF, es posible señalar que, aquellas que valoran positivamente el programa, que corresponden a la mayoría de las entrevistadas, reconocen en la intervención un espacio de contención que les permite conversar sobre distintos aspectos de la vida familiar y el cuidado de sus hijos. Un elemento importante que caracteriza a estas familias es el ingreso al PPF por derivación de la red socio comunitaria, sin presencia de medidas de protección, las que en su mayoría el ingreso al programa corresponde a sus primeros contactos con el sistema de protección a la infancia. Además, estas cuidadoras cuentan con conocimiento general sobre el objetivo y las actividades que el programa desarrolla, además de referir una vinculación positiva con los profesionales.

> Cuando vengo como que me descargo, conversó con las profesionales y me preguntan cómo se han portado los chicos, me dicen ideas de cómo hacerlo con ellos cuando se portan mal (cuidadora 3).

> La asistente social me ayudó para conseguir beneficios en la Municipalidad, llenamos el formulario y pude arreglar mi casa para el invierno (cuidadora 15).

> Los talleres son buenos, porque las psicólogas te ayudan y te visitan, estuve harto tiempo sola con mis hijas y este espacio me ha ayudado (cuidadora 5).

Por otro lado, las cuidadoras que valoraron negativamente la intervención del programa, en su mayoría manifiestan no tener la motivación y voluntariedad para participar de las actividades que se desarrollan en el PPF. En general, el ingreso al programa ha sido determinado por medidas de Tribunales de Familia por causales como negligencia leve/moderada, maltrato físico leve/moderado y testigo de violencia intrafamiliar. Las intervenciones son percibidas por las familias como instancias de permanente evaluación y monitoreo; aspecto que dificulta la generación de vínculo con los profesionales. La participación es limitada, refiriendo que muchas veces han tenido que participar por obligación o miedo a las medidas judiciales que se puedan establecer.

> No lo veo como un apoyo, tuve que ingresar por que la jueza lo dijo y hasta ahora no me he sentido cómoda con las profesionales, no entiendo mucho para que son las visitas porque me preguntan siempre lo mismo, lo mismo cuando vamos a los talleres. (Cuidadora 12)

> Tengo que participar porque si no me pueden quitar a mis hijos, me visitan para ver cómo está todo en la casa y a veces voy a los

> talleres cuando tengo tiempo, porque tengo que ir a la pega y me queda poco tiempo. (Cuidadora 19)

Cabe destacar que en ambos grupos, la madre es la única figura parental, aspecto que dificulta en algunas ocasiones su rol. Se afirma que existen dificultades estructurales (ingresos bajos, escasas oportunidades laborales, bajo nivel de escolaridad) que no pueden ser subsanadas por la participación en el programa y que tienen impacto en su rol de madres y en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus hijos. Muchos de estos aspectos, escapan al foco central del proyecto.

3. Análisis de las prácticas de intervención en la modalidad PPF desde la perspectiva de los profesionales

Para conocer la perspectiva de los profesionales acerca de la intervención que se desarrolla en la modalidad PPF se realizaron entrevistas semi estructurada a un total de 12 profesionales (6 psicólogos y 6 trabajadores sociales). Las entrevistas buscaron indentifcar las prácticas de intervención psicosocial que estos realizan y la valoración atribuida a estas por parte de los profesionales.

Dentro de los hallazgos emergen cuatro elementos de gran interés para la descripción de las prácticas de intervención que se llevan a cabo en los PPF de la comuna de Puerto Montt.

El primero tiene relación con la etapa de ingreso de los NNA y sus familias al programa, en donde destaca que la principal vía de ingreso de los PPF se realiza a través de medidas de protección y derivación por parte del Tribunal de Familia. Es posible observar que la detección de factores de riesgos y sospechas de vulneraciones de derechos, por medio de la red socio comunitaria cercana al grupo familiar (establecimientos educacionales y centros de salud), decanta por lo general en una solicitud de medida de protección al Tribunal de Familia. Este hecho, junto con la respectiva audiencia y la posterior orden de ingreso al PPF, se presenta para las familias como un grave cuestionamiento por parte de las instituciones a sus dinámicas de crianza, dificultando la generación de vínculo y voluntariedad para acceder a la intervención del programa.

En este sentido, los profesionales encargados de realizar el primer acercamiento con las familias ingresadas, señalan que deben enfrentar un ambiente con una mayor complejidad de lo esperado debido a la desconfianza por parte del grupo familiar.

Un segundo elemento de gran relevancia para los profesionales está estrechamente relacionado a la noción de "vínculo", como factor de cambio que los procesos de intervención del PPF pueden generar en las familias.

> Sinceramente yo creo que (el cambio) está más ligado al modelo. Si bien existe, puede existir un cambio dentro de la funciones que puede ejercer en un adulto responsable creo que va también ligado al nivel de vinculación que pueda tener con el profesional. Si el profesional logra conectar con este adulto, siento que van a haber cambios y se van a ver quizás a corto plazo y a largo plazo también. (Trabajadora social)

De esta forma, un factor determinante en este proceso será la capacidad que tenga cada profesional de generar una vinculación con el grupo familiar lo suficientemente sólida como para impulsar y consolidar procesos de cambio significativos en beneficio de los NNA y sus familias. Por ello, el vínculo como concepto y representación de la capacidad del profesional de construir una relación basada en la transparencia y la confianza, se constituye como uno de los principales factores para la interacción y comunicación con las familias.

El tercer aspecto que emerge desde la perspectiva de los profesionales de los PPF, se relaciona con la importancia que estos atribuyen a la incorporación de instrumentos en la fase diagnóstica de la intervención (Escala de Parentalidad Positiva (E2P) - Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) -Inventario Potencial de Maltrato Físico Infantil (PMF) - Ages & Stages Questionnaires ASQ-3 - Escala Massie Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Estrés ADS - Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte para Servicios Generales (NCFAS-G) - Fichas de la Guía para la Evaluación de las Competencias y Resiliencia Parentales). En ese sentido, los profesionales entrevistados valoran de manera significativa estas prácticas, ya que permiten estandarizar los procesos de evaluación y facilitar la toma de decisiones respecto de determinadas situaciones complejas al contar con datos objetivos y medibles.

> Lo bueno del modelo, y esto es algo que en verdad me llamó la atención, es que se aplican una serie instrumentos de diagnóstico, por ejemplo, el E2P el inventario de relaciones familiares, el índice de tensión de los padres, etc. Estos son los que más familiarizados estoy yo, y ayudan mucho para orientar lo que hay que hacer con las familias, porque te dicen tal cual como está su situación. (Psicólogo)

Sin embargo, a pesar de la positiva valoración del uso de instrumentos de evaluación, los profesionales también hacen referencia a la importancia de la capacitación para la adecuada utilización de las herramientas, de manera de responder satisfactoriamente desde un punto de vista técnico y ético. Así, los instrumentos aportan a un proceso más amplio de trabajo, y no viceversa.

> Los instrumentos ayudan, pero necesitamos capacitarnos, no basta con una capacitación de ocho horas para un buen uso de las herramientas y no vulnerar a las familias con etiquetas innecesarias (Trabajador social).

Finalmente y en base a las reflexiones de los mismos participantes, el modelo PPF, y en consecuencia sus intervenciones, deben ser capaces de adaptarse no solo al aumento de la complejidad de los casos que aborda, sino que también a la serie de transformaciones sociales y culturales de los territorios. El aumento de los procesos migratorios, el descontento/estallido social y últimamente la situación sanitaria producto de la pandemia, han generado inevitablemente nuevos desafíos para los profesionales que desarrollan las intervenciones, obligándolos muchas veces a replantear, flexibilizar y adaptar sus acciones en beneficio de los sujetos de atención. Por esta razón, surge la necesidad de los profesionales de actualizar los enfoques teóricos y metodológicos del modelo PPF, en coherencia con los cambios antes mencionados.

> Es importante considerar el enfoque de género que tiene que ver con esta construcción social de lo femenino y lo masculino, reconociendo a la familia en con que se trabaja. También con el enfoque de inclusión que tiene que ver también con el reconocimiento de las relaciones del entorno en las posibilidades que pueden tener este grupo familiar en la sociedad y la interculturalidad, por el hecho del aumento de familias extranjeras que han llegado al programa y por la identidad cultural mapuche local que hay que tener considerada… mira, yo la verdad si bien utilizo los enfoques del PPF, también me he enfocado en otros enfoques que también siento que son prácticos dentro de lo que hacemos como profesionales dentro del programa. (Trabajadora social)

4. Evolución de factores protectores y vulnerabilidad durante la intervención (inicio y cierre)

Para conocer los resultados obtenidos por la intervención psicosocial desarrollada por los PPF, se construyó un modelo de evaluación de resultados, caracterizado por un diseño no experimental, de tipo longitudinal y retrospectivo. El muestreo fue no probabilístico, de juicio o estratégico, en el que se buscó participantes en base a criterios establecidos por la evaluación. Los criterios para la conformación de la muestra fueron los siguientes:

- Cuidadores que hayan participado del programa, durante al menos 6 meses.
- Casos atendidos entre enero de 2019 y marzo de 2020.

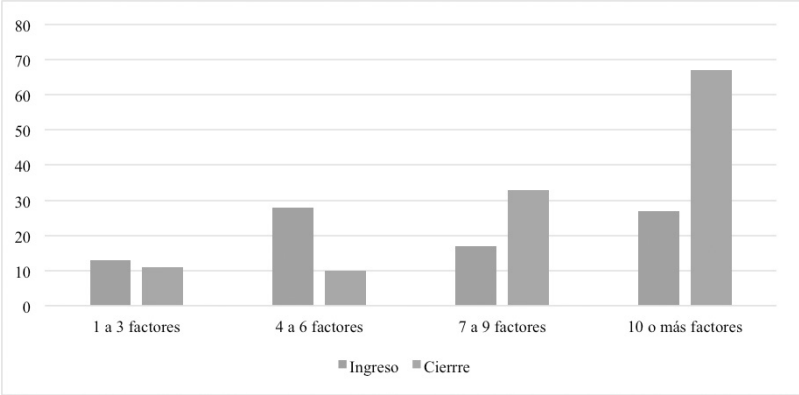
El modelo de evaluación considero el juicio profesional de los interventores, quienes completaron una matriz evaluativa conformada po 36 variables de resultados, agrupadas en dos dimensiones principales:

- Factores protectores: 17 factores, agrupados en 3 conjuntos (apoyo familiar/social, participación social y recursos familiares).
- Factores de vulnerabilidad: 24 factores, agrupados en 4 conjuntos (familiares/roles difusos, violencia intrafamiliar, carencia de apoyo social/familiar y dificultades con aspectos educacionales).

a) Evolución factores protectores (ingreso y cierre)

Al analizar la variación en relación a la cantidad de factores protectores, al interior de las familias que tenían entre 1 a 6 factores protectores al inicio de la intervención, se observa una leve disminución de estos factores al cierre del proceso. Por el contrario, en las familias que contaban con más de 7 factores protectores, aumentan este tipo de factores al termino del proceso (ver figura 4).

Figura 4
Número de factores protectores al inicio y cierre de la intervención



Dentro de la misma dimensión, tal como se observa en la tabla 4, al analizar la cifra total de factores protectores, se aprecia un aumento del 18, 7%. Se producen mejoras en todas las dimensiones, destacando en primer lugar a la dimensión recursos familiares, la que presenta un alza de un 33,9%. En contrapartida, es posible detectar disminución de factores protectores en dos factores específicos, a saber: «presencia de al menos un adulto significativo» y «valoración del espacio comunitario como lugar de encuentro y recreación». Al respecto se debe tener presente en primer lugar que el descenso es marginal y, por otra parte, dicho descenso no se podría vincular directamente a la participación de los NNA y familias en el programa, en tanto la ausencia de un adulto significativo se puede atribuir a causas diversas (enfermedad, fallecimiento, privación de libertad, etc.), mientras que la valoración del espacio comunitario depende de una multiplicidad de factores, tales como la participación de otras instituciones presentes en la comunidad (juntas de vecinos, dispositivos médicos, policías, etc.).

Tabla 4
Evolución específica de factores protectores entre el inicio y cierre de la intervención

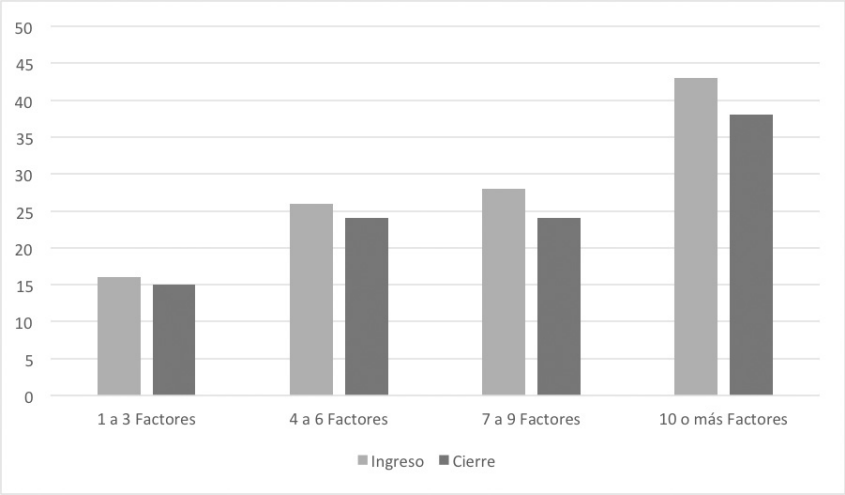
Factores protectores	Ingreso		Intervención		Variación porcentual
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Total apoyo social/familiar	142	76,3	163	87,6	11,3
Apoyo intrafamiliar	28	90,3	30	96,8	6,5
Presencia de al menos un adulto significativo	30	96,8	29	93,5	-3,2
Algún nivel de inserción en redes de apoyo social	28	90,3	30	96,8	6,5
Niveles promedio de cohesión familiar	24	77,4	30	96,8	19,4
Red de apoyo familiar	20	64,5	20	64,5	0,0
Expectativas en relación a los hijos	12	38,7	24	77,4	38,7
Total participación social	42	27,1	66	42,6	15,5
Participación en organizaciones	6	19,4	9	29,0	9,7
Vinculación positiva con entorno comunitario	5	16,1	9	29,0	12,9
Valoración del espacio comunitario como lugar de encuentro y recreación	6	19,4	5	16,1	-3,2
Valoración del espacio escolar como contexto protector	12	38,7	22	71,0	32,3
Valoración de la educación como herramienta de inserción laboral	13	41,9	21	67,7	25,8
Capacidad de adaptación ante cambios	9	4,8	20	10,8	5,9
Receptividad al apoyo	14	7,5	21	11,3	3,8
Conocimiento de derechos infanto-juvenil	3	1,6	22	11,8	10,2
Vive en ambiente sano	11	5,9	16	8,6	2,7
Total factores protectores	221	47,5	308	66,2	18,7

b) Evolución de factores vulneración (ingreso y cierre)

En esta dimensión es posible observar que las familias que tienen desde 1 a 6 factores de riesgo, no sufren modificaciones importantes al cierre del proceso. Por el contrario, las familias que cuentan desde 7 a 9 factores de vulneración,

presentan una leve baja de factores, la cual se acrecienta en las familias que tienen 10 o más factores de vulneración.

Figura 5
Número de factores de vulneración al inicio y cierre de la intervención



Al revisar el total de factores de vulneración, es posible detectar un descenso que alcanza un -11,1%. Lo anterior se visualiza en todas las dimensiones evaluadas, destacando la dimensión «dificultades familiares/roles difusos» con una reducción igual a -14,2%. Por el contrario, existen factores específicos que se mantienen sin variación, o bien, aumentan, tal es el caso de los factores «familiares con conductas delictivas» y «precariedad laboral», en los cuales se aprecia un alza de 6,5%, ámbitos que en general se encuentran fuera del alcance de los objetivos del programa.

De igual manera, se aprecia un aumento en los factores «estrés familiar» y «pautas intergeneracionales violentas», elementos que pueden vincularse parcialmente al programa, en tanto el desarrollo del proceso de intervención puede hacer que emerjan nuevos antecedentes que no se visualizaron al inicio, y por otra parte, no es posible perder de vista que la propia intervención puede constituirse en una fuente de estrés, en casos donde la familia no logra visualizar el proceso como una instancia de provecho, asociándolo más bien a una instancia de control.

Tabla 5
Evolución específica de factores de vulnerabilidad entre el inicio y cierre de la intervención

Factores vulneración	Ingreso		Cierre		Variación porcentual
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Dificultades familiares/roles difusos	134	43,2	90	29,0	-14,2
Estrés familiar	19	61,3	20	64,5	3,2
Baja capacidad de adaptación a cambios familiares	17	54,8	11	35,5	-19,4
Conducta negligente	24	77,4	9	29,0	-48,4
Familiares con conductas delictivas	0	0,0	2	6,5	6,5
Parentalización	8	25,8	7	22,6	-3,2
Difusión de normas y límites	22	71,0	15	48,4	-22,6
Roles de género, rígidos y estereotipados	24	77,4	16	51,6	-25,8
Exigencias sobredimensionadas a la etapa de desarrollo	10	32,3	5	16,1	-16,1
Enfermedad adulto responsable	2	6,5	3	9,7	3,2
Consumo familiar de alcohol/drogas	8	25,8	2	6,5	-19,4
Carencia apoyo social/familiar	82	52,9	66	42,6	-10,3
Baja inserción en red social de apoyo	18	58,1	15	48,4	-9,7
Débil red apoyo familiar	15	48,4	9	29,0	-19,4
Baja valoración entorno comunitario	16	51,6	11	35,5	-16,1
Precariedad laboral	20	64,5	22	71,0	6,5
Violencia intrafamiliar	55	59,1	52	55,9	-3,2
Estilo parental castigador	16	51,6	14	45,2	-6,5
Interacciones familiares violentas	19	61,3	17	54,8	-6,5
Pautas intergeneracional violentas	20	64,5	21	67,7	3,2
Dificultades con aspectos educacionales	44	47,3	35	37,6	-9,7
Baja valoración educacional formal	13	41,9	9	29,0	-12,9
Historia familiar de deserción escolar	23	74,2	23	74,2	0,0
Desvinculación del entorno educativo	8	25,8	3	9,7	-16,1
Total factores vulneración identificados	315	48,4	243	37,3	-11,1

En sintesis, a la luz de los datos expuestos es posible observar que aquellas familias que participan en el programa y que inician el proceso de intervencion con mayor cantidad de factores protectores (sobre 6), estos tienden a aumentar al cierre del proceso, sin embargo, en familias con menor cantidad de factores protectores estos tienden a disminuir con el transcurso del tiempo. En cuanto a los factores de riesgo la reducción parece ser menos pronunciada, alcanzando una leve baja solo en las familias con mayor cantidad de factores de riesgo.

Conclusiones y recomendaciones

En atención a los resultados expuestos, queda en evidencia la necesidad de fortalecer los programas preventivos debido a la relevancia dentro del sistema de protección infantil, particularmente en evitar la cronificación de vulneraciones de derechos y en fortalecer los recursos de los NNA y las familias. Esta tarea cobra importancia dentro del proceso de la creación del nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, para lo cual resulta necesario generar las condiciones institucionales y técnicas que permitan una adecuada implementación de los programas preventivos dentro de la nueva institucionalidad.

A continuación, se presentan algunas sugerencias generales con base en los resultados obtenidos y en la revisión comparada de literatura:

a) Propiciar intervenciones diferenciadas

Al analizar los datos de caracterización de los NNA y sus cuidadores, en general es posible observar una adecuación a las características del sujeto de atención señalado en las orientaciones técnicas de la modalidad, es decir, NNA de entre 0 y menos de 18 años de edad, afectados por vulneraciones de derechos relacionadas con su contexto familiar, que son de carácter moderado (SENAME, 2021). Los PPF al tratarse de la única modalidad preventiva del SENAME, absorbe una diversidad de causales de ingresos en un espectro de edad muy amplio, razón por la cual, la necesidad de diferenciar las intervenciones cobra relevancia. De esta manera, el diseño de la modalidad debe considerar la heterogeneidad de las necesidades de intervención para desplegar intervenciones diferenciadas en términos de dimensiones, frecuencia e intensidad, aspecto que fue escasamente observado en los planes de intervención analizados.

b) Incorporar la dimensión de salud mental de los cuidadores(as)

Según el autorreporte de los cuidadores es posible observar un número importante de casos con presencia de sintomatología moderada a severa de estrés, depresión y ansiedad, además de elevados niveles de estrés parental. En

este sentido, llama la atención que el diseño de la modalidad no incorpore la dimensión de salud mental desde una óptica preventiva en las orientaciones técnicas, lo que incide en la ausencia de acciones concretas dentro de los planes de intervención, siendo contradictorio con la gran cantidad de evidencia que respalda la vinculación entre salud mental de los cuidadores y la calidad de los cuidados (Kolthof *et al.*, 2014). Los elementos señalados reflejan la necesidad de que los equipos de trabajo consideren esta dimensión dentro de los procesos de intervención, a través del despeje de situaciones que ameriten una intervención especializada y la articulación con redes para dichos fines.

c) Considerar las trayectorias de victimización de los NNA

Los resultados indican que los tipos de victimizaciones más prevalentes, son de tipo familiar (negligencia, maltrato físico y maltrato psicológico) e indirecta (testigo de violencia intrafamiliar), antecedentes que son concordantes con el sujeto de atención de la modalidad. Sin embargo, llama la atención el promedio de victimizaciones por NNA (M=6.9), lo que indica que un número importante de NNA poli victimizados se encuentran siendo atendidos en modalidades preventivas. Cabe consignar, que el estudio de las trayectorias de victimización en NNA resulta relevante para el diseño de estrategias preventivas y reparatorias debido a la evidencia que respalda que los NNA poli victimizados se encuentra en alto riesgo de desarrollar consecuencias negativas a largo plazo (Cudmore *et al.*, 2015; Guerra *et al.*, 2016; Price-Robertson *et al.*, 2013; Cook *et al.*, 2005; Pereda & Gallardo-Pujol, 2014). Asimismo, si bien, los resultados del estudio indican una focalización de victimizaciones sufridas al interior del grupo familiar, también resulta relevante incorporar una perspectiva multidimensional del fenómeno, ampliando la mirada al barrio, escuela, espacios virtuales, entre otros (Finkelhor, 2011).

d) Fortalecer la toma de decisiones basada en criterios estructurados

El estudio demuestra que los equipos profesionales otorgan una elevada importancia a la utilización de instrumentos y sistemas de evaluación, en tanto constituyen elementos que apoyan la toma de decisiones. Sin embargo, también se manifiesta la necesidad de formación y acompañamiento técnico para un adecuado uso (técnico y ético) de la tecnología psicosocial que se ha ido incorporando en la modalidad con el transcurso de los años (instrumentos de evaluación, modelos de trabajo, etc.).

Entender la toma de decisiones mediante criterios estructurados ante casos de extrema complejidad como son los casos de violencia, maltrato o

negligencia, significa pasar de un paradigma del abordaje basado en la mirada clínica «subjetiva» hacia una mirada centrada en la evidencia, que permita a los profesionales tener mayor seguridad de las condiciones proteccionales en las cuales se encuentran los NNA que atienden (López Boo *et al.*, 2016).

e) Potenciar las vías de ingreso desjudicializadas

La dimensión cualitativa del estudio, indica que quienes participan de una intervención desjudicializada, tienden a adoptar una valoración más positiva del apoyo que puede brindar el PPF, identificando claramente los beneficios de su participación en dicho espacio; en contraste, quienes son derivados por una medida judicial, pueden manifestar menos motivación y adherencia al PPF, configurando muchas veces un espacio obligado de trabajo.

Resulta importante explorar alternativas para la resolución de este conflicto, que permitan asegurar el resguardo de la integridad de NNA en el marco de sus relaciones familiares y comunitarias evitando la desproporcionalidad de la judicialización de los casos en las intervenciones de carácter preventivas (UNICEF, 2015). La carga que supone la judicialización conlleva a que los equipos profesionales deban dedicar un tiempo importante a la generación de un vínculo con las familias, condición que en algunos casos resulta imposible, traduciéndose muchas veces en un obstaculizador del proceso.

f) Actualización de orientaciones técnicas de la modalidad PPF

Quienes desempeñan sus funciones al interior de los PPF, destacan la necesidad de una adaptación constante a los cambios que sufre la sociedad chilena. Los altos índices de violencia de género, el alza sostenida de migrantes y los efectos de la actual pandemia, suponen desafíos importantes para los equipos. Al respecto, los participantes enfatizan la necesidad de una definición operativa de modelos y enfoques de trabajo consignados en las orientaciones técnicas de la modalidad (ejemplo: género e interculturalidad), aspecto que facilitaria la incorporación de acciones concretas en los planes de intervención.

Por otro lado, si bien las entrevistas realizadas a los profesionales se desarrollaron antes del inicio de la pandemia en Chile, contactos posteriores con los equipos de trabajo permitieron observar la preocupación por la forma en que se desarrollan las intervenciones en el contexto de confinamiento, por lo cual han debido adaptar las estrategias de intervención que se desarrollaban en la presencialidad a un escenario no presencial (llamadas telefónicas, vídeo llamadas, Whatsapp, etc.). Este último elemento se presenta como un desafío para posteriores investigaciones y lineamientos técnicos de la modalidad, tanto

por la importancia que tiene para los equipos que desarrollan las intervenciones, como por constituirse en un elemento determinante del nuevo tejido social.

g) Visibilizar fenómenos emergentes (violencia filio-parental en el contexto de violencia intrafamiliar)

Un antecedente llamativo no visilizado a la fecha en los lineamientos de intervención familiar en programas ambulatorios del Sename, es la violencia ascendente o filio-parental. Si bien no es un fenómeno nuevo en Chile, este carece de abordaje especializado y estudios suficientes que den cuenta de sus particularidades (Álvarez *et al.*, 2016; Ilabaca & Gaete, 2018; Jiménez-García *et al.*, 2020). En el presente estudio, se logran observar casos en los cuales se presenta este tipo de violencia, probablemente en un contexto de disfuncionalidad familiar, lo que podría complejizar los procesos de intervención. La evidencia ha demostrado que los NNA que cometen actos de violencia hacia sus padres o cuidadores tienden a presentar un historial de exposición a violencia familiar, baja disciplina ejercida por los progenitores, amigos con problemas de conducta, síntomas de depresión, conducta delictiva, consumo de drogas, impulsividad y creencias justificadoras de la violencia (Calvete *et al.*, 2011). Además, en este tipo de violencia se destaca que las madres sufren de más violencia que los padres (Calvete *et al.*, 2014), lo que se asemeja a los hallazgos de la presente investigación.

Referencias

Abidin, R. (1990). *Parentingstress index short form: Test manual.* University Press of Virginia.

Abidin, R. (1995). *Parentingstress index*. Psychological Assessment Resources Inc.

Álvarez, A., Sepúlveda, R., & Espinoza, S. (2016). Prevalencia de la violencia filio-parental en adolescentes de la ciudad de Osorno. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, *1*(1), 59-74. https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-08/RIDEP56-Art3.pdf

Anderson, L. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research, 57*, 340-350.

Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica, 30(3)*, 49-55.

Assel, M., Landry, S., Swank, P., Steelman, L., Miller-Loncar, C., & Smith, K. (2002) ¿How do mothers' childrearing histories, stress and parenting

affect children's behavioural outcomes? *Child: care, health and development, 28*, 359-368.

Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K., & Molina, Y. (2016). Validity and reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) applied to a Chilean sample. *Journal of Child and Family Studies, 25(12)*, 3554-3564.

Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería, 8(1)*, 49-55.

Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., & Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-26.

Calvete, E., Gámez-Guadix, M., & Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicologia*, *30*(3), 1176–1182. https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.166291

Calvete, E., Orue, I., & Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, *34*(3), 349-363. https://doi.org/10.1174/021037011797238577

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35(5)*, 390-398.

Contreras, J., Rojas, V., & Contreras, L. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: la realidad chilena. *Psicoperspectivas*, 38(2), 327-342.

Cudmore, R., Cuevas, C., y Sabina, C. (2015). The impact of polyvictimization on delinquency among latino adolescents: a general strain theory perspective. *Journal of interpersonal violence, 32(17)*, 2647-2667.

Cummings, M., Keller, P., & Davies, P. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of child psychology and psychiatry, 46*, 479-489.

Daza, P., Novy, D., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 24(3)*, 195-205.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., y otros. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 56(6), 774-786.*

Feinstein, O. (2007): «Evaluación pragmática de políticas públicas», ICE, n.º 836, pp. 19-31.

Finkelhor, D. (2011). Crime, Violence and Abuse in the Lives of Children: Developmental Victimology. 5th Violence Prevention Milestone Meeting, Cap Town, Southafrica.

Finkelhor, D., Hamby, S., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile victimization questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child abuse y neglect, 29*, 383-412.

Frontini, R., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2016). Parenting stress and quality of life in pediatric obesity: The mediating role of parenting styles. *Journal of Child and Family Studies,* 25(3), 1011-1023

Gómez, E., Muñoz, M., & Haz, A. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé, 16(2)*, 43-54.

Gracia, E., & Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil: un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Ministerio de Asuntos Sociales.

Guerra, C., Ocaranza, C., y Weinberger, K. (2016). Searching for social support moderate the relationship between polyvictimization and externalizing symptoms: a brief report. *Journal of interpersonal violence,* 1-10.

Gwynne, K., Blick, B., & Duffy, G. (2009). Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk. *Journal of paediatrics and child health, 45(3)*, 118-124.

Ilabaca, P. A., & Gaete, J. M. (2018). Adolescents Who Are Violent Toward Their Parents: An Approach to the Situation in Chile. *Journal of Interpersonal Violence*. https://doi.org/10.1177/0886260518808856

Jiménez-García, P., Contreras, L., Pérez, B., Cova, F., & Carmen Cano-Lozano, M. (2020). Adaptation and psychometric properties of the child-to-parent violence (CPV-Q) in young chileans. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *3*(56), 34-46. https://doi.org/10.21865/RIDEP56.3.03

Kolthof, H., Kikkert, M., & Dekker, J. (2014). Multiproblem or multirisk families? A broad review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 2, 148. doi:10.4172/2375-4494.1000148

López Boo, F., Araujo, M. C., & Tomé, R. (2016). ¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil? Guía de herramientas. Washington: BID.

Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995a). *Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology Foundation of Australia.*

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995b). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Menéndez, S., Hidalgo, M. V., Jiménez, L., Lorence, B. & Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, 26, 378-389.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2019). Encuesta longitudinal de primera infancia. (ELPI). Tercera ronda 2017-2018. Observatorio

Ministerio de Desarrollo social/encuesta implementada por el Centro de encuestas longitudinales UC. Santiago: Gobierno de Chile (www. elpi.cl).

Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 9(11), 1*.

Nunes, C., Lemos, I., Ayala Nunes, L. & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 313-320

Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of clinical child psychology, 29(4)*, 615-625.

Pavez, J., Herrera, Y., Molina, J., Ortúzar, H. & Zamora, C. (2019). El permanente conflicto Estado e Instituciones colaboradoras a partir de su marco normativo. *Athenea Digital*, 19 (1), 1-24.

Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2014). One hit makes the difference: the role of polyvictimization in childhood in lifetime revictimization on a southern european sample. *Violence and victims, 29(2)*, 217-231.

Pérez, F., & Santelices, M. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de clínica psicológica*, *25(3)*, 235-244.

Price-Robertson, R., Higgins, D., & Vassallo, S. (2013). Multitype maltreatment and polyvictimisation: a comparison of two research frameworks. *Family matters, 93*, 84-98.

Raikes, H., & Thompson, R. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant mental health journal, 26(3)*, 177-190.

Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias. Madrid: Pirámide.

Román, F., Vinet, E., & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21): adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de clínica psicológica*, *23(2)*, 179-190.

Santelices, M., Pérez, F., Rivera, C., Gomez, A., & Farkas, C. (2012). Salud mental materna y adaptación del preescolar al jardín infantil en Chile. *Revista Argentina de clínica psicológica, 1*, 75-84.

Servicio Nacional de Menores (2021). *Orientación Técnica PPF.* Departamento de Protección de Derechos. Santiago, Chile.

Servicio Nacional de Menores (2020). *Anuario estadistica de Sename 2019*. Santiago, Chile

Schöngut-Grollmus, N. (2017). Ensamblajes socio-técnicos para la producción de intervenciones psicosociales en un programa de Servicio Nacional

de Menores de Chile. *Psicoperspectivas*, *16*(3), 41-51. http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue3-fulltext-1049

Tully, P., Ajac, I., & Venning, A. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 37(5), 717-726.

UNICEF. (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. https://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/

UNICEF. (2019). *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2018/06/UNICEF-WD-Programas-Ambulatorios.pdf

Vallotton, C., Harewood, T., Ayoub, C., Pan, B., Mastergeorge, A., & Brophy-Herb, H. (2011). Buffering boys and boosting girls: the protective and promotive effects of early head start for children's expressive language in the context of parenting stress. *Early childhood research quarterly, 27*, 696-707.

Weinberg, M., & Tronick, E. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of clinical psychiatry, 59*, 53-61.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Cuidados, evaluación y toma de decisiones

La mentalización parental como factor protector en la parentalidad temprana en contextos de adversos

María José León Papic
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Chile

Stefanella Costa Cordella
Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia y Laboratorio de Neurociencias Humanas. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Chile

Catalina Sieverson Raddatz
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Chile

Introducción

La transición y el ejercicio de la parentalidad son de los procesos más transformadores en el desarrollo de las personas. La experiencia y calidad de esas transformaciones dependerá en parte de la propia historia de crianza temprana de los padres cuando fueron hijos, así como también del entorno y calidad de las relaciones que hayan establecido con cuidadores significativos en la primera infancia.

La habilidad para explorar el mundo interno, o mentalización, es un factor clave para desarrollar relaciones saludables, de confianza y protección, así como también para que estos tipos de relaciones se vayan transmitiendo de generación en generación. Es en el contexto de relaciones cercanas y seguras donde es posible desarrollar la capacidad de mentalización (Fonagy *et al.*, 1991; Fonagy *et al.*, 2002; Slade *et al.*, 2005).

Se ha demostrado que la capacidad del adulto para explorar el mundo interno propio y ajeno puede «amortiguar» los efectos negativos de las

experiencias adversas en el niño y en la relación que establece con el adulto (Camoirano, 2017).

Considerando la vasta evidencia que relaciona experiencias adversas en la infancia con dificultades presentes y futuras en el desarrollo y la salud mental, en este capítulo presentamos una descripción del modelo de mentalización y apego en el contexto de la parentalidad con niños pequeños, mostrando cómo las experiencias adversas en las relaciones de cuidado temprano afectan su desarrollo, pero también cómo la mentalización se propone como un factor protector de los efectos de esas mismas experiencias.

Desarrollo del concepto, ¿qué es la mentalización parental?

El concepto de mentalización o función reflexiva surge a principios de los años 90 en el contexto de tres líneas de investigación: la exploración de los mecanismos intergeneracionales de la transmisión del apego, el trabajo con pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y la sistematización del trabajo psicoanalítico con niños y adolescentes.

En la primera línea, en 1991 se implementó The London Parent-Child Project (Fonagy *et al.*, 1993; Fonagy *et al.* 1991; Fonagy, Steele, Steele, et al., 1991); un estudio longitudinal destinado a desentrañar los procesos que explicarían el traspaso del apego de un padre/madre hacia su hijo.

La transmisión intergeneracional de patrones relacionales ha sido siempre una premisa fundamental del modelo psicoanalítico (Bowlby, 1969, 1978; Fraiberg *et al.*, 2003; Freud, 1940); sin embargo, al igual que con muchas otras premisas psicoanalíticas, no existía evidencia sistemática sobre los mecanismos de este proceso. Así, este estudio indagó este postulado utilizando la teoría del apego (Bowlby, 1969) como marco conceptual. La idea era investigar si era posible predecir, antes del nacimiento del niño, el tipo de relación que este iba a tener con su cuidador basándose en la calidad de las relaciones objetales internas del cuidador (es decir, las formas de relacionarse con otros cercanos y de percibir y narrar su experiencia de dichas relaciones) y en sus modos habituales de defensa.

Se entrevistó a 250 parejas en el último trimestre del embarazo, aplicando medidas de apego adulto por medio de la entrevista de apego adulto (AAI) (Main *et al.*, 1985) y apego infantil (Ainsworth *et al.*, 1970). Los resultados demostraron que la seguridad del apego del niño era predicha fuertemente por la capacidad parental de darle sentido a sus propias experiencias infantiles en relación a sus figuras de cuidado. Dentro de la entrevista de apego, la escala que mostró mayor relevancia fue la *escala de funcionamiento reflexivo* que sirvió como base para lo que hoy se conoce como escala de función reflexiva

y que es actualmente la principal medida (*gold standard*) de la mentalización (Luyten *et al.*, 2017).

Paralelamente y referente a la segunda línea de investigación, el concepto de mentalización comenzó a utilizarse en el trabajo con pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) (Fonagy, 1989). Se constató que las problemáticas psicosociales de estos pacientes se relacionaban con la dificultad para interpretar adecuadamente los estados mentales (p. ej., intenciones) de otros, sobre todo en situaciones cargadas afectivamente (p. ej., «estás bostezando porque te aburro» sin posibilidad de pensar en otras interpretaciones alternativas).

En esa primera ocasión, Fonagy y su equipo. utilizaron el concepto basándose en la noción de mentalización de la escuela psicosomática de París, es decir, como la elaboración de experiencias afectivas en fenómenos mentales progresivamente organizados (Lecours & Bouchard, 1997) pero operacionalizado en la manera en la que lo comprendía la psicología del desarrollo con su concepto de teoría de la mente (ToM): la capacidad de diferenciar la perspectiva propia de aquella de los demás (Baron-Cohen, 1991; Leslie, 1987).

Así, los problemas en la teoría de la mente comenzaron a comprenderse como un elemento esencial del trastorno límite de la personalidad. Fonagy y su equipo notaron que la habilidad de la ToM una vez adquirida (según investigadores del desarrollo a los 4 años) podría perderse momentáneamente en situaciones de estrés (Fonagy, 1989; Fonagy, 1991) y que pacientes con TLP mostraban largos momentos no-mentalizadores dañinos para la coherencia en su experiencia de sí mismos y para sus relaciones interpersonales, incluyendo la relación psicoterapéutica. Así, propusieron un giro en el foco de la psicoterapia psicodinámica con pacientes TLP, reemplazando el objetivo del *insight* por el de incrementar las habilidades mentalizadoras de los pacientes para así mejorar su manejo de estados emocionales, particularmente dentro de las relaciones.

Más adelante y referente a la tercera línea de investigación, Fonagy y Target (1997) en el contexto de una línea de investigación que buscaba sistematizar el trabajo psicoanalítico con niños y niñas, profundizaron en cómo se desarrollaba la mentalización a lo largo del ciclo vital, especialmente en los primeros años de vida (Fonagy *et al.*, 2007; Fonagy *et al.*, 2002; Fonagy & Target, 1997; Target & Fonagy, 1996). A partir de su investigación, argumentaron que esta habilidad no era innata (a diferencia de los investigadores de la ToM, quienes argumentaban lo contrario) sino que era un logro del desarrollo enraizado en la calidad de las relaciones de apego (como se verá más adelante en el capítulo).

Fue así como la capacidad parental de darle sentido a los estados internos del hijo –o mentalización parental– comenzó a cobrar relevancia en la investigación sobre parentalidad. Cuando el cuidador logra enfocarse en las necesidades afectivas que subyacen a la conducta manifiesta del niño, logra responder en un modo ajustado a las necesidades de este y, por lo tanto, regular sus estados de estrés (Mayes, 2000). Si bien la mayor parte de la investigación sobre estas

interacciones se ha llevado a cabo en infantes, existe evidencia del rol clave de este proceso a lo largo de toda la infancia y adolescencia (Benbassat & Priel, 2012; Ensink, 2016; Ensink *et al.*, 2015).

Actualmente, y como se verá a lo largo del capítulo, la mentalización parental está siendo estudiada en diversos contextos, y ya existe sólida evidencia asociándola a calidad del cuidado (Schechter *et al.*, 2008), sensibilidad parental (Suchman *et al.*, 2010), seguridad en el apego (Slade *et al.*, 2005) y regulación emocional en niños, niñas y adolescentes (Heron-Delaney *et al.*, 2016). Además, está relacionada con la capacidad de mentalización del niño sobre sí mismo y sus relaciones (Rosso *et al.*, 2015; Scopesi *et al.*, 2015). Se ha visto, por ejemplo, que altos niveles de mentalización en madres con historia de trauma, mitigan la presencia de psicopatología (Borelli *et al.*, 2015; Ensink *et al.*, 2014, 2015).

Por el contrario, bajos niveles de mentalización parental se han asociado a una amplia gama de problemas cognitivos y socioemocionales (Luyten & Fonagy, 2015) fallas en la regulación emocional (Heron-Delaney *et al.*, 2016) presencia de conductas externalizantes (Ensink, 2016), trastornos de ansiedad (Esbjørn *et al.*, 2013) y a factores de alto riesgo de psicopatología (Slade *et al.*, 2005).

Desarrollo de la mentalización en el ciclo vital

Desde la perspectiva del desarrollo la mentalización es descrita como un factor clave en la organización del *self* y en la regulación afectiva (Fonagy *et al.*, 2002). La atribución de estados intencionales es una capacidad humana adaptativa que nos permite predecir e interpretar el comportamiento propio y ajeno. Esta se construye y organiza a partir de las experiencias sociales tempranas, las que fundamentalmente se dan dentro de las relaciones con los cuidadores primarios (relaciones de apego), específicamente en las interacciones que implican regulación emocional.

El niño comienza a desarrollar muy tempranamente la capacidad de reconocerse como un ser física y mentalmente único y diferente a los demás. Esto se ha denominado «sentido de sí mismo» (Stern, 1985) y se produce en la experiencia de ser tratado como un sujeto (en el sentido de individuo con subjetividad propia) con mente (en el sentido de un agente que actúa motivado por estados mentales). Lo anterior sienta las bases de la capacidad de percibir e interactuar con otros como seres subjetivos con sus propias mentes ajenas a la propia, y de poder imaginar estados mentales en ellos (Fonagy & Target, 2006; Stern, 1985).

Este proceso comienza a desarrollarse desde el nacimiento, donde cuidador e hijo construyen un sistema de comunicación-regulación (Beebe *et al.*, 1997; Stern, 1985) en que los infantes aprenden sobre el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones a través de la observación de las expresiones de

afecto de su cuidador y mediante la asociación de situaciones y comportamientos que acompañan esa expresión emocional. En este sistema de comunicación-regulación, la habilidad del cuidador de «espejar» (*mirroring*) la expresión emocional del bebé, por medio de la imitación facial y vocal, cumple un rol fundamental en la regulación afectiva de este (Beebe, 2006; Gergely & Watson, 1996). Para que los patrones de comunicación-regulación se desarrollen adecuadamente, el acto de espejar la experiencia emocional del bebé debe ser «marcada» (*marked mirroring*) (Gergely & Watson, 1996). Esto implica que lo que el bebé percibe en la cara de su madre no se corresponde exactamente con la emoción que él está experimentando si no que es más bien una emoción complementaria; consistente con lo que siente el bebé pero no idéntica. Por ejemplo, el bebé expresa aflicción y llora, la madre expresa una aflicción empática (está afligida porque quiere ayudar a su bebé, no está afligida de la misma forma en la que lo está él) y, junto a un tono de voz de preocupación por el niño, y mientras intensifica su expresión facial, podría atribuir estados mentales al bebé y verbalizar, por ejemplo, «¿qué le pasó?», «¿tiene pena?».

Lo anterior permite al bebé comprender algo más sobre su experiencia emocional. La cara de su madre, su voz y las palabras que ella utilizó le otorgan significado a la excitación fisiológica experimentada. Al devolverle el cuidador al bebé una imitación diferenciada de su propia experiencia, este logra regular su emocionalidad y construir una representación primaria de sus experiencias emocionales (Gergely & Watson, 1996).

Por el contrario, si este espejamiento fuera demasiado preciso (si el cuidador no marca o exagera la expresión emocional al momento de espejar), el bebé experimentaría esa emoción como una vivencia real de su cuidador («mi cuidador está afligido») lo cual podría resultar altamente abrumador («mi cuidador no está disponible, esta aflicción que siento podría prolongarse indefinidamente») impidiéndole regular su emoción, diferenciar su experiencia de la de su cuidador y por lo tanto, limitando su posibilidad de construir una representación de su emocionalidad (Fonagy *et al.*, 2002).

En la repetición constante de este tipo de interacciones, el bebé aprende que mientras esté en presencia del cuidador, no se sentirá abrumado por su excitación emocional, porque el cuidador está allí para ayudarlo a restablecer el equilibrio por medio de la regulación emocional que se da gracias al reflejo marcado y sintónico de la expresión emocional del bebé.

Es mediante estas interacciones que los bebés construyen representaciones primarias de sus estados emocionales, las cuales se consideran procesos automatizados asociados a estructuras emocionales básicas «precableadas»[1] en donde la información que reciben del entorno es representada implícitamente, liderada

[1] Los infantes muestran una tendencia innata a expresar de forma automática sus estados afectivos, naciendo con un [falta un concepto] de emociones básicas e innatas, tales como tristeza, disgusto, sorpresa, miedo, rabia y alegría.

por la percepción y operando fuera de la conciencia. Es por este proceso que el bebé aprende a reconocer sus estados emocionales básicos (Fonagy *et al.*, 2002).

Los procesos recién descritos no son innatos. Su adecuado desarrollo depende del contexto social en el que los sujetos se desenvuelven, principalmente en los primeros años de vida.

Así, la evidencia ha demostrado que aquellos cuidadores que vivieron experiencias adversas en su infancia (principalmente adversidades dentro de la relación con figuras de apego) muestran luego dificultades significativas en la capacidad de espejar las emociones de sus hijos y de reflexionar sobre los estados emocionales de este, lo cual afecta negativamente el sentido del *self* y regulación del bebé (Beebe *et al.*, 2012; Beebe, Lachmann, Markese, Buck, et al., 2012). También desde el nacimiento, los padres están reconociendo a su bebé como un ser con subjetividad y mente propia. Los padres le atribuyen significados y estados mentales a las intenciones no verbales de su hijo y así este va otorgándole significados a sus propias experiencias y estados mentales (Slade, 2005). En la medida en que esta capacidad avanza en el desarrollo, el niño va adquiriendo la capacidad comprender su propio comportamiento y predecir el comportamiento de otros pudiendo anticiparse y responder de una manera organizada, lo que va ocupando un lugar central en la posibilidad de establecer relaciones sociales con sentido (Fonagy *et al.*, 2002; Slade, 2005).

La atribución repetida de estados mentales al bebé por parte del cuidador, le permite al bebé desarrollar estructuras representacionales secundarias, las cuales se componen por la asociación entre las representaciones primarias, es decir, estados emocionales básicos automatizados, con estados emocionales categorizados, donde gradualmente se hace posible acceder a ellos de forma consciente por medio de significados cognitivos y emocionales (los cuales fueron previamente atribuidos por el cuidador) (Fonagy *et al.*, 2002).

Es en todo este proceso, donde las capacidades mentalizadoras del cuidador cumplen un rol fundamental para el desarrollo de un sentido de sí mismo coherente y de habilidades mentalizadoras en su hijo (Slade, 2005), ya que si las atribuciones de estados mentales que hace el cuidador a la conducta de su hijo son poco precisas, erróneas, distorsionadas o no hace atribuciones, esto tendrá una influencia negativa sobre el desarrollo del *self* y de las capacidades mentalizadoras del niño.

Mentalización y apego

Como se mencionó anteriormente, el estudio de la mentalización proviene en parte del estudio de la transmisión intergeneracional del apego (*transmission gap*) (Fonagy *et al.*, 1991, Slade et al., 2005, van IJzendoorn, 1995), refiriéndose a la mentalización como la variable que explica la transmisión del estilo de apego de generación en generación (van IJzendoorn, 1995; Wolff *et al.*, 1997).

Estos estudios concluyen que no es tanto la sensibilidad materna (es decir, la capacidad del adulto para leer e interpretar señales de su hijo y responder adecuadamente a ellas) la que predice el estilo de apego de un niño y de cómo este se transmite de generación en generación, sino que un mecanismo crucial en este traspaso está dado por la capacidad parental de concebir y tratar al niño como un sujeto con mente (como se explicó en el apartado anterior) y por la capacidad parental de reflexionar sobre las experiencias de su propia infancia en cuanto hijo (George & Solomon, 2008).

La teoría del apego propone que los bebés nacen con ciertas capacidades en potencia para regular sus propias emociones y establecer relaciones con otros, pero que para llegar a desarrollar satisfactoriamente esas capacidades, en primer lugar necesitan de un adulto que le enseñe cómo hacerlo (Ainsworth *et al.*, 1970; Bowlby, 1969). Un niño pequeño busca instintivamente estar cerca de un adulto significativo para ser calmado, recobrar el equilibrio y reconocer sus emociones (Ainsworth *et al.*, 2015; Bowlby, 1969). Dependiendo de la calidad de estas primeras experiencias de coregulación entre el niño y su cuidador, el niño irá internalizando y construyendo «modelos» de cómo relacionarse y qué esperar del mundo y de los demás, y sobre la base de estos mismos modelos irá estableciendo nuevas relaciones interpersonales, es decir, configurando un patrón de apego (Bretherton & Munholland, 1999).

Un cuidador que intenta comprender y responder adecuadamente a los comportamiento de su hijo, está promoviendo que este se sienta «traducido» y «comprendido», pudiendo experimentar seguridad al expresar sus emociones, sabiendo que estas serán reconocidas y reguladas por parte de su cuidador. En este contexto, el cuidador favorece que el niño experimente y desarrolle la seguridad suficiente para establecer relaciones de confianza con otras personas y con ello un repertorio adecuado de comportamientos que le permitirá establecer relaciones interpersonales saludables, protegiendo su salud mental (Asen & Fonagy, 2012; Bateman & Fonagy, 2012; Fonagy *et al.*, 1991; Fonagy *et al.*, 2002)

Por el contrario, en un ambiente con escasa regulación emocional, el niño puede experimentar que su mundo interno es incomprensible, amenazante, desconocido y/o poco valioso, ya que su expresión emocional no suele estar acompañada de un reconocimiento y posterior regulación por parte de su cuidador. En un contexto de baja mentalización, el niño no llega a desarrollar exitosamente su propia capacidad para reconocer y responder a las expresiones emocionales de otros, las que se vuelven incomprensibles. Esto podría llevarlo a querer controlar a los otros por lo abrumador e incluso amenazante que se vuelve imaginar los estados mentales ajenos. Esto muchas veces trae como consecuencia relaciones frustrantes y poco placenteras, lo que constituye un factor de riesgo para la salud mental (Asen & Fonagy, 2012; Sharp & Fonagy, 2008).

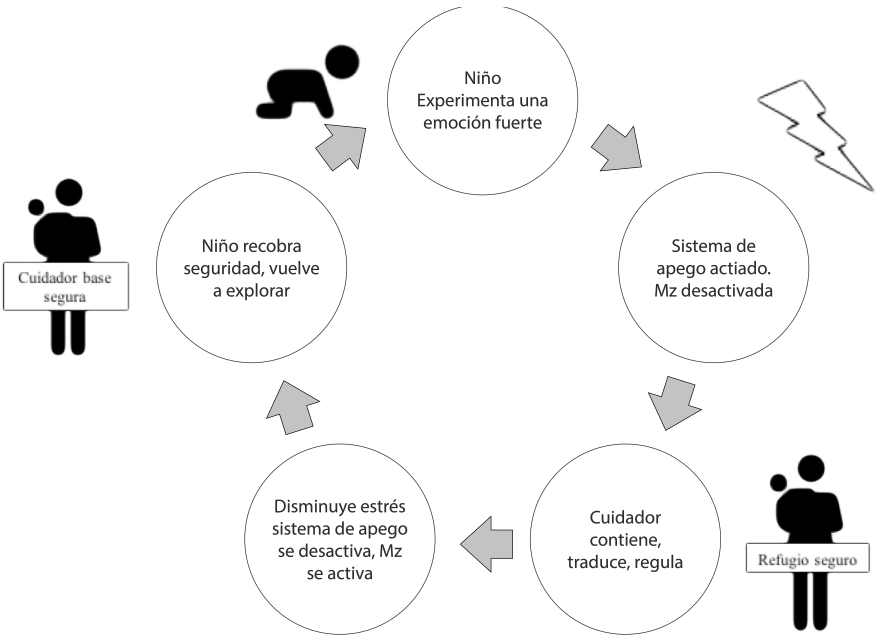
Así, el desarrollo de la mentalización se ve favorecido en contextos de apego seguro y entornos mentalizadores promueven la seguridad en el apego. Sin embargo, ambos procesos no se activan de manera conjunta si no que se activan en determinadas situaciones y se expresan a través de una gran variedad de comportamientos (Fonagy *et al.*, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007). Estos comportamientos son las «señales» que el niño dirige a su cuidador para llamar su atención, ser protegido, contenido o estimulado para explorar, seleccionando aquellos comportamientos que le sean más útiles en base a cómo el cuidador suele responder a sus señales (por ejemplo, gritar, correr, gatear, sonreír, llorar, buscar la mirada, indicar con el dedo, apoyarse en el pecho, tirar la ropa del cuidador, etc.).

Al respecto, los aportes desde las neurociencias son esclarecedores. Bartels y Zeki (2004; 2000) al estudiar el apego y la mentalización, indican que al ponerse en marcha el sistema de apego se activan áreas específicas del cerebro relacionadas al placer y regiones abundantes en receptores de oxitocina y vasopresina (Insel & Young, 2001; Strathearn *et al.*, 2008), es decir, relacionadas con experiencias agradables y que por esto mismo son experiencias que el niño necesita y busca para su desarrollo. Los mismos estudios indican que al activarse el sistema de apego se desactivan otras redes neurales que se suelen poner en marcha para la evaluación social crítica (por lo tanto, relacionadas con la mentalización) y que corresponden a zonas que se activan al experimentar emociones displacenteras (Bartels & Zeki, 2000; Bartels & Zeki, 2004).

En este sentido, se dice que la mentalización y el estrés tienen una relación paradójica, ya que cuando un niño experimenta una situación como estresante o amenazante, se activan regiones cerebrales relacionadas con la búsqueda de proximidad social y disminuyen su activación aquellas relacionadas con la regulación afectiva y la mentalización (Bull *et al.*, 2008; Hu *et al.*, 2016; Lieberman, 2007; Mayes, 2000). En otras palabras, frente a situaciones de alto estrés se reduce la capacidad para reflexionar y, cuando estas situaciones de estrés o adversidad se cronifican, la capacidad de mentalizar se ve afectada de modo más estable.

En el contexto de un apego seguro y mentalización parental adecuada, cuando un niño considera que está en una situación amenazante, buscará activamente la cercanía de su cuidador y se mostrará inhabilitado para poder regular y pensar en la situación amenazante (ver Figura 1) y a medida que es reconfortado por el adulto se irá desactivando su sistema de apego. El cuidador recibirá a su niño, dirá lo que observa que está ocurriendo y cómo imagina que se siente el niño y, cuando el niño se muestre calmado, podrá explicarle cómo resolverlo o comprender lo ocurrido.

Figura 1
Ciclo de activación-desactivación del apego dentro de la relación entre un infante y un adulto con capacidad reflexiva



Referencia: elaboración propia a partir de varias fuentes (Luyten *et al.* 2010; Powell *et al.*, 2014).

En el contexto de un vínculo de apego seguro, podemos observar que aún en situaciones de estrés en las que se activa el sistema de apego, tanto el cuidador como el niño logran recuperarse y sobreponerse relativamente rápido, «recuperando» su capacidad para explorar y reflexionar.

Un niño que se desarrolla en un contexto con estas características tendrá más oportunidades para convertirse en un adulto que será capaz de explorar los mundos internos propios y ajenos, lo que puede expresarse luego en la creatividad, habilidad para simbolizar, habilidad para cambiar perspectivas en su vida y las de otros, atender a intereses en sueños y fantasías, arte y música y el mundo interno de los otros en general (Bateman & Fonagy, 2012).

Sin embargo, tal como se discutió en el apartado sobre desarrollo, el proceso recién descrito no es innato y depende del contexto relacional en el que el niño se desarrolle.

Con respecto a la relación entre mentalización y estilos de apego, los estudios han encontrado una relación significativa entre bajos niveles de

mentalización y el desarrollo de patrones de apegos inseguros y desorganizados; los cuales son reconocidos factores de riesgo de psicopatología. En una muestra de madres con dificultades en la mentalización, se observó una fuerte tendencia a interrumpir los intercambios comunicativos afectivos con sus hijos y serias dificultades para la coregulación emocional (por ejemplo, rechazar al hijo cuando este experimenta emociones como miedo o angustia en vez de consolarlo) (Grienenberger *et al.*, 2005; Slade *et al.*, 2005). Existe también evidencia sobre la mentalización como factor protector en contextos de alto riesgo psicosocial, donde altos niveles de mentalización predicen la capacidad de las madres de responder de manera sensible (Huth-Bocks *et al.*, 2014; Rosenblum *et al.*, 2008).

Se ha descrito que personas que tienden a presentar patrones de apego ansioso, muestran un umbral más bajo de tolerancia al estrés. Esto es, frente a una pequeña cantidad de estrés se les activan sus conductas de apego y esto los lleva a buscar de manera muy demandante a otros mostrándose muy dependientes y desilusionando frecuentemente, ya que al mismo tiempo muestran dificultades en la confianza hacia los demás (Allen *et al.*, 2008).

Por el contrario, personas que presentan patrones evitativos de apego, han mostrado un umbral muy alto de tolerancia al estrés (Vrticka *et al.*, 2008). Esto hace que para las personas cercanas sea muy difícil descifrar cuándo están bajo situaciones de estrés ya que se muestran resueltas y autónomas, sin embargo, internamente enfrentan el estrés con fuertes sentimientos de inseguridad, representaciones negativas de sí mismos y altos niveles de angustia (Mikulincer & Shaver, 2004).

Mentalización y contextos adversos

Como se mencionó, un adecuado desarrollo de la mentalización se da en el contexto de relaciones de apego seguro, sensibles y mentalizadoras. Por el contrario, este proceso se ve limitado ante la vivencia de experiencias adversas y eventualmente traumáticas en la infancia (Ensink *et al.*, 2014).

La parentalidad es reconocida como una etapa de la vida donde pueden reaparecer temas no resueltos, principalmente vinculados con las figuras de apego y cuidado, como experiencias adversas, de estrés crónico y de maltrato en la infancia, lo que podrá impactar el desempeño como padres (Slade *et al.*, 2005). Es en este contexto que la mentalización parental juega un rol protector de la transmisión intergeneracional del apego inseguro, trauma y adversidad (Fonagy *et al.*, 1994).

La primera tarea del desarrollo de un ser humano es establecer una relación con un cuidador principal, pudiendo variar su calidad, pero no su existencia (Bowlby, 1969; Ainsworth *et al.*, 1978). La calidad de esta relación dependerá en gran parte de la calidad de la respuesta del adulto al niño y de su

disponibilidad para «recibirlo» y ayudarlo a recobrar el equilibrio en momentos de estrés (Schore, 2010).

En la primera infancia los niños pasan la mayor parte del tiempo y establecen sus relaciones más significativas con sus cuidadores principales, y es por esto que gran parte de las experiencias que tienen los niños se asocian a estos contextos y relaciones. La naturaleza de las experiencias de cuidado afecta los patrones de respuesta al estrés, aprendizaje y memoria, a través de mecanismos neurobiológicos y neurogenéticos específicos (Bretherton *et al.*, 2008; Luyten *et al.*, 2010; Mayes, 2000).

Las experiencias de cuidado, dependiendo de su calidad, pueden configurar experiencias de trauma relacional temprano, lo cual se refiere a alguna forma de maltrato y/o negligencia (abuso sexual, físico y emocional y negligencia física y emocional) que ocurren en el contexto de experiencias de apego y cuidado del niño (Schore, 2010). De esta manera, cuando un niño sufre alguno de estos tipos de experiencias y no cuenta con un adulto significativo al cual recurrir para regular el estrés que ellas producen (sea por respuestas inapropiadas o de rechazo), el niño puede permanecer en estados intensos y extremadamente estresantes por largos periodos de tiempo (Cooper *et al.*, 1998).

La literatura en torno a las características y los efectos que tienen las experiencias adversas en la infancia vinculadas a las figuras de cuidado y apego es amplia y concluyente, abordando tanto las implicancias inmediatas como aquellas futuras. Se ha descrito que los altos niveles de estrés que se pueden experimentar en situaciones de maltrato conducen a una relación madre-hijo de baja calidad (Suter *et al.*, 2007) y en la adultez, mayores problemas de psicopatología y cuidadores menos sensibles, más irritables, críticos y punitivos con sus hijos (Schilling *et al.*, 2007; Vaillancourt *et al.*, 2017).

Puesto que las formas de experiencias adversas son diversas y con diferentes grados de gravedad, así también son los efectos tanto a corto y largo plazo. La literatura científica ha estado más centrada en describir los efectos en torno al abuso sexual y del maltrato físico, que otros tipos de experiencias (Caldwell *et al.*, 2011; Egeland, 2009; Evans *et al.*, 2013). Esto debido a que se ha descrito también que el abuso sexual y el maltrato físico son indicadores de gravedad, con importantes implicancias en el niño y en su vida adulta. Por su parte, otros tipos como el abuso emocional son formas de maltrato más complejas de definir y evaluar (Arruabarrena, 2011). No obstante, investigaciones más recientes indican que el abuso emocional también tiene un efecto negativo importante en el desarrollo socioemocional (Berzenski & Yates, 2010; Erickson *et al.*, 2002).

Las experiencias de maltrato en la infancia se han asociado a problemas en la regulación afectiva, tanto en el reconocimiento, como la expresión y modulación emocional (Berzensky & Yates, 2010; Cicchetti & Toth, 2005; Egeland, 2009); problemas para establecer una relación de apego seguro y alto riesgo de presentar apegos inseguros y no resueltos (Berthelot *et al.*, 2015);

impactos negativos en el desarrollo cerebral (Perry, 2008; Schore, 2010); altas probabilidades de establecer un sentido de sí mismo poco adaptativo y bajas capacidades para referirse a sus propios estados internos y sentimientos, como también a los de otros (Sroufe *et al.*, 1999); en edades posteriores, pueden mostrarse altamente agresivos o evitativos con sus pares, habiendo evidencia de mayor comportamiento antisocial y hostilidad con pares (Cicchetti, 2016).

Dentro de los efectos a largo plazo de la experiencia de trauma en la infancia se reportan mayores probabilidades de incurrir en las mismas prácticas y de que estas modalidades de relación se vayan transmitiendo de generación en generación (Dixon *et al.*, 2005; Gröger *et al.*, 2016). Esto, a su vez, configura una de las preocupaciones centrales de los profesionales dedicados a trabajar en estas temáticas.

Durante las últimas cinco décadas se han publicado numerosas investigaciones acerca del impacto que tiene el maltrato infantil en el desarrollo de diversos tipos de psicopatología en la vida adulta. El estrés exagerado que produce el maltrato en la infancia se asocia con influencias adversas que afectan el comportamiento y el desarrollo cerebral del individuo (Schore, 2010). Estudios muestran que las experiencias de maltrato en la infancia generan una alteración en los procesos químicos, aumentando el nivel de actividad en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal el cual está involucrado en la regulación de las reacciones frente al estrés (Heim *et al.*, 2008; Perry, 2008). A su vez, se ha descrito que la exposición prolongada a fuentes de estrés, especialmente a experiencias de maltrato infantil, es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de depresión en la adultez (Cicchetti, 2016; Heim *et al.*, 2008).

En relación con la mentalización, las experiencias adversas en la infancia debilitan en la mayoría de las personas la capacidad de reconocer el modo en que funciona su propia mente y la de los demás (Fonagy, & Bateman, 2016). Para afrontar tales vivencias defensivamente se inhibe la capacidad de mentalización, lo que se ha descrito como una «retirada del mundo mental» (Fonagy & Target, 1996).

Fonagy (1993) plantea que la ausencia de mentalización sobre las experiencias emocionalmente dolorosas de miedo e impotencia, es lo que volvería a los cuidadores vulnerables a identificarse con el estado dañino, atemorizador, de quien causó la experiencia adversa o trauma, en vez de responder a las necesidades de su hijo. En este sentido, un estudio muestra que las experiencias de maltrato en la infancia se asocian a capacidades mentalizadoras descendidas (*hypomentalizing*), mostrando una tendencia general a evitar pensar en términos de estados mentales y a asumir que no pueden saber razonablemente por qué los demás y actúan de cierta manera (Berthelot *et al.*, 2019).

Lo anterior, en parte, es debido a que la adversidad temprana y el estrés crónico producen alteraciones estructurales y funcionales en las regiones del cerebro involucradas en la regulación afectiva y mentalización (Luyten & Fonagy, 2015;

Morey *et al.*, 2016). Estudios muestran cómo las madres con trauma no resuelto y bajo funcionamiento reflexivo sobre el trauma son predictores independientes del apego desorganizado infantil (Berthelot *et al.,* 2015). Además, el nivel de función reflexiva se asocia inversamente con el apoyo social, uso de sustancias y negatividad en los padres (Huth-Bocks *et al.*, 2014; Smaling *et al.*, 2015). Sin embargo, las capacidades mentalizadoras no se deterioran en todos los casos de adultos expuestos a situaciones adversas. Si bien es esperable que estas experiencias impliquen secuelas en esta y otras habilidades, a veces estas secuelas se manifiestan solo con respecto a la capacidad para reflexionar sobre la experiencia adversa en particular y no sobre otras experiencias (Berthelot *et al.*, 2015; Ensink *et al.*, 2014).

El desarrollo de la mentalización continúa a lo largo de la vida, pudiendo beneficiarse y compensarse por medio de otras oportunidades y relaciones afectivas y positivas, como por ejemplo, la relación positiva con otro miembro de la familia, cuidadores alternativos, un terapeuta, educador, pareja, amigos, los que pueden contribuir a recuperar la confianza y el sentido de curiosidad sobre su mundo interior y el de los demás (Berthelot *et al.*, 2019).

El desarrollo de la mentalización ha demostrado ser un factor protector en cuidadores con experiencias adversas en la infancia, siendo considerada como un mediador potencial de los efectos intergeneracionales del maltrato infantil (Kwako *et al.*, 2010). Diferentes estudios aportan evidencia a esta hipótesis. Por ejemplo, Fonagy *et al.* (1994) mostraron que madres con experiencias de privación y riesgo en la infancia, pero con una alta función reflexiva tendían a tener hijos con apego seguro, al contrario de las madres con bajo funcionamiento reflexivo. Otro estudio con embarazadas mostró que aquellas que presentaban altos niveles de mentalización sobre su experiencia traumática experimentaban más afectos positivos y menos negativos hacia su bebé y hacia la maternidad y estaban más satisfechas en sus relaciones románticas en comparación con aquellas personas con bajos niveles de mentalización específica del trauma (Ensink *et al.*, 2014). Esto podría explicarse, en parte, debido a que el mentalizar proporciona un amortiguador entre sentimiento y acción, permitiendo comprender y monitorear los sentimientos (Fonagy & Target, 2011).

Discusión

En este capítulo se revisaron las principales bases teóricas y empíricas del modelo de mentalización y apego, demostrando el rol de la mentalización en la transición y el ejercicio de la parentalidad temprana, especialmente en contextos adversos.

Se presenta un marco conceptual con una gran riqueza teórica y empírica que permite comprender en un modo exhaustivo algunos de los mecanismos psicológicos implicados en el contexto de experiencias adversas que suponen

altos niveles de estrés y que afectan el adecuado despliegue de las funciones de cuidado y el desarrollo del niño(a).

Las experiencias adversas constituyen un conocido factor de riesgo para diversas problemáticas psicosociales. Estas experiencias irrumpen el contexto de apego seguro que se requiere para un cuidado sensible y pueden derivar incluso en conductas parentales hostiles, exponiendo a la díada cuidador niño a una ulterior adversidad y potencial trauma relacional. A su vez, la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia limita las posibilidades de un adecuado desarrollo psicosocial en el niño.

En este contexto, la mentalización parental es un factor protector, ya que permite el ejercicio de conductas parentales que resguardan al niño de los efectos de la adversidad a la que la díada está expuesta (fuera del contexto de la relación) y previene el despliegue de conductas parentales hostiles hacia el niño (previniendo así un potencial trauma relacional dentro de la díada).

La capacidad de percibir la conducta como enraizada en estados internos del niño, le permite al cuidador navegar por la relación con su hijo con mayor claridad sobre cómo actuar, con la posibilidad de comprender el significado de sus conductas y así experimentar la parentalidad y el cuidado con mayor satisfacción.

Asimismo, cuando el cuidador se detiene a explorar el propio mundo interno, logra regular su estrés y elegir cómo comportarse en vez de reaccionar automáticamente. Esto protege su salud mental y la del niño.

La mentalización parental permite así que la díada sea para el niño el espacio idóneo para aprender sobre las mentes y adquirir la habilidad de explorar su mundo interno y el de los demás. Luego, esta capacidad será clave en la organización de su *self*, en la regulación afectiva y en el desarrollo de relaciones saludables.

La mentalización parental es un factor protector capaz de detener el traspaso de diversos patrones relacionales potencialmente traumáticos a través de generaciones y de esa forma facilitar el desarrollo saludable y prevenir problemas de salud mental.

Referencias

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Taylor & Francis. https://www.taylorfrancis.com/books/9781135016180

Ainsworth, M. D. S., Salter Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development, 41*(1), 49-67. https://doi.org/10.2307/1127388

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub. https://play.google.com/store/books/details?id=upyvBAAAQBAJ

Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, *20*(1), 25-44. https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a3

Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, *34*(4), 347-370. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x

Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance and delay? *The Psychiatric Clinics of North America*, *14*(1), 33-51. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2047331

Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, *11*(17), 3829–3834. https://doi.org/10.1097/00001756-200011270-00046

Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, *21*(3), 1155-1166. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003

Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association.

Beebe, B. (2006). Co-constructing mother–infant distress in face-to-face interactions: Contributions of microanalysis. *Infant Observation*, *9*(2), 151-164. https://doi.org/10.1080/13698030600810409

Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother–Infant interaction structures and presymbolic self-and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, *7*(2), 133-182. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10481889709539172?casa_token=4sClLfmQyxQAAAAA:Lvlip7JGgjU9v0wcqpdixST4wh06FblbV6UdPFvtEGZD475j125JLMYXMvLFvtLJVafJxHy1xHVf

Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., & Bahrick, L. (2012). On the Origins of Disorganized Attachment and Internal Working Models: Paper I. A Dyadic Systems Approach. In *Psychoanalytic Dialogues, 22*(2), 253-272. https://doi.org/10.1080/10481885.2012.666147

Beebe, B., Lachmann, F. M., Markese, S., Buck, K. A., Bahrick, L. E., Chen, H., Cohen, P., Andrews, H., Feldstein, S., & Jaffe, J. (2012). On the Origins of Disorganized Attachment and Internal Working Models: Paper II. An Empirical Microanalysis of 4-Month Mother–Infant Interaction. In *Psychoanalytic Dialogues, 22*(3), 352-374. https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606

Benbassat, N., & Priel, B. (2012). Parenting and adolescent adjustment: the role of parental reflective function. *Journal of Adolescence*, *35*(1), 163-174. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.004

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective

functioning. *Infant Mental Health Journal, 36*(2), 200-212. https://doi.org/10.1002/imhj.21499

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, *95*, 104065. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065

Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2010). A Developmental Process Analysis of the Contribution of Childhood Emotional Abuse to Relationship Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(2), 180-203. https://doi.org/10.1080/10926770903539474

Borelli, J. L., Compare, A., Snavely, J. E., & Decio, V. (2015). Reflective functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology: The Official Journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39*, *32*(1), 23-35. https://doi.org/10.1037/a0037858

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. Basic Books.

Bowlby, J. (1978). *Attachment and loss. Vol. 2, Separation, anxiety and anger*. Pimlico.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. En J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd Ed.) (pp. 102-127). Guilford Press.

Bretherton, I., Munholland, K. A., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press.

Bull, R., Phillips, L. H., & Conway, C. A. (2008). The role of control functions in mentalizing: Dual-task studies of Theory of Mind and executive function. *Cognition*, *107*(2), 663-672. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2007.07.015

Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C.-S., & Minzenberg, M. J. (2011). Childhood Maltreatment, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Parental Self-Efficacy in At-Risk Mothers. In *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*(6), 595-616. https://doi.org/10.1080/10926771.2011.595763

Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, *8*, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014

Cicchetti, D. (2016). *Developmental Psychopathology, Maladaptation and Psychopathology*. John Wiley & Sons. https://play.google.com/store/books/details?id=TSxECwAAQBAJ

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 409-438. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R., & Powell, B. (1998). *Circle of security.* Circleofsecurity. Org.

Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *46*(1), 58-68. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x

Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), 22-26. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004

Ensink, K. (2016). *Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: pathways to depression and externalizing difficulties*. *1*, 1-10. https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611

Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1471. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01471

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *The British Journal of Developmental Psychology*, *33*(2), 203-217. https://doi.org/10.1111/bjdp.12074

Erickson, M. F., Egeland, B., Myers, J. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C., & Reid, T. A. (2002). *The APSAC Handbook on child maltreatment*. Sage.

Esbjørn, B. H., Pedersen, S. H., Daniel, S. I. F., Hald, H. H., Holm, J. M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, *52*(4), 394-407. https://doi.org/10.1111/bjc.12024

Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 934-943. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005

Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline personality. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, *12*(2), 91-115. https://www.pep-web.org/document.php?id=bafc.012.0091a

Fonagy, P. (1991). The role of the dyad and the triad in coming to understand mental states: clinical evidence from the psychoanalytic treatment of borderline personality disorder. *International Symposium on the Theme of the Phenomena of the Transition in Child and Adolescent Psychiatry*, *1*.

Fonagy, P. (1993). Psychoanalytic and empirical approaches to developmental psychopathology: an object-relations perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *41*, 245-260.

Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. APA Pub.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Routledge.

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *48*(3-4), 288-328. https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, *62*(5), 891-905. https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *41*(4), 957-989. https://doi.org/10.1177/000306519304100403

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *35*(2), 231-257. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201–218. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psycho-analysis*, *77*, 217-233.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679-700. https://doi.org/10.1017/s0954579497001399

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Menatalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders, 20*(6), 544-576. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. Comprehensive psychiatry, 64, 59-66. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.11.006

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (2003). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Parent-Infant Psychodynamics: Wild Things, Mirrors*

and Ghosts, *87*, 117. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=j3t_DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT121&dq=fraiberg+adelson+shapiro+ghosts&ots=TWowOwbNdK&sig=uuxmFeOEr12TkvRh2SQuJJ9HNlw

Freud, S. (1940). Outline of Psychoanalysis, Vol. XXIII. *Electronic Edition*.

George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. En J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd Ed.) (pp. 833-856). Guilford Press.

Gergely, G., & Watson, S., J. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *77*, 1181–1212. https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.077.1181a

Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 299-311. https://doi.org/10.1080/14616730500245963

Gröger, N., Matas, E., Gos, T., Lesse, A., Poeggel, G., Braun, K., & Bock, J. (2016). The transgenerational transmission of childhood adversity: behavioral, cellular, and epigenetic correlates. *Journal of Neural Transmission*, *123*(9), 1037–1052. https://doi.org/10.1007/s00702-016-1570-1

Heim, C., Mletzko, T., Purselle, D., Musselman, D. L., & Nemeroff, C. B. (2008). The Dexamethasone/Corticotropin-Releasing Factor Test in Men with Major Depression: Role of Childhood Trauma. In *Biological Psychiatry, 63*(4), 398-405. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.07.002

Heron-Delaney, M., Kenardy, J. A., Brown, E. A., Jardine, C., Bogossian, F., Neuman, L., de Dassel, T., & Pritchard, M. (2016). Early Maternal Reflective Functioning and Infant Emotional Regulation in a Preterm Infant Sample at 6 Months Corrected Age. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(8), 906-914. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv169

Huth-Bocks, A. C., Muzik, M., Beeghly, M., Earls, L., & Stacks, A. M. (2014). Secure base scripts are associated with maternal parenting behavior across contexts and reflective functioning among trauma-exposed mothers. *Attachment & Human Development*, *16*(6), 535-556. https://doi.org/10.1080/14616734.2014.967787

Hu, Y., Scheele, D., Becker, B., Voos, G., David, B., Hurlemann, R., & Weber, B. (2016). The Effect of Oxytocin on Third-Party Altruistic Decisions in Unfair Situations: An fMRI Study. *Scientific Reports*, *6*, 20236. https://doi.org/10.1038/srep20236

Insel, T. R., & Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews. Neuroscience*, *2*(2), 129-136. https://doi.org/10.1038/35053579

Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective.

Clinical Child Psychology and Psychiatry, *15*(3), 407-422. https://doi.org/10.1177/1359104510367590

Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *78 (5)*, 855-875. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9459091

Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of« theory of mind.» *Psychological Review*, *94*(4), 412. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0033-295X.94.4.412

Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, *58*, 259-289. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The Neurobiology of Mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(4), 366–379. https://doi.org/10.1037/per0000117

Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., & Van Houdenhove, B. (2010). *The interpersonal regulation of stress: A developmental framework*. Manuscript Submitted for Publication.

Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental Reflective Functioning: Theory, Research, and Clinical Applications. *Psychoanalytic study of the child, 70*(70), 174-199. https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*(1-2), 66-104. https://psycnet.apa.org/record/1986-06136-001

Mayes, L. C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*, *24*(4), 267-279. https://doi.org/10.1053/sper.2000.9121

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-based self-representations in adulthood. *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*, 159–195. https://www.researchgate.net/profile/Mario_Mikulincer/publication/232514243_Security-Based_Self-Representations_in_Adulthood_Contents_and_Processes/links/565d599a08aefe619b256757.pdf

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford Press. https://market.android.com/details?id=book-d0MlDAAAQBAJ

Morey, R. A., Haswell, C. C., Hooper, S. R., & De Bellis, M. D. (2016). Amygdala, Hippocampus, and Ventral Medial Prefrontal Cortex Volumes Differ in Maltreated Youth with and without Chronic Posttraumatic Stress Disorder. In *Neuropsychopharmacology, 41*(3), 791-801. https://doi.org/10.1038/npp.2015.205

Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychpathology. En T. P. Beauchaine

(Ed.), *Child and adolescent psychopathology* (Vol. 704, pp. 93–128). John Wiley & Sons Inc. https://psycnet.apa.org/fulltext/2008-03728-004.pdf

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B., & Zeanah, Ch. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. The Guilford Press.

Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *29*(4), 362–376. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.20184@10.1002/(ISSN)1097-0355.in-celebration-of-mi-aimhs-40-years

Rosso, A. M., Viterbori, P., & Scopesi, A. M. (2015). Are maternal reflective functioning and attachment security associated with preadolescent mentalization? *Frontiers in Psychology*, *6*, 1134. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01134

Schechter, D. S., Coates, S. W., Kaminer, T., Coots, T., Zeanah, C. H., Jr, Davies, M., Schonfeld, I. S., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R., Trabka, K. A., McCaw, J. E., & Myers, M. M. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation*, *9*(2), 123–147. https://doi.org/10.1080/15299730802045666

Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr, & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, *7*, 30. https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30

Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics, 170*(10), 1003–1007. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559.

Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. En T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent–infant psychotherapy* (Vol. 225, pp. 19-47). Routledge/Taylor & Francis Group. https://psycnet.apa.org/fulltext/2010-03563-002.pdf

Scopesi, A. M., Rosso, A. M., Viterbori, P., & Panchieri, E. (2015). Mentalizing Abilities in Preadolescents' and Their Mothers' Autobiographical Narratives. *The Journal of Early Adolescence*, *35*(4), 467-483. https://doi.org/10.1177/0272431614535091

Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development*, *17*(3), 737-754. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 283-298. https://doi.org/10.1080/14616730500245880

Smaling, H. J. A., Huijbregts, S. C. J., Suurland, J., Van Der Heijden, K. B., Van Goozen, S. H. M., & Swaab, H. (2015). Prenatal reflective functioning in primiparous women with a high-risk profile. *Infant Mental Health Journal*, *36*(3), 251-261. https://doi.org/10.1002/imhj.21506

Sroufe, L. A., Alan Sroufe, L., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*(1), 1–13. https://doi.org/10.1017/s0954579499001923

Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.

Strathearn, L., Li, J., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics*, *122*(1), 40-51. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1566

Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, *12*(6), 567-585. https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501988

Suter, S. E., Huggenberger, H. J., & Schächinger, H. (2007). Cold pressor stress reduces left cradling preference in nulliparous human females. *Stress* , *10*(1), 45-51. https://doi.org/10.1080/10253890601141259

Target, M., & Fonagy, P. (1996). *The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders*. Guilford Press.

Vaillancourt, K., Pawlby, S., & Pasco Fearon, R. M. (2017). History of Childhood Abuse and Mother-Infant Interaction: A Systematic Review of Observational Studies. *Infant Mental Health Journal, 38*(2), 226-248. https://doi.org/10.1002/imhj.21634

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 387-403. https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387

Vrticka, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PloS One*, *3*(8), e2868. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002868

Wolff, M. S. de, de Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development, 68*(4), 571-591. https://doi.org/10.2307/1132107

¿Mamá de transición o guardadora?, un estudio cualitativo de diversas perspectivas de cuidadoras en programas de familias de acogida externas

Manuela García-Quiroga
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Catherine Hamilton-Giachritsis
University of Bath, Reino Unido

Paula Ascorra
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Introducción

En la última década, siguiendo recomendaciones internacionales, ha habido un aumento en la implementación de los programas de familias de acogida (FAE) para niños(as) sin el cuidado parental adecuado en Chile y otras partes de América Latina (Martínez, 2011). Actualmente, 7.299 niños(as) chilenos(as) viven en familias de acogida (y otros 5.987 en hogares residenciales), mostrando un aumento en los últimos años debido a una política de desinstitucionalización que prioriza el acogimiento familiar sobre el acogimiento residencial para menores de 6 años (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2020).

Investigaciones realizadas en otros países han puesto de manifiesto que las familias de acogida se enfrentan a varios desafíos en su experiencia de acogida, tales como las dificultades para acceder a la atención de salud de los(as) niños(as) (Schneiderman *et al.*, 2012), la baja autonomía para tomar de decisiones básicas respecto a los(as) niños(as) acogidos (López & Del Valle, 2016) y el impacto en los(as) hijos(as) que viven en el hogar, lo que puede dar lugar a la ruptura en las colocaciones (Diogo & Branco, 2017; Thompson *et al.*, 2016). Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se han realizado en países con una larga

tradición de acogimiento familiar, siendo escasas las investigaciones en países que han formalizado recientemente los programas de acogimiento familiar, en particular de familias de acogidas externas.

Contexto chileno

Los programas familias de acogida externa en Chile son administrados principalmente por organismos colaboradores de SENAME (OCAS), los que reciben algún apoyo financiero por parte del Estado, el cual resulta insuficiente; de modo que habitualmente requieren de donaciones para complementar los ingresos. Solo en los últimos años han surgido programas de administración directa, especialmente dirigidos a niños más pequeños. Por otro lado, no existen requisitos educacionales o capacitaciones para convertirse en cuidadores. Estudios previos han señalado que, dada la falta de familias de acogida (Martínez, 2011), a veces los solicitantes son aceptados como cuidadores sin cumplir con todos los criterios requeridos (Prado, 2017). En una revisión internacional reciente, esto fue mencionado como un factor de riesgo, llevando a la ruptura de las colocaciones (Zeijlmans *et al.*, 2017). El reclutamiento es difícil en parte debido a la escasez de apoyo financiero y de otro tipo de soportes para los cuidadores y los(as) niños(as), especialmente en materia de salud mental (véase García Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2014 para una revisión más amplia de la situación chilena en cuidados alternativos).

Perspectivas de los cuidadores

Entre los pocos estudios sobre el acogimiento familiar realizados en Chile, una investigación comparativa de los acogimientos familiares en España y Chile reveló altos niveles de estrés parental en la muestra chilena (Jiménez & Zavala, 2011). En la misma dirección, investigaciones realizadas en otros países muestran que los(as) cuidadores(as) frecuentemente se enfrentan a comportamientos desafiantes por parte de los(as) niños(as), y que se requiere formación en estrategias para ayudarlos en esta área (Armstrong *et al.*, en revisión; Luke & Banerjee, 2012; Whenan *et al.*, 2009). Sin embargo, hasta la fecha no se ha publicado en Chile ningún estudio sobre las perspectivas de las familias de acogida externas. Este estudio explora las perspectivas de las cuidadoras de programas de acogimiento en familia externa, con el fin de informar las políticas públicas de cuidados alternativos.

Materiales y método

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre apego en cuidados alternativos (CA) aprobado por el Comité de Ética

de la Universidad de Birmingham (ERN_13-0830) y SENAME regional. Con el fin de asegurar la protección de las participantes, todos los datos fueron anonimizados y las grabaciones fueron eliminadas después de la transcripción.

Participantes

Participaron un total de 14 cuidadoras de cinco programas FAE (de OCAS). Los criterios de inclusión fueron tener a su cargo niños(as) entre 3 y 7 años (según el estudio más amplio); una duración mínima de seis meses de acogida; y sin vínculo de parentesco. La edad promedio de las cuidadoras fue de 50 años (rango 30-75), con un tiempo promedio de 9,8 años trabajando como cuidadoras (*SD* = 10,96; Rango = 1-30; *Mdn* = 3). Se observó una distribución casual de la muestra en dos grupos diferentes: el 54,7% de las participantes habían sido cuidadoras durante 3 años o menos, mientras que el 45,3% lo había sido durante 15 años o más, sin encontrar frecuencias intermedias. La gran mayoría de las participantes (68,8%) contaban solo con educación primaria o secundaria y no tenía ninguna formación profesional especializada en educación o cuidado de niños.

El promedio de niños(as) por cuidadora, incluyendo sus propios hijos, fue de 2,93 (rango 1-8). El tiempo de permanencia de los(as) niño(as) osciló entre 7 y 41 meses (*M* = 21 meses).

Producción y análisis de datos

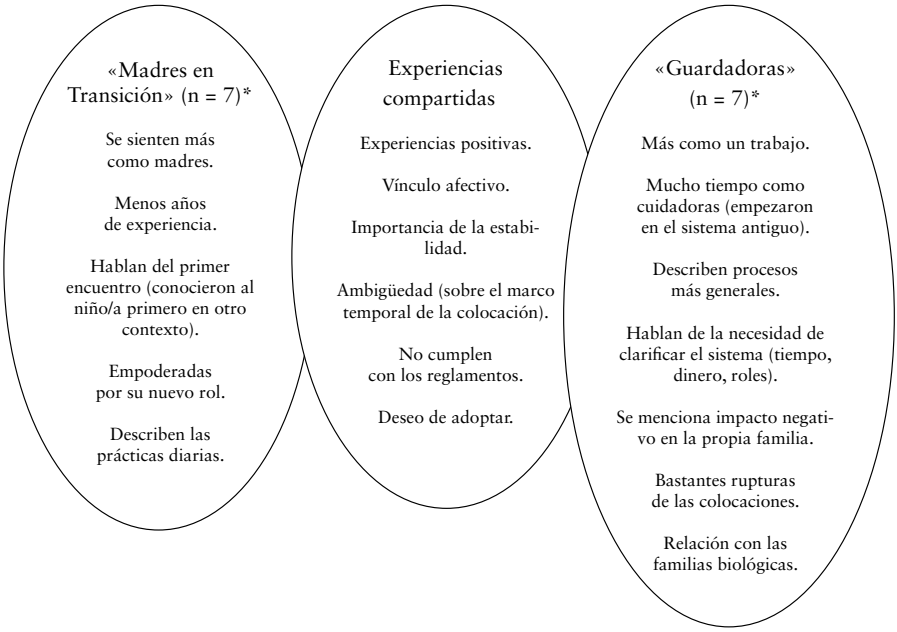
Se exploraron las perspectivas y experiencias de 14 cuidadoras por medio de entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas duraron aproximadamente una hora y tuvieron lugar en su hogar. Para el análisis se utilizó el *software* cualitativo Nvivo como apoyo para el análisis temático (Braun & Clarke, 2013). Se siguió un enfoque ascendente-inductivo para centrarse en las experiencias de las participantes sin imponer categorías previas.

Resultados

Se identificaron dos grupos separados, caracterizados por distintas percepciones del acogimiento, un grupo al que se denominó «mamás de transición» y otro al que se llamó «guardadoras» según los términos en que describían sus experiencias y lo que caracterizaba sus relatos. Adicionalmente, se identificaron algunos temas comunes a la mayor parte de las participantes, independiente del grupo al que pertenecieran. Estos temas trasversales fueron: experiencia positiva, vínculo emocional con el niño, importancia de la estabilidad, ambigüedad

sobre la duración del acogimiento, incumplimiento de los reglamentos y deseo de adoptar (ver Figura 1).

Figura 1
Experiencias compartidas y distintivas entre dos grupos de cuidadoras



Tipos de cuidadoras

Se encontraron dos conjuntos diferentes de experiencias de las cuidadoras, cada uno de ellos con un patrón distintivo de temas. Se observó una asociación entre los años de experiencia y las experiencias distintivas para cada uno de los dos grupos de cuidadoras.

Mamás de transición

Este grupo de cuidadoras tenía menos experiencia que el grupo de «guardadoras», también tenían menos niños(as) a cargo (uno o dos) y, por lo general, conocían al niño(a) de acogida antes de convertirse en su cuidadora (por ejemplo, lo conocían como voluntarias en un hogar infantil o como su profesora). En sus relatos se refirieron a la forma en que conocieron al niño(a) por primera

vez y describieron las rutinas diarias del/la niño(a) a su cargo. Las «mamás de transición» tienden a señalar que luchan contra el sistema por su niño(a) de acogida, con una visión de cuidado a largo plazo. Los temas característicos que surgen en este grupo fueron:

Primer encuentro. Las cuidadoras de este grupo hablan de la primera vez que conocieron al niño(a) y de cómo ocurrió, se refieren a las motivaciones y sentimientos que les llevaron a cuidar del niño(a). En este grupo, por lo general, el acogimiento fue visto como una decisión familiar. Este grupo de cuidadoras no percibieron su rol como un trabajo o algo que hacen en la vida, sino más bien como una experiencia particular con un(a) niño(a) en particular.

«Sí, esta es la primera y única vez que seremos cuidadores. Y fue principalmente porque... lo conocíamos, y aunque siempre hay niños que necesitan esta ayuda, estamos aquí para él, solo para él» (ID17).

«Conocí a C. por mi hija. Ella me hablaba de él, lo grababa con su celular, él estaba cantando. Fuimos a verlo y él me dijo: «Hola, mamá, ¿viniste a buscarme?» y yo me puse a llorar» (ID9).

El papel de la madre. Este grupo de cuidadoras se describen a ellas mismas como «madres», y al niño(a) como «suyo». Mencionan que las palabras «guardadora», «cuidadora», «tutora» o «tía», no encajan en esta relación. Prefieren utilizar las palabras «mamá», «mami» o «madre» porque sienten que ese es su papel, proporcionar una experiencia maternal al niño(a): «Lo amamos, no hay diferencia con mis hijos(as). Es un afecto muy grande, uno lo abraza, lo besa como si fuera propio» (ID9). Otras citas incluyen:

> No soy la «tía», lo encuentro demasiado frío. Soy una madre no biológica en un proceso importante de su vida, para entregarle todo lo que su madre no pudo, para que ella pueda sentir el afecto de una madre, porque la cuidamos y protegemos como una madre, no hay diferencia [...] Soy una madre de transición, no soy una cuidadora (ID10).

«Entonces le dije, mira, tú sabes que no naciste en mi guatita, tú conoces a tu mamá, pero, naciste aquí (apunta el corazón) y eso es más importante, es mucho más importante, yo soy tu mamá de corazón» (ID7).

Luchan por sus hijos contra el sistema. Las cuidadoras mencionan que para proporcionar una atención buena y estable, tienen que hacer mucho papeleo, pasar por procedimientos administrativos y responder a las solicitudes judiciales. Esto produce altos niveles de estrés, pero persisten para lograr mejores condiciones para los(as) niños(as): «Empecé a luchar hasta que me dijeron todos los pasos a seguir y el Juzgado y SENAME me entregaron a la niña para mi cuidado» (ID17). Del mismo modo, otras participantes dijeron: «Él es muy apegado a sus hermanos, hemos intentado en los tribunales tener a los dos niños, pero no lo autorizan, porque no saben si van a ir juntos en adopción» (ID6).

> Tuve que firmar un papel para un [procedimiento médico] de la niña y el papel de los cuidados personales había vencido, por lo que no podía firmar. Fui al juzgado y pedí que me dieran una autorización, se me negó, pedí que se considerara el caso, negada. Hice todo… Pasé una semana corriendo, tratando de conseguir algo para poder firmar (ID8).

Impacto positivo en la propia familia. Las cuidadoras de este grupo describen que la acogida del niño(a) ha tenido un impacto positivo en su familia, sus propios hijos(as) se involucran y crecen con la experiencia. Además, algunas de ellas también mencionan que sus maridos se involucran y disfrutan de su papel de padres, aunque también sienten la angustia de la incertidumbre: «Son hermanos [...] M. [su propio hijo] está muy preocupado por su hermana [la niña acogida], adónde va; él es su hermano y tiene un papel muy importante y está muy motivado» (ID10). Otras citas incluyen: «Mi marido me dice «No puedo verme sin el niño». Todos(as) lo queremos […] mi marido está muy preocupado, siempre me dice «no quiero que el niño se vaya o que se lo lleven»» (ID9).

«Para mí, para mi marido, para B. [su propio hijo], ha sido maravilloso [...] una experiencia muy gratificante para nosotros como familia» (ID7).

Guardadoras

Este grupo se caracteriza por tener muchos años de experiencia como cuidadoras. Se definen a sí mismas más como cuidadoras o guardadoras. Su discurso se centra en los procesos generales (no en un niño en particular) y sus problemas con el sistema de atención se focalizan más en cuestiones prácticas, como los pagos, la comunicación con los equipos del programa FAE, la ayuda con las horas médicas, etc. Curiosamente, estas cuidadoras reportaron más experiencias de ruptura en las colocaciones, problemas entre sus propias familias y los niños(as) de acogida y tendían a tener relaciones más estrechas y positivas con las familias biológicas de los(as) niños(as).

Mucho tiempo como cuidadoras. Son cuidadoras de larga data, la mayoría comenzaron a acoger bajo el antiguo sistema de guardadoras y han estado cuidando a niños(as) durante 20 o 30 años. Ellas han tenido un número importante de niños(as) bajo su cuidado y también han tenido la experiencia de cuidar a varios niños niños(as) al mismo tiempo. Experimentan el rol de cuidadoras como algo central en sus vidas.

He cuidado niños durante 24 años... Había una niña que llegó a los siete años y se fue a los 17. Otra, E. llegó en pañales y se fue cuando tenía unos 10 años. Una vez tuve cuatro hermanos. Algunos se han quedado aquí por mucho tiempo, he tenido muchos niños pequeños, he tenido seis, siete niños aquí. (ID1)

Tenía 30 años, fui con mi hijo al hospital y vi a una niñita quemada con una plancha, me puse a llorar, y ahí empecé a cuidar niños, tuve 12 niños todos con ese tipo de violencia [...] Genera como una dependencia, necesitaba ser necesitada por esos niños. (ID2)

Necesidad de clarificar el sistema (tiempos, dinero, roles). Este grupo de cuidadoras también refiere tener problemas con el sistema de atención, pero en este caso el foco está en cuestiones prácticas relativas a la ayuda con los niños(as) y los costos de diferentes insumos básicos. Mencionan los frecuentes cambios de personal en los programas FAE y las dificultades relacionadas a los(as) profesionales menos experimentados: «Ahora hay gente más joven [el personal], se les hace difícil resolver rápidamente los problemas con los niños(as) [...] Puedes decirles tres veces las mismas cosas, no resuelven al tiro» (ID1). Otras participantes dijeron:

> Y la otra cosa que me gustaría mucho, que el subsidio que recibimos se pueda pagar directamente en nuestra cuenta del banco. El día que pagan [...] tenemos que ir, quedarnos una hora o más ahí y después ir al banco, te lleva otra hora. (ID3)

Impacto negativo en la propia familia. Las cuidadoras de este grupo describen las dificultades en la relación de algunos niños de acogida con sus propios hijos. Mencionan que algunos niños(as) recrean lo que han experienciado y esto puede dañar a otros(as) niños(as) de acogida que viven en su hogar o a sus propios hijos(as): «En una segunda oportunidad X. trató de hacer lo mismo de nuevo [comportamientos sexuales con su hijo] [...] Después de eso, dije que no, en realidad ya no puedo hacer esto» (ID 12). Una cuidadora informó haber sido amenazadas por los padres biológicos, quienes no estaban de acuerdo con la orden judicial de que los separaran de sus hijos: «Entonces uno tiene miedo [...] Yo no quería que nada me pasara, tengo hijos también y el hombre [padre biológico] conocía a mis hijas» (ID1). Aunque son poco frecuentes, estas situaciones pueden provocar la ruptura de la colocación.

Quiebre o rupturas en las colocaciones. En este grupo de cuidadoras, se describieron experiencias de ruptura en las colocaciones, algunas veces debido a un comportamiento problemático (que la cuidadora de acogida se sintió incapaz de afrontar) o debido a decisiones del sistema que ellas no comparten, especialmente en lo que respecta a las agencias que no tienen en cuenta los vínculos emocionales que los niños(as) han desarrollado o incluso tratan de evitar su formación.

> Entonces un día salió de la casa y se fue donde su familia, fue un día terrible, una noche horrible, buscando en todas partes para encontrarla, y se fue donde su madre. Pero su madre tampoco la quería, así que fue de un lugar a otro, con su abuela, con un primo. (ID5)

> Tuve a los gemelos, venían muy dañados, los saqué adelante y se desarrollaron bien mientras estaban aquí. Pero se los llevaron de mi casa con otra cuidadora porque estaban muy apegados a mí. Estaban en proceso de ser adoptados, así que [se decidió] que tenían que alejarse de mí para que el apego que tenían conmigo fuera menor. (ID13)

Relación con las familias biológicas. Estas cuidadoras tienden a tener una mejor relación con los padres biológicos. Señalan que entienden las razones por las que los padres no pueden cuidar de sus hijos(as) y tienden a apoyarlos y a creer que pueden mejorar y recuperar a sus hijos(as). En la mayoría de los casos se observa una relación de mayor colaboración: «Siempre doy la bienvenida a los padres. La madre de las niñas almorzó aquí, les di el almuerzo porque la señora era muy humilde, muy pobre, por lo que vino aquí a ver a sus hijas más chicas» (ID1); «D. una niñita que estaba aquí, su mamá la recuperó, tuvo su recaída, estuvo detenida un año por drogas, pero hizo todo lo que se le pidió y recuperó a su hija» (ID13). De manera similar:

> No los juzgo porque ellos, tanto la mamá como el papá, crecieron en un hogar y se juntaron y formaron una familia, tal vez se equivocaron, no los voy a juzgar por eso porque no tenían un modelo familiar [...] Tenemos buena comunicación, ella me pide y yo le doy consejos. (ID15)

Autoprotección. Debido a los años de experiencia y a las múltiples separaciones de los niños(as) que cuidaban, este grupo de cuidadoras describe que han tendido a protegerse emocionalmente evitando vincularse afectivamente con los niños(as). Prefieren las experiencias de acogimiento más cortas y/o hablan de renunciar a ser cuidadoras, como una forma de evitar el sufrimiento: «Para mí, el apego fue muy profundo, por eso me quedé con esa sensación de no, mejor un tiempo corto, un máximo de un año y después de eso trasladarlos a otro lugar» (ID13). Otra participante dijo:

> Y me digo a mí misma, «no voy a cuidar más niños», lo digo cada año cuando se van, estos son los terceros niños que se van este año, sufro y lloro y me siento todo el día mal, triste, así que digo «no traigo más». (ID1)

Temas compartidos por ambos grupos

Experiencias positivas. Las cuidadoras describen sus experiencias de cuidado como algo positivo para ellas. Esto se relaciona, generalmente, con mejoras en la situación de los niños(as): «Estas son situaciones muy agradables

en el día a día, te enriquecen con cada logro […] el hecho de que alguien más te deje caminar con él, ser parte de eso es satisfactorio, es gratificante» (ID 12) y «nosotros salvamos su vida y para nosotros eso es algo grande, algo hermoso, hermoso ver que el niño(a) está viviendo, está tirando para arriba» (ID9).

Lazo emocional. Las cuidadoras reportan haber desarrollado lazos emocionales con los(as) niños(as) y sienten que ellos(as) son como sus propios hijos(as) –a pesar de que en los programas FAE les dijeron que no lo hicieran, lo ven como algo inevitable–; sin embargo, este vínculo también se relaciona con la tristeza y la preocupación cuando los(as) niños(as) egresan y se van: «Lo más difícil, aparte del sistema, es saber que este vínculo se va a cortar en algún momento […] entré a las FAE sabiéndolo, pero me duele» (ID12). De manera similar, otra comentó: «Y después, obviamente, el amor crece y luego no quería devolverla […] esta experiencia te toca» (ID10).

Las cuidadoras también mencionan que los(as) niños(as) construyen un fuerte lazo emocional con ellas, y algunas veces, los llaman mamá y papá. Nuevamente, esto ocurre en contra de los consejos de algunos equipos de la FAE: «Ella comenzó a mostrar afecto, y yo empecé a tener un papel mucho más importante en su vida» (ID10); y «Él dijo, «y ahora tu eres mi mamá, ella es mi mamá y [madre biológica] me tuvo en su guata y tú eres la mamá que me cuida»» (ID6).

La importancia de la estabilidad. Relacionado al tema anterior, las cuidadoras indican que es muy importante garantizar estabilidad en las colocaciones y que los(as) niños(as) sufren con las separaciones y los cambios. «Es mejor estar en una pura familia, hasta que vayan a ser adoptados(as), pero tener un tutor y luego otro, y otro, no es bueno para el niño, porque el niño se siente inseguro» (ID1).

Ambigüedad. Las cuidadoras describen no tener información clara sobre la duración de las colocaciones. Los(as) niños(as) llegan por un periodo inicial pero luego este se prolonga sin tener claridad del tiempo en que terminará la colocación. Esto genera en las cuidadoras una sensación de incertidumbre, convirtiéndose en un factor de preocupación y estrés a medida que se van involucrando más, temiendo que el niño pueda ser retirado abruptamente: «Creo que […] tal vez mañana pueda llegar una orden judicial diciendo que tengo que entregar al niño sin saberlo de antemano, ¡estaría en *shock*!» (ID17). Del mismo modo: «Estaba muy asustada porque no sabía si ella se iba a quedar conmigo o no, si ella se iba a ir o no. Pasé muchos meses durmiendo muy mal porque no tenía claridad […] es emocionalmente muy dolorosa esta incertidumbre (ID10).

Incumplimiento (de reglamentos). Las cuidadoras describen transgresiones por parte de los equipos FAE de lo que ellas ven como las normas esperadas. Perciben que hay dificultades con el sistema de atención y falta de supervisión adecuada. Algunas cuidadoras también afirmaron que, debido al número reducido de familias interesadas en la acogida, creen que a veces los equipos de la

FAE pueden incluso dar información falsa sobre la situación del niño(a) para alentarlas a recibir a otro(a) niño(a).

> Ellos [FAE] nos cuentan «historias tristes», hasta que nos ablandan el corazón: «Hay un niñito, lo dejaron aquí, ¿puedes tenerlo?». Pensé «ya tengo seis en la casa, ¿dónde voy a recibirlo? Soy pobre». Y dijeron: «Si hay una cama, no hace falta nada más, venga a recogerlo». (ID2)

> «Entonces me dicen que ella en realidad tiene 8 años y le pregunto a D. [niña acogida] «¿Cuántos años tienes? 12». Entonces mienten (ID12).

> Y el papel que teníamos [los cuidados personales] expiró hace dos meses, y todavía no tengo un nuevo papel que pruebe que él está bajo mi cuidado, el tribunal tiene que darlo. ¡Imagínese, Dios no lo quiera! Si algo le pasa, ¿quién me creerá que el niño está bajo mi cuidado? (ID17)

Deseo de adoptar. Este tema fue mencionado por casi todas las cuidadoras, ya sea porque habían deseado adoptar antes de ser familia de acogida o porque desarrollaron tal vínculo con un niño(a) de acogida que deseaban convertirse en sus cuidadores permanentes. Sin embargo, observaron dificultades en el proceso de adopción (documentos legales, plazos, requisitos, derechos de la familia biológica, etc.): «Y nosotros hablamos de eso, si tenemos la posibilidad de adoptarlos, sí, lo haremos. Luego, una vez nos dijeron que puede haber susceptibilidad de adopción, pero para otra familia, una familia que él no conoce» (ID17). Otro participante comentó: «Los(as) niños(as) han cambiado, los(as) niños(as) han vuelto a sentirse seguros, entonces ¿qué más tenemos que probar? Si hemos estado cuidándolos(as) por tanto tiempo, ¿por qué no podemos ser sus madres legítimas?, encuentro esta situación injusta, desigual» (ID 6).

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue explorar las experiencias de las cuidadoras de acogida. Se encontraron siete temas compartidos, y dos grupos muy diferentes de cuidadoras con experiencias distintas: uno expresado principalmente por cuidadoras que eran «nuevas» en el sistema y otro grupo de cuidadoras con más de 15 años de experiencia, que se iniciaron en el antiguo sistema de acogida (sistema de guardadoras). En general, las cuidadoras de acogida de este estudio describieron sus experiencias como positivas, con relaciones mutuas satisfactorias en las que experimentan un vínculo emocional con los niños(as). Los comentarios negativos se referían predominantemente a críticas al sistema de acogimiento. Investigaciones anteriores destacan la importancia

que tiene el vínculo emocional de los cuidadores para la estabilidad de la colocación (Walsh & Walsh, 1990). La existencia de una relación emocional con el niño(a) en las familias de acogida en este estudio revela que la experiencia de acoger y ser acogido puede constituir una experiencia positiva y reparadora para los niños(as) y las cuidadoras. La existencia de este vínculo emocional ha sido destacada en estudios previos (García Quiroga *et al.*, 2017).

A pesar de que las participantes fueron de familias de acogida, la adopción fue planteada como un problema por casi todas las cuidadoras. Esto puede significar que muchas cuidadoras buscan una mayor permanencia y una relación que dure en el tiempo. Lo anterior puede traer problemas en el proceso de acogida, debido a la dificultad de dejar que el niño(a) siga adelante cuando la colocación termine. En algunas ocasiones la adopción no fue posible previamente para ciertas cuidadoras, siendo la acogida una muy buena segunda opción, sin embargo, los deseos subyacentes de un cuidado estable y a largo plazo pueden seguir existiendo, siendo esto algo a tener en cuenta en el proceso de evaluación y acompañamiento.

En relación con esto, una experiencia muy difícil, mencionada por las cuidadoras, fue la incertidumbre del sistema. Claramente, la duración de la colocación es incierta. Sin embargo, algunas colocaciones que en principio debían ser muy cortas terminan durando varios años. Esta situación posiblemente repercute en la relación con el/la niño(a) de diferentes maneras. Se puede hipotetizar que, a medida que pasa el tiempo, tanto los niños como los cuidadores se involucran más, pero al mismo tiempo no hay claridad sobre el futuro de esta relación; esta falta de claridad sobre el futuro puede generar altos niveles de estrés y ansiedad en los(as) niños(as) y las cuidadoras, ya que la incertidumbre da lugar a la ansiedad debido a las dificultades para preparar una respuesta adecuada a una situación futura (Grupe & Nitschke, 2013) en este caso, para prepararse para una separación. Desde una perspectiva diferente, podemos hipotetizar que las opiniones y sentimientos de las cuidadoras en este tema pueden deberse a expectativas poco realistas sobre el sistema de acogida. Las decisiones sobre el bienestar de los niños(as) no siempre son tan rápidas y fáciles como sería deseable, las cuidadoras debieran estar preparadas para tolerar cierta ambigüedad en cuanto a los plazos y el final de las colocaciones. Este es un tema a considerar en los programas de capacitación.

Teniendo en consideración que la información procede exclusivamente de las experiencias de las participantes, se menciona que algunos profesionales no cumplirían con las normas (por ejemplo, no revelan antecedentes importantes del niño(a) o la edad correcta), si esto fuera así, sería preocupante. Lo anterior puede estar relacionado con la falta de familias de acogida disponibles y la necesidad de los programas de reportar «buenos resultados» a SENAME. La idea de que la colocación en una familia de acogida es siempre mejor que un programa residencial puede presionar a los equipos a colocar a los(as) niños(as)

a cualquier precio, ignorando elementos importantes del proceso de evaluación y seguimiento. Asimismo, la existencia de plazos máximos de duración del acogimiento puede repercutir en la estabilidad de los cuidados y en un adecuado cierre del proceso de colocación. Se reportaron experiencias de término abrupto del acogimiento después de años de cuidado, lo que puede crear un daño psicológico adicional para un(a) niño(a) ya vulnerado.

Otro ámbito en el que se observaron dificultades se relaciona con la alta rotación en los equipos FAE, y nuevos profesionales con escasa experiencia en la temática. Estudios internacionales indican que el número de trabajadores sociales asignados a un determinado niño a lo largo del tiempo (especialmente durante los tres primeros años de cuidado) se correlaciona con el número de cambios y fracasos en la colocación (Pardeck, 1984; Rock *et al.*, 2015). Desafortunadamente, no se han realizado investigaciones sobre el impacto de los cambios en los equipos de la FAE en Chile. Ciertamente, algunas de las citas indican que los equipos pueden tener una comprensión limitada de la teoría del apego y de las implicancias para la práctica. Trabajar con niños(as) que han sido abusados o vulnerados y con sus familias biológicas y de acogida es un trabajo altamente complejo que requiere experticia en los equipos. Para esto es fundamental generar condiciones laborales que permitan estabilidad y especialización de los profesionales.

Además de todas estas experiencias compartidas, se identificaron dos grupos muy diferentes de cuidadores (mamás de transición y guardadoras). Esto es coincidente con lo observado en un estudio similar realizado en Estados Unidos con familias de acogida que asistían a un programa de capacitación, encontrándose diferencias en relación a motivación, expectativas y actitudes entre grupos de cuidadores (Gillis-Arnold *et al.*, 1998).

Dentro del grupo de «mamás de transición», el discurso se centró más en la motivación para cuidar de un(a) niño(a) específico y en la posibilidad de adopción o cuidado permanente. Estudios previos indican que este enfoque del cuidado se relaciona positivamente con el éxito del acogimiento (Ellison & Flegel, 2010). Sin embargo, si el deseo es que el/la niño(a) forme parte de la familia a largo plazo, pueden surgir dificultades cuando el acogimiento llega a su fin, en este sentido resulta interesante pensar en un sistema de acogimiento familiar más articulado con el sistema de adopción.

Por el contrario, el grupo de «guardadoras» experimenta dificultades asociadas a tener demasiados(as) niños(as) a cargo, hasta tal punto que en ocasiones se transforman en pequeños hogares residenciales con seis o más niños, pero sin el apoyo, acompañamiento, supervisión y la formación adecuada que podría tener un programa residencial. En relación a este punto, estudios previos indican que tanto la relación entre la cuidadora y el equipo, como la formación recibida, son factores que se relacionan positivamente con el éxito en el acogimiento (Kalland & Sinkkonen, 2001; Walsh & Walsh, 1990;). Este grupo de cuidadoras tiene más experiencia con diferentes niños(as) y revelan las complejidades de la experiencia

de cuidado, existiendo rupturas en las colocaciones y niños(as) con dificultades emocionales y de comportamiento, que en ocasiones requieren atención de salud mental especializada que no están recibiendo. Se trata de una cuestión importante, ya que investigaciones anteriores revelan que las interrupciones en el acogimiento eran menos frecuentes en las familias de acogida que recibían apoyo profesional (Kalland & Sinkkonen, 2001).

Implicancias para la práctica y la investigación

Sobre la base de esta discusión se pueden desarrollar varias implicancias para la práctica y la investigación (Tabla 1). Estas se centran en cinco niveles en relación a la práctica (sistema de atención, evaluación, acompañamiento y formación, apoyo a los niños y equipos FAE) y uno para la investigación.

Tabla 1
Implicancias para la práctica y la investigación

Nivel	Situación Observada	Cambios sugeridos
Sistema de atención	Implementación de un único sistema de acogida.	• Implementación de diferentes tipos de acogida (es decir, en crisis, a corto plazo, a largo plazo). • Revisión de las intersecciones entre el acogimiento y la adopción, en los casos que el cuidador(a) acoja a un(a) niño(a) previamente conocido. • Estudiar la posibilidad de implementar un sistema mixto más flexible entre la acogida y adopción con un enfoque basado en el apego.
Evaluación	Baja evaluación de las motivaciones para la adopción.	• Asegurarse de que exista una evaluación en profundidad del deseo de adopción en las personas que solicitan ser FAE ya que esto puede afectar su capacidad para dejar ir a los niños cuando la colocación termine.
Acompañamiento y formación	Ausencia de un programa de acompañamiento y formación formal, continuo y basado en la situación local.	• Estructurar un programa de formación que considere no solo las experiencias internacionales, sino también las condiciones locales. • Incluir perspectivas teóricas, pero sobre todo talleres basados en habilidades que traducen la teoría a la práctica. • Incluir información sobre la incertidumbre del sistema de atención y herramientas para hacer frente a ella. • Incluir entrenamiento personal y acompañamiento para hacer frente a la separación y la pérdida. • Incluir estrategias positivas para manejar comportamientos difíciles en niños(as) y elementos para entender sus experiencias y los comportamientos esperados.
Apoyo para los(as) niños(as)	Dificultades de acceso a los servicios de salud mental.	• Implementar, como política pública, el acceso prioritario de los(as) niños(as) en acogimiento a los servicios de salud mental y educación.

Nivel	Situación Observada	Cambios sugeridos
Equipos FAE	Cambios frecuentes, escasa experiencia en los profesionales.	• Mejorar las condiciones y requisitos de los profesionales que trabajan en este campo, a fin de proporcionar equipos más experimentados y estables en estos contextos complejos.
Investigación	Ausencia de investigación local y de evaluación de los programas.	• Estudios de las trayectorias de niños(as) y cuidadores luego del acogimiento. • Estudios de las características y condiciones de los equipos en los programas FAE. • Estudios en otros tipos de familia (como las familias extensas).

Conclusiones

Este estudio pone de relieve la importancia de incorporar las diversas perspectivas y puntos de vistas al sistema de FAE que se está desarrollando en Chile. Las experiencias compartidas por todas las cuidadoras incluyen el vínculo emocional con los(as) niños(as) y dificultades relacionadas con el sistema de FAE. Además, se observaron dos grupos distintivos, uno más centrado en la experiencia de acogimiento con un(a) niño(a) en particular, y el otro más experimentado y diverso. No obstante, el primer grupo reportó menos fracasos en el acogimiento, esto puede deberse a la presencia de menos niños(as) (tanto en un momento dado como en general) y/o a que están más motivadas porque es un niño(a) en particular que es significativo para ellas. La incorporación de estas visiones diferentes y de la perspectiva local en el desarrollo de los programas de evaluación y formación, podría contribuir a la implementación de un mejor sistema FAE que responda a las condiciones locales para el cuidado de niños(as) que han sido vulnerados.

Referencias

Armstrong, L., Hamilton-Giachritsis, C., Hiller, R. & Walters, S. (en revisión) Exploring factors that influence foster carer responsiveness to children: well-being, emotion regulation and practical aspects of care child abuse and neglect.

Braun, V. & Clarke, V. (2013) *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.

Diogo, E. & Branco, F. (2017). Being a foster family in Portugal: Motivations and experiences. *Societies, 7*(4), 37.

Ellison, D. & Flegel, D. (2010) One child, one placement: The Elgin model. *OACAS Journal, 55*(1), 22-29.

García Quiroga, M. & Hamilton-Giachritsis, C. (2014). In the name of the children: Public Policies for Children in out-of-home care in Chile. Historical review, present situation and future challenges. *Children and Youth Services Review, 44*, 422-430. DOI: 10.1016/j.childyouth.2014.07.009.

García Quiroga, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Ibañez, M. (2017). Attachment Representations and Socio-emotional difficulties in Alternative Care: A comparison between Residential, Foster and Family Based Children in Chile. *Child Abuse & Neglect, 70*, 180-189. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.05.021.

Gillis-Arnold, R., Jasper, S., Stockdale, D., & Shelley, M. (1998). Parenting attitudes, foster parenting attitudes and motivations of adoptive and nonadoptive foster parent trainees. C*hildren and Youth Services Review, 20*(8), 715-732.

Grupe, D. & Nitschke, J. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience, 14*(7), 488-501.

Jiménez, J. & Zavala, M. (2011). Estress Parental y Apoyo Social en Familias Acogedoras Chilenas y Españolas. Infancia y Aprendizaje. 34(4), 495-506.

Kalland, M., & Sinkkonen, J. (2001). Finnish children in foster care: Evaluating the breakdown of long-term placements. *Child Welfare*, 80(5), 513-527

López, M. & Del Valle, J. (2016). Foster care experience in Spain: Analysis of the vulnerabilities of a permanent model. *Psicothema*, 28(2), 122-129.

Luke, N. & Banerjee, R. (2012) Maltreated Children's Social Understanding and Empathy: A Preliminary Exploration of Foster Carers' Perspectives. *Journal of Child and Family Studies, 21*, 237-246.

Martínez, V. (2011) Análisis Evaluativo del Programa de Familia de Acogida Especializada de SENAME. https://www.sename.cl/wsename/otros/estudios_2012/Informe_Final_FAE.pdf

Pardeck, J. T. (1984) Multiple placement of children in foster family care: An empirical análisis. *Social Work, 29*, 506-509.

Prado, F. (2017). *Familias externas, una solución alternativa a la internación de niños, niñas y adolescentes, que han sido privados de cuidados parentales, desde la mirada de las adultas acogedoras* [Tesis de Magister, Universidad de Concepción].

Rock, S., Michelson, D., Thomson, S. & Day, C. (2015). Understanding foster placement instability for looked after children: A systematic review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *The British Journal of Social Work, 45*(1), 177-203.

Schneiderman, J., Smith, C. & Palinkas, L. (2012). The caregiver as gatekeeper for accessing health care for children in foster care: A qualitative study of kinship and unrelated caregivers. *Children and Youth Services Review, 34*(10), 2123-2130.

Servicio Nacional de Menores. (2020). Informe Sename periodo enero - junio 2020: Protección de derechos. https://www.sename.cl/informe-trimestral-2020/trimestre-1-2020-ENERO-JUNIO/proteccion.html

Thompson, H., McPherson, S. & Marsland, L. (2016). ´Am I damaging my own family? ´: Relational changes between foster carers and their birth children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*(1), 48-65.

Walsh, J. & Walsh, R. (1990). Studies of the maintenance of subsidized foster placements in the Casey Family Program. *Child Welfare, 69*(2), 99-114.

Whenan, R, Oxlad, M. & Lushington, K. (2009) Factors associated with foster carer well-being, satisfaction and intention to continue providing out-of-home care. *Children and Youth Services Review 31*(7):752-760. DOI: 10.1016/j.childyouth.2009.02.001

Zeijlmans, K., López, M., Grietens, H. & Knorth,E. (2017). Matching children with foster carers: A literature review. *Children and Youth Services Review, 73*, 257-265.

La toma de decisiones en acogimiento familiar: emparejamiento de niños y niñas con familias de acogida en Países Bajos y Chile

Mónica López López
Universidad de Groningen, Países Bajos

Pamela Jiménez Etcheverría
Universidad de La Frontera, Chile

Jaime Muñoz Insunza
Universidad de La Frontera, Chile

Kirti Zeijlmans
Ministerio de Justicia y Seguridad, Países Bajos

Introducción

La toma de decisiones es una de las tareas más complejas que afrontan los profesionales de los sistemas de protección infantil. Estas decisiones impactan de manera profunda en la vida de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y de las familias que reciben servicios de protección infantil, además de conllevar efectos negativos para los propios profesionales y para las organizaciones en las que desempeñan su labor profesional (Whittaker & Taylor, 2017).

Decisiones como la de investigar un posible caso de maltrato o de separar a un NNA de su familia, frecuentemente se han de tomar en contextos dominados por la incertidumbre y la ambigüedad y en un corto espacio de tiempo. Además, la investigación internacional señala que las pautas para la toma de decisiones suelen estar poco definidas, lo cual puede generar confusión y divergencias en el criterio profesional (Rycus & Hughes, 2008), y que los servicios de protección

infantil con frecuencia presentan escasez de recursos, altas tasas de rotación de personal y sobrecarga laboral (Dettlaff & Rycraft, 2008).

La evidencia reporta que existe gran variabilidad individual en la toma de decisiones en protección infantil (Benbenishty *et al.*, 2015; Mosteiro *et al.*, 2019), lo cual supone un importante problema ético (Keddell, 2014). Además, existe evidencia de que los sistemas de protección infantil producen errores con excesiva frecuencia (para un análisis crítico de la naturaleza e impacto de los errores en los servicios de protección infantil se recomienda (Biesel *et al.*, 2020). Estos errores pueden deberse a un fallo en la identificación del maltrato por parte de los profesionales de los servicios de protección, lo que comúnmente llamamos «falsos negativos». En otras ocasiones, los errores pueden deberse a una intervención desproporcionada, los llamados «*falsos positivos*», que pueden tener como consecuencia una separación familiar innecesaria (Biesel & Cottier, 2020).

Uno de los errores más trágicos en este contexto se observa cuando los NNA son acogidos en instituciones o familias de acogida donde sufren nuevamente situaciones de negligencia o abusos. Cuando estos casos adquieren un perfil público, suelen afectar a los responsables de la toma de decisiones y a los sistemas de protección infantil de forma global, ya que suelen ir seguidos de una transformación en la intensidad y tipo de respuesta del sistema de protección (Biesel & Cottier, 2020).

En Chile, durante el año 2016, Lissette una niña de 11 años falleció víctima de maltratos severos por parte de sus cuidadoras, dentro de una residencia administrada directamente por el Estado (Policía de Investigaciones de Chile [PDI], 2018). El caso fue altamente mediático y provocó una crisis en el sistema proteccional. Las investigaciones posteriores determinaron, entre otras cosas, que las cuidadoras desconocían protocolos de manejo conductual frente a situaciones de crisis de los NNA. Lo relevante de esto es que los informes enfocaron la responsabilidad no solo en las cuidadoras de la niña, sino también identificaron falencias en el sistema proteccional que influyeron en el fallecimiento de la niña (PDI, 2018).

Luego, en el año 2018, Ámbar, una niña de 1 año y 8 meses, falleció producto del severo maltrato que le propinó la pareja de su tía. Esta última tenía el cuidado provisorio de la niña, el que fue dictaminado por un tribunal de familia, con la evaluación de riesgo realizada por un programa de acogimiento familiar. En este caso, se observan una serie de situaciones que podrían configurarse como eventuales errores del sistema, por ejemplo, la fallida evaluación de riesgo que se realizó al grupo familiar o el fallido proceso de emparejamiento que decidió que la niña se fuera con la tía y no con el tío que sugirió la madre, quien aparentemente fue excluido por ser homosexual. Estos errores en las decisiones que se tomaron en el caso de Ámbar, llevaron a que el presidente de la República tuviera que dar explicaciones públicas y crear un proyecto de ley

para proteger de mejor forma a NNA en situaciones como las que le ocurrieron a esta niña (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018). Además, en forma posterior, ocurrió la crisis del Servicio Nacional de Menores (SENAME) en la que expertos del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas visitaron el país para iniciar una investigación que concluyó con un informe que señala que el Estado chileno ha violado grave y sistemáticamente los derechos de los NNA que se encuentran en centros de protección residencial en Chile (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

En los Países Bajos, un caso relacionado con la decisión de emparejamiento recibió una gran cobertura mediática en el año 2013. Un niño de 9 años de origen turco fue emparejado con dos acogedoras lesbianas (van den Berg *et al.*, 2015). Este caso provocó un debate público sobre el papel de la cultura, la religión y el origen étnico en la decisión de emparejamiento e incluso provocó una disputa diplomática entre los Países Bajos y Turquía. Si bien no podemos valorar este caso como un error en la toma de decisiones, este ejemplo nos muestra cómo la decisión de emparejamiento es muy sensible y está influida por valores y normas personales.

Dado el potencial impacto de casos como los aquí explicados en los sistemas de protección, no parece extraño que la mejora del ajuste entre las necesidades de los NNA y familias y los servicios de protección infantil se esté convirtiendo en una de las prioridades de investigación a nivel internacional (Fluke *et al.*, 2020; López López *et al.*, 2015).

En este sentido, el marco teórico de la ecología de la toma de decisiones (en inglés *Decision Making Ecology*, [DME]; Baumann *et al.*, 1997) ha contribuido enormemente a la acumulación de evidencia empírica sobre la toma de decisiones en los sistemas de protección infantil desde una perspectiva ecológica. La idea fundamental que aporta este modelo es que las decisiones tienen lugar dentro de una serie de contextos o ecologías interconectadas que incluyen un conjunto de factores de caso, externos, organizativos y personales que se combinan de varias maneras para influir en las decisiones y los resultados de las decisiones en los servicios de protección (Baumann *et al.*, 2011). Este marco teórico ha sido aplicado para analizar científicamente diferentes decisiones como la decisión de investigar o no un posible caso de maltrato, la separación familiar, la reunificación, el tipo de acogimiento (residencial o familiar), o el emparejamiento o *matching* en acogimiento familiar.

La toma de decisiones en el emparejamiento en acogimiento familiar

El proceso de elegir qué familia de acogida disponible es la más adecuada para un NNA se denomina decisión de emparejamiento o *matching* (Strijker & Zandberg, 2001). La decisión de emparejamiento podría definirse como un

proceso que involucra tanto decidir sobre la familia de acogida más compatible para un NNA como forjar una base sólida para el acogimiento familiar con el objetivo de maximizar las posibilidades de éxito de la acogida (Zeijlmans, 2019).

El emparejamiento, como parte del proceso de acogimiento familiar, contribuye a visualizar las necesidades específicas de ese NNA para encontrar la familia más apropiada. El emparejamiento puede contribuir a reducir los efectos negativos de una separación familiar para el NNA (Zeijlmans *et al.*, 2017) y contribuir a la estabilidad del acogimiento familiar (Montserrat *et al.*, 2020).

A pesar de su importancia para el éxito de la acogida, el proceso de emparejamiento todavía está lejos de ser transparente: se cuenta con escasa investigación sobre este proceso, apenas existen instrumentos para apoyar el emparejamiento en la práctica, y los profesionales parecen no contar con formación específica que les capacite para el proceso de emparejamiento (Zeijlmans, 2019).

Las siguientes secciones de este capítulo se dedican a presentar dos proyectos de investigación sobre la decisión de emparejamiento llevados a cabo en Países Bajos y Chile utilizando una perspectiva contextual para proporcionar una visión global de los factores que influyen en este proceso de toma de decisiones tan complejo.

El emparejamiento en acogimiento familiar en Países Bajos

El proyecto doctoral de Kirti Zeijlmans (2019) supone una de las contribuciones más sistemáticas a la explicación de la influencia de diferentes factores (caso, individuo, organización, contexto externo) en el proceso y resultados del emparejamiento en acogimiento familiar a través de una variedad de métodos de investigación: una revisión sistemática de la literatura, un estudio de entrevistas y un estudio de viñeta con una metodología de «pensar en voz alta». A continuación se resumen los principales hallazgos de este ambicioso proyecto.

Revisión de la literatura sobre los factores que influyen en el emparejamiento

Los resultados de la revisión de la literatura sobre la toma de decisiones en el proceso de emparejamiento en acogimiento familiar (Zeijlmans *et al.*, 2017) muestran que, aunque los factores de caso se han considerado como los más relevantes para tomar esta decisión en la práctica, los factores organizacionales parecen ocupar un lugar muy importante y a menudo se mencionan como un aspecto comprometedor o restrictivo de la decisión en los estudios revisados. Esta revisión también señala importantes lagunas en nuestro conocimiento sobre los factores que afectan los procesos de toma de decisiones.

Con respecto a los factores del caso, la relación entre el emparejamiento y los factores relacionados con el éxito del acogimiento familiar, como la edad en el momento de la acogida, el historial de colocación del niño y una coincidencia en el carácter o temperamento, no se ha investigado de manera concluyente. Algunos aspectos organizacionales tampoco han recibido atención de la investigación, como los requisitos de capacitación para los profesionales, el uso de la toma de decisiones estructurada y el apoyo organizacional. Además, el impacto del contexto externo prácticamente no ha recibido atención desde el ámbito científico; no se han realizado estudios comparativos internacionales y, a pesar de los esfuerzos por incluir literatura de diversos países, esta revisión solo halló evidencia científica de un número muy limitado de países, lo que resulta insuficiente para un análisis de las diferencias culturales.

«Nada sale como se espera»: reflexiones de los profesionales del emparejamiento

El estudio de entrevistas (Zeijlmans *et al.*, 2018) explora la perspectiva de los profesionales sobre la influencia del contexto específico del caso en el proceso de toma de decisiones con respecto al emparejamiento en el acogimiento familiar. En este estudio participaron 22 profesionales de 17 organizaciones holandesas de acogida familiar. Los resultados muestran que la influencia de los factores de caso en la decisión de emparejamiento se ve enormemente influida por el contexto, como ya sugería la revisión de la literatura. Aunque los profesionales tienen un concepto estandarizado del proceso de emparejamiento o una noción ideal de cómo debe llevarse a cabo, cada decisión se debe adaptar a la situación específica. Los factores del caso tienen una influencia diferente en cada decisión; en ocasiones se requiere que el origen étnico sea el factor más importante a considerar a la hora de encontrar una familia, mientras que otros casos pueden requerir más énfasis en la ubicación de la futura familia acogedora.

Además, los profesionales se ven frecuentemente obligados a rebajar sus expectativas debido a la escasez de familias de acogida, la urgencia de tomar la decisión y la insuficiencia de información sobre el caso. En concreto, las limitaciones de tiempo parecen tener un profundo efecto en esta decisión. Con frecuencia se producen desviaciones de la práctica estandarizada, tanto deliberadamente (para mejorar el resultado de la decisión de emparejamiento) como forzadas (cuando el tomador de decisiones no tiene otra opción debido a circunstancias externas).

Participación de los implicados en el emparejamiento

El segundo estudio de entrevistas (Zeijlmans *et al.*, 2019a) exploró la perspectiva de los profesionales sobre la participación de NNA, familias y

acogedores en el proceso de emparejamiento. Los resultados muestran que los profesionales son conscientes de que los deseos de los NNA, padres y madres, y familias acogedoras pueden contribuir enormemente en el éxito del emparejamiento. Sin embargo, los profesionales entrevistados también admiten que asegurar la participación de las partes interesadas no siempre es posible y que este proceso está influenciado por las suposiciones e intuición de los profesionales, así como por factores de la organización, como, por ejemplo, las limitaciones de tiempo y otros problemas de viabilidad. Además, los profesionales consideran que la participación de las partes interesadas puede convertirse en una fuente de conflicto cuando diferentes partes tienen intereses opuestos, lo que dificulta a los profesionales incorporar sus deseos en la decisión final. Por lo tanto, a pesar de la incorporación de nuevas leyes que tratan de fomentar la participación de NNA y familias en el proceso de emparejamiento en los Países Bajos, las diferentes partes implicadas dependen de profesionales para facilitar su participación y considerar sus aportes en la decisión de emparejamiento.

Uso de heurísticos en la decisión de emparejamiento

El último estudio del proyecto holandés (Zeijlmans *et al.*, 2019b) explora el uso de heurísticos por parte de los profesionales encargados de la decisión de emparejamiento. Los heurísticos son atajos mentales o reglas que seguimos de manera inconsciente para realizar inferencias y tomar decisiones, especialmente en contextos de alta incertidumbre como los que caracterizan la decisión de emparejamiento. Para explorar esta cuestión se entrevistó a 20 profesionales especialistas en emparejamiento usando viñetas en combinación con una metodología de «pensar en voz alta» para capturar el razonamiento empleado para tomar las decisiones. Las viñetas representaban 3 casos de niños y niñas que estaban esperando un acogimiento familiar, y 5 familias de acogida listas para acoger. Los resultados de este estudio sugieren que los profesionales emplean la heurística en mayor medida que enfoques analíticos para la toma de decisiones. A pesar de que existen varias guías y lineamientos para el emparejamiento en acogimiento familiar en ese país, ninguno de los expertos siguió esas pautas sistemáticamente. Además, los profesionales no utilizaron toda la información contenida en las viñetas para tomar su decisión, sino que seleccionaron ciertos elementos ignorando otros completamente, lo cual podría indicar el uso de heurísticos para tomar sus decisiones de manera más rápida.

En concreto, los resultados de este estudio proporcionan evidencia del uso del heurístico conjuntivo para la toma de decisiones, ya que frecuentemente las familias eran rechazadas en base a una premisa negativa, sin verificar otros aspectos. Por ejemplo, cuando los profesionales veían que la edad del niño o niña no se ajustaba al rango de edad preferido por la familia acogedora, solían dejar de considerar esa familia en su deliberación. Esta regla conjuntiva se empleó

en la mayoría de los casos, lo que indica que los profesionales consideran que es relevante y efectiva en su toma de decisiones diaria.

El emparejamiento en acogimiento familiar en Chile

En Chile, en los últimos años, se ha venido produciendo una progresiva disminución de la derivación de NNA a cuidado institucional y un aumento del ingreso de niños y niñas a alternativas de cuidados en entorno familiar (SENAME, 2020). No obstante, los programas de acogimiento familiar aún son pocos en el país y reciben escaso apoyo social y financiero del Estado (Jiménez & Zavala, 2011). Por otro lado, las orientaciones programáticas existentes para los programas de acogimiento familiar realizan distinciones solamente en relación a familias extensas (abuelas, tíos y otros con lazos familiares) y externas (sin lazos familiares) (SENAME, 2015).

Esta clasificación deriva en dos tipos de emparejamiento posibles. El primero, que se realiza con familias extensas, y en el que el profesional luego de sacar al niño de su entorno familiar nuclear debe determinar qué otro integrante de la familia extensa es el más adecuado para acoger a ese NNA y contribuir en el restablecimiento de sus derechos. El segundo tipo de emparejamiento se realiza cuando los NNA, son sacados de su entorno familiar y deben ser derivados a familias externas, debiendo el profesional reconocer cuál de las familias disponibles para acoger NNA es la más adecuada para cada caso.

El estudio de Muñoz Insunza (2020) exploró por primera vez en Chile características del proceso de decisión de emparejamiento en profesionales de programas de acogimiento familiar. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas, las que incluyeron temas determinados por la evidencia internacional sobre el procedimiento de emparejamiento en familias de acogida (Pösö & Laakso, 2014; Zeijlmans *et al*., 2017) y definidos en función de modelos teóricos descritos para la toma de decisiones en protección en infancia (Baumann *et al*., 2011; Benbenishty *et al*., 2015). Aun cuando el tamaño de la muestra de este estudio es pequeño, el rigor del análisis realizado permitió identificar criterios utilizados por profesionales chilenos y de esta manera aproximarse a una caracterización de los procesos de emparejamiento en programas de familias de acogida del sistema de protección infantil. Utilizando el método de análisis de contenido jerárquico ponderado (Pérez-Luco *et al*., 2005), se evidenció en primer lugar, y en línea con la crisis que experimenta el sistema proteccional chileno, la ausencia de protocolos formales o procedimientos estándares para realizar la toma de decisión de emparejamiento. Se identificaron además, cinco categorías que en su conjunto permiten entregar un panorama global de los criterios utilizados por profesionales chilenos para el emparejamiento. Estas categorías, que se corresponden parcialmente con los modelos descritos por la literatura para la toma de decisiones, como el modelo ecológico (Baumann *et*

al., 2011) o el modelo JUDPIC (Benbenishty *et al.*, 2015), son: (a) contenidos relativos al caso, (b) al cuidador o acogedor, (c) al niño, niña o adolescente, (d) a la organización, y (e) al profesional que toma la decisión. De estos, los criterios referidos al caso y aquellos relativos a los acogedores fueron los que presentaron mayor peso en la decisión de emparejamiento, sumando en conjunto un 70% de las referencias de los profesionales. El criterio referido al caso consideró aspectos tales como necesidades de intervención del niño o niña, evaluación de redes del caso, urgencia y rapidez en la toma de decisiones, y la proyección de la causa proteccional. Por su parte, el criterio relativo al acogedor o cuidador contempló características psicosociales y expectativas de los futuros cuidadores.

Por otro lado, los resultados evidenciaron que los profesionales están conscientes del limitado número de familias disponibles dentro del sistema e identifican esto como un problema, ya que se traduce en que existan NNA que, debiendo ser derivados a cuidado en un entorno familiar, hoy están siendo derivados a cuidado institucional. Asimismo, los profesionales señalaron la necesidad de tener en el país un tipo de acogimiento diferenciado y especializado según las necesidades de cada niño o niña, ampliando las categorías que actualmente existen en Chile –familias extensas y externas– y que incluya mayores alternativas de cuidado tal como existe hoy en otros países, incorporando, por ejemplo, acogimientos de larga data o acogimientos parciales (durante el fin de semana o durante las vacaciones).

Conclusiones

La decisión de emparejamiento de NNA en acogimiento familiar es probablemente una de las decisiones más complejas de llevar a cabo dentro de los sistemas proteccionales y posee características particulares como el alto nivel de incertidumbre, la poca disposición de tiempo o la gran cantidad de variables que debe tomar en consideración el profesional para ejecutar una buena decisión (Zeijlmans *et al.*, 2018).

El emparejamiento, como engranaje del proceso de acogimiento familiar, se caracteriza por su naturaleza contextual (Pösö & Laakso, 2014). Por tal motivo, la forma cómo este proceso se materializa en el cuidado y protección de un NNA varía enormemente de un país a otro y nos entrega pistas respecto de las políticas proteccionales, aspectos socioculturales y territoriales de cada experiencia. Este nivel de variabilidad se configura como una potencial alternativa de aprendizaje e intercambio de experiencias, que permita valorar los éxitos y desafíos de otros países, tomando en consideración la particularidad de su contexto. Además, las diferentes formas de desarrollar emparejamiento se vuelven especialmente relevantes para profesionales e investigadores, al permitir comprar los diferentes sistemas proteccionales y los marcos jurídicos

en los que se fundamentan. En síntesis, la variabilidad de los procedimientos de emparejamiento puede representar una oportunidad para los profesionales que trabajan en protección infantil al permitir conocer experiencias y desafíos que otros equipos de trabajo llevan adelante.

Dada la complejidad y especificidad de esta decisión, se hace necesario profundizar en el conocimiento científico de la toma de decisiones en infancia y el desarrollo de modelos teóricos pertinentes, que permita que los profesionales desarrollen una mirada crítica de los factores y variables intervinientes en el proceso de toma de decisión. En este sentido, el modelo ecológico de toma de decisiones y el modelo JUDPIC entregan un marco conceptual sistemático y basado en evidencia de las variables implicadas en la toma de decisiones en protección infantil (Benbenishty *et al.*, 2020; López *et al.*, 2015). Estos modelos teóricos permitirían tener una perspectiva amplia de la toma de decisiones en infancia y valorar una multiplicidad de factores que promuevan que la decisión de emparejamiento se desarrolle con un foco centrado en el NNA y sus necesidades. Si bien ninguno de los modelos teóricos mencionados entrega directrices específicas respecto del emparejamiento, permitirán que el profesional que decide integre variables y dimensiones contextuales de la protección infantil basándose en evidencia empírica y que, sin duda, contribuirán a organizar la cantidad de información disponible y disminuir el nivel de incertidumbre asociado a la decisión.

Las investigaciones presentadas en este capítulo, aun siendo de países muy distantes, integran análisis y consideraciones desde los modelos teóricos descritos más arriba, vinculando la praxis de los profesionales con la evidencia científica de toma de decisiones en protección infantil. Además, demuestran el nexo entre la academia y las decisiones cotidianas que se toman para proteger a los NNA vulnerables y permite tener una comprensión más acabada de los procesos decisionales a la base.

De forma específica, los resultados de los estudios analizados demuestran la importancia de los factores del caso, tales como la evaluación de riesgo o el rol de la hermandad en la decisión de emparejamiento. Este fenómeno releva que una de las principales preocupaciones de los profesionales al momento de realizar el emparejamiento es responder a las necesidades puntuales de ese NNA en el contexto en que se encuentra. En este sentido, poseer y gestionar información confiable del caso se configura como una de las principales claves e insumos requeridos por los profesionales para ejecutar la toma de decisión.

En ambos países, y debido a la naturaleza de la decisión, el emparejamiento se perfila como un proceso dinámico y que implica interrelación de factores. Esta característica es consistente con lo representado en los modelos teóricos de toma de decisión y es descrita en los estudios holandeses (Zeijlmans *et al.*, 2018) como la necesidad de que la decisión se adapte a los requerimientos específicos del caso, incluyendo multiplicidad de variables. Por otro lado, en

Chile, Muñoz (2020) describe que el emparejamiento es una decisión dinámica, interactiva y en constante reevaluación. Estos hallazgos permiten afirmar que el emparejamiento no es una decisión estática o rígida y requiere que el profesional posea competencias y habilidades específicas: como formación profesional en el área proteccional y capacidad de valorar diferentes elementos en una situación de alta complejidad.

Por otro lado, es importante mencionar que las investigaciones descritas presentan la perspectiva de los profesionales que toman las decisiones. Esto representa una ventaja ya que permite tener una mayor comprensión de los puntos de encuentro existentes entre profesionales de ambos países; sin embargo, nos plantea desafíos respecto de conocer con mayor profundidad la perspectiva de los otros actores implicados en el proceso de emparejamiento como las familias y los NNA (Witte *et al.*, 2020) y el rol que estos poseen en los resultados del proceso de acogimiento.

Un elemento relevante de las investigaciones aquí presentadas se relaciona con el foco en las variables individuales del profesional que toma la decisión. Se puede observar en los estudios holandeses un interés creciente por analizar estas variables, por ejemplo, el uso de heurísticos cognitivos en el análisis de un caso (Zeijlmans *et al.*, 2019b). Esto demuestra que el foco de interés, no solo se ha centrado en los factores del caso, sino también en los factores individuales del profesional como un elemento que posee relevancia en la decisión final. Por otro lado, la caracterización del emparejamiento realizada en Chile muestra una baja ponderación de respuestas relacionada con las características individuales, lo que evidencia el desafío de Chile para desarrollar mayor cantidad de estudios acerca del impacto de estos factores en la toma de decisiones. Un desarrollo científico de este tipo permitiría al sistema proteccional chileno tener evidencia que aporte en la formación del nuevo servicio de protección de la niñez y la adolescencia.

La investigación en toma de decisiones en protección infantil se ha transformado en un campo creciente y en desarrollo que releva la importancia de estas decisiones; sin embargo, y en sintonía con lo descrito previamente, la cantidad de investigaciones sobre el emparejamiento y su impacto sobre la intervención proteccional sigue siendo muy limitada. Esta falta de conocimiento empírico sugiere algunas debilidades de los sistemas proteccionales, especialmente porque las normativas y marcos jurídicos relativos a la protección infantil deben construirse con evidencia confiable y fidedigna; sin embargo, si no existe evidencia que permita construirlas adecuada y eficientemente, las normas se implementarán intuitivamente o de forma descontextualizada, manteniendo o aumentando el nivel de incertidumbre y ambigüedad que los profesionales afrontan al desarrollar su labor.

Aumentar la cantidad y calidad de evidencia respecto de los procesos de emparejamiento podría contribuir al desarrollo de herramientas específicas y

estandarizadas que sean un aporte concreto para los profesionales que trabajan en estos programas (Dettlaff *et al.*, 2020). Por ello, uno de los desafíos por delante está relacionado con vincular las decisiones con los resultados que se asocian a ella y comprender cómo esa decisión, en ese contexto específico, generó ciertos resultados para los diferentes actores implicados.

Por último, a continuación se señalan algunas consideraciones prácticas para los profesionales lectores de este capítulo:

1. La toma de decisiones con criterios de calidad es un elemento fundamental en contextos de protección infantil (Fluke *et al.*, 2020) y una buena manera de materializar esto es desarrollar un proceso decisional estructurado y sistemático, que organice y contextualice de forma tangible los diferentes factores que intervienen en la decisión.
2. Si bien el desarrollo de la toma de decisiones en equipo es un ámbito que ha sido poco estudiado (Fluke *et al.*, 2020), el uso de esta estrategia podría contribuir a disminuir sesgos, actitudes u otras características individuales que puedan afectar negativamente la decisión de emparejamiento en caso que esta decisión sea tomada por un solo individuo. Por lo tanto, la integración de una perspectiva de equipo podría ser un aporte para los requerimientos que posee ese NNA.
3. Debido a la importancia que tienen los factores relacionados con el caso en la toma de decisiones de emparejamiento, es fundamental tener la mayor cantidad de información posible respecto de la causa y del NNA (Munro, 2019). Por tal motivo, es central que el profesional se asegure de la confiabilidad de la información asociada al caso. Es decir, el profesional debe velar que la información judicial y los informes clínicos disponibles del NNA, cumplen con los criterios de rigurosidad necesarios para que ser utilizados en el emparejamiento de ese NNA.
4. La toma de decisiones en conjunto con los otros participantes del proceso es una herramienta que ha mostrado ser prometedora, incluyendo en la decisión no solo al profesional, sino también a NNA y a las familias implicadas (Bartelink *et al.*, 2015). Por ello, una consideración práctica que puede ser útil en algunas ocasiones es la integración de NNA y familias en el proceso decisional.

Referencias

Bartelink, C., Yperen, T. A. Van, & Berge, I. J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect, 49*, 142–153. http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.002

Baumann, D. J., Dalgleish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). *The decision-making ecology*. American Humane Association.

Baumann, D., Kern, H., & Fluke, J. D. (1997). *Foundations of the decision-making ecology and overview. Worker improvements to the structured decision and outcome model*. Department of Protective and Regulatory Services. Response to a Research Synthesis on Child Welfare Disproportionality and Disparities by Fluke, Harden, Jenkins, & Ruehrdanz.

Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López López, M., Devaney, J., Spratt, T., Koopmans, C., Knorth, E.J., Witteman, C.L.M, Del Valle, J., & Hayes, D. (2015). Decision-making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse and Neglect*, *49*, 63-75. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015

Benbenishty, R., & Fluke, J. D. (2020). Frameworks and Models in Decision-Making and Judgment in Child Welfare and Protection. En J. Fluke, M. López López, R. Benbenishty, E. J. Knorth, & D. Baumann (Eds.), *Decision Making and Judgement in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice* (pp. 3-26). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190059538.003.0001

Biesel, K., & Cottier, M. (2020). Errors and mistakes in child protection: understandings and responsibilities. En K. Biesel, J. Masson, N. Parton, & T. Pösö (Eds.), *Errors and mistakes in child protection. International Discourses, Approaches and Strategies* (pp. 17-34). Policy Press.

Biesel, K., Masson, J., Parton, N., & Pösö, T. (2020) (Eds.) *Errors and mistakes in child protection. International Discourses, Approaches and Strategies*. Policy Press.

Dettlaff, A. J., & Rycraft, J. R. (2008). Deconstructing disproportionality: Views from multiple stakeholders. *Child Welfare, 87*(2), 37-58.

Dettlaff, A. J., Hollinshead, D., Baumann, D. J., & Fluke, J. D. (2020). Instrumentation to Understand the Child Protective Services Decision-Making Processes. en J. Fluke, M. López López, R. Benbenishty, E. J. Knorth, & D. Baumann (Eds.), *Decision Making and Judgement in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice* (pp. 81-108). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190059538.003.0004

Fluke, J. D., López López, M., Benbenishty, R., Knorth, E. J., & Baumann, D. J. (2020). En J. Fluke, M. López López, R. Benbenishty, E. J. Knorth, & D. Baumann (Eds.), *Decision Making and Judgement in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice* (pp. 301–318). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190059538.003.0014

Jiménez, J. M., & Zavala, M. I. (2011). Estrés parental y apoyo social en familias extensas acogedoras chilenas y españolas. *Infancia y Aprendizaje, 34*(4), 495-506. https://doi.org/10.1174/021037011797898458

Keddell, E. (2014). Current debates on variability in Child Welfare decision-making: a selected literature review. *Social Sciences, 3*(4), 916-940. https://doi.org/10.3390/socsci3040916

López López, M., Fluke, J., Benbenishty, R., & Knorth, E. J. (2015). Commentary on decision-making and judgments in child maltreatment prevention and response: An overview. *Child Abuse and Neglect, 49*, (pp. 1-11). https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.013

Montserrat, C., Llosada-Gistau, J., & Fuentes-Peláez, N. (2020). Child, family and system variables associated to breakdowns in family foster care. *Children and Youth Services Review*, 109 https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104701

Mosteiro, A., Sobremonte, E., & Rodriguez-Berrio, A. (2019). La variabilidad en la toma de decisiones entre profesionales de protección infantil: el rol que juegan sus características personales. *Revista de Treball Social, 215*, 33-52.

Muñoz Insunza, J. (2020). Caracterización del proceso de toma de decisiones en el «matching» en familias de acogida [Tesis de magister, Universidad de la Frontera].

Munro, E. (2019). Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. *Child and Family Social Work, 24*(1), 123-130. https://doi.org/10.1111/cfs.12589

Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Informe de la investigación realizada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones*. https://www.defensorianinez.cl/bilioteca/informes-del-comite-de-los-derechos-del-nino-conforme-a-otras-facultades-otorgadas-por-la-cdn/

Policía de Investigaciones de Chile. (2018). *Análisis del funcionamiento residencial en centros dependientes del servicio nacional de menores*.

Pérez-Luco, R., Lagos, L., Rozas, R., & Santibáñez, J. (2005). Impacto Vital del Paso por un COD en la Adolescencia. la Experiencia de Cuatro Adultos de Temuco. R*evista de Psicología, 14*(2), 27-46. https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17421

Pösö, T., & Laakso, R. (2014). Matching children and substitute homes: Some theoretical and empirical notions. *Child and Family Social Work, 21*, 1–10. https://doi.org/10.1111/cfs.12144

Rycus, J. S., & Hughes, R. C. (2008). Assessing risk throughout the life of a child welfare case. En D. Lindsey & A. Shlonsky (Eds.), *Child welfare research: Advances for practice and policy* (pp. 201-213). Oxford University Press.

Servicio Nacional de Menores. (2015). *Orientación técnica: Programa Familias de acogida especializada con Programa de protección especializado FAE/PRO*. https://www.sename.cl/wsename/p14-30-11-2018/orientaciones-tecnicas-fae-pro.pdf

Servicio Nacional de Menores. (2020). *Anuario Estadístico 2019*. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2020/10/Anuario-Estadistico-2019-13-10-2020.pdf

Strijker, J., & Zandberg, T. (2001). *Matching in de pleegzorg: Hulpvraag versus hulpaanbod*. SWP Publishers.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). UNICEF valora decisión presidencial de decretar imprescriptibilidad total de los delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes. Comunicado de prensa. En https://www.unicef.org/chile/comunicados-prensa/unicef-valora-decisi%C3%B3n-presidencial-de-decretar-imprescriptibilidad-total-de-los

Van den Berg, G., Bellaart, H., & Yar, H. (2015). *Een betere match tussen vraag en aanbod: Eindrapport van een onderzoek naar de aansluiting tussen de vragen en behoeften van Turks-Nederlandse jeugdigen en gezinnen en het bestaande aanbod aan preventie, ondersteuning, hulp en zorg*. Nederlands Jeugdinstituut.

Whittaker, A., & Taylor, B. (2017). Understanding risk in social work. *Journal of Social Work Practice*, *31*(4), 375-378. https://doi.org/10.1080/02650533.2017.1397612

Witte, S., López López, M., & Baldwin, H. (2020). The Voice of the Child in Child Protection Decision-Making: A Cross- Country Comparison of Policy and Practice in England, Germany, and the Netherlands. En J. Fluke, M. López López, R. Benbenishty, E. J. Knorth, & D. Baumann (Eds.), *Decision Making and Judgement in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice* (pp. . 263-280). Oxford University Press. https://doi.org/10.3390/socsci3030514

Zeijlmans, K. (2019). *Matching children with foster carers. The decision-making process of finding a non-kinship foster family for a child*. [Doctoral dissertation, University of Groningen].

Zeijlmans, K., & López López, M. (2015). De matchingbeslissing in de pleegzorg: tussen kunst en wetenschap. En J. Knot-Dickscheit, A. M. N. Huyghen, H. J. M. Janssen, W. J. Post, I. Haakma, & H. Grietens (Eds.), *Orthopedagogiek maakt verschil! Profiel en toekomst van een discipline in beweging*. (pp. 255-265). Acco.

Zeijlmans, K., López López, M., Grietens, H., & Knorth, E. J. (2019a). Participation of children, birth parents and foster carers in the matching decision. Paternalism or partnership? *Child Abuse Review, 28*, 139-151. https://doi.org/10.1002/car.2544

Zeijlmans, K., López López, M., Grietens, H., & Knorth, E. J. (2019b). Heuristic decision-making in foster care matching: Evidence from a think-aloud study. *Child Abuse & Neglect, 88,* 400-441. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.007

Zeijlmans, K., López López, M., Grietens, H., & Knorth, E. J. (2017). Matching children with foster carers: A literature review. *Children*

and Youth Services Review, 73, 257-265. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.017

Zeijlmans, K., López López, M., Grietens, H., & Knorth, E. J. (2018). 'Nothing goes as planned': Practitioners reflect on matching children and foster families. *Child and Family Social Work, 23*(3), 458-465. https://doi.org/10.1111/cfs.12437

De la selección a la evaluación formativa: modelo de evaluación formativa para la parentalidad adoptiva (EFI)

Esteban Gómez Muzzio
Fundación América por la Infancia, Chile

Irene Salvo Agoglia
Universidad Alberto Hurtado, Chile

Introducción

Durante las últimas décadas la adopción se ha transformado sociocultural, jurídica, institucional y técnicamente. El aumento de causales de «inhabilitación parental» ha implicado un cambio radical en las características y necesidades de niños y niñas susceptibles de ser adoptados (*i. e.*, mayores de 3 años, grupos de hermanos, experiencia de institucionalización, presencia de trauma complejo) (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2020). Frente a ello, madres y padres adoptivos se preocupan cada vez más por sus competencias parentales, particularmente cuando adoptan niños(as) más grandes o que han sufrido experiencias de adversidad temprana (Grotevant & Lo, 2017). Aunque los casos de «rupturas adoptivas» son infrecuentes (Contreras, 2014), continúan preocupando y movilizando un trabajo preventivo para ofrecer apoyo a lo largo de la trayectoria adoptiva (Berastegui, 2017; Hartinger *et al*., 2015). Por otro lado, se ha constatado una gran diversidad de perfiles de adoptantes (biparentales, monoparentales y homoparentales).

En este escenario, resulta fundamental que las actuaciones técnicas estén en línea con la creciente heterogeneidad de los niños(as) susceptibles de ser adoptados y de los(as) postulantes a la adopción. Los estándares internacionales de buenas prácticas exigen que la preparación, acompañamiento y apoyo a los niños(as) y sus adoptantes estén integrados a un servicio especializado, de calidad y accesible, que contribuya a favorecer procesos adoptivos favorables

y a minimizar los riesgos de ruptura adoptiva en línea con el interés superior del niño (Lee *et al.*, 2020; Salvo Agoglia, 2020). En respuesta a los desafíos presentes y futuros en el campo de la adopción, resulta crucial diseñar metodologías, recursos y herramientas técnicas rigurosas de evaluación de idoneidad, así como ofrecer una atención más equitativa, oportuna y de calidad a los(as) postulantes. Se debe actualizar y homogeneizar más los procesos y criterios de valoración de idoneidad vigentes y realizar un giro hacia una perspectiva de preparación, acompañamiento y formación de la parentalidad adoptiva (Lengsfelder, 2011).

En este capítulo, se presenta el modelo de evaluación formativa para la parentalidad adoptiva (en adelante modelo EFI), elaborado en el marco del estudio *Diseño de Recursos técnicos para Evaluar Formativamente la Idoneidad de las Familias Postulantes a la Adopción, en base al Enfoque de Derechos*[1], licitado por el Departamento de Adopción del Servicio Nacional de Menores de Chile (SENAME) y ejecutado por la Fundación América por la Infancia (FAI) y un equipo multidisciplinario de especialistas nacionales y extranjeros (2017-2018). Recientemente, el modelo EFI (Gómez & Salvo Agoglia, 2018) fue sometido a un proceso de validación independiente en el *Estudio de validación del modelo de evaluación formativa para la parentalidad adoptiva (EFI)*, ejecutado por la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2019-2020).

Justificación política, institucional y técnica de la evaluación de idoneidad de postulantes a la adopción en Chile

El proceso de evaluación de idoneidad de quienes desean construir una familia a través de la adopción debe garantizar el efectivo cumplimiento del derecho del niño a vivir y a crecer en una familia que promueva su bienestar integral. Además, debe determinar si cada postulante es idóneo para la adopción en función de sus características y sus capacidades, así como del proyecto adoptivo concreto que tiene planteado (Palacios, 2008). Asimismo, debe ayudar a establecer qué perfil de postulante sería el más indicado para responder a las necesidades de un niño(a) en particular, aportando al posterior proceso de *matching* (Hanna & McRoy, 2011; Lind, 2008).

[1] La propiedad intelectual del modelo EFI corresponde al SENAME. Ningún dato sensible fue revelado en este documento. Los autores agradecen a la directora nacional del SENAME, María Rosario Martínez, y a la Jefa del Departamento de Adopción, Viviana Petric, su apoyo a la publicación de este capítulo, y a Fernanda Galleguillos, anterior Jefa del Departamento de Adopción por iniciar el estudio y apoyar el proceso que dio como resultado del modelo EFI (Galleguillos & Jaque, 2017).

Durante las últimas décadas, el Estado chileno ha realizado importantes avances técnicos en materia de adopción, fortaleciendo y actualizando continuamente sus procesos y lineamientos, incluyendo la evaluación de idoneidad, en virtud del interés superior del niño. En esta línea, el Sub-Programa de Evaluación Técnica de Postulantes y su Preparación como Familia Adoptiva (SENAME, 2018) tiene entre sus objetivos acreditar la idoneidad de los postulantes para la adopción, según una serie de criterios legales y técnicos. En base a estos criterios se determina: (a) su idoneidad, (b) su no idoneidad temporal, es decir, si deben seguir fortaleciendo su proyecto adoptivo, o (c) se desestima su idoneidad para adoptar. Los informantes de un estudio realizado por SENAME (2015), identificaron diversos nudos críticos y desafíos que enfrentan los actuales procesos de valoración de idoneidad:

a) *Falta de homogeneidad y articulación de los procesos de evaluación derivada de la participación de diversos profesionales* con diferente formación profesional y formas de trabajo, que cumplen la función de evaluadores externos acreditados. El desafío es que las Unidades de Adopción (UADOP) de SENAME puedan conducir más directamente y de forma más homogénea el proceso de evaluación de idoneidad de las(os) postulantes.

b) *Manejo de la deseabilidad social y las expectativas de los(as) postulantes a la adopción.* Se identificó la complejidad de manejar los efectos prácticos que implica conciliar, desde el diagnóstico, la deseabilidad social de los(as) postulantes y la representación en abstracto del interés superior del niño (ISN), instalándose la tensión entre los ideales manifestados por los(as) postulantes y las características y necesidades reales de los niños(as) susceptibles de ser adoptados.

c) *Predominancia de lógicas «psicologizadas» y «psicopatologizadoras»*. Si bien se apreció la experiencia, compromiso y profesionalismo de los(as) evaluadores externos, se identificó que los dispositivos disponibles responden a una matriz de diagnóstico clásico, descriptivo, centrado en el descarte de patologías y riesgos, en el que se utilizan metodologías y herramientas no especializadas en parentalidad y adopción. Tanto para los(as) evaluadores externos, como para los(as) profesionales de las UADOP, es importante evolucionar hacia una lógica comprensiva, formativa y relacional de la valoración de idoneidad.

A partir de este diagnóstico, el Departamento de Adopción (SENAME) identificó la necesidad urgente de diseñar e implementar un nuevo sistema que permitiera acompañar a las familias adoptivas de manera diferenciada a lo largo de su trayectoria adoptiva (Galleguillos & Jaque, 2017). Se impulsó una profunda revisión y fortalecimiento de diversos procesos, convocando a mesas técnicas especializadas, a integrantes de los organismos colaboradores acreditados del SENAME (OCAS) y de la academia, entre otros actores claves. La nueva normativa derivada de este trabajo relevó la continuidad e integralidad de los procesos de preparación, formación y acompañamiento (preadoptivo y postadoptivo), más que la evaluación de idoneidad tradicionalmente entendida

como un evento puntual (SENAME, 2018); y explicitó la necesidad de dar mayor protagonismo a las UADOP, a fin de que la declaración de idoneidad fuese realizada tras una instancia resolutiva entre todos los responsables de la evaluación y no dependiera únicamente de la opinión de los(as) evaluadores externos (SENAME, 2018). Junto con ello, se planteó como horizonte la necesidad de ampliar el acceso gratuito a diferentes servicios ofertados por el Estado a través de las UADOP, sin que la posibilidad de adoptar sea limitada por un factor socioeconómico, asegurando así mayores niveles de equidad en el acceso y calidad de la atención (Galleguillos & Jaque, 2017).

Simultáneamente, SENAME licitó el año 2016 el Programa de Fortalecimiento de la Parentalidad Adoptiva ejecutado por la Fundación Chilena de la Adopción, esta fue la primera experiencia piloto de servicios postadoptivos en Chile, en la que también se impulsó la conformación de las primeras asociaciones de familias adoptivas (por ejemplo, Corporación Enlace). Más recientemente, el año 2018, se introdujeron nuevos objetivos y acciones postadoptivas en las respectivas bases técnicas del Programa de Intervención con Niños Institucionalizados y su Preparación para la Integración a Familia Alternativa a la de Origen (PRI) y, en 2019, se determinó la ejecución del acompañamiento postadoptivo por parte de las Unidades Regionales de Adopción.

Justificación basada en la evidencia internacional sobre evaluación y preparación de postulantes a la adopción

En este apartado, presentamos parte de la revisión de la literatura que sirvió de fundamento para el diseño del modelo EFI. Tradicionalmente, las personas que adoptaban solo debían demostrar que tenían los recursos socioeconómicos para criar al niño(a). Hoy, la evidencia científica concluye que la parentalidad adoptiva debe contar con el apoyo de diversos servicios, ofrecidos por profesionales altamente especializados en adopción, desde el primer momento hasta la etapa postadoptiva (Brodzinsky, 2015; Grotevant & Lo, 2017; Lee *et al.*, 2018).

Según Palacios y Brodzinsky (2010), la valoración de la idoneidad es un punto crítico del proceso adoptivo. Si la evaluación de competencias parentales en la población general supone un desafío de integración de conocimientos, actitudes y prácticas de crianza (Gómez, 2016; Gómez, en prensa), la evaluación de postulantes a la adopción conlleva una alta especialización y complejidad, ya que se trata de una parentalidad aún no vivenciada con un niño(a) real (exceptuando casos con hijos previos, de regularización o de previo acogimiento familiar). No toda persona es idónea para adoptar a todo niño(a) y se vuelve necesario reexaminar aquello que entendemos por «idoneidad» (Brodzinsky, 2015), así como la forma en la que ésta se operacionaliza en las intervenciones profesionales especializadas (Lengsfelder, 2011). Evaluar la idoneidad puede

suponer equivocadamente que hay personas que «tienen lo que se necesita» para ser padres y «otras que no», atentando contra la idea de que toda parentalidad supone un proceso de aprendizaje (Gómez, 2016; Gómez, en prensa). Asimismo, en la medida que se legitimen como adoptables a niños y niñas con diferentes necesidades, debe considerarse que es posible «formar» a determinados postulantes para que estén más preparados para garantizar esas necesidades (O'Dell *et al.*, 2015; Wind *et al.*, 2005).

La preparación y acompañamiento gradual a los futuros padres y madres adoptivos(as) ha sido asociada con el sentimiento de estar preparados, con el grado de satisfacción con el proceso de adopción y con resultados más positivos para todos los miembros de la familia, incluyendo adopciones más estables (Farber *et al.*, 2003; Sar, 2000, en Lee *et al.*, 2018). Por ejemplo, el estudio de Egbert y LaMont (2004, en Rushton, 2008) –realizado con 368 padres adoptivos– mostró una asociación entre el grado de preparación para adoptar y las siguientes variables posteriores a la adopción: (a) la facilidad de vinculación con el niño(a); (b) la relación de los padres con la agencia de adopción; y (c) la duración de la adopción.

No obstante, los estudios reportan falencias en los procesos formativos de los(as) postulantes. Por lo general, aquellos estudios que consultan a madres/padres adoptivos por su satisfacción con los procesos formativos, incluyendo el manejo de situaciones o reacciones emocionales difíciles, competencias parentales o conocimiento de la historia del niño(a), reportan grados de insatisfacción que oscilan entre el 25% (Lee *et al.*, 2018), el 44% en servicios privados y el 60% en servicios públicos (Berry *et al.*, 1996), pasando por un 58% (Reilly & Platz, 2003; Zosky *et al.*, 2005) y hasta 65% de insatisfacción declarada por los(as) postulantes (Rushton & Monk, 2009). Tras encuestar a 560 familias adoptivas, Wind *et al.* (2007) encontraron que solo la mitad de ellos había recibido información, sobre la historia de vida del niño(a), que les permitiera comprender sus experiencias previas a la adopción.

La literatura muestra que las familias adoptivas identifican brechas de formación en los siguientes contenidos: (a) cómo procesar los sentimientos de rabia y agresión del niño(a); (b) cómo ayudar a los niños(as) que presentan desregulación emocional y conductual; (c) patrones de apego; (d) desarrollo infantil; y (e) relaciones con pares (Rushton & Monk, 2009; Wind *et al.*, 2005; Wirzén & Lindgren, 2020). Un estudio reciente (Lee *et al.*, 2018) que analizó las respuestas de 917 entrevistados en la encuesta Familias Adoptivas Modernas, destacó como necesidades a considerar: (a) recibir información acerca de la adopción en general y, más específicamente, acerca de poblaciones clínicas y con necesidades especiales, (b) herramientas y estrategias parentales; (c) oportunidades para conectar con otras personas vinculadas con la adopción; y (d) acceso a servicios especializados en postadopción. Otra queja frecuente es que la preparación no se focaliza suficientemente en explicar de qué trata

el proceso de adopción, cuáles son sus pasos, cómo se toman las decisiones de *matching* y asignación entre niño(a) y adoptante, y cómo abordar la temática de las familias de origen después de la adopción (Geen *et al.*, 2005).

Dentro de los desafíos específicos ligados a los procesos de evaluación de idoneidad, algunos autores enfatizan la relevancia de explorar y trabajar las *expectativas y motivaciones de las(os) postulantes*, involucradas en su proyecto adoptivo. Esto, porque parte importante de las personas interesadas en adoptar continúan esperando incorporar a sus familias un hijo(a) lo más pequeño y saludable posible (Berástegui 2017; Brind, 2008; Gómez Bengoechea, 2012), lo que dista mucho de la pluralidad de los niños(as) que actualmente necesitan y esperan una familia adoptiva, aumentando los tiempos de espera para quienes mantienen dichas expectativas, pero sobre todo para los niños(as) (Gómez Bengoechea, 2012). Por ello, resulta clave ofrecer una orientación y preparación realista que permita flexibilizar los proyectos adoptivos, sin llegar a forzar las motivaciones y expectativas iniciales.

Otro desafío de la valoración de idoneidad dice relación con la preparación de una adecuada *apertura comunicativa sobre la historia preadoptiva del niño(a)*, basada en la empatía hacia la necesidad y derecho a la identidad del niño(a) y la eventual búsqueda de orígenes (Salvo Agoglia, 2017). Existe consenso en que las familias deben iniciar temprana y gradualmente esta comunicación para que los(as) niños(as) la reciban con la mayor naturalidad posible, contribuyendo a la construcción de una identidad y una narrativa de vida coherente (Salvo Agoglia, 2017). No obstante, todavía existen dificultades para integrar «los orígenes» en las narrativas familiares, sin saber cómo nombrarlos(as), cuál es el momento para hablar de ellos(as) y/o qué lugar darles. Hablar de la adopción u obtener información, no equivale directamente a hablar de los orígenes (Marre, 2009). Es fundamental que los(as) postulantes puedan reflexionar tempranamente y comprometerse profundamente con responder a lo largo del ciclo vital de sus hijos(as) a este derecho humano fundamental.

Otro elemento clave a considerar en la valoración de idoneidad, dice relación con la *capacidad reflexiva de las(os) postulantes*. El interés en las experiencias de vida de las personas interesadas en adoptar y su capacidad para abrirse y reflexionar sobre diversos temas es relativamente reciente. Lo que tradicionalmente perteneció a la esfera privada –relaciones, emociones, deseos–, se ha transformado en un asunto público que involucra a las instituciones de bienestar y a sus expertos, abriendo posibilidades para el evaluador, pero también implicando riesgos de invasión y/o control que deben cautelarse (Wirzén & Lindgren, 2020). Un estudio llevado adelante por Björkenheim (2016) mostró que trabajar con la historia de vida permite reunir información clave y estimular la reflexión, por ejemplo, sobre las motivaciones para convertirse en madres/padres adoptivos. En esta línea, Noordegraaf *et al.* (2009, 2011) refieren que el conocimiento de las historias de vida permite explorar

las capacidades de afrontamiento de las adversidades de la vida de las(os) postulantes, y puede constituir un importante factor de protección de cara a la parentalidad adoptiva. Por su parte, Lind y Lindgren (2017) muestran cómo los profesionales suecos retratan a los postulantes que consideran adecuados para la parentalidad adoptiva, como más maduros, abiertos y «buenos para reflexionar sobre sí mismos, la vida y la crianza de los hijos» (p. 58).

Los estudios también enfatizan que la *relación de confianza y apertura* establecida entre profesionales y postulantes es crucial en las prácticas de evaluación de idoneidad, para garantizar la calidad y credibilidad de sus resultados (De Boer & Coady, 2007; Woodcock, 2003). Las entrevistas ofrecen una oportunidad para que las(os) postulantes compartan sus sentimientos y pensamientos, con el fin de obtener apoyo y orientación del profesional (Noordegraaf *et al*., 2008). Sin embargo, no se puede obviar que la relación entre profesionales y postulantes es asimétrica en términos de poder, ya que estos últimos dependen de las decisiones profesionales en aspectos centrales de su vida futura y su proyecto familiar, lo cual impacta la construcción de apertura y confianza.

Proceso de diseño del modelo EFI

Entre noviembre de 2017 y diciembre de 2018 se implementó una agenda de trabajo para cumplir con los objetivos del estudio. En primer lugar, se seleccionó, sistematizó y revisó críticamente la literatura especializada, incluyendo experiencias de siete países con modelos de formación para postulantes a la adopción (España, Estados Unidos, Australia, Canadá, Holanda, Reino Unido y Suecia). Paralelamente, se desarrolló un trabajo de campo con el objetivo de incorporar la voz de los protagonistas, incluyendo un total de 42 participantes (7 entrevistas individuales a expertos y a madres/padres adoptivos; y 5 grupos focales con el equipo central del Departamento de Adopción, la UADOP de la región Metropolitana, profesionales de OCAS, evaluadores externos y madres/padres adoptivos).

Con base en los insumos previos, se diseñó una primera versión del modelo EFI, la que fue validada por profesionales de la Dirección Nacional de SENAME y de las UADOP de las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Biobío. Cada nueva versión recibió la revisión y validación experta de un grupo de investigadoras especializadas, realizando ajustes e incorporando las retroalimentaciones y recomendaciones. Paralelamente, se diseñaron recursos formativos como el Taller de Sensibilización (Figueroa & Di Bártolo, 2018), el Taller de Preparación para la Parentalidad Adoptiva (Salvo Agoglia & Gómez, 2018) y la Bitácora para Reflexionar y Preparar el camino a la Adopción (Di Bártolo *et al*., 2018).

Se procedió a seleccionar y a convocar a los participantes (postulantes a la adopción) explicándoles los objetivos del estudio y las condiciones imparciales

de su participación voluntaria en la evaluación formativa de idoneidad (enfatizando que no se aseguraba en ningún caso ser declarados idóneos). La totalidad de los participantes firmaron un consentimiento informado muy detallado, elaborado por el equipo investigador y aprobado por la Unidad de Estudios del SENAME. Así, el modelo fue testeado con 10 familias postulantes a la adopción: 2 de la región del Biobío, 2 de la región de Valparaíso, y 6 de la región Metropolitana de Chile. De estas 10 familias, 6 fueron solicitantes matrimoniales sin hijos previos, 2 fueron solicitantes matrimoniales con hijos previos, 1 fue una solicitante soltera, y 1 fue un solicitante matrimonial con hijos, previamente contraindicado por el propio SENAME y que apeló a la decisión. Esta variabilidad se consideró clave para testear el modelo y ofrecer información valiosa para perfeccionarlo. Cada encuentro del proceso de evaluación formativa fue supervisado por una trabajadora social especializada en adopción, quien colaboró en la sistematización de la experiencia, identificando fortalezas y aspectos a mejorar en todos los ámbitos reportados por los(as) profesionales evaluadores. A su vez, esta supervisora contó con el soporte de los autores principales del modelo, quienes actuaron como metasupervisores.

Cada encuentro del Protocolo EFI fue cuidadosamente diseñado, testeado en terreno, retroalimentado y corregido en ciclos iterativos de perfeccionamiento, permitiendo readecuar todos los recursos que se presentan en esta publicación. Finalmente, el estudio se cerró con una jornada reflexiva y testimonial con los(as) profesionales evaluadores del SENAME, donde se presentaron los principales resultados y estos compartieron un análisis detallado de su experiencia, la metodología y los recursos técnicos, así como de las condiciones institucionales, profesionales y personales que consideraban necesarias para implementar el nuevo modelo.

Características centrales y Enfoques transversales del modelo EFI

El modelo EFI se sustenta en diversos enfoques transversales que deben ser asegurados en todo momento: enfoque de derechos, enfoque de género, interculturalidad, enfoque inclusivo y de no discriminación, y enfoque participativo y centrado en los recursos de las personas y sistemas familiares. El marco teórico que sostiene el modelo EFI integra tanto hallazgos de las ciencias del desarrollo humano, particularmente el modelo transaccional (Sameroff, 2009) y el concepto de trayectorias del desarrollo humano y la teoría del apego (Bowlby, 1969); el enfoque de la parentalidad positiva (Rodrigo *et al*., 2015), las competencias parentales en la adopción (Gómez, 2016), los factores sociales y el ambiente, y los desafíos de la parentalidad adoptiva basados en la evidencia de la literatura internacional e interdisciplinaria del campo de la adopción.

El rol de las(os) profesionales y la supervisión reflexiva en el modelo EFI

La principal herramienta del modelo EFI son los(as) profesionales que, siempre y en todo evento, conforman la dupla psicosocial a cargo de evaluar formativamente y acompañar reflexivamente a las(os) postulantes. Resulta central construir una relación y alianza de trabajo caracterizada por una actitud de acogida y buen trato, de conexión y disposición emocional. La posición de cada profesional debe ser clara durante todo el proceso: no está para juzgar, ni criticar, sino que para acompañar, empatizar y mentalizar la experiencia de los(as) postulantes. Crear una relación colaborativa con los(as) postulantes que los haga sentir bienvenidos, valorados, respetados y apoyados, proveerá un ambiente apropiado para la autoexploración, mayor receptividad sobre la información proveída, y ayudará a desarrollar creencias y expectativas realistas sobre la adopción (Brodzinsky, 2008).

En el modelo EFI, el/la profesional debe interesarse genuinamente por el mundo de los(as) postulantes, incluyendo también a los bebés, niños y/o niñas participantes si los hubiera. Durante los encuentros, las(os) profesionales tienen la oportunidad de contribuir a conocer, profundizar y madurar el proyecto adoptivo de las(os) postulantes, transmitirles una visión equilibrada y realista de la adopción, informarles sobre la amplia heterogeneidad de las trayectorias vitales de los(as) niños(as), explorar, reflexionar y trabajar sus expectativas (Berastegui, 2017; Lee *et al*., 2018; Palacios, 2008), enfatizar el rol clave que desempeña el cuidado de alta calidad en superar las experiencias de adversidad temprana (Grotevant & Lo, 2017), entre otros elementos. En la página 36 y siguientes del *Manual EFI*, se detallan y especifican las diversas funciones que el/la profesional deberá llevar a cabo (Gómez & Salvo Agoglia, 2018).

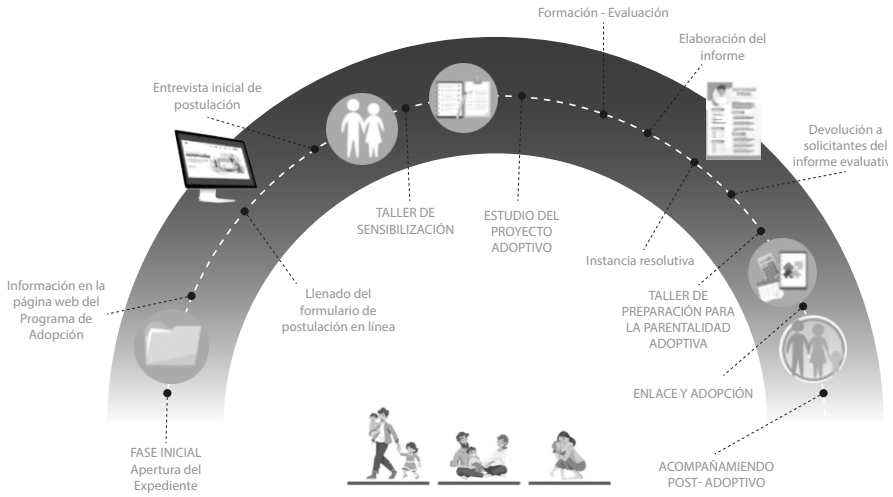
Asimismo, la construcción de una alianza de trabajo entre profesionales y postulantes y la alta especialización en el campo de la adopción, conlleva la necesidad de contar con un acompañamiento institucional constante y espacios de formación (Brodzinsky, 2008; León Manso *et al*., 2010) y supervisión reflexiva de los profesionales que implementen este modelo. Este aspecto se considera fundamental para un escalamiento e implementación nacional rigurosa, efectiva y ética.

Manual y protocolo EFI: sus componentes

Como muestra la Figura 1 sobre trayectorias de la adopción, el modelo se integra a un flujo más amplio de acciones entrelazadas, para colaborar en la construcción de una «comunidad sensible a la adopción» (Bascuñán & Gómez, 2017). En esta trayectoria, el sistema institucional y profesional debe acompañar el proceso desde la fase inicial que supone la apertura de un expediente, el acceso

a información adecuada al nuevo paradigma formativo y una serie de acciones administrativas necesarias para cumplir con los aspectos reglamentarios y procedimentales, hasta llegar a una entrevista inicial de postulación, llevada adelante por un profesional de la UADOP, en la que se explica el proceso, sus características y oportunidades, así como su lógica formativo-reflexiva.

Figura 1
Trayectoria adoptiva de las(os) postulantes



Quienes deciden iniciar este camino, son invitados a participar en un primer ciclo de talleres, el Taller de Sensibilización[2] (Figueroa & Di Bártolo, 2018) conformado por tres encuentros previos a la aplicación del Protocolo de Evaluación Formativa de Idoneidad (Gómez & Salvo Agoglia, 2018). El protocolo EFI propiamente tal consta de seis encuentros y concluye con la elaboración de un Informe Integrativo, una instancia resolutiva reflexiva y colectiva, y la devolución formativa y respetuosa de los resultados a los(as) postulantes. En un tercer momento, con aquellos(as) solicitantes declarados idóneos, se propone la realización de un segundo ciclo de Taller de Preparación para la parentalidad adoptiva (Salvo Agoglia & Gómez, 2018), previo al proceso de *matching* y asignación. La trayectoria no concluye con este hito, sino que debe articularse

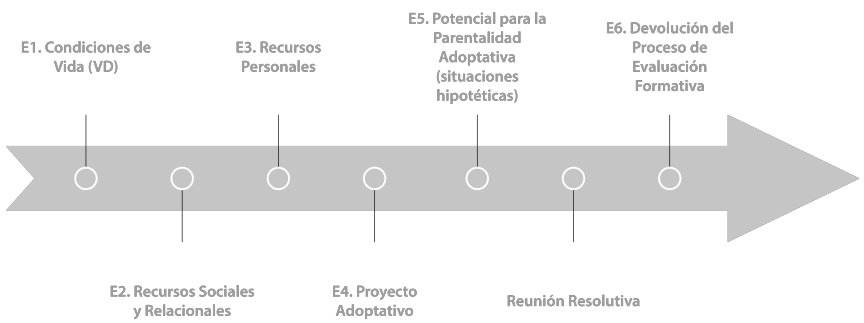
[2] El Taller de Sensibilización se realiza actualmente por las UADOP y los OCAS, pero fue rediseñado en el modelo EFI.

en un sistema de acompañamiento postadoptivo de calidad (Gómez, 2016; Galleguillos & Jaque, 2017; Salvo Agoglia, 2017; Lee *et al*., 2018).

El modelo se presenta a través de un Manual EFI (Gómez & Salvo Agoglia, 2018) organizado en tres secciones. La parte I incluye los antecedentes. La parte II, las voces de los protagonistas; y la parte III, el instrumento de evaluación formativa de idoneidad, subdividido en las siguientes secciones: (a) condiciones de implementación; (b) rol del/la profesional; (c) la estructura teórica y metodológica; (d) orientaciones para la implementación del modelo EFI; (e) el protocolo de evaluación formativa de idoneidad; (f) el sistema de valoración; y (g) el formato de informe integrativo.

El protocolo EFI (Gómez & Salvo Agoglia, 2018, p. 55) se detalla en la Figura 2 y está conformado por seis encuentros (E1-6), cada uno con un foco específico:

Figura 2
Flujo de acciones en el protocolo EFI



Todas las temáticas abordadas en los encuentros contemplados en el Protocolo EFI son exploradas mediante una entrevista semiestructurada organizada en un esquema de preguntas ancla (obligatorias) y otras preguntas de profundización (sugeridas) que las(os) profesionales deberán elegir según su criterio y caso a caso (este formato es el mismo desde el primer al cuarto encuentro, cambiando recién en el quinto encuentro evaluativo).

Encuentro 1. Explora la *ecología del sistema familiar*, particularmente las condiciones del entorno, socioeconómicas y laborales, así como el estilo de vida actual. Este encuentro se realiza siempre en formato de visita domiciliaria y en dupla psicosocial, y es una oportunidad para conocer y dialogar con diversos integrantes del sistema familiar si los hubiere, por ejemplo, hijos(as) previos.

Encuentro 2. Explora los *recursos sociales y relacionales* para la parentalidad adoptiva, aborda contenidos de la pareja (cuando corresponde) y de la parentalidad con hijos(as) previos (cuando corresponde), la familia de origen y otras figuras significativas del ecosistema de los(as) postulantes.

Encuentro 3. Explora las *condiciones personales* de cada postulante para el ejercicio de la parentalidad adoptiva, incluidas la salud física y mental actual, y sus antecedentes familiares, y la elaboración de la historia de apego para reflexionar respecto a los vínculos significativos en su historia de vida, así como el grado de elaboración e integración de diversas experiencias dolorosas o difíciles en una narrativa coherente y balanceada.

Encuentro 4. Se enfoca en la *reflexión sobre el proyecto adoptivo*, incorporando una exploración sistemática de las motivaciones y expectativas respecto a la adopción y los niños(as) que potencialmente adoptarían, la evolución y grado de apertura hacia un proceso de acompañamiento y formación pre- y postadoptiva, y el grado de conocimiento, aceptación y apoyo del sistema familiar al proyecto adoptivo.

Encuentro 5. Se basa en una herramienta de *Situaciones Hipotéticas de la Parentalidad Adoptiva*. La inclusión de situaciones hipotéticas (Noordegraaf *et al*., 2008, 2009, 2011) constituye una de las innovaciones metodológicas que permite resguardar la dimensión reflexiva que atraviesa al modelo EFI, dentro de las limitaciones que supone la evaluación de competencias parentales cuando no se cuenta con un hijo(a) real en el presente (Gómez, 2016). En este encuentro, los(as) profesionales eligen y presentan claramente dos situaciones escritas, seleccionadas de un set de 15 disponibles, basadas en casos reales de profesionales especializados en adopción y en línea con las recomendaciones de la literatura en adopción (Berry *et al*., 1996; Lee *et al*., 2018; Reilly & Platz, 2003; Rushton & Monk, 2009; Wind *et al*., 2005, 2007; Zosky *et al*., 2005): (a) dificultades en la vinculación e integración afectiva; (b) sensibilidad parental, capacidad de mentalización y abordaje con niños(as) que presenten diversas características y/o desafíos; y (c) situaciones ligadas a la validación de la historia preadoptiva del niño(a), la apertura comunicativa y la futura búsqueda de orígenes. Cada persona dispone de un tiempo para reflexionar en solitario, y luego se inicia el diálogo reflexivo con el profesional, quien explora actitudes, argumentos, criterios y contenidos claves.

Encuentro 6. Se focaliza en la *devolución formativa de los resultados*, y es un momento clave del proceso. Esta devolución está guiada siempre por el buen trato, acogida, empatía y respeto del/la profesional y, al mismo tiempo, una retroalimentación muy clara, detallada y fundamentada técnicamente de las temáticas evaluadas. La devolución se realiza utilizando un lenguaje simple y comprensible para las(os) postulantes, sin realizar juicios de valor y sin develar detalles que afecten su intimidad (por ejemplo, información sensible de un miembro de la pareja respecto del otro).

Sistema de valoración de condiciones para el ejercicio de la parentalidad adoptiva

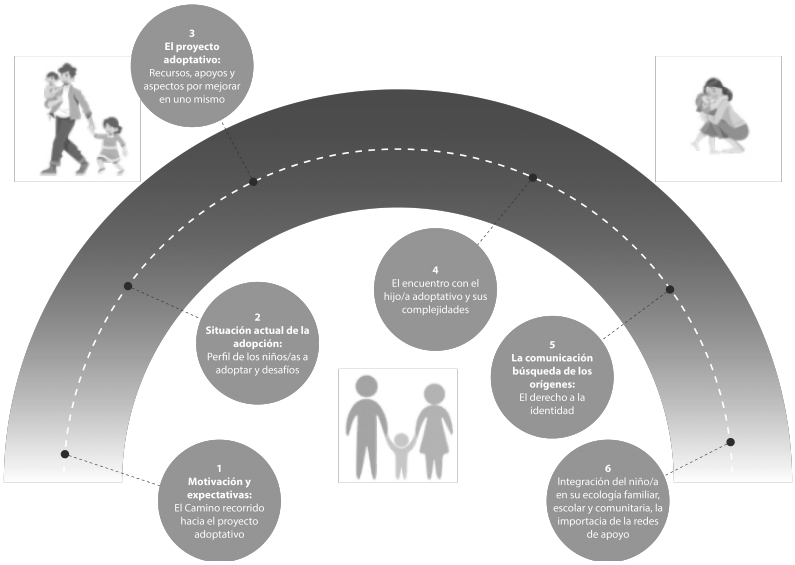
Tras realizar cinco encuentros con las(os) postulantes, los(as) profesionales tendrán gran cantidad de información e impresiones de las múltiples áreas y temáticas exploradas. Para organizar y jerarquizar dicha información el modelo EFI propone un sistema de valoración sustentando en definiciones operacionales de cada variable, contenidas en el denominado *Cuadro Integrativo*. Cada una de estas variables cuenta con definiciones operativas de tres valoraciones fundamentales: (a) indicador de no idoneidad; (b) acompañamiento especializado; y (c) acompañamiento general.

Al final de este Cuadro Integrativo, se dispone de una hoja resumen donde es posible volcar las evaluaciones y visualizar un perfil de evaluación, lo que permite complementar el proceso de toma de decisión lo más adecuada, rigurosa y válida posible. Aun cuando toda la evaluación se realiza en dupla psicosocial, se considera una buena práctica que cada profesional complete por separado este documento, para luego contrastar sus impresiones y valoraciones en una reunión conjunta, considerando sus discrepancias y acordando una decisión final que fundamentará la elaboración del Informe Integrativo (cuyo formato se deriva directamente de la estructura utilizada). En el Informe Integrativo se organiza de forma rigurosa la información para la reunión resolutiva con el profesional de la UADOP. Finalmente, se prepara conjuntamente el encuentro de devolución a las(os) postulantes, con base en este flujo de información, reflexión y valoración estructurada.

Más allá del Protocolo EFI: los ciclos de talleres de sensibilización y preparación para la parentalidad adoptiva

El modelo EFI constituye un proceso integral y continuo de acompañamiento reflexivo desde el primer contacto hasta la preparación preadoptiva de los(as) solicitantes declarados idóneos, para este es clave superar la lógica de una evaluación circunstancial, descriptiva y de descarte. Por ello, debe articularse siempre con los dos ciclos de talleres formativos propuestos. El primero, antes de los encuentros de evaluación (Sensibilización) y el segundo, después de los encuentros (Preparación para la Parentalidad Adoptiva). Los talleres grupales fueron diseñados mediante una revisión documental de los talleres que se venían implementando en SENAME desde el año 2014, las temáticas sugeridas por la experiencia y evidencia de las(os) especialistas convocados en el estudio y el material de campo levantado en la fase cualitativa del estudio (la voz de los protagonistas).

Figura 3
Tópicos abordados en los dos ciclos de talleres grupales del modelo EFI



Como se aprecia en la Figura 3, cada ciclo de talleres grupales se organiza en una estructura de tres sesiones (seis en total), que abordan seis tópicos formativos: (1) Motivación y Expectativas: el camino recorrido por los postulantes hacia el proyecto adoptivo; (2) Situación actual de la adopción: el perfil actual de los niños(as) y los desafíos involucrados en la adopción; (3) el Proyecto Adoptivo: los recursos, apoyos y aspectos a mejorar en uno mismo para enfrentar de mejor forma la adopción; (4) el Encuentro con el hijo(a) adoptivo y los desafíos asociados a los primeros pasos en el proceso de integración al nuevo sistema familiar; (5) la Comunicación y búsqueda de orígenes, cubriendo la insoslayable necesidad de reflexionar sobre el derecho a la identidad de los niños(as) adoptados; (6) y, finalmente, la Integración del niño(a) en su ecología, familiar y comunitaria, escolar y de grupo de pares, reflexionando sobre la importancia de las redes de apoyo, tanto de familias adoptivas, como de instituciones, la propia familia extensa y otras figuras significativas.

Asimismo, este proceso se acompaña por una bitácora reflexiva EFI (Di Bártolo *et al.*, 2018) que se entrega a cada postulante y que sirve como espacio para poder volcar sus sentimientos, ideas y experiencias a lo largo del ciclo de evaluación formativa de idoneidad. De esta forma, la implementación de los

dos ciclos de talleres grupales junto a los seis encuentros formativos del proceso de evaluación, permiten visualizar un proceso completo de doce encuentros, como estándar mínimo para evaluar, preparar y acompañar a los postulantes y solicitantes a la adopción ofertado desde la política pública.

Conclusiones

El incremento progresivo de las adopciones de niños(as) con características y necesidades heterogéneas, muestra la relevancia y pertinencia de realizar un apropiado proceso de sensibilización, información y clarificación de expectativas, así como de ofrecer instancias de apoyo pre- y postadoptivas de calidad a las familias adoptivas, como elementos claves para el éxito y el incremento del nivel de satisfacción en las adopciones contemporáneas (O'Dell *et al.*, 2015). El giro hacia un modelo de evaluación formativa de idoneidad representa una oportunidad para responder más apropiadamente a los nuevos escenarios contando con recursos técnicos y formas de abordaje que preparen mejor a madres/padres reales para niños y niñas reales.

El modelo EFI supone una innovación en el campo de la adopción, al intentar superar una mirada descriptiva, constatativa y/o de descarte del riesgo y la psicopatología en la evaluación de idoneidad y avanzar hacia un enfoque centrado en los recursos y el potencial humano, en la formación y preparación para los desafíos inherentes a la adopción y a la parentalidad adoptiva (Gómez, 2016; Gómez & Salvo Agoglia, 2018; Noordegraaf *et al.*, 2008, 2009, 2011; Rodrigo *et al.*, 2015). Siguiendo a Lengsfelder (2011), en lugar de exigir que los(as) postulantes se sometan a evaluaciones estresantes, un proceso que sea más inclusivo y formativo, en lugar de intrusivo y crítico, puede crear un grupo mayor de madres/padres adoptivos adecuados y dar como resultado adopciones más beneficiosas para todos.

Este modelo se basó en el estado del arte en evaluación de postulantes a la adopción a nivel internacional y se enriqueció de un proceso participativo que recogió la voz de los protagonistas tanto del sistema profesional y experto, como de las personas postulantes, las familias adoptivas y las organizaciones de la sociedad civil y gubernamental involucradas en estos procesos. Su diseño, testeo y revisión exigió un gran esfuerzo de coordinación y consenso entre todas las visiones, incluyendo las de las familias postulantes que accedieron voluntariamente a participar. Como era previsible, los(as) postulantes obtuvieron diversos resultados al final de sus procesos, incluida la declaración de no idoneidad. No obstante, todos destacaron la cualidad respetuosa, bien tratante y enriquecedora que supuso la experiencia de haber participado en este proceso de evaluación formativa. En efecto, el modelo EFI no asegura en ningún caso que todas las(os) postulantes estarán en condiciones de adoptar a un niño(a) al finalizar su proceso, pero sí busca garantizar en todos los casos que se ofrezca

un proceso reflexivo y de aprendizaje que permita profundizar y madurar su proyecto adoptivo, y explorar en profundidad los recursos personales, relacionales y comunitarios disponibles para abordar los desafíos y satisfacciones de la parentalidad adoptiva, lo que conlleva una ganancia de crecimiento personal, de pareja y/o familiar que hace valioso *per se* vivenciar este proceso.

El modelo EFI también tiene limitaciones que futuros estudios deberán abordar. La muestra de familias con la que fue testado fue reducida (10 casos) ya que buscó profundizar cualitativamente cada proceso, sin pretender generalizaciones, por lo que no fue posible establecer parámetros de validez y confiabilidad concurrente ni prospectiva. El estudio de validación realizado por la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile abordó estas limitaciones con un tamaño muestral mayor (77 postulantes), lo que permitió realizar mejoras y adecuaciones al modelo original. Se espera que, en el corto plazo, este modelo EFI validado pueda ser implementado progresivamente a nivel nacional, en articulación con las múltiples instancias de formación y acompañamiento pre- y postadoptivo contempladas en el marco de un sistema nacional de adopción (Galleguillos & Jaque, 2017) integrado a un Sistema de Protección Integral de la Niñez y a un nuevo Servicio de Protección Especial (Bascuñán & Gómez, 2017). En futuras direcciones, sería recomendable explorar una posible adaptación del modelo EFI a los programas de Familias de Acogida dentro de los Sistemas de Cuidado Alternativo. Finalmente, se espera la instalación de procesos de capacitación continua y de supervisión reflexiva que acompañen a los(as) profesionales que realizan la evaluación formativa de idoneidad y los acompañamientos postadoptivos, así como también la realización de evaluaciones periódicas del modelo EFI, que permitan los respectivos ajustes y actualizaciones requeridos (Rushton, 2008).

Referencias

Bascuñán, C. & Gómez, E. (2017). Sistemas de Protección a la infancia en Latinoamérica y Chile: actores, desafíos y proyecciones. En I. Salvo (Ed.). *Adopciones en Chile. Políticas, Intervenciones e Investigación* (pp. 29-54). Ed. Universidad Alberto Hurtado.

Berástegui, A. (2017). El papel de los profesionales en la prevención de rupturas en adopción. *Revista Clínica Contemporánea, 8*(14), 1-10.

Berry, M., Barth, R. P., & Needell, B. (1996). Preparation, support, and satisfaction of adoptive families in agency and independent adoptions. *Child and Adolescent Social Work Journal, 13*, 157-183.

Björkenheim, J. (2016). Does past life matter? Social workers' views on biographical approaches. *European Journal of Social Work, 19*(2), 171-186.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Brind, K. (2008). An exploration of adopters' views regarding children's ages at the time of placement. *Child & Family Social Work, 13*(3), 319-328.

Brodzinsky, D. M. (2008). *Adoptive parent preparation project. Phase 1: Meeting the mental health and developmental needs of adopted children.* Evan B. Donaldson Adoption Institute.

Brodzinsky, D. M. (2015). *The modern adoptive families study: An introduction*. The Donaldson Adoption Institute.

Contreras, L. (2014). Estudio descriptivo sobre fracasos adoptivos en Chile, trienio 2010-2012. *Revista Señales, 12*.

De Boer, C., & Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: Learning from stories of success. *Child & Family Social Work, 12*(1), 32-42.

Di Bártolo, I., Figueroa, C., Gómez, E. & Salvo Agoglia, I. (2018). *Bitácora para reflexionar y preparar el camino a la adopción*. Servicio Nacional de Menores.

Farber, M. L., Timberlake, E., Mudd, H. P., & Cullen, L. (2003). Preparing parents for adoption: An agency experience. *Child and Adolescent Social Work Journal, 20*(3), 175-196.

Figueroa, C. & Di Bártolo, I. (2018). *Manual Taller de Sensibilización. Recursos formativos para acompañar a postulantes a la adopción*. Servicio Nacional de Menores.

Galleguillos, M.F. & Jaque, N (2017). Hacia la construcción de un sistema nacional de adopción en Chile. En I. Salvo Agoglia (Ed.). *Adopciones en Chile. Políticas, Intervenciones e Investigación* (pp. 55-87). Ed. Universidad Alberto Hurtado.

Geen, R., Malm, K. & Katz, J. (2005). A Study to Inform the Recruitment and Retention of General Applicant Adoptive Parents. *Adoption Quarterly, 7*(4), 1-28.

Gómez Bengoechea, B. (2012). Adoptabilidad: el derecho del niño/a a vivir en familia. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 16*(395), 22.

Gómez, E. & Salvo Agoglia, I. (2018). *Recursos técnicos para evaluar formativamente a postulantes a la adopción*. Servicio Nacional de Menores.

Gómez, E. (2016). Comunidad Sensible a las Trayectorias de la Adopción: Hacia un Sistema Nacional de Adopción. En L. Lira (Ed). *El Tiempo de los Niños: tensiones y desafíos ante una nueva ley de adopción en Chile* (pp. 27-55). FSJ.

Gómez, E. (en prensa). El Modelo ODISEA: Oportunidades para el Desarrollo de Interacciones Sensibles, Eficaces y Afectuosas. En M. Marrone & E. Wolfberg (Eds). *Apego y Parentalidad. Modelos de Intervención*. Ed. Psimática.

Grotevant, H. D., & Lo, A. Y. (2017). Adoptive parenting. *Current opinion in psychology, 15*, 71-75.

Hanna, M.D. & McRoy, R.G. (2011). Innovative Practice Approaches to Matching in Adoption. *Journal of Public Child Welfare, 5*(1), 45-66.

Hartinger-Saunders, R. M., Trouteaud, A. & Matos Johnson, J. (2015). Post Adoption Service Need and Use as Predictors of Adoption Dissolution: Findings From the 2012 National Adoptive Families Study. *Adoption Quarterly, 18*(4), 255-272.

Lee, B. R., Kobulsky, J., Brodzinsky, D., & Barth, R. (2018). Parent perspectives on adoption preparation: Findings from the Modern Adoptive Families Project. *Children and Youth Services Review, 85,* 63-71.

Lee, B. R., Wyman Battalen, A., Brodzinsky, D. M., & Goldberg, A. E. (2020). Parent, Child, and Adoption Characteristics Associated with Post-Adoption Support Needs. *Social Work Research, 44*(1), 21-32.

Lengsfelder, S. (2011). Who is a «Suitable» Adoptive Parent? *Harvard Law & Policy Review, 5,* 433-448.

León Manso, E., & Sánchez-Sandoval, Y., Palacios, J. & Román, M. (2010). Programa de formación para la adopción en Andalucía. *Papeles del Psicólogo, 31*(2),202-210

Lind, J. & Lindgren, C. (2017). *Displays of parent suitability in adoption assessment reports. Child and Family Social Work*, *22*, 53-63.

Lind, J. (2008). The best interest of the child as an argument in assessments of parent potential in Sweden. *International Journal of Law. Policy and the Family, 22*(1), 1-21.

Marre, D. (2009). Los silencios de la adopción en España. *Revista de Antropología Social, 18,* 97-126.

Noordegraaf, M., van Nijnatten, C. & Elbers, E. (2008). Assessing suitability for adoptive parenthood: hypothetical questions as part of ongoing conversation. *Discourse Studies*, *10*(5), 655-672.

Noordegraaf, M., van Nijnatten, C. & Elbers, E. (2009). Assessing and displaying suitability for adoptive parenthood: a conversation analysis of relationship questions and answers. *International Journal of Law, Policy and the Family, 23*, 110-131.

Noordegraaf, M., van Nijnatten, C. & Elbers, E. (2011). Future Talk: Discussing Hypothetical Situations with Prospective Adoptive Parents. *Qualitative Social Work, 7*, 310-329.

O'Dell, K. E., McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015). Supporting families throughout the international special needs adoption process. *Children and Youth Services Review*, *59*, 161-170.

Palacios, J. (2008). *Manual para intervenciones profesionales en adopción.* Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Universidad de Sevilla.

Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, *34*(3), 270-284.

Reilly, T., & Platz, L. (2003). Characteristics and Challenges of Families Who Adopt Children with Special Needs: An Empirical Study. *Children and Youth Services Review,* 25(10), 781-803. https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00079-3

Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C., Byrne, S. & Rodríguez, B. (coord.) (2015). *Manual Práctico de Parentalidad Positiva*. Síntesis.

Rushton, A. & Monck, E. (2009). *Enhancing adoptive parenting. A test of effectiviness*. Coram BAAF.

Rushton, A. (2008). *Research review - Adoption preparation and post placement support for adoptive parents of older children placed from care*. Community Care Inform.

Salvo Agoglia, I. & Gómez, E. (2018). *Manual Taller de Preparación para la Parentalidad Adoptiva. Recursos formativos para acompañar a postulantes a la adopción*. Servicio Nacional de Menores.

Salvo Agoglia, I. (2017). (Ed.). *Adopciones en Chile. Políticas, Intervenciones e Investigación*. Ed. Universidad Alberto Hurtado.

Salvo Agoglia, I. (2020). Proyecto FONDECYT «Repensando la Adopción desde la perspectiva de los niños». Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo.

Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.

Servicio Nacional de Menores (2015). *Concepción desde la práctica de los evaluadores estudio anual de adopción 2015*. Unidad de Estudios.

Servicio Nacional de Menores (2018). Normativa Técnica del Subprograma de Evaluación de solicitantes y su preparación como familia adoptiva.

Servicio Nacional de Menores (2020). *Anuario Estadístico 2019*.

Wind, L. H., Brooks, D., & Barth, R. P. (2005). Adoption preparation: Differences between adoptive families of children with and without special needs. *Adoption Quarterly*, *8*(4), 45-74.

Wind, L. H., Brooks, D., & Barth, R. P. (2007). Influences of risk history and adoption preparation on post-adoption services use in US adoptions. *Family Relations*, *56*(4), 378-389.

Wirzén, M., & Lindgren, C. (2020). 'It shouldn't just be these kinds of sunshine stories': social workers' discussion of 'past difficulties' as a key theme in adoption assessment interviews. *European Journal of Social Work*, 1-13. https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1709160

Woodcock, J. (2003). The social work assessment of parenting: An exploration. *British Journal of Social Work*, *33*(1), 87–106.

Zosky, D. Howard, J. Livingston-Smith, S., Howard, S. & Shelvin, K. (2005). Investing in adoptive families: What adoptive families tell us regarding the benefits of adoption preservation services. *Adoption Quarterly, 8,* 1-23.

Valórame: un instrumento para valorar la gravedad de las situaciones de desprotección infantil

Antonio Molina Facio
Servicio de Protección de Menores de Cádiz,
Junta de Andalucía, España

Carlos Martínez Bermúdez
Equipo de Tratamiento Familiar, Diputación Provincial
de Cádiz, España

Introducción

A lo largo del año 2020 hemos vivido en todo el planeta los efectos de una gran pandemia que ha provocado que los gobernantes de la mayoría de los países hayan tenido que enfrentarse a difíciles tomas de decisión. Por una parte preservar la salud de sus ciudadanos evitando la propagación del virus, pero sabiendo que dicha decisión podría provocar importantes consecuencias económicas que también repercuten de forma directa e indirecta en el bienestar de los mismos ciudadanos. Hemos podido ver todo tipo de decisiones ante el mismo problema en diferentes países e incluso en diferentes momentos en un mismo país. Cualquier decisión que se hubiera adoptado habría provocado importantes consecuencias en la población, consecuencias que todos somos capaces de adivinar *a posteriori*.

El trabajo en protección a la infancia está plagado de toma de decisiones difíciles. Cualquier decisión que se adopte puede tener importantes consecuencias en las vidas de niños, niñas y adolescentes y afectar de forma decisiva a su futuro. Bien porque se les prive de su propia familia o porque se mantengan situaciones de grave daño. Trabajar en el sistema de protección a la infancia implica la adopción permanente de decisiones: desde que se tiene conocimiento de la primera información de un menor y su familia, hasta mucho después de que consideremos que la intervención ha finalizado. Todo este proceso se enmarca

en lo que Baumann *et al.* (2011) han llamado acertadamente «Ecología de la toma de decisiones». Dentro de dicho modelo situaremos en primer lugar el macrosistema de protección a la infancia en Andalucía y posteriormente un breve recorrido por las variables más influyentes en la toma de decisiones.

El sistema de protección a la infancia en España y Andalucía

El sistema de protección a la infancia en España es muy similar al resto de los países de nuestro entorno. La primera detección y valoración, así como las primeras intervenciones ante casos de sospecha de abuso, negligencia o maltrato, se realiza en los servicios sociales dependientes de las administraciones locales. Sin embargo, cuando es necesario separar a los niños de su familias, se requiere la intervención de servicios especializados de protección de menores dependientes de las comunidades autónomas. En España, los gobiernos regionales o comunidades autónomas gozan de un importante nivel de autonomía, cuentan con su propio Parlamento y tiene capacidad de legislar y gestionar los recursos destinados al bienestar de la población como la educación, la salud o los servicios sociales.

La legislación estatal, común para todo el país, ha ido diseñando un sistema de protección a la infancia que atribuye la decisión de la separación de un menor que sufre una situación de desprotección a los órganos administrativos dependientes de las comunidades autónomas. Un sistema parecido a nivel europeo podemos encontrar, por ejemplo, en Noruega, donde los Consejos Sociales de Bienestar del Distrito (County Social Welfare Board) son la autoridad que toma las decisiones de la separación basadas en la propuesta de los servicios de menores (Child Protection Services), sin intervención de ningún órgano judicial (Lauritzen *et al.,* 2018). En España son las Entidades Públicas de Protección las que mediante una resolución administrativa, declaran lo que se denomina situación legal de desamparo y acuerdan la separación de los menores de sus progenitores. En estos casos, los niños pueden ser colocados en familias de acogida o centros de primera acogida. Aunque la ley española ha ido limitando la intervención judicial en la toma de decisiones de protección, cuando una familia se opone a la decisión administrativa de la separación, será un juez de familia o un tribunal el que finalmente decida. En estos casos la decisión judicial puede implicar el retorno del niño o niña con sus padres o su mantenimiento en la familia de acogida (ver Molina, 2012; Palacios & Amorós, 2006, para más detalles). Por tanto y debido a la naturaleza de las decisiones y sus consecuencias es necesario que contemos con un amplio nivel de consenso entre los profesionales y los distintos organismos (servicios sociales, servicios de protección, equipos de acogimiento familiar o residencial y

órganos judiciales) para evitar consecuencias que pueden resultar dramáticas para los niños, niñas y adolescentes.

Andalucía cuenta con una legislación propia y una organización particular del sistema de protección. En concreto, en los últimos años se han puesto en marcha dentro de los servicios sociales de la administración local equipos de tratamiento familiar (ETF) especializados y multiprofesionales destinados a intervenir en situaciones de desprotección en el propio medio. Cuando es necesario separar a un menor de sus progenitores mediante la declaración de desamparo, los responsables serán los servicios de protección de menores (SPM), también compuestos por equipos multidisciplinares.

La toma de decisiones en protección infantil

El acuerdo entre los profesionales, los errores y las variables que influyen en la toma de decisiones en protección infantil han sido ampliamente estudiados en los últimos años. Según el modelo ecológico de toma de decisiones (Decision Making Ecology) al que aludíamos más arriba, la toma de decisiones en protección infantil es una función que depende de las características del caso, de la persona que toma las decisiones, de la organización donde se ubica dicha persona y de otras características externas (Baumann *et al.*, 2011; Graham *et al.*, 2015).

Cuando nos referimos a la influencia de las organizaciones, nos estamos refiriendo de forma muy significativa a los recursos humanos, técnicos y económicos que se dedican a la protección a la infancia en determinado país o comunidad y por tanto al lugar que ocupa la infancia en sus políticas. Pero también, como apunta Munro (2005), a la políticas concretas de la organización ante el dilema de apoyar a las familias o proteger a los niños y dónde se coloca el umbral para la retirada, a veces con mensajes confusos o contradictorios hacia sus propios profesionales. En muchas ocasiones las decisiones en materia de protección infantil se encuentran vinculadas a las estructuras políticas, administrativas o judiciales las cuales determinan cómo y cuándo intervenir para proteger a un niño (Gilbert *et al.*, 2011)

Al mismo tiempo, como señala la propia Munro (2005), las personas que toman las decisiones son un elemento clave en las mismas y una fuente importante de errores. En muchos de los casos estudiados en sus investigaciones en los que se veían implicadas muchas variables desconocidas y se exigía decisiones rápidas, los sujetos se dejaban llevar por un pensamiento de tipo intuitivo. Entre las conclusiones más importantes de su estudio señala el importante peso que para los profesionales tiene la primera valoración, conduciéndose todo el proceso hacia la confirmación de la misma, que muy rara vez resultaba refutada, resultando incluso desconfiados ante la evidencia de nueva información que entrara en conflicto con la inicial. Profesionales que trabajan con casos muy duros y con poco tiempo generalmente recurren a caminos cortos para la

toma de decisiones y tienden a seleccionar la información más vívida, concreta, reciente y emocional. La información abstracta, los informes del caso, los escritos, son infravalorados y además la primera impresión es difícil de modificar.

Un importante grupo de investigaciones se han centrado en evaluar la influencia de variables personales y contextuales ajenas a la situación del niño y la familia. Britner y Mossler (2002) muestran que los trabajadores sociales y profesionales de salud mental se centraron más en la gravedad y el patrón de abusos, mientras los jueces estaban más centrados en la probabilidad de recurrencia de los abusos. En España, Arruabarena y De Paúl (2013) destacaron una mayor frecuencia de acuerdos entre los profesionales de los servicios sociales locales que en los servicios de protección de menores. Mientras que en el estudio realizado por Molina *et al.* (2019) se encontraron diferencias entre los profesionales de los servicios sociales comunitarios y sus colegas de los servicios de protección de menores, inclinándose los primeros hacia medidas más drásticas ante el mismo caso. Estos mismos profesionales también pueden diferir en su valoración en función de los años de experiencia. Sullivan *et al.* (2008), encontraron que los trabajadores sociales con menos experiencia eran más propensos a sobreestimar los riesgos incrementando por tanto el número de niños con medidas de protección. En España, Grimaldi *et al.* (2019) obtuvieron resultados similares: los profesionales con menos experiencia realizaron valoraciones más negativas de las familias. Otras investigaciones se han centrado en explorar variables más personales, así, Ashton (2004) analizó la influencia de la edad, el género, la paternidad, la educación de los padres, la etnia y el estatus de inmigrante, encontrándose efecto significativo únicamente en las dos últimas variables.

Un grupo importante de estudios realizados en los Estados Unidos, encontraron diferencias significativas hacía una mayor comunicación de situaciones de maltrato, e incluso una mayor propensión de adoptar una medida de separación cuando se trata de menores de origen hispano o afroamericano (Church *et al.*, 2005; Garlan *et al.*, 2003; Graham *et al.*, 2015; Woldegulorguis, 2003).

Britner y Mossler (2002) analizando 18 características relacionadas con los casos a la hora de tomar decisiones, encontraron que las características que los profesionales consideraron más importante tienen que ver con la severidad del maltrato y la probabilidad de ocurrencia. Sin embargo, no se señalaron como influyentes variables que la investigación básica ha considerado importantes, como el apego del niño o la relación con su familia extensa. Wells *et al.* (2004) también señalan como influyente la severidad del daño y añaden la historia de desprotección, la presencia de daño físico, la existencia de varios abusos, la edad del menor y variables sociales de los menores como situación económica de la familia o sus características étnicas. También De Panfilis y Girvin (2005) encontraron como influyentes las variables señaladas, incluidas estas últimas, con una mayor tendencia a la intervención cuando se trata de maltrato físico

frente a los otros tipos de maltrato. En el estudio que realizamos en Cádiz con profesionales de todo el sistema de protección en relación a la toma de decisiones sobre la intervención a seguir y la necesidad de separación, la gravedad de la desprotección fue una de las variables de mayor peso señalada por los propios profesionales, frente a otras como la vulnerabilidad, las necesidades de los niños, las características de los cuidadores o el entorno familiar y social (Molina, 2012). Cuando nos referimos a la decisión de la separación, la valoración de la gravedad se encuentra entre los factores relacionados con el caso que tienen más influencia según apuntan Graham *et al.* (2015) en su propio análisis del modelo ecológico DME

Sin embargo, a pesar de que los propios profesionales indican la gravedad como elemento determinante en las posteriores tomas de decisión referidas a un caso, el grado de acuerdo entre los mismos profesionales a la hora de determinar el nivel de gravedad existente ante un mismo caso suele ser lamentablemente muy bajo. En los estudios realizados por Arruabarrena (2011) en dos comunidades autónomas, utilizando metodología de viñetas que representan situaciones de desprotección infantil de diferente gravedad se constata el bajo grado de acuerdo entre los profesionales a la hora de valorar la gravedad. En la mayoría de las viñetas el grado de acuerdo roza el 50% y en muchas de ellas el porcentaje de acuerdo es incluso inferior. A conclusiones similares llegamos con el estudio realizado en nuestra comunidad (Molina, 2012), es decir, que ante un mismo caso y en función del profesional que lo evalúe la decisión podría moverse desde la ausencia de intervención hasta las medidas más drásticas de separación familiar.

Objetivos

Nuestro objetivo principal será contar con un amplio nivel de consenso entre los profesionales y los distintos organismos (servicios sociales, servicios de protección, equipos de acogimiento familiar o residencial, órganos judiciales) en la toma de decisiones sobre las medidas a adoptar a favor de los menores que sufren situaciones de desprotección y de esta manera evitar consecuencias que pueden resultar dramáticas para niños, niñas y adolescente.

Entre las medidas que han demostrado un mayor impacto en el incremento del consenso en el proceso de toma de decisiones, se encuentra la utilización de instrumentos para valorar el maltrato y su gravedad. Desde escalas más clásicas como la Child Well-Being Scales de Magura y Moss (1986) hasta instrumentos más recientes como The Eligibilty Spectrum (Ontario Asociación of Children's Aid Societies, 2006) o el instrumento desarrollado en nuestro país por Arruabarrena (2010) al que nos referiremos más adelante. En un estudio comparativo con tres muestras amplias de profesionales de los servicios sociales Arruabarrena y De Paul (2011) sugieren de forma clara que el uso de instrumentos específicos

de valoración de la gravedad y el entrenamiento intensivo de los profesionales contribuyen a incrementar el acuerdo y consistencia entre los profesionales; mejoran sustancialmente el proceso de toma de decisiones pudiéndose alcanzar en algunos casos niveles de consistencia superiores al 80% y con incrementos significativos en la consistencia en la gran mayoría de casos.

Diseño e implementación

Con la finalidad de disponer de un instrumento específico para todos los profesionales del sistema de protección a la infancia en Andalucía y gracias a la estrecha colaboración con la profesora Arruabarrena de la Universidad del País Vasco, iniciamos el proceso que se describe a continuación.

Fase 1. Constitución de un grupo motor, elaboración de un primer borrador y del material para el pilotaje. Se constituyó un grupo motor compuesto de tres profesionales, uno de la Dirección General de Infancia y Familias (órgano directivo en materia de infancia en Andalucía), un profesional de uno de los ocho servicios provinciales de protección de menores y un profesional de uno de los ETF de toda Andalucía. Para la elaboración del primer borrador partimos del instrumento de valoración de la gravedad elaborado por Arruabarrena para la comunidad autónoma vasca BALORA (Gobierno Vasco, 2011) y se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

- La organización institucional del sistema de protección a la infancia en Andalucía. Fundamentalmente en lo relacionado con los equipos encargados de tomar cada una de las decisiones y el marco jurídico propio.
- El Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA) y las categorías de maltrato incluidas en el mismo (Junta de Andalucía, 2004).
- Los Manuales específicos de los Equipos de Tratamiento Familiar y Servicios de Protección de Menores (Junta de Andalucía, 2007).

Tras la revisión por el órgano directivo de protección a la infancia en Andalucía (Dirección General de Infancia y Familias), se generó un primer borrador que sería posteriormente sometido a la fase de pilotaje.

Al mismo tiempo, por parte del Observatorio de la Infancia en Andalucía (OIA), órgano de formación, investigación y estudio en materia de infancia, se diseñó una plataforma virtual destinada en primer lugar a recabar los casos reales para la elaboración posterior de viñetas, posteriores discusiones sobre el instrumento a través de foros virtuales y soporte para las siguientes fases de pilotaje.

Fase 2. Revisión por grupo de trabajo y elaboración de segundo borrador. Se constituyó un equipo técnico de trabajo compuesto por 36 profesionales procedentes de los SPM de las ocho provincias y de los 144 ETF de toda Andalucía. A través de una aplicación diseñada expresamente por el OIA este grupo proporcionó casos reales para la elaboración de viñetas que serían utilizadas en la posterior fase de pilotaje. Del total de casos aportados se seleccionaron un total de 12 viñetas en donde existía acuerdo total (100%) entre los profesionales a la hora de asignar el nivel de gravedad. Este grupo también pudo revisar el primer borrador y realizar sus aportaciones a través de la plataforma virtual señalada anteriormente.

Fase 3. Pilotaje y borrador definitivo. Se realizó una actividad formativa de forma presencial de cinco horas de duración sobre el instrumento a un total de 24 profesionales de ambos ámbitos, distribuidos en dos grupos: Andalucía occidental y oriental. Con este grupo piloto el último borrador fue sometido a una prueba de fiabilidad interjueces utilizando las 12 viñetas correspondientes a diferentes tipologías y niveles de desprotección, obteniendo en todos los casos niveles de acuerdo superiores al 80%. En un grupo de control compuesto por el mismo número de profesionales, el grado de acuerdo no superó en ninguno de los casos el 50% de acuerdo. Tras pequeñas modificaciones que no afectaron al contenido de los descriptores se elaboró el tercer y último borrador que daría lugar a la primera versión del instrumento.

Antes de su difusión entre los profesionales a través de la plataforma mencionada anteriormente participaron en un concurso de ideas sobre el nombre que daríamos a nuestro instrumento, las cuales fueron sometidas a una votación abierta, decantándose finalmente por la denominación de Valórame. Denominación que coloca a los niños, niñas y adolescentes en el centro de nuestra valoración.

Fase 4. Difusión y formación. Para la difusión del instrumento entre los profesionales y la formación de los mismos se publica en la web del OIA el instrumento Valórame (Molina & Martínez, 2016) de forma accesible y visible desde la página inicial del Observatorio y donde se alojaría el propio instrumento en versión PDF, la hoja de valoración, la guía rápida y material de apoyo (textos y videos). Al mismo tiempo se diseñó un curso de formación *online* para poder ofertar de forma masiva a los profesionales de los distintos servicios implicados.

Además de esta formación en modalidad *online* las administraciones locales han ido programando anualmente formación presencial en el uso y manejo de instrumentos a todos los profesionales de los servicios sociales de sus localidades, habiéndose formado hasta la fecha más de dos mil profesionales de todo el sistema de protección en Andalucía.

Fase 5. Regulación legal mediante Decreto de la Junta de Andalucía y segunda revisión. Vista la necesidad de incorporar el instrumento Valórame como una

herramienta de uso obligatorio en la toma de decisiones en la medida que afectan a la protección de los derechos de los menores y en algunos casos a la privación de derechos de los progenitores, se acordó reglamentar el uso del instrumento en forma de Decreto del Gobierno de la Junta de Andalucía, de la misma forma que ya se había hecho en la comunidad autónoma vasca.

Previo al inicio de la tramitación de dicho procedimiento se llevó a cabo una revisión del instrumento en el que se añadió el procedimiento de intervención y los momentos de toma de decisiones y se incluyeron las referencias a las últimas modificaciones legales. En algunas tipologías se complementaron las denominaciones y algunos descriptores.

Una vez realizada esta actualización se iniciaron los trámites previstos en la ley 6/2006 de Gobierno de la comunidad autónoma de Andalucía para la elaboración de reglamentos. Dicho proceso incluye además de una justificación argumentada de la necesidad de reglamentar el uso obligatorio del instrumento, la necesidad de dar audiencia y participación a entidades y asociaciones relacionadas con la infancia y a toda la ciudadanía al afectar a intereses legítimos de los ciudadanos. Una vez finalizado todo el proceso se dictó el Decreto 210/2018 por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía, que publica y regula el uso obligatorio del instrumento Valórame para todos los profesionales del sistema de protección a la infancia en Andalucía mediante distintas ordenes en el año 2019.

Características del instrumento

Históricamente la valoración de la gravedad de una situación de desprotección infantil se ha realizado en función, únicamente, de las prácticas parentales inadecuadas, prestando poca o ninguna atención a las consecuencias que dichas prácticas estaban generando en niños y niñas. Sin embargo, Valórame, sin olvidar la practicas parentales inadecuadas, se centra en la situación real del niño, por lo que los elementos claves a la hora de valorar el nivel de gravedad de la desprotección serán el daño sufrido y su grado de bienestar. Como ocurre en otros instrumentos de orden internacional, se ha optado por una definición de las situaciones de riesgo y desprotección similar a la utilizada en otras disciplinas sanitarias y sociales. Es decir, hablamos de riesgo cuando nos referimos a la eventualidad o proximidad de un daño. Nos encontraríamos ante una situación de riesgo cuando empezamos a observar que determinadas necesidades infantiles comienzan a no estar cubiertas adecuadamente pero aún no han provocado un daño significativo en el niño. En cambio, hablaríamos de desprotección en el momento en que dichos factores o necesidades no cubiertas comienzan a provocar o es probable que provoquen un daño significativo en el niño. Las condiciones para definir la existencia de una situación de desprotección son

tres: (1) que las personas responsables de cubrir las necesidades básicas del niño no cumplan su responsabilidad; (2) que dicha situación no sea contrarrestada por nadie; y, (3) que el niño o la niña haya sufrido o es probable que sufra un daño significativo. Por tanto, el elemento central para nuestra valoración será el de daño significativo.

El daño significativo es aquel que afecta a una o más áreas de desarrollo (física, emocional, social y cognitiva) y coloca al menor en los extremos de lo esperable para su edad o con un funcionamiento limitado o perturbado (Arruabarrena, 2010). Una vez evaluado el daño es muy importante que el profesional pueda establecer un nexo, hipótesis causal o de probabilidad entre el comportamiento paterno y el daño ocasionado que le permita ubicar el maltrato en alguna de las tipologías propuestas y establecer el nivel de gravedad.

El instrumento recoge 31 tipologías y subtipologías de desprotección susceptibles de valoración. Se incluyen tanto comportamientos inadecuados (de carácter físico, psicológico o sexual; por acción u omisión) por parte de los padres, madres o responsables legales, como su incapacidad para proteger a los menores de situaciones de trato gravemente inadecuado perpetrado por otras personas. Este listado pretende ser exhaustivo, aunque pudiera haber situaciones excepcionales no recogidas o que puedan incorporarse en un futuro por cambios en los usos y normas sociales. Por ejemplo, entre estas tipologías se encuentra la incapacidad parental de control de la conducta; categoría que da respuesta a una situación reciente y acuciante en nuestro país, en la que algunos padres pretenden «entregar» a sus hijos en los servicios sociales alegando que presentan graves problemas comportamentales en cuya génesis no reconocen ninguna responsabilidad. Esta tipología pretende valorar los trastornos de conducta como una expresión sintomática del daño significativo debido a unas prácticas parentales inadecuadas.

Tabla 1
Tipologías de desprotección infantil Valórame

A. Maltrato físico 1. Privación deliberada de comida y agua. 2. Confinamiento o restricción física.
B. Maltrato psicológico/emocional 1. Maltrato emocional. 2. Instrumentalización en conflictos entre las figuras parentales. 3. Exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial. 4. Amenazas de agresión física.
C. Negligencia 1. Negligencia hacia necesidades físicas: alimentación, cuidado de la salud física, vestido, higiene personal, condiciones higiénicas de la vivienda, estabilidad y condiciones de habitabilidad de la vivienda. 2. Negligencia hacia necesidades de seguridad: seguridad física de la vivienda y prevención de riesgos, supervisión, protección ante situaciones de desprotección grave perpetradas por otras personas. 3. Negligencia hacia necesidades escolares. 4. Negligencia hacia necesidades psíquicas: interacción y afecto, estimulación, atención específica a problemas emocionales graves, normas, límites y transmisión de valores morales positivos.
D. Abandono
E. Violencia sexual
F. Incapacidad parental de control de la conducta del menor
G. Otras tipologías 1. Síndrome de Münchausen por poderes. 2. Maltrato prenatal. 3. Corrupción. 4. Mendicidad. 5. Explotación laboral.
Otras situaciones que podrían constituir desprotección grave 1. Antecedentes de desprotección grave perpetrados por del padre, madre o persona que ejerce la tutela o guarda. 2. Graves dificultades personales del padre, madre o persona que ejerce la tutela o guarda.

Para cada tipología de desprotección, el instrumento describe los niveles de gravedad moderada, elevada y muy elevada (salvo excepciones en las que no se contempla la existencia de algún nivel de gravedad), así como las situaciones que implican déficits leves y constituyen el nivel denominado «riesgo leve».

El instrumento proporciona una descripción de cada nivel de gravedad en cada tipología, como resultado del consenso entre los profesionales. Dado que es imposible recoger de forma exhaustiva la totalidad de circunstancias que pueden presentarse en el mundo real, si se producen situaciones no señaladas en algún nivel de gravedad deberán clasificarse en el nivel que describa las circunstancias más parecidas posible. Las circunstancias incluidas en cada nivel de gravedad se describen en uno o varios párrafos (descriptores). Esos párrafos están compuestos por diferentes frases que pretenden, en conjunto, describir una determinada situación o un tipo de relación familiar. Para calificar un nivel de gravedad no necesariamente han de presentarse todas y cada una de las frases recogidas en esos párrafos; es suficiente con que se presente una parte sustancial de ellas y que el tipo de situación descrita en el párrafo refleje o se ajuste a lo que sucede en el caso evaluado. El instrumento indica mediante una «y» las situaciones en las que se exige la presencia simultánea de varias circunstancias para calificar un determinado nivel de gravedad.

Veamos un ejemplo de uno de los descriptores referidos a la valoración de la higiene dentro de la subcategoría de negligencia a necesidades físicas y donde se puede observar claramente cómo la graduación de la gravedad de la desprotección se fundamenta en el impacto o daño que causa en el niño este tipo de negligencia en higiene, bien daños físico (enfermedades o trastornos), bien impacto social (ausencia o restricción de relaciones)

Tabla 2
Ejemplo descriptores Valórame

C.1. Negligencia hacia necesidades físicas. Higiene.
Gravedad elevada Hay una falta de higiene muy notoria (por ejemplo, el niño, niña o adolescente no se ha bañado o duchado en al menos varias semanas, grave desatención a la salud bucodental, bebé al que habitual o frecuentemente no se cambian los pañales con la regularidad necesaria). Esto ha provocado que el niño, niña o adolescente sufra una enfermedad o trastorno físico que requiere tratamiento médico, o ha habido quejas de otras personas (por ejemplo, colegio) sobre su higiene. Sus compañeros y compañeras no juegan ni quieren estar cerca de él o ella y sufre un fuerte rechazo social por este motivo que provoca ausencia o grave restricción de relaciones con iguales.

Gravedad moderada
Hay una falta de higiene muy notoria (por ejemplo, el niño, niña o adolescente no se ha bañado o duchado en al menos varias semanas, despide un fuerte olor corporal o bucal, tiene los dientes cubiertos de sarro, amarillentos o con manchas, lleva la ropa sucia y con manchas que probablemente no se pueden quitar, pelo con restos de comida o heces), aunque el niño, niña o adolescente no padece ninguna enfermedad ni trastorno físico como consecuencia de ello. Ha habido quejas de otras personas (por ejemplo, colegio) sobre la higiene del niño, niña o adolescente. Aunque esta situación no ha provocado una ausencia o grave restricción en la relación con iguales, ha tenido algunas repercusiones negativas (alguna restricción) a este nivel.

Riesgo leve
Habitualmente el niño, niña o adolescente no se lava, baña o ducha con regularidad aunque lo necesite, tiene el pelo visiblemente sucio, puede que despida olor corporal o tengan mal aliento, la ropa está bastante sucia y no se cambia durante varios días; pero eso no le ha provocado ninguna enfermedad ni trastorno físico, ni provoca rechazo o ausencia o restricción de relaciones con iguales.
Ocasionalmente el niño, niña o adolescente no se lava, baña o ducha aunque lo necesite, tiene el pelo visiblemente sucio o despeinado, puede que despida olor corporal o tenga mal aliento, la ropa está bastante sucia y no se cambia; pero eso no le ha provocado ninguna enfermedad ni trastorno físico, ni provoca rechazo y ausencia o restricción de relaciones con iguales.

Una vez valorada la gravedad individual de cada tipología, ha de realizarse una valoración global del nivel de gravedad del caso: sin riesgo, riesgo de desprotección, desprotección moderada, y desprotección grave. Esta valoración se llevará a cabo de acuerdo a los criterios que se detallan a continuación:

- La presencia de un indicador de gravedad muy elevada o gravedad elevada supondrá, independientemente de la gravedad del resto de indicadores, la valoración global del caso como desprotección grave.
- La presencia de al menos un indicador de gravedad moderada sin que existan indicadores de gravedad elevada o muy elevada supondrá la valoración global del caso como desprotección moderada.
- La presencia de indicadores de riesgo leve sin que existan indicadores de gravedad moderada, elevada o muy elevada, supondrá la valoración global del caso como riesgo de desprotección.

Además de las categorías señaladas anteriormente, el instrumento incluye en su parte final dos situaciones particulares: antecedentes de desprotección

grave perpetrada por el padre, madre o personas que ejercen la tutela o guarda y graves dificultades personales en el padre, madre o personas que ejercen la tutela o guarda. En caso de que estas circunstancias se encuentren presentes y puedan estar poniendo en peligro la vida o integridad básica del niño(a), y además no existan elementos de control en el entorno familiar que pueda suplir estos déficits, el caso se califica como desprotección grave.

Por último, siempre debemos valorar la existencia de demanda de ayuda, la manifestación de conciencia de problema y su grado de colaboración con la propuesta de intervención realizada desde los servicios sociales. La nula o insuficiente conciencia de problema y/o colaboración con la propuesta de intervención por parte de los padres o guardadores podrán suponer un incremento en la valoración del nivel global de gravedad del caso. Por el contrario, la presencia de conciencia de problema y/o colaboración con la propuesta de intervención no supondrán una disminución en el nivel global de gravedad.

Una vez valorado el nivel de desprotección global, hemos de decidir la intervención. En Andalucía para los casos de riesgo leve o desprotección moderada la intervención quedaría en manos de los Servicios Sociales Municipales. Los casos de desprotección grave requerirán una intervención más intensa por parte de los ETF y en determinados casos la intervención de los SPM y la separación del menor de su núcleo familiar.

Es muy importante tener presente que al igual que las circunstancias de una familia pueden cambiar, la gravedad de la desprotección también puede variar a lo largo del tiempo. Los cambios pueden producirse, bien por la intervención de los profesionales de la atención a la infancia, bien por la propia evolución de la familia y de su entorno. Eso implica que, independientemente del tipo de intervención llevada a cabo por dichos servicios, cualquier familia en la que se detecte una situación de esta índole, especialmente si se trata de desprotección moderada o grave, deberá ser objeto de evaluación continuada en cuanto a la situación de los niños, niñas y adolescentes hasta garantizar que los cuidados y atención recibidos por estos se encuentran en un nivel adecuado y los cambios son suficientemente estables.

Las dificultades principales señaladas por los profesionales en estas primeras fases tienen que ver con la dificultad de realizar una adecuada valoración del daño emocional, como ya señalaran en su momento Arruabarena *et al.* (2013), es imprescindible, para valorar determinadas categorías, incluir alguna guía que ayude a los profesionales en los pasos a seguir a la hora de realizar su valoración. En este sentido, se incluyó la referencia a la necesidad de que dicho daño fuese evaluado por profesionales de la psicología o psiquiatría a través de la metodología e instrumentos propios de su disciplina. Se señaló la posibilidad de utilizar pruebas que dispongan de índices adecuados de fiabilidad y validez y se incluyó como anexo al instrumento el cuestionario de capacidades y cificultades (SDQ) de Goodman (1997). Asimismo, y al objeto de simplificar

la tarea de valoración, se incluyó un nuevo documento denominado *Guia Rápida* mediante el cual los profesionales pueden administrar el instrumento con mayor agilidad y siguiendo una serie de pasos.

Conclusiones y evaluación

Si bien, como apuntamos más arriba, se ha dado una amplia difusión del instrumento y se ha formado a un número superior a dos mil profesionales, aún nos encontramos lejos de una formación masiva que alcance a la mayoría de los profesionales de los servicios sociales de Andalucía que superan las 35.000 personas. Sin embargo, a través de dicha formación hemos podido ir conociendo de forma cualitativa la valoración que los propios profesionales han ido manifestando, como, por ejemplo:

> Considero muy importante la existencia de un instrumento de valoración común, que facilite la toma de decisiones en las intervenciones con menores, y que pueda contribuir a su vez al consenso entre los diferentes profesionales e instituciones implicadas.
>
> Al valorar mi primer caso de posible desamparo, tenía la impresión de que estaba guiándome por un manual que «debía llevar años inventado» (por decirlo de alguna forma) y me ha sorprendido mucho lo reciente que es.
>
> Es imprescindible poder contar con instrumentos que unifiquen criterios para que la decisión, en lugar de ser algo «personal, basado en una interpretación que puede estar cargada de sesgos personales, culturales, estructurales, etc.», pase a ser una valoración técnica que se acredite bajo la aplicación de un mismo instrumento de medida y en el que el resultado, con independencia del/la profesional que lo realice pueda llegar a ser el mismo.
>
> Adoptar medidas que signifiquen la retirada del menor de su entorno es una decisión que reviste de gran profesionalidad y objetividad. Celebro, como profesional que trabaja en contacto directo con menores y familias, la creación de este instrumento.

La difusión y conocimiento del instrumento también ha alcanzado a otras comunidades con las que hemos podido colaborar en este tiempo, como los servicios de protección infantil de la comunidad autónoma de Galicia o las Comissao de Proteçao das Crianças CPCJ de diferentes zonas de Portugal.

En ámbitos judiciales, si bien ya encontramos autos y sentencias que hacen referencia explícita a las valoraciones realizadas con el instrumento Valórame a la hora de ratificar resoluciones de desamparo, desconocemos el grado de

conocimiento que dicho instrumento tiene en ámbitos judiciales en toda Andalucía (salvo alguna experiencia formativa con el Instituto de Medicina Legal) y qué valor aporta en las tomas de decisión judiciales finales.

En cuanto al grado de implantación y desde la publicación del decreto y posterior orden de desarrollo actualmente el instrumento Valórame se ha incorporado como una fase obligatoria dentro de la aplicación informática que utilizan los profesionales de los SPM a la hora de declarar la situación legal de desamparo. Por tanto, actualmente en todos los procedimientos de desamparo que se dictan en Andalucía contamos con una valoración de desprotección grave mediante el instrumento Valórame. Sin embargo desconocemos el grado de implantación y utilización en aquellas situaciones que no conllevan la separación del menor de su entorno familiar, así como en qué medida se utiliza el instrumento para valorar la evolución de las familias y la eficacia de la intervención de los servicios sociales en la disminución de los niveles de desprotección.

Todo esto nos hace plantear la necesidad de llevar a cabo una evaluación amplia del grado de conocimiento, formación y utilización del instrumento, así como los grados de consistencias alcanzados por parte de los profesionales de los distintos niveles de intervención del sistema de protección a la infancia en Andalucía. Especialmente, interesaría conocer el grado de consistencia en aquellas categorías que plantearon mayores dificultades en las fases previas, es decir aquellas que tienen que ver con la evaluación del daño emocional. Asimismo, es importante conocer de cara a futuras actualizaciones si el instrumento está dando respuesta a todas las posibles situaciones de desprotección o por el contrario hay situaciones no que quedan suficientemente recogidas en el instrumento.

Por último, y como apuntan Graham *et al*. (2015), de una forma mucho más ambiciosa deberíamos centrar nuestro trabajo en conocer realmente si nuestras decisiones fueron las correctas y conseguimos mejorar la vida de los niños y niñas sobre los que decidimos.

Referencias

Arruabarena, M.I. (2010). *Gravedad de las situaciones de desprotección infantil: Criterios para su evaluación* [Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco].

Arruabarrena, M.I., & De Paúl, J. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los Servicios de Protección Infantil. *Psicothema, 23*, 642-647.

Arruabarrena, M.I., & De Paúl, J. (2012). Improving accuracy and consistency in child maltreatment severity assessment in child protection services in Spain: New set of criteria to help caseworkers in substantiation decisions. *Children and Youth Service Review, 34,* 666-674. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.12.011

Arruabarena, M.I.; De Paul, J. de; Indias, S. & Ullate, M. (2013): Psychologists and child psychological maltreatment severity assessment. *Psicothema,* 25(4), 482-487. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72728554010

Ashton, V. (2004). The effect of personal characteristics on reporting child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 28*, 985-997. doi:10.1016/j.chiabu.2004.03.012

Baumann, D. J., Dalgleish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). *The decision-making ecology*. American Humane Association.

Britner, P., & Mossler, D. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse and Neglect, 26*, 317-332. doi:10.1016/S0145-2134(02)00311-3

Church, W., Gross, E., & Baldwin, J. (2005). Maybe ignorance is not always bliss: The disparate treatmen of Hispanics within the child welfare system. *Children Youth Services Review* , 27, 1279-1292. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.01.003

Decreto 210/2018 de 20 de noviembre por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía. BOJA 227 de 23 de noviembre de 2017. https://juntadeandalucia.es/boja/2018/227/4

DePanfilis, D., & Girvin, H. (2005). Investigating child maltreatment in out-of-home care: Barriers to effective decision-making. *Children and Youth Services Review, 27*, 353-374. Htts://doir.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.010

Garlan, A., Landsverk, J., & Lau, A. (2003). Racial ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review , 25* (5-6), 491-570. doi:10.1016/S0190-7409(03)00032-x

Gilbert, N., Parton, N., & Skivenes, M. (2011) *Child protection systems: international trends and orientations*. Oxford University Press.

Gobierno Vasco (2011). Decreto 230/2011 de fecha 8 de noviembre de 2011 por el que se aprueba el Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. BOPV nº 233. Recuperado de: https://www.legegunea.euskadi.eus/x59-preview/es/contenidos/decreto/bopv201105937/es_def/index.shtml

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586

Graham, J.C., Dettlaff, A.J., Baumann, D.J. y Fluke, J.D. (2015) The Decision Making Ecology of placing a child into foster care: A structural equation model. *Child Abuse and Neglect, 49*, 12-23. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.020

Grimaldi, V. M., Pérez-Padilla, J., & Garrido, M. (2019). Assessment and decision-making in child protective services: risk situations kept-at-home

versus out-of-home care. *Child Indicators Research, 12,* 1611-1628. https://doi.oirg/10.1007/s12187-018-9600-1

Junta de Andalucía (2004). *Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/3294_d_SIMIA_Procedimiento_de_Actuaci%C3%B3n_20120604.pdf

Junta de Andalucía (2007). *Manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar.* Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2862_d_MANUAL_EETTFF_NOVIEMBRE_2007.pdf

Lauritzen, C., Vis, S.A. & Fossum, S. (2018). Factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child and Family Social Work, 23*, 743-756. https://doi.org/10.1111/cfs.12446

Ley 6/2006 de 24 de octubre de 2006 de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.BOJA, 215 de 7 de noviembre de 2006 Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/boja/2006/215/1

Magura, S., & Moses, B.S. (1986). *Outcome measures for child welfare services*. Child Welfare League of America.

Molina, A. (2012). *Toma de decisiones profesionales en el sistema de protección a la infancia*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/3586_d_Toma_decisiones_20120620.pdf

Molina, A. y Martínez, C. (2016). *Valórame: Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía*. Junta de Andalucía. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4082_d_4082_d_VALORAME2014.pdf

Molina, A., Palacios, J. & Jiménez-Morago, J. (2019): Do more severe incidents lead to more drastic decisions? A study of professional child protection decision making in Spain. *Children and Youth Services Review.* vol. 107, 104547. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104547

Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review, 27*, 375-391. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.006

Ontario Asociación of Children's Aid Societies (2006). *Eligibility Spectrum*. Accesible en: http://www.oacas.org/publications-and-newsroom/professional-resources/eligibility-spectrum/

Palacios, J. & Amorós, P. (2006). Recent changes in adoption and fostering in Spain. *British Journal of Social Work, 36,* 921-935. doi:10.1093/bjsw/bch363

Sullivan, C., Whitehead, P., Leschied, A., Chiodo, D., & Hurley, D. (2008). Perception of risk among child protection workers. *Children and Youth Services Review, 30*, 699-704. doi:10.1016/j.childyouth.2007.11.010

Wells, S., Lyons, P., Doueck, H., Brown, C., & Thomas, J. (2004). Ecological factors and screening in child protective services. *Children and Youth Services Review*, *26*, 981-997.

Woldegulorguis, I. (2003). Racism and sexism in Child Welfare: effects on woman and color as mothers and practitioners. *Child Welfare Journal, 82* (2), 273-288.

Escala para la evaluación infantil de la parentalidad EPI: adaptación y validación de una escala para la evaluación de competencias parentales desde la perspectiva de niños, niñas y adolescentes

Magdalena Muñoz
Catarina Guerrero
Iván Armijo
María Paz Badilla
Fundación Ideas para la Infancia, Chile

Introducción

De acuerdo con Barudy (2005a) parentalidad se refiere a las actividades llevadas a cabo por ambos padres en el proceso de cuidar, socializar y educar a sus hijos. Tal como presentan Rubilar y Richaud (2018), ha sido estudiada desde cuatro enfoques: la teoría del apego, los estilos parentales, las creencias de los padres y las competencias parentales. Estas últimas son definidas por Barudy como «capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano» (Barudy, 2005a, p. 77). Estas se adquieren mediante un proceso donde se combinan posibilidades personales innatas con los procesos de aprendizaje influidos por la cultura y las experiencias que estos padres hayan conocido en sus historias familiares.

En España, María José Rodrigo *et al.* (2009) han trabajado durante años en la comprensión de la parentalidad, sus competencias más importantes, así como en metodologías de intervención y evaluación. Estos autores definen competencias parentales como:

> El conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y

> con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, y aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades. (Rodrigo et al., 2009, p. 115)

Para este equipo, la parentalidad positiva será el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño*(a)* o adolescente, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, la cual a su vez incluye el establecimiento de límites, permitiendo así el pleno desarrollo del niño*(a)* o adolescente (Rodrigo *et al.*, 2010).

Para lograr una parentalidad positiva, los autores proponen una serie de principios orientadores (Rodrigo *et al.*, 2010):

1. Vínculos afectivos cálidos, protectores y estables.
2. Entorno estructurado que supone el establecimiento de rutinas y hábitos.
3. Establecimiento y apoyo al aprendizaje cotidiano y escolar.
4. Reconocimiento del valor de los hijos e hijas.
5. Capacitación de los hijos e hijas mediante espacios de escucha, interpretación y reflexión de los mensajes del entorno.
6. Educación sin violencia: excluyendo todo castigo degradante, comprendiendo estas prácticas como vulneraciones de los derechos.

Evaluación de competencias parentales

La evaluación de competencias parentales debe estar basada, precisamente, en competencias, y no en personalidad o funcionamiento cognitivo de los padres. En el marco del programa de investigación DeSeCo (Definición y selección de competencias: fundamentos teóricos y conceptuales), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2005) se comprenderá «competencia» como la capacidad de responder eficazmente a demandas y tareas complejas en situaciones específicas (OCDE, 2005, p.4). De esta manera, las competencias implican una conjunción de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, emociones y motivaciones; que son puestas en acción por individuos y/o grupos, en un contexto determinado (OCDE, 2005; Pérez, 2007). Así, «una competencia es más que conocimientos y destrezas. Involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas, apoyándose en y movilizando recursos psicosociales (incluyendo destrezas y actitudes) en un contexto en particular» (OCDE, 2005, p.3). Por otra parte, si bien «las competencias incluyen más que el conocimiento enseñado, el proyecto DeSeCo sugiere que una competencia en sí puede ser aprendida dentro de un ambiente favorable para el aprendizaje» (OCDE, 2005, p.7).

Respecto del objeto de evaluación del presente estudio, definiremos las competencias parentales como los conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas que despliegan los padres, madres o cuidadores(as) en la crianza de un(a) infante, niño, niña o adolescente; en un contexto determinado, aprovechando los recursos que este le brinda. A partir de esta definición, es importante considerar también las creencias y conocimientos evolutivo-educativos de los padres y madres, sus expectativas sobre los logros de sus hijos(as) y sobre sus metas educativas, así como los comportamientos educativos en sí mismos. Es necesario, además, considerar y evaluar las competencias parentales en relación con las características y etapa evolutiva particular del niño o niña.

Por otra parte, en otras cuestiones de interés en la evaluación de competencias parentales, resulta relevante considerar no solo las debilidades de los padres, madres o cuidadores(as), sino también sus fortalezas; e identificar las condiciones contextuales que dan un marco al ejercicio de la parentalidad, y que pueden estar influyendo y condicionando de forma positiva o negativa las competencias parentales (Rodrigo *et al.*, 2009).

La evaluación de competencias parentales es un proceso crítico ya que es utilizada en variados contextos, uno de los cuales es el de la protección de derechos infantiles. Existe amplia evidencia que da cuenta de la utilidad de este proceso, ya que se ha logrado identificar la relación entre fallas en las competencias parentales y la presencia de maltrato y/o negligencia, dando cuenta de que las competencias parentales pueden dar luces sobre las interacciones y acciones concretas en la relación entre padres e hijos(as) y la posible presencia de situaciones de vulneración (Febbraio, 2015). En este contexto, la evaluación de las competencias parentales adopta un carácter especialmente relevante, ya que la determinación de la capacidad de los padres o cuidadores para asumir las tareas propias de su rol de manera competente, permite tomar decisiones legales en pos de la protección de los derechos infantiles (Azar & Cote, 2002). En este sentido, la evaluación de competencias parentales puede tener gran impacto en una familia, haciendo imperiosa la necesidad de contar con estándares de calidad para realizar estas evaluaciones de forma ética y responsable (Choate & Engstrom, 2014).

Barudy y Dantagnan (2010) plantearon una metodología de evaluación de competencias parentales a través de un modo de organizar la información recopilada mediante la observación participante. La metodología se compone de una guía de cuatro niveles principales, dentro de los cuales se organizan ocho unidades de evaluación: (1) evaluación del apego; (2) evaluación de la empatía; (3) modelos actuales de crianza; (4) recursos y apoyos de las redes familiares y sociales; (5) el impacto de las incompetencias parentales en los hijos e hijas; (6) evaluación del impacto de la inmigración en el ejercicio de la parentalidad social; (7) evaluación del impacto de los factores de estrés provenientes del entorno social de la parentalidad; y (8) evaluación del impacto de

los factores de estrés intrafamiliar en la parentalidad (Barudy & Dantagnan, 2010). Dicha metodología si bien considera aspectos importantes de evaluar en estos procesos, podría ser muy compleja de poner en práctica como estrategia masiva de evaluación por requerir una buena cantidad de tiempo para llevarla a cabo, además de personal altamente calificado.

Por otro lado, María José Rodrigo junto a su equipo han creado dos instrumentos en la temática. El primero corresponde a la escala de competencia y resiliencia parental para padres y madres en contexto de riesgo psicosocial (Martín *et al.*, 2015), instrumento que está pensado para la evaluación de competencias parentales en contextos en que la protección de derecho de los niños y niñas está en cuestionamiento, lo cual puede tener implicancias legales. Esta escala evalúa un cuadro completo de áreas de competencia y resiliencia parental tanto en los padres como en las madres en contextos de riesgo psicosocial, adecuado al contexto español.

Posteriormente, en 2016, el mismo equipo desarrolló y validó la escala de parentalidad positiva (EPP) (Suárez *et al.*, 2016), sustentada en el enfoque de parentalidad positiva. Dicha escala, en cuyo proceso de validación participaron tanto padres españoles como latinoamericanos, incluye cuatro factores: (a) implicación familiar; (b) afecto y reconocimiento; (c) comunicación y control del estrés; y (d) actividades compartidas. Presenta propiedades psicométricas adecuadas, y se plantea para la evaluación de programas que promuevan la parentalidad positiva (Suárez *et al.*, 2016).

En Chile, en el año 2015 se desarrolla la escala de parentalidad positiva (Gómez & Muñoz, 2015), instrumento de modalidad autorreporte diseñado para la evaluación especifica de las prácticas parentales, y basado en el enfoque de la parentalidad positiva (Martín *et al.*, 2015). En este instrumento competencia parental se comprende como la adquisición y continua evolución de conocimientos, actitudes y destrezas para conducir el comportamiento parental propio, a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza y en las distintas dimensiones y necesidades (física, cognitiva, comunicativa, socioemocional) del desarrollo del niño o niña, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos (Gómez & Muñoz, 2015).

También en Latinoamérica, específicamente en Colombia, se desarrollaron instrumentos para medir conductas parentales desde la perspectiva de los mismos padres, los hijos y los profesores de los hijos(as) (Ballesteros, 2001). Si bien se realizaron análisis en pos de validar los instrumentos, la muestra reunida para dicho propósito no cumple con los estándares actuales, y no se han seguido realizando esfuerzos en dicha línea.

El punto de vista de los niños en la evaluación familiar

A pesar de que existen múltiples sistemas e instrumentos de valoración de las competencias parentales, la incorporación de la visión de niños, niñas y adolescentes (NNA) en la valoración de las competencias parentales ha sido poco considerada hasta ahora (Martín & Álvarez-Dardet, 2014). Es relevante incorporar la voz de niños, niñas y adolescentes en este proceso, ya que la Convención sobre los Derecho del Niño destaca que, cuando el niño(a) deba ser separado de sus padres por determinación de las autoridades judiciales y por la preservación del interés superior del niño, se debe ofrecer a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en el proceso y de dar a conocer sus opiniones. Por otro lado, se establece también que el Estado debe garantizar al niño, niña o adolescente que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo involucren, teniendo debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez (Organización de las Naciones Unidas, 1989). Esto implica entonces, no solamente darle la posibilidad de hablar frente a instancias judiciales o evaluativas, sino también contar con los medios más apropiados para hacerlo (Thomas & O'Kane, 1998). Escuchar a los niños y facilitar su participación debiera entonces ser parte del sistema instaurado para la evaluación de su derechos (Vargas & Correa, 2011).

En el terreno de las competencias parentales un estudio en Portugal pretendió construir un instrumento para evaluar la comunicación en la parentalidad incorporando la voz de niños, niñas y adolescentes. La escala desarrollada, que se aplicó tanto a padres/madres, como hijos(as), mostró buenas cualidades psicométricas. Sin embargo, dentro de las limitaciones, los autores dan cuenta de los escasos estudios de validación del instrumento, siendo necesario contar con mayor cantidad de datos que permitan dar un carácter más robusto a los resultados que se presentan en el estudio (Marques & Marques, 2014).

Otro trabajo realizado en España presenta una de las pocas iniciativas por incorporar la visión de niños, niñas y adolescentes en la evaluación de algún aspecto del funcionamiento familiar; en este caso relacionado con el rendimiento y adaptación escolar (Ramón & Sánchez, 2010). Sin embargo, esta evaluación parcializada de las competencias parentales dificulta la obtención de resultados concluyentes que sean integradores de la opinión y la realidad del niño, niña o adolescente evaluado.

En Chile, en el año 2011, se llevó a cabo una investigación sobre la incorporación de la opinión de los niños en los procesos judiciales, en ella se encontró que su participación –entendida como un proceso permanente– es muy baja (Vargas & Correa, 2011). Además se señala que los informes diagnósticos y peritajes, una de las formas actuales en que es rescatada la voz de los niños en

estos procesos, es mediada por un tercero, y que en general se desconocen los parámetros de calidad de estas evaluaciones, lo cual frecuentemente les quita credibilidad ante los jueces en tribunales de familia (Vargas & Correa, 2011). A partir de esto se vuelve fundamental nuevamente contar con sistemas de evaluación que tengan criterios metodológicos claros y universales.

Una de las iniciativas más recientes desarrollada en Chile, y que intentó incorporar la visión de niños, niñas y adolescentes, corresponde a un modelo de evaluación multidimensional, complejo y cualitativo que considera que la parentalidad emerge de una relación bidireccional, donde tanto los padres o cuidadores(as) como los niños(as) contribuyen a la calidad de la misma, en condiciones determinadas por los contextos sociales, históricos y culturales en que la familia se encuentra. Considera que la parentalidad puede evaluarse multidimensionalmente en tres dimensiones: (1) del contexto sociocultural; (2) de padres, madres y cuidadores; y (3) de niños y niñas. Este sistema entrega recomendaciones para el proceso de evaluación de parentalidad, por medio de consideraciones para las entrevistas (Cabriolé *et al.*, 2014).

Avanzando en esta misma línea, pero desde una metodología cuantitativa, en el presente estudio se buscó desarrollar y validar un instrumento cuantitativo que incorporara la voz de NNA, ya que es justamente a ellos y ellas a quienes dichas prácticas se dirigen en los procesos de evaluación de prácticas parentales.

Método

La creación y evaluación psicométrica de la escala EPI consideró el desarrollo de las siguientes fases:

1. *Fase de Creación:* orientada a la creación de la versión de la escala de parentalidad desde la mirada del niño, niña o adolescente, incluyendo la adaptación de la escala E2P original y la evaluación de la validez de contenido a partir de la opinión de un panel de expertos.
2. *Fase de Implementación de pilotaje:* orientada a la aplicación de la escala a una muestra significativa de NNA.
3. *Fase de Evaluación:* orientada a la evaluación de las propiedades psicométricas básicas de la escala construida a partir de una muestra en terreno.

Participantes

Fase de Creación

La creación de ítems a incluir en la escala EPI contó con dos grupos de expertos: panel de expertos para generación de propuestas de ítems y panel de expertos para la selección de ítems por medio de metodología Delphi, denominado Grupo Delphi.

Panel de expertos. La adaptación de la escala para la evaluación infantil de la parentalidad fue realizada por un grupo de 12 profesionales expertos en el trabajo en temáticas de infancia, corresponden a psicólogos(as), trabajadores(as) sociales, kinesióloga y fonoaudióloga miembros del equipo de estudios del semillero de Fundación Ideas para la Infancia, grupo donde se gestan los proyectos de innovación. Estos expertos tienen un número mínimo de 5 años de experiencia profesional, realizan atención directa de familias y/o docencia en el área de infancia y familia, algunos poseen cargos directivos en ONG de infancias, y todos tienen formación específica en parentalidad y desarrollo infantil.

Grupo Delphi. En el proceso de evaluación de los ítems preliminares definidos en la fase anterior por el panel de expertos, participaron 30 profesionales reclutados por medio de un muestreo intencional, siguiendo criterios de conveniencia, estableciendo contactos por medio de informantes clave. Se acordó llegar al número máximo de participantes en rondas Delphi (30), para intentar dar alcance a nivel nacional, teniendo participantes de distintas regiones de Chile. Dichos expertos(as) corresponden a profesionales tanto de Santiago como de otras regiones, de diversas profesiones (Tabla 1), que se desempeñan en el ámbito académico, en atención en salud en contexto público y privado, así como en líneas programáticas de la red de protección del Servicio Nacional de Menores (SENAME, 2013): modalidad en diagnóstico ambulatorio (DAM), programa de prevención focalizada (PPF), programa de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM), residencias para mayores, programa de intervención especializada (PIE), programa de familia de acogida especializada (FAE), programa de representación jurídica (PRJ).

Tabla 1
Profesiones de expertos participantes de método Delphi

Profesión / Cargo	*N*
Psicólogo(a)	14
Perito	4
Trabajador(a) social	4
Director(a) institución	5
Fonoaudiólogo(a)	2
Kinesiólogo(a)	1

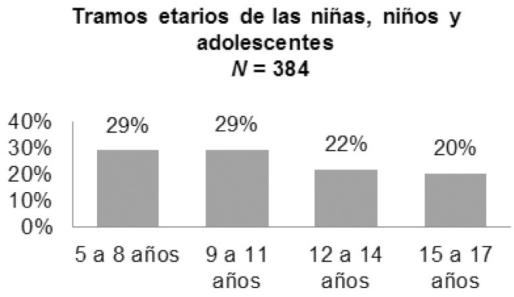
Los(as) participantes de la aplicación del método Delphi fueron invitados a participar del proyecto de manera voluntaria, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: profesional del área de la salud, las ciencias sociales y/o la protección infantil, con al menos 5 años de experiencia en el área de infancia, que hayan realizado o realicen, atención directa con niños, niñas y/o adolescentes, específicamente evaluación familiar.

Fase de Implementación

Los ítems revisados de la escala EPI luego fueron aplicados a 384 niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 17 años, asistentes a procesos de evaluación familiar en centros de líneas programáticas de SENAME (DAM, PPF y PIE), que en los últimos tres meses se hubieran encontrado conviviendo con al menos uno de sus padres o con su cuidador responsable y que contaran con un nivel esperado de desarrollo del lenguaje a nivel comprensivo de acuerdo con su edad. La escala EPI preliminar (resultado del análisis de las rondas Delphi) fue aplicada por profesionales que trabajan de manera estable en las instituciones mencionadas. La mayoría de las y los profesionales a cargo de los casos evaluados en el pilotaje son psicólogos (44%) y trabajadores sociales (38%).

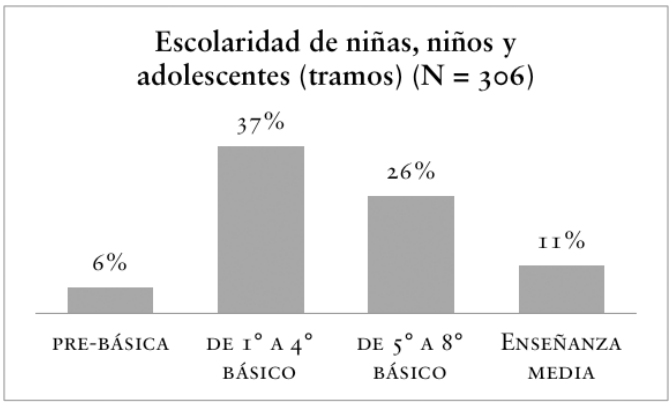
El 54% de los NNA de la muestra es del sexo femenino, y el 46% masculino. Sus edades se distribuyen de la siguiente manera:

Figura 1
Tramos etarios de niñas, niños y adolescentes participantes de la fase de implementación



Casi la totalidad de los NNA asiste a la escuela actualmente (97%). Entre quienes asisten a la escuela, el 37% se encuentra entre primer y cuarto año de enseñanza básica, y el 26% entre quinto y octavo año de enseñanza básica.

Figura 2
Escolaridad por tramos de niñas, niños y adolescentes participantes de la fase de implementación



De los programas en los cuales participan los NNA y sus familias, los datos recolectados (N=306) evidencian que el 84% corresponde a Programa de Prevención Focalizada (PPF), el 10% a Diagnóstico Ambulatorio (DAM) y el 6%

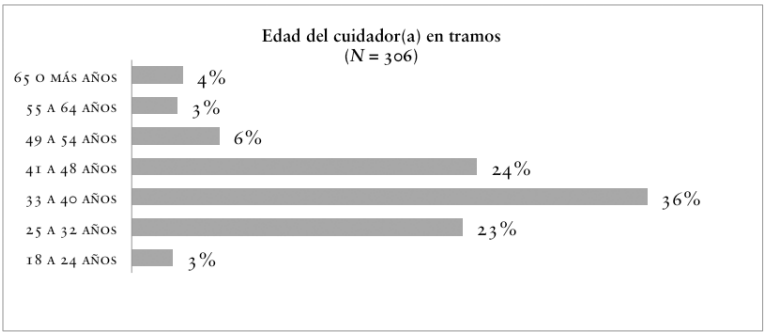
a Programa de Intervención Especializada (PIE). Entre los principales motivos de la evaluación, se encuentran: negligencia, VIF y abuso físico y/o emocional.

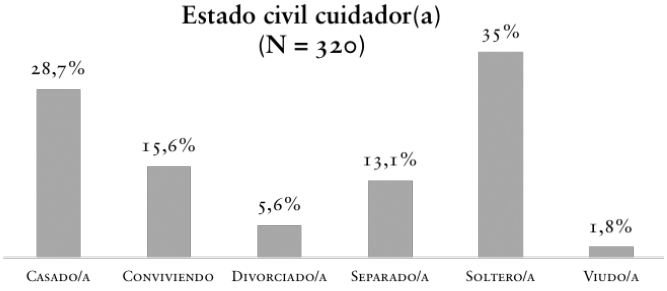
Tabla 2
Motivos de evaluación de competencias parentales

Motivo de la evaluación		
	Frecuencia	Porcentaje Caso
Negligencia	206	53,65%
Violencia Intrafamiliar	114	29,69%
Abuso emocional	37	9,64%
Desconocido	29	7,55%
Abuso físico	26	6,77%
Abuso sexual	10	2,60%
Evaluar el caso	7	1,82%
Conductas disruptivas	5	1,30%
Vínculo con el niño(a) o adolescente	5	1,30%
Conductas sexualizadas	3	0,78%
Tráfico de drogas en la familia	3	0,78%
Competencias parentales	2	0,52%
Situación hermano(a)	2	0,52%
Vulneración de derechos	2	0,52%
Parentalización de la adolescente	1	0,26%
Total Respuestas	452	
Total Casos	384	

La mayoría de los y las cuidadores de los NNA son mujeres (89%), con una edad media de 39 años. La madre es la cuidadora del NNA en el 77% de los casos, mientras que el padre en el 10% y los abuelos en un 6%. El 35% de las y los cuidadores se declara como soltero(a), mientras que cerca de un 29% se encuentra casado(a).

Figura 3
Edad por tramos de cuidadores(as) participantes de la fase de implementación





Instrumento

Para la construcción de la escala EPI se realizó una adaptación de la escala de parentalidad positiva (E2P) desarrollada por Gómez y Muñoz (2015). La escala EPI se constituyó con un total de 60 ítems agrupados en 4 dimensiones, manteniendo la estructura original de la E2P: (1) competencias parentales vinculares, (2) competencias parentales formativas, (3) competencias parentales protectoras, (4) competencias parentales reflexivas. A su vez, cada competencia parental está constituida por 4 componentes como muestra la Tabla 3:

Tabla 3
Modelo de competencias parentales

Competencia Parental	Componentes
1. Vinculares	1.1 Mentalización
	1.2 Sensibilidad Parental
	1.3 Calidez Emocional
	1.4 Involucramiento
2. Formativas	2.1 Estimulación del Aprendizaje
	2.2 Orientación y guía
	2.3 Disciplina positiva
	2.4 Socialización
3. Protectoras	3.1 Garantías de seguridad física, emocional y psicosexual
	3.2 Cuidado y satisfacción de necesidades básicas
	3.3 Organización de la vida cotidiana
	3.4 Búsqueda de apoyo social
4. Reflexivas	4.1 Anticipar escenarios vitales relevantes
	4.2 Monitorear influencias en el desarrollo del niño/a
	4.3 Meta - Parentalidad o Auto-monitoreo parental
	4.4 Autocuidado Parental

Fuente: elaboración propia a partir de Rogrido, Martín Cabrera y Máiquez (2009); Rodrigo, Máiquez y Martín (2010); Barudy y Dantagnan (2005, 2010); Aguirre (2010); Barber *et al.*, 2005 en Florenzano *et al.*, (2009); Erickson y Kurz-Riemer (2002); Skinner, Johnson y Snyder (2005); Nicholson, Howard y Borkowski (2008); Duncan, Coatsworth y Greenberg (2009); y Bomstein (2012).

En la escala EPI las primeras tres dimensiones se encuentran conformadas cada una por 16 ítems, mientras que la cuarta de las dimensiones se encuentra conformada por 12 ítems. Cada uno de los 60 ítems de la escala, mide alguno de los componentes de cada competencia parentales. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 4 puntos: (1) casi nunca, (2) a veces, (3) casi siempre, (4) siempre.

Procedimiento

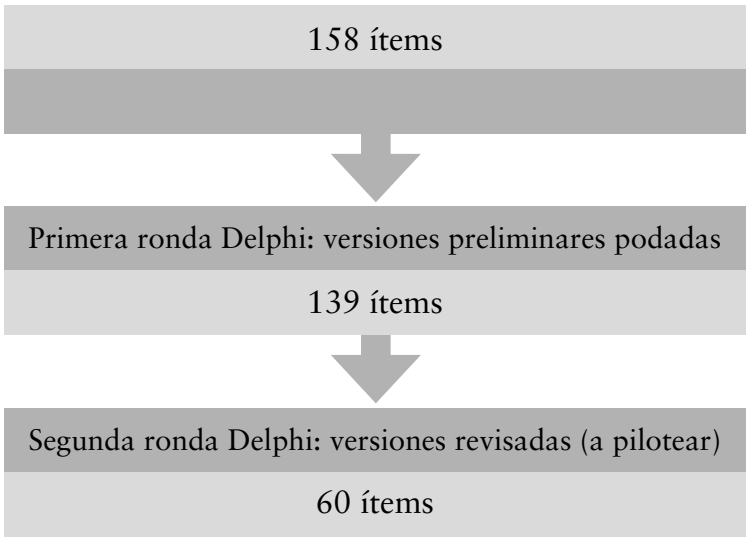
Fase de Creación

Creación de Propuesta inicial. A partir de la revisión de la escala E2P (Gómez & Muñoz, 2015), y considerando propuestas derivadas desde la propia práctica profesional, el panel de expertos generó una propuesta inicial de 158 ítems que identifican comportamientos asociados a la práctica de parentalidad positiva. Los ítems fueron adaptados y/o diseñados a modo de afirmaciones dirigidas a NNA, referentes a prácticas cotidianas de crianza que dan cuenta del despliegue de diversas competencias parentales.

Este instrumento preliminar fue sometido a evaluación por medio del método Delphi, consistente en la realización de rondas sucesivas de consultas en que se solicita a los(as) evaluadores(as) revisar sus opiniones iniciales. Antes de cada ronda, los expertos evaluadores recibieron las calificaciones de los otros participantes para contrastar sus juicios con los de resto del grupo, y volver nuevamente a ofrecer su criterio. Se requiere el anonimato de las respuestas individuales en el proceso (García & Suárez, 2013). Fueron realizadas dos rondas Delphi, en cada una de las cuales se solicitó a cada experto(a) evaluador calificar cada ítem preliminar en dos dimensiones: (1) *claridad*, referida al grado de comprensibilidad en cuanto a redacción del ítem; (2) *pertinencia*, referida al grado en que el ítem logra representar el constructo que intenta medir. Las referencias para la calificación correspondieron a 1 (pésimo), 2 (muy malo), 3 (malo), 4 (regular), 5 (bueno), 6 (muy bueno) y 7 (excelente).

Tras la primera ronda Delphi fueron eliminados todos aquellos ítems calificados con un promedio menor a 6 en la dimensión de *pertinencia*. De esta manera, tras esta primera poda, la versión preliminar de la escala EPI estuvo constituida por 139 ítems. Tras la segunda ronda Delphi fueron eliminados aquellos ítems calificados con una nota menor a 6 en cualquiera de las dos dimensiones evaluadas. La versión revisada de la escala EPI se constituyó con un total de 60 ítems.

Figura 5
Proceso de selección de ítems EPI



Fase de Implementación

Prueba piloto. Contando con la versión revisada de la escala EPI, el instrumento fue sometido a un proceso de pilotaje en instituciones públicas dedicadas a la evaluación e intervención con niños, niñas, adolescentes, y sus familias. Los encargados de aplicar el instrumento fueron los profesionales que se desempeñan en dichas instituciones. Cada profesional aplicador(a) contó con un set de materiales con lo requerido para realizar la aplicación del instrumento y la posterior evaluación de este (instrumento, consentimientos informados, protocolos de registro de sesión, protocolos de evaluación del instrumento por parte de NNA e instructivo de aplicación de instrumento). Para todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los cuidadores legales de los niños y niñas. Así como el asentimiento informado de los niños y niñas.

Los datos obtenidos fueron analizados para determinar indicadores incluyendo índices de consistencia interna a nivel de componentes, competencias y de la prueba global, usando alfa de Cronbach. La estructura interna del instrumento se evaluó por medio de un análisis factorial confirmatorio y se complementó con un análisis factorial exploratorio. Se analizó también la correlación entre competencias y componentes de la escala.

Consideraciones éticas

Los profesionales participantes de las diversas etapas del proceso firmaron un consentimiento informado que explicita las características de su participación, la que habría de ser voluntaria e implicaría el resguardo de su anonimato y privacidad. Además, aquellos profesionales que participaron como aplicadores del instrumento durante la etapa de pilotaje se comprometen por medio de la firma del consentimiento informado, a dar aviso a las personas e instituciones correspondientes en caso de pesquisar situaciones de vulneración de derechos, así como de detener la aplicación de los instrumentos si evalúa que esta se encuentra impactando negativamente al NNA.

A través de un asentimiento informado se invitó a participar a NNA como parte de la prueba piloto, el que debía ser firmado por el niño, niña o adolescente invitado(a), dando cuenta de su asentimiento voluntario a participar. En este documento se consignan las características de la participación voluntaria del niño, niña o adolescente, el tiempo aproximado que requeriría, así como el trato confidencial de sus datos de identificación, asignándoles un número de folio desde el momento de recepción del material producido en cada aplicación de los instrumentos piloto. Además, el asentimiento explicita que el NNA puede negarse a participar y retirarse del estudio en cualquier momento y sin perjuicio para él o ella. Toda esta información fue adaptada a un lenguaje que fuese comprensible de acuerdo al desarrollo cognitivo de NNA, considerando

la edad mínima –6 años– que tendrían los(as) participantes. Además, el tutor responsable del NNA firmó un consentimiento informado autorizando la participación en el estudio piloto, de su hijo(a) o niño(a) o adolescente a su cuidado.

Por otro lado, se desarrollaron documentos de convenio institucional entre Fundación Ideas para la Infancia y la institución colaboradora en la etapa de pilotaje. En ellos se consigna que Fundación Ideas para la Infancia se compromete a informar en caso de pesquisar cualquier situación de vulneración de derechos, apoyando y realizando seguimientos de las medidas pertinentes que se desplieguen para proteger la integridad física y psicológica de los NNA y sus familias.

Resultados

Análisis de consistencia interna

El análisis de consistencia interna muestra niveles adecuados de precisión a nivel de escalas de competencias, pero niveles deficientes en algunas de las escalas de componentes, especialmente en los componentes de la dimensión de competencias protectoras y reflexivas (ver Tabla 4). En particular, esto afecta especialmente al componente de disciplina positiva, de la competencia formativa, a los componentes de organización y apoyo social en la competencia protectora, y a los componentes de anticipación y monitoreo en la competencia reflexiva.

Tabla 4
Consistencia interna de los componentes y escalas de competencia EPI

Competencia	CompeCronbach [IC 95%] (ASE)	Componente (ítems)	ÍtemsCronbach [IC 95%] (ASE)
Vincular	.91 [.90 ; .93] (.006)	Mentalización (1-4)	.74 [.69 ; .78] (.022)
		Sensibilidad (5-8)	.77 [.74 ; .81] (.019)
		Calidez Emocional (9-12)	.77 [.73 ; .80] (.019)
		Involucramiento (13-16)	.75 [.71 ; .79] (.020)
Formativa	.89 [.87 ; .90]† (.008)	Estimulación (17-20)	.77 [.73 ; .81] (.019)
		Orientación (21-24)	.79 [.75 ; .82] (.018)
		Disciplina Positiva (25-28)	.53 [.45 ;.61]† (.039)
		Socialización (29-32)	.70 [.65 ; .75] (.025)
Protectora	.79 [.76 ; .82] (.015)	Garantías de Seguridad (33-37)	.64 [.58 ; .70] (.028)
		Cuidados Cotidianos (38-41)	.61 [.55 ; .68] (.032)
		Organización (42-45)	.51 [.43 ; .58] (.039)
		Apoyo Social (46-48)	.57 [.49 ; .64] (.038)
Reflexiva	.80 [.77 ; .83][a] (.015)	Anticipación (49-50)	.57 [.48 ; .65] (.044)
		Monitoreo (51-53)	.56 [.48 ; .63][a] (.040)
		Metaparentalidad (54-56)	.71 [.68 ; .77] (.024)
		Autocuidado (57-60)	.69 [.64 ; .74] (.026)

Notas: † Presenta ítems invertidos (27).
[a] Presenta ítems invertidos (53).

Las consistencias internas insatisfactorias de algunos elementos están indicando que los ítems de cada componente no están necesariamente midiendo un mismo constructo latente, de modo que su uso debería centrarse en el análisis ítem por ítem más que a nivel de una escala aditiva.

Tabla 5
Índices de ajuste al modelo confirmatorio aplicado sobre el modelo teórico de EPI

Análisis Factorial Confirmatorio

Modelo	x^2 (Robusto)	P	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	Observaciones
Original (completo)	2164.88	<.001	.962	.960	.031 [.037-.035]	.071	Varianzas negativas (inv, cui, FOR, REF)
Reducido (41 ítems)	103.42	<.001	.967	.965	.033 [.028 - .039]	.065	Varianzas negativas (dis, nec, REF)

Las varianzas negativas pueden estar asociadas a un problema de tamaño muestral, el modelo tiene 4 competencias × 16 componentes × 4 ítems en cada componente, lo que implica un total de 256 parámetros, lo que implica que deberíamos contar con entre 2500 y 5200 casos.

Análisis factorial exploratorio

El conjunto de datos muestra la existencia de un conjunto de correlaciones significativas inter ítems (x^2 de Bartlett = 9965.372, gl = 1711, p < .001), así como la presencia de agrupaciones significativas entre los datos (KMO = .94).

En análisis paralelo detecta un total de 3 componentes generales y 7 factores, lo que difiere del modelo de 4 dominios de competencias y 16 componentes propuestos por la estructura teórica de la prueba.

Con el fin de determinar si 4 dominios de competencias propuestos por la teoría son reproducibles en los datos se hizo un análisis factorial con rotación Promax sobre las respuestas obtenidas en los 60 ítems originales del EPI. Se eligió ese modelo de rotación para favorecer la detección de una estructura factorial simple que permita la existencia de asociaciones entre los componentes detectados. La solución encontrada logra dar cuenta del 36% de la varianza

observada en la prueba, calzando en forma solo parcial con la distinción teórica de 4 dominios de competencias (ver Tabla 6). El análisis buscando diferenciar los 16 componentes tampoco logra una buena diferenciación de estos (Tabla 7), indicando que no se logra reconstruir a nivel exploratorio la estructura teórica de la prueba.

Tabla 6
Análisis factorial de los ítems originales de EPI para 4 factores-Rotación PROMAX-Carga mínima: .35 n = 382

Competencia	Componente	Ítem (Mi mamá / papá / cuidador(a)…	F1 (16%)	F2 (9%)	F3 (7%)	F4 (4%)
VINCULAR	Mentalización	1. Se da cuenta de que algo me pasa.				
VINCULAR	Mentalización	2. Se da cuenta cuando tengo pena, aunque no le diga.		.38		
VINCULAR	Mentalización	3. Se da cuenta cuando tengo un problema, aunque no le diga.		.36		
VINCULAR	Mentalización	4. Trata de entender lo que siento y ponerse en mi lugar.	.62			
VINCULAR	Sensibilidad	5. Si estoy enojado(a), intenta calmarme y hacerme sentir mejor.	.71			
VINCULAR	Sensibilidad	6. Cuando me siento mal me ayuda a sentirme mejor.	.67			
VINCULAR	Sensibilidad	7. Cuando tengo pena la(o) busco para sentirme mejor.	.72			
VINCULAR	Sensibilidad	8. Cuando tengo miedo, sé que puedo ir donde el/ella a cualquier hora y me va a ayudar.	.45			
VINCULAR	Calidez Emo.	9. Me da abrazos y me hace cariño.	.62			
VINCULAR	Calidez Emo.	10. Dice cosas buenas y lindas de mí.	.63			
VINCULAR	Calidez Emo.	11. Juega o se divierte conmigo.	.56			
VINCULAR	Calidez Emo.	12. Se da un tiempo especial para estar conmigo en el día.	.61			
VINCULAR	Involucram.	13. Cuando vuelvo del colegio, me pregunta cómo estuvo mi día.				
VINCULAR	Involucram.	14. Sabe las cosas que me gustan.	.49			
VINCULAR	Involucram.	15. Me escucha con atención cuando le cuento mis cosas.	.67			
VINCULAR	Involucram.	16. Hace conmigo cosas que me gustan y disfruto.	.60			
FORMATIVA	Estimulación	17. Me ayuda a aprender cosas nuevas.	.56			
FORMATIVA	Estimulación	18. Cuando tengo un problema, me ayuda a que yo mismo(a) encuentre la solución.	.48			
FORMATIVA	Estimulación	19. Me anima y me ayuda a tomar mis propias decisiones.	.49			

Competencia	Componente	Ítem (Mi mamá / papá / cuidador(a)…	F1 (16%)	F2 (9%)	F3 (7%)	F4 (4%)
FORMATIVA	Estimulación	20. Me anima a hacer actividades en las que aprendo cosas nuevas.	.46			
FORMATIVA	Orientación	21. Cuando no entiendo algo se lo pregunto a él/ella.	.43			
FORMATIVA	Orientación	22. Cuando me explica algo que no entiendo, me da ejemplos.	.36			
FORMATIVA	Orientación	23. Si se equivoca me pide disculpas.	.72			
FORMATIVA	Orientación	24. Cuando no entiendo algo, me lo explica y me ayuda a entender.	.46			
FORMATIVA	Disc. Positiva	25. Cuando me equivoco o me porto mal, me ayuda a pensar cómo arreglarlo.	.57			
FORMATIVA	Disc. Positiva	26. Me dice y explica cuáles son mis responsabilidades en casa y en el colegio.				
FORMATIVA	Disc. Positiva	27. Me grita cuando me porto mal.	-.46			
FORMATIVA	Disc. Positiva	28. Me explica lo que no se debe hacer.			.43	
FORMATIVA	Socialización	29. Me enseña a respetar las normas del colegio.		.50		
FORMATIVA	Socialización	30. Me enseña que debo ser respetuoso(a).			.35	
FORMATIVA	Socialización	31. Creo que ella/él es respetuosa(o) con los demás.			.35	
FORMATIVA	Socialización	32. Cuando salimos de la casa me enseña cómo me tengo que portar.		.40		
PROTECTORA	Gar. Segur.	33. Me siento segur(a) y protegido(a) en mi casa.			.43	
PROTECTORA	Gar. Segur.	34. Si uso internet, se preocupa de saber con quienes mantengo contacto.		.43		
PROTECTORA	Gar. Segur.	35. Conoce a mis amigos, primos u otros niños con los que juego o salgo.		.43		
PROTECTORA	Gar. Segur.	36. Me pregunta cómo me han tratado las otras personas que me cuidan cuando no está.		.56		
PROTECTORA	Gar. Segur.	37a. Me ha hablado de las partes privadas de mi cuerpo, y me enseña cómo cuidarlas. 37b. Me ha hablado sobre sexualidad y los cuidados en las relaciones sexuales.		.49		
PROTECTORA	Cuid. Cotid.	38. Se preocupa de que no me enferme.		.48		
PROTECTORA	Cuid. Cotid.	39. Se preocupa de que me lave los dientes y me bañe.				

Competencia	Componente	Ítem (Mi mamá / papá / cuidador(a)…	F1 (16%)	F2 (9%)	F3 (7%)	
PROTECTORA	Cuid. Cotid.	40. Se preocupa que coma alimentos saludables y me alimente sanamente.				
PROTECTORA	Cuid. Cotid.	41. Mi mamá/papá/cuidador me lleva al doctor cuando estoy enfermo(a).				
PROTECTORA	Organización	42. En casa me acuesto casi siempre a la misma hora.		.35		
PROTECTORA	Organización	43. En mi casa, tengo un horario para las distintas actividades.				
PROTECTORA	Organización	44. Hay un lugar de la casa en que están mis juguetes (o juegos) y mis libros y puedo usarlos.				
PROTECTORA	Organización	45. Tengo un espacio cómodo para dormir y descansar en mi casa.			.37	
PROTECTORA	Apoyo Social	46. Le pide ayuda a otros adultos que me cuiden.		.36		
PROTECTORA	Apoyo Social	47. Cuando hay un problema en casa, tiene a quien pedir ayuda.		.50		
PROTECTORA	Apoyo Social	48. Cuenta con apoyo de otros adultos para hacer las cosas de la casa y cuidarme.				
REFLEXIVA	Anticipación	49. Me explica las cosas y cambios que ocurren a mi edad.		.52		
REFLEXIVA	Anticipación	50. Conversa conmigo y me explica si va a pasar un cambio.				
REFLEXIVA	Monitoreo	51. Se preocupa de conocer a mis amigos y sus familias.		.55		
REFLEXIVA	Monitoreo	52. Se preocupa de saber las cosas que hago, los lugares a los que voy y con quiénes me junto.		.56		
REFLEXIVA	Monitoreo	53. Discute y grita delante de mí.	-.50			
REFLEXIVA	Metaparent.	54. Cuando tenemos problemas en mi relación, siento que ella/él se preocupa por resolverlos.	.43			
REFLEXIVA	Metaparent.	55. Siento que se preocupa por ser un(a) buen(a) padre/madre/cuidador(a).			.72	
REFLEXIVA	Metaparent.	56. Siento que se preocupa porque yo esté bien, me sienta bien y tenga todo lo que necesito.			.72	
REFLEXIVA	Autocuidado	57. Hace cosas para divertirse.				
REFLEXIVA	Autocuidado	58. Va al doctor si está enfermo(a).				.77
REFLEXIVA	Autocuidado	59. Se preocupa de su salud.				.67
REFLEXIVA	Autocuidado	60. Se da un tiempo para descansar.				.58

Tabla 7

Análisis Factorial de los ítems originales de EPI para 16 factores-Rotación PROMAX-Carga mínima: .35 n = 382

Com-pet.	Comp.	Ítem	F1	F2	F9	F3	F4	F10	F5	F11	F6	F7	F13	F8	F12	F14	F16	F15
		(Mi mamá/papá/cuidador/a)	16%	4%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
VINC.	Ment.	1. se da cuenta de que algo me pasa									.58							
VINC.	Ment.	2. se da cuenta cuando tengo pena aunque no le diga						.35			.35							
VINC.	Ment.	3. se da cuenta cuando tengo un problema aunque no le diga									.50							
VINC.	Ment.	4. trata de entender lo que siento y ponerse en mi lugar	.66															
VINC.	Sensib.	5. Si estoy enojado/a, intenta calmarme y hacerme sentir mejor	.80															
VINC.	Sensib.	6. Cuando me siento mal me ayuda a sentirme mejor	.78															
VINC.	Sensib.	7. Cuando tengo pena la(o) busco para sentirme mejor	.73															
VINC.	Sensib.	8. Cuando tengo miedo, sé que puedo ir donde el/ella a cualquier hora y me va a ayudar	.57															
VINC.	Cal. Emoc.	9. me da abrazos y me hace cariño	.78															
VINC.	Cal. Emoc.	10. dice cosas buenas y lindas de mí	.78															
VINC.	Cal. Emoc.	11. juega o se divierte conmigo	.41															
VINC.	Cal. Emoc.	12. se da un tiempo especial para estar conmigo en el día	.67															

Com-pet.	Comp.	Ítem (Mi mamá/papá/cuidador/a)	F1 16%	F2 4%	F9 4%	F3 3%	F4 3%	F10 2%	F5 2%	F11 2%	F6 2%	F7 3%	F13 2%	F8 2%	F12 2%	F14 2%	F16 1%	F15 1%
VINC.	Involuc.	13. Cuando vuelvo del colegio, me pregunta cómo estuvo mi día											.46					
VINC.	Involuc.	14. sabe las cosas que me gustan	.59															
VINC.	Involuc.	15. me escucha con atención cuando le cuento mis cosas	.69															
VINC.	Involuc.	16. hace conmigo cosas que me gustan y disfruto	.55															
FORM.	Estim.	17. me ayuda a aprender cosas nuevas	.59															
FORM.	Estim.	18. Cuando tengo un problema, me ayuda a que yo mismo(a) encuentre la solución	.55															
FORM.	Estim.	19. Me anima y me ayuda a tomar mis propias decisiones	.46															
FORM.	Estim.	2. Me anima a hacer actividades en las que aprendo cosas nuevas	.59															
FORM.	Orient.	21. Cuando no entiendo algo se lo pregunto a él/ella	.60															
FORM.	Orient.	22. Cuando me explica algo que no entiendo, me da ejemplos	.36										.39					
FORM.	Orient.	23. Si se equivoca me pide disculpas	.76															
FORM.	Orient.	24. Cuando no entiendo algo, me lo explica y me ayuda a entender	.54															
FORM.	D. Positiva	25. Cuando me equivoco o me porto mal, me ayuda a pensar cómo arreglarlo	.56															
FORM.	D. Positiva	26. Me dice y explica cuáles son mis responsabilidades en casa y en el colegio			.66													
FORM.	D. Positiva	27. Me grita cuando me porto mal							-.44				.37					

Com-pet.	Comp.	Ítem (Mi mamá/papá/cuidador/a)	F1 16%	F2 4%	F9 4%	F3 3%	F4 3%	F10 2%	F5 2%	F11 2%	F6 2%	F7 3%	F13 2%	F8 2%	F12 2%	F14 2%	F16 1%	F15 1%
FORM.	D. Positiva	28. Me explica lo que no se debe hacer			.39													
FORM.	Socializ.	29. Me enseña a respetar las normas del colegio			.54													
FORM.	Socializ.	3. Me enseña que debo ser respetuoso/a			.68													
FORM.	Socializ.	31. Creo que ella/éñ es respetuosa(o) con los demás												.38				
FORM.	Socializ.	32. Cuando salimos de la casa, me enseña cómo me tengo que portar			.46												.39	
PROT.	Gar. Segur.	33. Me siento seguro(a) y protegido(a) en mi casa					.50											
PROT.	Gar. Segur.	34. Si uso internet, se preocupa de saber con quienes mantengo contacto																
PROT.	Gar. Segur.	35. conoce a mis amigos, primos u otros niños con los que juego o salgo		.47														
PROT.	Gar. Segur.	36. Me pregunta cómo me han tratado las otras personas que me cuidan cuando no está																
PROT.	Gar. Segur.	37a. Me ha hablado de las partes privadas de mi cuerpo, y me enseña cómo cuidarlas b. Me ha hablado sobre sexualidad y los cuidados en las relaciones sexuales														.61		
PROT.	Cuid. Cotid.	38. Se preocupa de que no me enferme																.58
PROT.	Cuid. Cotid.	39. Se preocupa de que me lave los dientes y me bañe		.36														
PROT.	Cuid. Cotid.	4. Se preocupa que coma alimentos saludables y me alimente sanamente																

Com-pet.	Comp.	Ítem (Mi mamá/papá/cuidador/a)	F1 16%	F2 4%	F9 4%	F3 3%	F4 3%	F10 2%	F5 2%	F11 2%	F6 2%	F7 3%	F13 2%	F8 2%	F12 2%	F14 2%	F16 1%	F15 1%
PROT.	Cuid. Cotid.	41. Mi mamá/papá/cuidador me lleva al doctor cuando estoy enfermo/a								.59								
PROT.	Organiz.	42. En casa me acuesto casi siempre a la misma hora							.67									
PROT.	Organiz.	43. En mi casa, tengo un horario para las distintas actividades							.45									
PROT.	Organiz.	44. Hay un lugar de la casa en que están mis juguetes (o juegos) y mis libros y puedo usarlos						.73										
PROT.	Organiz.	45. Tengo un espacio cómodo para dormir y descansar en mi casa					.51											
PROT.	Ap. Social	46. le pide ayuda a otros adultos que me cuiden										.44						
PROT.	Ap. Social	47. Cuando hay un problema en casa, tiene a quien pedir ayuda												.57				
PROT.	Ap. Social	48. Cuenta con apoyo de otros adultos para hacer las cosas de la casa y cuidarme										.85						
REF.	Anticip.	49. Me explica las cosas y cambios que ocurren a mi edad														.49		
REF.	Anticip.	5. Conversa conmigo y me explica si va a pasar un cambio		.36														
REF.	Monit.	51. Se preocupa de conocer a mis amigos y sus familias		.73														

Com-pet.	Comp.	Ítem (Mi mamá/papá/cuidador/a)	F1 16%	F2 4%	F9 4%	F3 3%	F4 3%	F10 2%	F5 2%	F11 2%	F6 2%	F7 3%	F13 2%	F8 2%	F12 2%	F14 2%	F16 1%	F15 1%
REF.	Monit.	52. Se preocupa de saber las cosas que hago, los lugares a los que voy y con quiénes me junto		.70														
REF.	Monit.	53. Discute y grita delante de mí																
REF.	Metpar.	54. Cuando tenemos problemas en mi relación, siento que ella/él se preocupa por resolverlos																
REF.	Metpar.	55. Siento que se preocupa por ser un(a) buen(a) padre/madre/cuidador(a)					.43			.49								
REF.	Metpar.	56. Siento que se preocupa porque yo esté bien, me sienta bien y tenga todo lo que necesito					.50											
REF.	Autocuid.	57. Hace cosas para divertirse													.45			
REF.	Autocuid.	58. Va al doctor si está enfermo/a				.80												
REF.	Autocuid.	59. Se preocupa de su salud				.76												
REF.	Autocuid.	6. Se da un tiempo para descansar				.56												

Discusión

La incorporación de la visión de niños, niñas y adolescentes en la evaluación de las competencias parentales, resulta ser un gran desafío para los investigadores y profesionales que se desempeñan en temáticas de infancia, y constituye un imperativo ético que asegure la participación de NNA en procesos que pueden implicar consecuencias cruciales en sus vidas y las de sus familias, promoviendo y resguardando sus derechos.

Los análisis realizados en el presente estudio nos muestran que el modelo de 4 dominios de competencias y 16 componentes propuestos por la estructura teórica de la prueba EPI no logra replicarse, y esto puede deberse al tamaño muestral que no es suficiente para una estructura de esta magnitud (256 parámetros) lo cual requeriría una muestra de entre 2500 y 5200 casos, siendo una de las limitaciones de la presente investigación. Por tanto, se necesitan nuevos estudios con muestras más amplias para determinar la validez y confiabilidad de la escala EPI, de manera de robustecer los datos, para poder tomar decisiones sobre el tipo de análisis que requeriría la escala EPI. Por ejemplo, un análisis de ítems específicos que mantenga la estructura teórica de los componentes y un análisis sumatorio de las dimensiones globales (los 4 dominios de competencias) como se realiza actualmente con la escala de parentalidad positiva E2P original.

Otras proyecciones del estudio es realizar una aplicación paralela de la E2P para padres, madres y cuidadores(as), a los adultos(as) responsables de NNA a quienes, a su vez, se realizaría a una aplicación de la escala EPI, de manera de poder establecer comparaciones de los resultados, considerando que ambas escalas comparten estructura teórica, dimensiones y componentes. De este modo, se buscaría avanzar en la rigurosidad e integralidad de los procesos de evaluación mediante a consideración y comparación tanto de la perspectiva de cuidadores(as) como de NNA.

Referencias

Aguirre, A. (2010). *Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes de niños y niñas*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología. Universidad Nacional de Colombia: Colombia.

Azar, S., & Cote, L. (2002). Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision making - What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer? *International Journal of Law and Psychiatry*, *25*(3), 193-217. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(02)00102-4

Ballesteros, B. (2001). Conductas familiares en estratos 1 y 2 de Bogotá. *Suma Psicológica, 8*(1), 95-142.

Barudy, J. (2005a). La ecología social de los buenos tratos infantiles. En J. Barudy & M. Dantagnan (Eds.), *Los buenos tratos a la niñez: parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 43-52). Gedisa.

Barudy, J. (2005b). Familiaridad y competencias: el desafío de ser padres. En J. Barudy & M. Dantagnan (Eds.), *Los buenos tratos a la niñez: parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 77-125). Gedisa.

Barudy, J. & Dartagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa.

Barudy, J. & Dartagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Bornstein, M. & Putnick, D. (2012). Cognitive and Socioemotional Caregiving in Developing Countries. *Child Development, 83*(1), 46-61

Cabriolé, M. Sanhueza, L., Vásquez, M., Aburto, A., Mella, C., Raín, A. & Troncoso, J. (2014). *Modelo de Evaluación de condiciones para la parentalidad-MECeP-En el marco de la Política de Protección de Derechos de la Infancia*. FONDEF.

Choate, P. & Engstrom, S. (2014). The «Good Enough» Parent: Implications for Child Protection. *Child Care in Practice*, *20*(4), 368-382. https://doi.org/10.1080/13575279.2014.915794

Duncan, L., Coatsworth, J.D. & Greenberg, M. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clin Child Fam Psychol Rev, 12*, 255-270.

Erickson, M.F. & Kurz-Riemer, K. (2002). Infants, Toddlers and Families. A Framework for Support and Intervention. The Guildford Press: New York.

Febbraio, A. (2015). La Evaluación Psicológica de las Fallas en las Competencias Parentales en Padres Maltratadores. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, *19*, 93-108.

Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M. et al. (2009). Estilos de crianza, relación percibida con los padres y salud mental de estudiantes adolescentes de la región metropolitana. *Psiquiatría y Salud Mental, 26*(1-2), 4-14.

García, M. & Suárez, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública, 39*(2), 253-267.

Gómez, E. & Muñoz, M. (2015). *Escala de Parentalidad Positiva E2P*. Fundación Ideas para la Infancia. http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva.pdf

Marques, A. & Marques, I. (2014). Escala de Evaluación de la Comunicación en la Parentalidad (COMPA): desarrollo y validación de una medida de la comunicación padres-hijos. *Avances en Psicología Latinoamericana, 32*(1), 85+.

Martín, J., Almeida, A., Cabrera, E., Miranda, C. & Rodrigo, M. (2015). La evaluación de riesgos y fortalezas en Parentalidad Positiva. En M. J. Rodrigo (Ed.), *Manual práctico de parentalidad positiva* (pp. 45-65). Síntesis.

Martín, J. & Álvarez-Dardet, S. (2014). *Instrumentos para la evaluación del contexto familiar*. Jornadas sobre Parentalidad Positiva. https://doi.org/10.11600/1692715x.1113300812

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80052637447&partnerID=tZOtx3y1

Nicholson, J., Howard, K. & Borkowski, J. (2008). Mental Models for Parenting: Correlates of Metaparenting among Fathers of Young Children. *Fathering 6*(1), 39-61.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2005). *La defición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo*. http://comclave.educarex.es/pluginfile.php/130/mod_resource/content/3/DESECO.pdf

Pérez, Á. (2007). *La naturaleza de las competencias básicas y sus aplicaciones pedagógicas*. Consejería de Educación de Cantabria.

Ramón, P. & Sánchez, J. (2010). Descripción de la Versión para Hijos de la Batería de Evaluación del Entorno Familiar Opiniones Familiares (FAOP): El FAOP-HI. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 671-676.

Rodrigo, M., Máiquez, M. & Martín, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E. & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, *18*(2), 113-120.

Rubilar, J. & Richaud, M. (2018). Childhood Parenting: Main approaches and aspects analyzed from psychology. En C. H. García (Ed.), *Research on Hispanic Psychology* (pp. 241-276). Nova Science.

Servicio Nacional de Menores (2013). *Recomendaciones, desde la práctica, acerca de la Evaluación de Competencia Parentales y Marentales en Programas de Prevención Focalizada (PIB)*. https://www.sename.cl/wsename/otros/04_ACTIVIDADES_VN/jornada_julio_2013/1-%20Presentaciones/4-%20Presentaci%C3%B3n%20Mesa%20Nacional%20de%20PIB%202012-2013.pdf

Skinner, E., Johnson, S. & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: a motivational model. *Parenting: Science and Practice, 5*(2), 175-235.

Suárez, A., Byrne, S. & Rodrigo, M. (2016). Validación de la Escala de Parentalidad Positiva (EPP) para evaluar programas presenciales y online de apoyo parental. *Revista de Estudios e Investigación en psicología y educación*, *3*(2), 112–120. https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.2.1883

Thomas, N. & O'Kane, C. (1998). When children's wishes and feelings clash with their `best interests'. *International Journal of Children's Rights*, *6*(2), 137-154. https://doi.org/10.1163/15718189820494003

Vargas, M. & Correa, P. (2011). La Voz De Los Niños En La Justicia De Familia De Chile. *Ius et Praxis*, *17*(1), 177-204. https://doi.org/10.4067/S0718-00122011000100008

Reflexiones y aportes para los desafíos actuales

Reflexiones sobre la crisis de los cuidados de la infancia durante la pandemia de la COVID-19

Camilo Morales Retamal
Universidad de Chile

Introducción

La crisis sociosanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 es un acontecimiento histórico con consecuencias económicas, políticas, subjetivas y sociales (Human Rights Watch [HRW], 2020; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2020; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020). Junto con las urgencias y las prioridades que establece la salud pública, se han ido visibilizando otros puntos críticos que interrogan nuestra organización social y económica. La forma en que nos relacionamos en los espacios públicos y privados, el papel de las tecnologías en el sostenimiento de los vínculos afectivos y sociales, y la reorganización de la familia son algunas de las dimensiones de la vida cotidiana que se han visto interpeladas por las medidas sanitarias implementadas para controlar la propagación del virus. Los alcances de la pandemia sobrepasan las perspectivas de la epidemiología y de la salud pública, por lo que se requiere de la incorporación de otras miradas que nos permitan comprender las implicancias de este acontecimiento, en tanto hecho social, (Durkheim, 2001; Vázquez, 2012) donde se imponen acciones que moldean nuestra experiencia individual y colectiva.

La pandemia no es solo una amenaza para la vida biológica, sino que también lo es para la subjetividad, la vida en comunidad y los vínculos. La sociedad en su conjunto ha experimentado la perturbación de su vida cotidiana desde que se comenzaron a adoptar medidas sanitarias que implicaron el confinamiento y la reducción de la movilidad de las personas (Brook *et al.*, 2020; Pedreira, 2020). Pero también ha sido una situación que ha develado las carencias de un modelo de sociedad centrado en el individuo y las limitaciones de un Estado sostenido en el principio de la subsidiaridad que muestra sus fisuras

en dimensiones tan relevantes como el cuidado de la vida, la preservación del tejido social y la protección de los derechos sociales (Farías & Moreno, 2016).

En este contexto, un ámbito especialmente crítico son las numerosas y profundas desigualdades sociales, económicas, educacionales y de género para el ejercicio del cuidado y la protección de la infancia. Los cierres de las instituciones encargadas de la educación y del cuidado han tenido como efecto el desplazamiento de estas funciones al interior de la familia que debe brindar atención a niñas, niños y adolescentes (NNA) las 24 horas del día sin redes familiares u otros soportes institucionales. Según UNESCO (2020) más de 1.500 millones de estudiantes de 188 países se han visto afectados por el cierre de escuelas debido a la COVID-19, lo que representa más del 91% de la población estudiantil mundial. Esta situación, sumada a la incompatibilidad de las jornadas laborales para el cuidado de la infancia, ha generado una sobrecarga en los sistemas familiares, pero particularmente en las mujeres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020a).

Por otro lado, una de las consecuencias directas de los confinamientos y la sobrecarga familiar es que los NNA quedan más expuestos a situaciones de vulnerabilidad, desprotección y riesgo de ser víctimas de abusos y/o violencia. La evidencia señala que los periodos de cierre de las escuelas y de los servicios de protección –durante emergencias sanitarias– invisibilizan a la población infanto-juvenil en sus necesidades haciendo más difícil la tarea de las estructuras institucionales para acompañar, proteger y detectar situaciones de potenciales amenazas para la protección de sus derechos (Bhatia *et al.*, 2020). A su vez, los padres y los niños están experimentando altos niveles de estrés producidos por la sobreexposición a los medios de comunicación, el miedo a la enfermedad y la incertidumbre que se produce como efecto de la crisis económica y la pérdida de los empleos (Cluver *et al.*, 2020).

Otra arista del problema es que la cadena de cuidado se ve seriamente afectada producto de que los encargados de proveer los cuidados para la niñez han debido cerrar o restringir su capacidad de atención por las restricciones sanitarias. Los costos asociados al cumplimiento de los requisitos sanitarios de la autoridad y la considerable baja en la demanda de cuidado, como efecto del desempleo y los temores de las familias a enfermarse si los niños asisten, amenazan con disminuir la oferta y calidad de estos servicios que no estarán disponibles cuando volvamos a la normalidad (Carson & Mattingly, 2020).

En definitiva, la situación de la pandemia refuerza el hecho de que el cuidado infantil se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad por lo que se requiere de una política social donde se prioricen medidas dirigidas específicamente a los NNA, pero también a sus cuidadores que han debido soportar sobre ellos el peso de las cargas provenientes de las instituciones y redes que ya no se encuentran disponibles.

La crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad sobre la que se articula el trabajo doméstico, el cuidado infantil y el trabajo productivo. El hecho de que los hogares se hayan convertido en el espacio que condensa la vida pública y privada, sin disminuir las exigencias asociadas a la crianza, la educación y el trabajo a distancia, desnuda lo insostenible que es la organización social actual de los cuidados, por cuanto se terminan por incrementar las desigualdades económicas, sociales y de género existentes (CEPAL, 2020a).

Es en este punto crítico donde cabe preguntarse qué rol debe tener el Estado en un momento donde las familias se transforman en malabaristas que despliegan numerosos esfuerzos para cuidar su salud, sus vínculos y responder a las exigencias que impone el sistema educativo y productivo.

Considerando lo señalado, la reflexión que sigue busca analizar el impacto de la pandemia en la organización del cuidado de la infancia y el rol de los Estados en la implementación de políticas públicas para garantizar el derecho al cuidado. Visibilizar los efectos de la presencia o ausencia de acción política es relevante, por cuanto da cuenta del valor social que tiene el cuidado de la niñez para las instituciones y la sociedad en un momento de emergencia global.

La interdependencia que denota la situación de pandemia es un elemento que ubica en el centro el valor estructurante del cuidado para la vida en comunidad. Los trastornos que surgen al interior de la familia por la absorción completa de las funciones de otras instituciones muestran lo insuficiente que son las respuestas individuales basadas en los propios recursos. Se requiere de una mirada colectiva, social y de una política pública que tenga a la base el reconocimiento de los derechos del otro: niñas, niños, mujeres y hombres.

El cuidado al centro de la vida y de las políticas públicas

El cuidado puede ser definido como el conjunto de actividades de la vida cotidiana que, desde la preocupación por sí mismo o por el otro, están orientadas al bienestar físico y emocional de una persona (CEPAL, 2018, 2020b). Involucra todo lo que hacemos cotidianamente para el sostenimiento de la vida. Por lo tanto, refiere a cuestiones materiales, económicas, afectivas y sociales (Martín, 2009) que permiten que las personas puedan vivir, trabajar y vincularse. Es a través del cuidado que se torna posible la producción económica, el desarrollo y el bienestar individual y colectivo. Su naturaleza es diferente a otro tipo de trabajos, ya que implica intercambios afectivos, vínculos y la responsabilidad por un otro en situación de dependencia.

Para Daly y Lewis (2000) los cuidados representan un trabajo que se organiza socialmente en función de un conjunto de patrones sociales, culturales, económicos, políticos e históricos, y en donde participan de forma articulada diferentes personas, instituciones y espacios sociales. En consecuencia, el trabajo

de cuidado constituye un elemento fundamental para establecer una serie de arreglos entre el Estado, la familia y el mercado (Carrasquer, 2013).

A su vez, contempla una dimensión temporal inserta en la vida cotidiana. El tiempo relacionado al trabajo de cuidar es difícil de percibir, gestionar y delimitar, ya que su intensidad y ritmo están sometidos a factores internos, asociados a la composición y organización familiar. Pero también a factores externos, como el trabajo fuera del hogar y los recursos para delegar en otras redes o instituciones el cuidado. Estos elementos hacen del tiempo de cuidar una dimensión que se caracteriza por su flexibilidad y al mismo tiempo por su rigidez (Carrasquer *et al*., 1998). Al ser un asunto cuya representación social remite al ámbito de lo privado y lo individual, los sujetos que cuidan, principalmente mujeres, deben realizar importantes esfuerzos para conjugar el tiempo propio, el tiempo del trabajo productivo y el tiempo para los cuidados. En consecuencia, puede transformarse en una camisa de fuerza ya que su invisibilización histórica produce una desvalorización e indiferenciación de este tiempo en comparación a otras actividades como es el caso del trabajo remunerado. Por el contrario, es el trabajo de cuidado y quienes lo ejercen lo que permite condiciones de posibilidad para la realización de otras actividades y la sostenibilidad del sistema completo.

La CEPAL (2020a) señala que, actualmente y en una escala global, la mayor parte de las contribuciones al cuidado son realizadas desde el ámbito doméstico de manera no remunerada y por mujeres. Esta situación estaría a la base de la falta de reconocimiento social del cuidado por parte de la economía y el desarrollo, ya que queda reducido al ámbito de la vida privada y bajo el estereotipo de que son las mujeres quienes deben asumir principalmente esta tarea. Se estima que el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado constituye casi la mitad del tiempo total de trabajo. Esta situación tiene como consecuencia que el cuidado de la niñez no solo sea subestimado y desatendido por la sociedad y las políticas públicas, sino que también socava los derechos de las mujeres generando una sobrecarga de responsabilidades y limitando sus oportunidades de bienestar, desarrollo y autonomía en un marco de igualdad de género y equidad social (Martín, 2009; Sallé & Molpeceres, 2018).

Otra clave para comprender el papel del trabajo de los cuidados en nuestra sociedad se puede observar en la relación y diferenciación entre lo público y lo privado. Como señala Faur (2014) con la llegada de la revolución industrial se produce una fractura entre ambas esferas. La principal consecuencia fue la disociación entre la producción y la reproducción que, desde la división y jerarquización sexual del trabajo, fijó lugares en la sociedad para hombres y mujeres. A partir de esta dicotomía se ha producido una despolitización de los cuidados en tanto derecho y deber de carácter ciudadano (Tronto, 2010). El cuidado se ha reducido a un asunto familiar, segregando a las mujeres e invisibilizando la vida doméstica en comparación a la vida pública. En definitiva, la

conformación de un sistema social y económico donde el trabajo de cuidado ha sido despojado de su valor público y se mantiene en una lógica marcadamente familiarista, es decir, sustentado en las mujeres y los recursos individuales de cada familia donde se desdibuja el rol del Estado.

Con la pandemia la división entre lo público y lo privado debe ser nuevamente problematizada. Por una parte, se puede señalar que se produce una indistinción entre ambas esferas, ya que la vida pública se recoge al espacio de la vida doméstica. La familia en consecuencia debe reorganizar su vida privada para responder a las demandas internas y externas que se intensifican con el confinamiento. Esto en modo alguno ha generado que se modifiquen las inequidades y la prescripción cultural que cristaliza la responsabilidad de cuidado de NNA mayoritariamente en las mujeres, sino que agudiza las brecha preexistente porque las demandas de cuidado aumentan junto con las exigencias por producir en un contexto de crisis económica (Carson & Mattingly, 2020). Ya no solo se trata de la fragmentación tradicional entre lo público y lo privado, sino de la irrupción abrupta de la vida pública en la escena de la intimidad familiar con efectos de malestar sobre los sujetos escasamente reconocidos por el sistema.

Es sobre esta fisura donde el rol del Estado y de las políticas públicas son imprescindibles, ya que el modo en cómo se organiza y se protege el trabajo de cuidado está directamente relacionado con la organización social y, en el contexto de pandemia, con la posibilidad de reconstruir la economía en crisis. La manera en cómo interactúen las políticas públicas y el mercado en un contexto de emergencia sanitaria no es inocuo, ya que tiene efectos directos en el bienestar y la protección de los derechos de los sujetos. Desde esa perspectiva, el Estado cumple un rol central para establecer un andamiaje desde donde sea posible nivelar la forma en que se organiza la vida en pandemia entre los diferentes actores sociales.

Un marco de referencia sobre este asunto está planteado en la Estrategia de Montevideo (CEPAL, 2017) que insta a los gobiernos a impulsar el desarrollo de políticas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres que contribuyan a la autonomía de las mujeres y a una justa organización social de los cuidados. Por lo tanto, se espera que durante la pandemia los Estados adopten medidas sensibles a las desigualdades de género, incorporando a la familia, el mercado y la sociedad civil, basándose en los principios de universalidad, solidaridad, autonomía y corresponsabilidad social.

Lo anterior plantea la importancia de reordenar las obligaciones y los derechos que los diferentes actores tienen en relación al cuidado de NNA, entendiendo que el cuidado es una responsabilidad moral y colectiva, por lo tanto, no reductible a la esfera familiar. En tal sentido, supone incorporar la dimensión de corresponsabilidad en las relaciones interpersonales de la vida cotidiana, pero también el rol de las políticas públicas para promover y hacer viables nuevas formas de socialización del cuidado.

Sobre lo anterior, resulta clave la revalorización del trabajo de cuidado a través de un reconocimiento social, es decir, reconocerlo como elemento fundamental de la dignidad humana y como un asunto de responsabilidad pública y colectiva donde se garantice la provisión y acceso igualitario a servicios de cuidados para cada persona en su condición de ciudadano (Tronto, 2017). La desfamiliarización de los cuidados entonces es central para sus redistribución entre las diferentes instituciones y para superar la visión que establece un círculo vicioso donde la responsabilidad exclusiva del cuidado de la infancia recae sobre las familias y, específicamente, sobre la mujeres.

La crisis de la COVID-19 ha develado cómo el cuidado de la infancia está lejos de ser un asunto de prioridad pública toda vez que las estrategias implementadas como medidas de apoyo se han enfocado principalmente en la familia. Enfrentar las consecuencias de la emergencia global implica reconocer que el cuidado es ante todo un asunto político desde donde se sustenta la vida y las relaciones humanas. Por lo tanto, se requiere incorporar una dimensión social que sostenga la red de cuidados desde otros espacios institucionales. Sin una reasignación de las cargas del cuidado a través de una estrategia política que involucre distintos sectores y actores sociales seguiremos reproduciendo las desigualdades vigentes en el cuidado de NNA.

Reorganización y corresponsabilidad de los cuidados durante la pandemia

La suspensión de clases presenciales, el cierre de diversos espacios de cuidado y la pérdida de las redes familiares ha impactado la organización del cuidado. Los apoyos formales e informales para sostener el cuidado y la educación de NNA han sido suprimidos, y la familia ha pasado a ser la institución que debe solventar los diversos requerimientos ligados a la educación, salud y atención de los hijos. En este contexto se observan importantes desigualdades para hacer frente a las exigencias por el aumento de las demandas de cuidado y la forma en que se compatibiliza con otras dimensiones de la vida, como el tiempo personal, el trabajo doméstico y el trabajo productivo. No todas las familias están en las mismas condiciones para cuidar cuando existen desigualdades sociales, económicas, étnicas, territoriales y de género que inciden en la experiencia de cuidado de otros (CEPAL, 2020b).

En la emergencia sociosanitaria, muchas familias con niños carecen de los recursos para cuidar de sí mismas y cuidar de otros (Gromada *et al*., 2020). Deben enfrentar la incompatibilidad para implementar teletrabajo desde el hogar por las condiciones habitacionales, lidiar con situaciones de salud sin redes de apoyo o han sufrido la pérdida de sus empleos. Sin lugar a dudas, este será un acontecimiento que inevitablemente impactará en las tareas asociadas a la crianza y el cuidado infantil debido a la sobrecarga que experimentan

madres, padres y otros cuidadores que deben sostener la vida conviviendo con la fragilidad y la incertidumbre ante la falta de políticas que garanticen que el cuidado es un derecho fundamental de todas las personas.

Los confinamientos a su vez imponen una nueva cotidianidad que se caracteriza por la superposición del trabajo productivo, el trabajo doméstico, la educación y la crianza en un mismo espacio. Esta experiencia abrumadora puede dificultar la diferenciación de roles, tareas y espacios al interior del hogar, pero también sobrecargar a determinados integrantes por el conjunto de desigualdades preexistentes y que amenazan con segregar a la población históricamente más vulnerable. (Rodríguez *et al*., 2020). Cuando el ejercicio del trabajo remunerado se ve restringido por la demanda de cuidado son las mujeres quienes sacrifican su continuidad y desarrollo dentro del mercado laboral.

El conjunto de elementos señalados tienen como principal consecuencia la familiarización del cuidado de la niñez, es decir, la familia se convierte en el punto neurálgico y la fuente casi exclusiva de provisión de cuidados para NNA. Esto impone a las familias el desafío de desarrollar estrategias que les permitan conciliar el empleo y la atención de los niños. Sin embargo, el arreglo tradicional al interior de los hogares reproduce las desigualdades estructurales de género lo que afecta la continuidad de laboral de las mujeres que renuncian o ponen en riesgo sus puestos de trabajo para dedicarse a los hijos. El desequilibro entre el cuidado y el trabajo aumenta cuando no existe el derecho a una licencia parental remunerada y un acceso a proveedores de cuidado infantil no familiar de calidad y organizado (Blum & Dobrotić, 2020).

Otro aspecto que impacta en la organización de los cuidados durante la pandemia son las condiciones habitacionales y la calidad de la vivienda donde se desarrolla la vida cotidiana. La carencia de espacios habitacionales adecuados para permanecer durante todo el día y donde además se desarrolla la educación y el trabajo a distancia produce la precarización de las condiciones de vida de la familia. Una infraestructura de mala calidad y condiciones de hacinamiento comprometen la calidad de vida y de los cuidados de NNA (CEPAL, 2020b). Las posibilidades de moverse libremente, jugar con libertad y tener espacios de intimidad se ven seriamente restringidas en aquellos hogares que presentan problemas de habitabilidad.

Las condiciones en que se enfrentan los confinamientos también impactan en la posibilidad de gestionar los espacios y tiempos propios. En tal sentido, la pandemia se ha transformado en una amenaza para la intimidad, el autocuidado y el ocio. Las demandas de cuidado y trabajo consumen el tiempo propio limitando las posibilidades de los sujetos para desarrollar el disfrute a través de espacios personales o con otros. Por lo tanto, cuando desde la institucionalidad se cuestiona la capacidad productiva durante la pandemia por el hecho de estar en casa, no solo se descalifica a las personas también se sigue invisibilizando la importancia y los costos del trabajo de cuidado no remunerado.

La forma en que cada familia responde al incremento de las demandas de cuidado por parte de NNA depende también de la situación laboral de los adultos que se encuentran en el hogar. Si se han mantenido todos trabajando, ya sea presencialmente o desde la casa, probablemente se producirán fricciones entre los miembros cuando deban buscar formas de combinar el trabajo remunerado, el cuidado y las tareas domésticas. La capacidad de reorganización de la familia en estos casos dependerá de la intensidad de la demanda de cuidado, las características del trabajo remunerado que realizan y la flexibilidad de los empleadores para que los trabajadores ajusten su jornada laboral a su situación familiar (UNICEF, 2020). Lo cierto es que muchas familias han debido convivir con la tensión permanente que implica estar disponibles para sus hijos y simultáneamente responder a las exigencias laborales. Desde ese punto de vista, el teletrabajo es una solución parcial a la crisis del cuidado, ya que su viabilidad depende del nivel de demanda que tengan los adultos de ejercer un cuidado directo sobre sus hijos y de las condiciones cotidianas para realizar el trabajo a distancia (Pérez & Gálvez, 2009). En el contexto de la COVID-19, teletrabajar es más bien una respuesta de protección al contagio y propagación del virus antes que una estrategia que permita garantizar el derecho a cuidar.

A partir de lo expuesto, uno de los principales problemas para el abordaje de la crisis de los cuidados durante la pandemia es que gran parte de las respuestas provienen de las propias capacidades y recursos de las familias. Prevalece una lógica individual por sobre una colectiva ya que la búsqueda de soluciones para conciliar trabajo y cuidado está sostenida en la responsabilidad moral de las personas y no en la responsabilidad de la sociedad a través de políticas públicas que sean eficientes en redistribuir la carga del cuidado en otras instituciones.

Como señalan De la Cruz y Scuro en CEPAL (2020b) una forma de enfrentar este problema es a través de políticas que instalen un sistema de cuidados con perspectiva de género. En esa línea desfeminizar los cuidados, integrar a otros actores a través de la corresponsabilidad social más allá de la familia y reconocer el cuidado como derecho son fundamentales para establecer una mirada integral del cuidado a través de un cambio de paradigma

En tal sentido, las respuestas para acompañar la crisis de los cuidados no pueden reducirse a estrategias comunicacionales o psicoeducativas centradas en recomendar a madres y padres como compatibilizar trabajo, cuidado y educación, si no se preserva el derecho a cuidar a través políticas estructurales que garanticen el acceso y el tiempo para cuidar.

Es imprescindible desarticular la negación que produce el discurso mediático «quédate en casa» cuando subyace una idealización del confinamiento, en tanto experiencia de placer o disfrute donde se debe aprovechar el tiempo en casa. Pero también cuando se invisibilizan los costos y las tensiones que

produce el encierro en condiciones de profundas desigualdades para enfrentar las restricciones sanitarias.

En vista de lo anterior, la visión del cuidado como un asunto privado es problemática porque en definitiva niega la responsabilidad de aquellas instituciones que, teniendo recursos, no han sido suficientemente proactivas en generar condiciones que permitan compatibilizar la vida doméstica con la exigencia laboral.

La ausencia de una política de cuidado de carácter social genera condiciones para que se produzcan discursos moralizantes sobre las familias respecto de la forma en cómo hacen frente a la pandemia cuando tienen niños bajo su responsabilidad. Los costos sociales y económicos de la pandemia no pueden pagarlos los NNA, tampoco sus cuidadores. Desfamiliarizar y desfeminizar el cuidado es clave para romper con el circulo vicioso de la estigmatización y la inequidad cuando se trata del cuidado de la infancia.

Consideraciones finales

La pandemia de la COVID-19 muestra con nitidez la relevancia que tiene el trabajo de cuidado para el funcionamiento de la sociedad y del sistema económico. No obstante, este acontecimiento también ha profundizado las desigualdades e injusticias preexistentes en este campo. La responsabilidad sobre el cuidado de la infancia sigue recayendo principalmente en las familias y las mujeres bajo condiciones precarias y adversas que no son suficientemente reconocidas por el sistema. Los confinamientos y las dificultades para compatibilizar el trabajo remunerado con el cuidado de los hijos hacen poco viable para muchas familias sostener esta situación sino se implementan políticas públicas que hagan del cuidado un asunto de responsabilidad pública y social. Sostener la vida en todas sus dimensiones debiese ser un asunto prioritario para la política en un contexto de crisis, ya que es a través del cuidado que se ha logrado mantener la organización y el funcionamiento de nuestro sistema social pese a los efectos negativos de la pandemia.

Por lo tanto, las soluciones que provengan del Estado no pueden limitarse a comunicar y recomendar la importancia que tiene distribuir mejor el cuidado dentro de la familia o repartir más equitativamente el cuidado entre varones y mujeres a partir del principio de corresponsabilidad. Insistir en ver el cuidado como un asunto individual o exclusivamente familiar no contribuye a generar un reconocimiento de su importancia y valor social. Tampoco a visibilizar el malestar que se produce al interior de las familias por las exigencias y la imposibilidad de compatibilizar cuidado y trabajo.

La crisis sociosanitaria ha expuesto las fisuras entre lo público y lo privado, entre lo individual y lo colectivo. Se requiere repensar las lógicas que organizan nuestra convivencia más allá de la capacidad de respuesta individual que puedan

tener las personas o determinados grupos. Los costos sociales de la pandemia y los tiempos de recuperación económica probablemente serán mayores si se mantiene una racionalidad que convoca solo a la responsabilidad individual en lo que respecta al cuidado de la infancia. El individualismo que recae sobre el cuidado encapsula el malestar de los NNA y sus familias exponiéndolos a modalidades de sufrimiento que pueden tener graves consecuencias en el funcionamiento familiar y en la preservación de los vínculos afectivos.

Incorporar una dimensión estructural en relación al cuidado de la niñez a través de acciones políticas es urgente, ya que la crisis de la COVID-19 amenaza profundamente el ejercicio de los derechos de los NNA cuando es evidente que las redes de cuidado se han vuelto vulnerables y los adultos responsables se encuentran sometidos a la sobreexigencia de mantener un equilibrio entre lo público y lo doméstico.

El cuidado de la infancia requiere de una perspectiva que comprometa a la sociedad en su conjunto incorporando la idea de que la corresponsabilidad debe superar los límites de la vida privada y situarse como un asunto político y ciudadano que incorpore una perspectiva de derechos.

Referencias

Bhatia, A., Fabbri, C., Cerna-Turoff, I., Tanton, C., Knight, L., Turner, E., Lokot, M., Lees, S., Cislaghi, B., Peterman, A., Guedes, A., & Devries, K. (2020). COVID-19 response measures and violence against children. *Bulletin of the World Health Organization*, *98*(9), 583-583A. https://doi.org/10.2471/BLT.20.263467.

Blum, S. & Dobrotić, I. (2020) Childcare-policy responses in the COVID-19 pandemic: unpacking cross-country variation. *European Societies*. http://doi.org/10.1080/14616696.2020.1831572

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227),912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, *31*(1), 91-113.

Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. & Romero, A. (1998). El trabajo reproductivo. *Papers, 55*, 95-114. http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.1934

Carson, J. & Mattingly, M. (2020) COVID-19 Didn't Create a Child Care Crisis, But Hastened and Inflamed It. *The Carsey School of Public Policy at the Scholars' Repository*, *413*. https://scholars.unh.edu/carsey/413.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41011.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). Los cuidados en América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/publicaciones/46453-cuidados-mujeres-tiempos-covid-19-la-experiencia-la-argentina.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020a). *Cuidados en américa latina y el caribe en tiempos de covid-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación.* https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020b). «Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina», Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago. https://www.cepal.org/es/publicaciones/46453-cuidados-mujeres-tiempos-covid-19-la-experiencia-la-argentina.

Cluver, L., Lachman, J., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*. 395. 10.1016/S0140-6736(20)30736-4

Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology, 51* (2), 281-298.

Durkheim, É. (2001). *Las reglas del método sociológico.* Akal.

Farías, E., & Moreno, J. (2016). Estado subsidiario: límites y proyecciones de la democracia territorial en Chile. *Temas Sociológicos* (26), 105-132.

Faur, E. (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual.* Siglo XXI.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Recomendaciones a las familias para combinar el trabajo desde casa con el cuidado de niños pequeños.* https://www.unicef.org/chile/documents/recomendaciones-las-familias-para-combinar-el-trabajo-desde-casa-con-el-cuidado-de-ni%C3%B1os

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *COVID-19: los efectos devastadores en la infancia.* https://www.unicef.es/noticia/COVID-19-los9-efectos-devastadores-en-la-infancia

Gromada, A., Richardson, D. & Rees, G. (2020). *Childcare in a Global Crisis: The Impact of COVID-19 on work and family life. Innocenti Research Briefs no. 2020-18*. UNICEF Office of Research.

Human Rights Watch. (2020). *Covid-19 and Children's Rights*.
www.hrw.org/news/2020/04/09/covid-19-and-childrens-rights-0

Martín, M. (2009). El «care», un debate abierto: de las políticas de tiempos al «social care». *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 4*, 323-353.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020) *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374075

Pedreira, J. (2020) Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*, *94*, e202010141.

Pérez, C., & Gálvez, A. (2009). Teletrabajo y vida cotidiana: Ventajas y dificultades para la conciliación de la vida laboral, personal y familiar. *Athenea Digital, Revista de Pensamiento e Investigación Social, 15*, 57-79. http://doi.org/10.5565/rev/athenead/v0n15.597.

Rodríguez, C., Alonso, V., & Marzonetto, G. (2020). *En tiempo de coronavirus el trabajo de cuidado no hace cuarentena.* https://www.clacso.org/en-tiempos-de-coronavirus-el-trabajo-de-cuidado-no-hace-cuarentena/

Sallé, M., & Molpeceres, L. (2018). *Reconocer, Redistribuir y Reducir el Trabajo de Cuidados. Prácticas Inspiradoras en América Latina y el Caribe*. https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2018/11/estudio-reconocer-redistribuir-y-reducir-el-trabajo-de-cuidados

Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and social Welfare*, *4*(2) 158-171. http://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259

Tronto, J. (2017) There is an alternative: hominess curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, *1*(1), 27-43.

Vázquez, J. (2012). La concepción de hecho social en Durkheim. De la realidad material al mundo de las representaciones colectivas. *Política Y Sociedad. 49*(2), 331-351. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2012.v49.n2.37625

«Una bandada de niñitos»: repensando la intervención social con infancia migrante[1]

Iskra Pavez-Soto
Universidad Bernardo O'Higgins, Chile

Valeria Acuña Ramírez
Universidad Bernardo O'Higgins, Chile

Caterine Galaz Valderrama
Universidad de Chile

Daniela Poblete Godoy
Universidad Autónoma de Barcelona, España

Introducción

Pensar la intervención social con niñas y niños migrantes en Chile es también navegar por narrativas que crean prácticas y realidades en contextos sociales y estructurales. Poder deconstruir estas narrativas permite situarnos en posibles esperanzas de justicia y dignidad; en horizontes que se dibujen desde la agencia de las niñas y los niños migrantes. Este capítulo se construye a modo de comprensión y sospecha de aquellos discursos y prácticas que se observan en las y los profesionales de organizaciones públicas y no gubernamentales que trabajan con niñez en situación de migración.

La mayoría de las instituciones públicas y ONG que se ocupan del tema de la infancia en nuestro país siguen ancladas en un paradigma proteccionista-adultocéntrico, puesto que converge epistemológicamente con el enfoque de derechos, en el sentido de predominar una visión proteccionista que opera

[1] Algunas ideas de este manuscrito fueron publicadas en Pavez-Soto *et al*, 2020b.

como una lista de obligaciones o más bien como deberes del mundo adulto (ya sea Estado, familia o mercado) hacia la infancia. Especial relevancia tienen los derechos sociales, redistributivos o reivindicativos; por sobre la idea de garantizar mayores cuotas de autonomía y libertad para las niñas, los niños y adolescente. De allí se deprende un menor énfasis en los derechos políticos o de reconocimiento, por sobre la protección y la provisión (Pavez-Soto & Sepúlveda, 2019).

Dado lo mencionado anteriormente, es que los programas de infancia quedan fragmentados y supeditados a los diferentes sectores de atención (salud, educación, justicia, etc.) y, por lo tanto, a sus particulares paradigmas y metodologías de intervención (Contreras *et al.*, 2015).

La intervención con niñas y niños migrantes se puede observar desde los sistemas familiares y sus trayectorias en la migración y en este ámbito surgen claves de interpretación de dichas trayectorias y sistemas desde un enfoque basado en el déficit o la falta (como lo refleja la expresión «escasos recursos») por sobre los recursos o los derechos. Por otro lado, como plantea la perspectiva de acumulación de activos, la intervencion social también podría ser vista desde aquellos recursos y habilidades que lo sujetos se despliegan en el proyecto migratorio (Moser, 2011; Pavez-Soto *et al.,* 2020a)

En cuanto a las vulnerabilidades que viven las familias migrantes en Chile, estudios (Pavez-Soto *et al.*, 2020a) dan cuenta de la presencia de diversos factores de estrés que tienen relación con desarraigo, desempleo, precariedad laboral y habitacional, entre otros que afectan a la salud mental, integridad física y bienestar del grupo. En un contexto que, a su vez, se enfrenta a un escenario de ausencia de redes tanto de contención y articulación social, lo que complejiza la inclusión en el territorio.

A partir de lo anterior, es que se pueden observar también aquellas prácticas de regulación y disciplinamiento de los sujetos que el Estado desarrolla desde diferentes dispositivos (Das & Poole, 2008) y se verifican en las prácticas y representaciones cotidianas de la intervención social (Montenegro *et al.*, 2011). De este modo, se observa cómo se suelen «solidificar diferencias asimétricas existentes en los grupos» (Benhabib, 2006, p. 9) e instalar matrices dominantes en torno a las familias migrantes.

Una breve revisión teórica de los conceptos de marentalidad/parentalidad, de acuerdo con Sallés *y* Ger (2011) nos arroja la comprensión de la familia como un sistema relacional que es complejo y permeable a variables históricas y contextuales en el que mujeres u hombres crían a los seres humanos durante la fase de la infancia. El concepto de habilidades parentales es polisémico y en cuya definición se puede observar un enfoque familiarista por sobre uno comunitario o estatal. Por lo tanto, queda la crianza y el cuidado infantil supeditados a las capacidades de quienes lleven a cabo dicho rol. Entonces, el ejercicio de adaptación a los cambios sociales y culturales que implica la

migración dependerá fundamentalmente de las características personales de los individuos que conforman una familia y en cómo aprovechan o no, los apoyos del medio (Rodrigo, 2009). Esta mirada centrada en individuos desvía la atención hacia las «competencias» de las personas, desatendiendo ejes de diferencia que se interseccionan (edad, origen nacional, nivel socioeconómico o sexo-género, por ejemplo), así como a las estructuras sociales que las reproducen (Collins *et al.,* 1995).

De acuerdo con Sellenet (2009) hablar de competencias (parentales/maternales) en el orden individual, supone que una tercera persona está autorizada para reconocer si otras han internalizado un conocimiento y realizado una acción válida. En este caso, trabajadores(as) del Estado como autoridades morales pueden determinar la utilidad o conveniencia de dichas competencias e incluso pueden definirlas (Pavez-Soto *et al*., 2020a). Al respecto, cabe señalar, que el impacto de las acciones de intervención confluye con aquellas variables propias de los contextos y las condiciones estructurales en que viven las familias. Desde ahí, se ha observado que las intervenciones con familias migrantes presentan algunas disonancias y una menor adherencia en tanto funcionan de manera reactiva y centradas en el déficit, por sobre los recursos y la capacidad de agencia de los suejtos (Gómez *et al*., 2007).

Metodología

Esta investigación se lleva a cabo desde una metodología de carácter cualitativo para tener una aproximación a las narrativas y los significados de los sujetos participantes del estudio (Valles, 1997). Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 30 profesionales (del área de la psicología, trabajo social, derecho, sociología y voluntariado) de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales (ONG). Se utilizó un protocolo ético que garantizó el anonimato y el derecho a la información mediante la firma de formularios de consentimiento informado. Los datos obtenidos se trataron con el software ATLAS.ti, a través de la técnica de análisis de contenido. Así, se estableció una codificación abierta de las principales temáticas tratadas en los discursos, para luego elaborar categorías que nos permitieran establecer ejes de análisis respecto de las narrativas (Valles, 1997).

Resultados

Los vínculos familiares en la migración

Como es sabido, los procesos de migración familiar implican consecuencias en el funcionamiento del grupo como, por ejemplo, su fragmentación en el

momento de la separación y, posterior adaptación cuando se reunifica (Fresneda, 2003). En los relatos se pueden observar las tensiones y el impacto psicosocial que estas instancias generan. De allí que sea trascendental el modo en que las personas adultas gestionan estos procesos y cómo realizan un acompañamiento de manera amigable y respetuosa con la infancia, evitando en lo posible, generar sentimientos de abandono (Pavez-Soto, 2011a, 2011b).

Existe tensión entre los modelos de crianza del país de origen, caracterizados por una crianza colectiva y las visiones del país de destino, en este caso Chile, que tienden a una sobre individualización y moralización. Algunas narrativas hacen énfasis en la distancia de los modelos y cómo se generan contradicciones durante los procesos de reunificación familiar; mientras que otras aluden a una especie de reencuentro o síntesis de prácticas de crianza. Por otra parte, se utiliza la palabra «abandono» con una connotación que deja entrever problemas adaptativos y discursos dominantes sobre la maternidad ideal o idealizada, sin considerar los factores de cada contexto (Montenegro *et al.*, 2011; Paiewonsky, 2007; Pavez-Soto *et al.,* 2020a).

> Por ejemplo, llegan las mamás, los dejan en Perú, medio abandono, por ejemplo, se vienen a trabajar acá a Chile y después regresan a buscarlos cuando ya están en la edad complicada como a los doce, trece años y empiezan a tener problemas […] hay muchos que se han venido desde esa edad, doce, trece años, vuelven con la mamá y como no se han criado… se han criado con la abuelita o los han dejado con los familiares. (Trabajadora social, institución pública, región Metropolitana)

Los conflictos de autoridad generacional se amplifican en algunas familias, producto de la distancia generada por la migración y la coincidencia de intensos procesos de desarrollo biopsicosocial en las niñas y los niños. Es evidente que esto aumentará las brechas en los lazos afectivos con el subsecuente conflicto que debe enfrentarse, no eludirse, para lo cual será vital el apoyo de los servicios sociales.

> Independiente de que sean migrantes, no migrantes, la ponderación de los niños es la misma y hemos tenido niños, tanto migrantes como no migrantes, que se ven afectados por algún tipo de situación que, por ejemplo, tiene que ver con la separación deconstructiva, las revinculaciones y no hay un programa que trabaje o aborde esta temática, que es una temática compleja y que en procesos de intervención es de larga data. (Trabajadora social, institución pública de infancia, región de Tarapacá, comuna de Iquique)

Un programa de acompañamiento y promotor de los propios recursos, en reemplazo de una política punitiva, tiene mayores probabilidades de lograr la

inclusión social de las familias migrantes en el país de destino. Como se señala en el siguiente relato, es recomendable acompañar a las familias migrantes en sus procesos de reunificación familiar, en vez de generar la reproducción de discursos estigmatizadores, si tenemos en cuenta el impacto que generan en la vida infantil (Pavez-Soto *et al.*, 2020a).

> Creo que el Estado chileno castiga mucho a las familias migrantes, sin poderles dar este acompañamiento en el proceso de adaptación, de que reconozcan cuáles son los derechos, lo que está permitido, lo que no está permitido, cómo pueden buscar ayuda si la necesitan, antes de estar persiguiendo todo el tiempo o si no, como que no se puede colaborar. (Psicóloga, institución pública de infancia, región de Tarapacá, comuna de Iquique)

Proponemos que desde la intervención psicosocial se pueda reflexionar y entender los procesos y las experiencias migratorias desde una epistemología de lo infantil, que acompañe a las niñas y los niños a validar sus experiencias y legitimar su capacidad de agencia. Desde esta perspectiva, es que una crisis en el sistema familiar en el proceso migratorio no conlleve una patologización del sistema, sino que también se pueda observar como una oportunidad de cambio de las dinámicas a favor del buen vivir y se puedan alterar, por ejemplo, dinámicas abusivas (Bringiotti, 2005; Gregorio, 1998; Pedone, 2003).

La valoración de las competencias marentales/parentales en las familias migrantes

Hemos observado en este estudio que en los discursos interventores surge la noción de falta o déficit de competencias marentales/parentales atribuida a algunas familias migrantes. Muchas veces se homogenizan estas clasificaciones para un grupo en específico y se compara con el supuesto marco cultural «chileno», sin revisión ni autocrítica de sus fundamentos o nuestra propia historia. Estas ideas se fusionan con modelos de intervención, como, por ejemplo, la *Guía para la Evaluación de Competencias Parentales* (Barudy & Dantagnan, 2010, p. 175) en la cual se plantea que la migración genera una crisis en el ejercicio de la marentalidad/parentalidad, profundizando así una perspectiva deficitaria.

La percepción profesional parece ser ambivalente sobre el rol que ocupan las condiciones estructurales que las familias migrantes enfrentan. Por un lado, tiende a individualizar las problemáticas, con una mayor responsabilización hacia las madres por la carencia de recursos y dificultades para ejercer el cuidado:

> Yo creo que los papás se sienten súper sobrepasados como con todo lo que tienen que hacer, como tienen poco apoyo o muchas veces hay mamás solas, entonces […] que tienen que preocuparse del

> niño, de la comida, de acostarlo, de bañarlo, del colegio. (Psicóloga, institución pública, región Metropolitana)

Y, por otro lado, se reconoce la explotación laboral y las desigualdades de sexo-género que sufren algunas familias: «[continuación] … y además trabajan todo el día y trabajan muchas veces en horarios, así, pero, no sé… en turnos de doce horas, trabajan hasta los fines de semana, entonces como complejo, yo siento que eso tensa harto las relaciones (psicóloga, institución pública, región Metropolitana).

Pero, al finalizar la cita, el problema vuelve a situarse en la falta de habilidades de padres y madres en términos personales: «[continuación] Bueno, como por las temáticas que trabajan acá hay harto maltrato y harta negligencia por parte de los padres» (psicóloga, institución pública, región Metropolitana).

Se trata de una visión excluyente entre lo micro y lo macro que genera contradicción, por tanto, debiera encaminarse hacia una compresión que integre ambos niveles, tarea que, reconocemos, es ciertamente compleja en términos de la praxis profesional.

En el siguiente discurso, se observa patente la necesidad de enseñar ciertas habilidades de crianza y cuidado a algunas personas. Es interesante notar cómo se visibiliza la figura de las mujeres madres como sujetos, pero se sigue enunciando en términos masculinizados (parentales) y aparece la figura de los hombres padres como un aditivo de enunciación. Esta función de educador que hace el Estado con las familias empobrecidas también encubre una forma de vigilancia moral hacia ciertas familias (Donzelot, 1979).

> Ahí, a ellos se les invita, pero eso forma parte, como, del sistema de [programa], nada que ver con la escuela, que asistan a una serie de reuniones para que las mamás adquieran otro tipo de habilidades parentales. Al papá, que le permita relacionarse adecuadamente con el estudiante. Pero si es que eso no se cumple, se retira la tutela. (Psicóloga, escuela pública, región Metropolitana)

Un efecto no pensado de una intervención psicosocial de corte controlador es que, finalmente, las familias terminen desertando y desconfiando de la institucionalidad, porque reproduce las lógicas de burocracia y vigilancia que están presentes en los procedimientos de regularización administrativa. En otras palabras, por temor, incomodidad o desconocimiento algunas personas migrantes se alejan de la red de programas sociales del Estado. En la siguiente cita se puede apreciar este miedo permanente que tienen las personas migrantes a la expulsión o deportación del país de destino, como un recordatorio permanente de la no pertenencia a la comunidad nacional (Pavez-Soto *et al*., 2020a).

> Afecta que no tienen acceso ni a salud [...] y que no tienen acceso a salud y están en una situación de miedo, o sea, tú los vas a ver a la casa, una visita domiciliaria y te abren la puerta, así, «de dónde viene usted» y uno le dice «vengo del consultorio», porque creen que los van a deportar, o sea, viven en una situación de inseguridad. (Enfermera, institución académica, región Metropolitana, comuna de Independencia).

Este control de las prácticas de las familias migrantes, también se relaciona desde ciertas posiciones etnocéntricas respecto de las relaciones de género. En algunas ocasiones, los discursos interventores enfatizan una diferenciación culturalista respecto de ciertos colectivos, como si en entre chilenas y chilenos la desigualdad de sexo-género estuviese resuelta (Galaz, 2009). Aunque no siempre se señala explícitamente la comparación con el marco chileno, queda implícita, marcando a algunas familias desde un punto de vista cultural y 'sexo-generizado' como menos aptas para la crianza sin violencia (Pavez-Soto *et al.*, 2020a). Se repite el adjetivo machista sobre el grupo situado en posición de inferioridad.

> Al trabajar con familias que son migrantes, mayoritariamente peruanos, que son con los que más hemos trabajado en términos de género, son como los papás, son como bien machistas, son como bien machistas, tienen este tema integrado, de, un poco, de la violencia intrafamiliar. Las mujeres, lo que tienen que hacer las mujeres y los hombres, lo que tienen que hacer los hombres. (Trabajadora social, institución pública, región Metropolitana)

Por otra parte, en un aspecto más específico, el relato convoca a pensar en la importancia de evaluar los resultados y la pertinencia de los programas que atienden a las personas que han migrado. Y de este modo, construir una praxis que sea coherente con los objetivos cocreados con las personas que participan, siendo estas también incorporadas en la evaluación de los procesos. Dicho esto, es que las intervenciones son efectivas no solo en indicadores como el «número de atenciones», sino que desde los procesos encarnados en sujetos concretos y no dejar a la niñez «en el aire», como tan elocuentemente se expresa en esta cita (Pavez-Soto *et al.*, 2020a):

> Yo creo que, efectivamente, tiene que haber una reestructuración respecto de evaluar la pertinencia de los programas, ¿ya?, porque yo siento que faltan programas o la reconversión de estos programas, porque hay niños que, de alguna forma, hay situaciones de vulneración que afectan a los niños, que quedan, hablando coloquialmente, «en el aire». (Trabajadora social, institución pública de infancia, región de Tarapacá, comuna de Iquique)

Nociones de maltrato y negligencia en la intervención

En la intervención social con niñas y niños migrantes, conceptos como el de maltrato y negligencia ocupan un lugar importante en las narrativas de quienes intervienen. El concepto de maltrato infantil actualmente se define como una vulneración de derechos o como la insatisfacción de ciertas necesidades básicas, lo que se expresa en términos como la negligencia o el maltrato (Larraín & Bascuñán 2008; UNICEF, 2012)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) se habla de negligencia cuando las acciones o medidas de los progenitores –que están en condiciones de hacerlo– no promueven el desarrollo de las niñas y los niños. Esta última mención resulta importante para poder excluir a la pobreza como una causa de la negligencia, dado que, en estas situaciones, las familias no cuentan con todos los recursos necesarios para proveer el cuidado infantil. Por lo tanto, no puede ser usado como un argumento para llevar a cabo acciones discriminatorias o abusos de poder institucional (OPS, 2003; UNICEF, 2012).

A partir de esto, una evaluación de la negligencia infantil debe considerar aquellos factores individuales y familiares, al unísono de las variables sociales y estructurales, como las políticas públicas y el acceso a programas sociales; las prácticas y los valores culturales sobre la crianza infantil y el entorno en que vive la familia, lo que configurará las redes de apoyo. En consecuencia, se recomienda aplicar críticamente la noción de negligencia y diferenciarla de aquellas situaciones difíciles propias del proceso migratorio (como el acceso a los servicios sociales). Dentro de los equipos deberían existir instancias de supervisión en las que se reflexione sobre los paradigmas y valores que sustentan la praxis. Por último, vale la pena cuestionar el modo en que se evalúa la negligencia y el lugar que ocupa la infancia y las familias en esa evaluación (Bringiotti, 2005).

En las narrativas profesionales se considera negligencia a prácticas de crianza que se atribuyen a la costumbre «cultural» de los países de origen, contrastándolas implícitamente con Chile. Como si este fuese un tema resuelto para las personas locales, se desplaza la mirada hacia «los(as) otros(as)» extranjeros(as) (que además suelen tener lecturas sexo-generizadas al situar el problema preferentemente en las madres migrantes). En estos discursos, las madres y los padres migrantes vulnerarían los derechos, mientras que el Estado chileno y sus instituciones mitigan o restituyen tales vulneraciones. Dichas narrativas carecen de profundidad crítica hacia las instituciones, en tanto son reproductoras de la vulneración o directamente vulneradoras. Cuando se menciona a las madres «dañadas», se desplazan las responsabilidades hacia las familias e individuos y se olvida el importante rol de la comunidad, la sociedad y el Estado (Pavez-Soto *et al.*, 2020a).

> En cuanto a los niños migrantes creo que el impacto es similar al que tenemos con los niños nacionales. Pero me parece que el impacto de las intervenciones no sólo está mediado por las estrategias o metodología que utilizamos nosotros, como programa o como profesionales. Creo que también el impacto está mediado por cómo responden todas las instituciones o dispositivos que se encuentran en torno a estos procesos de intervención […] que muchas veces generan procesos burocráticos de difícil acceso, de difícil comprensión, entendiendo que son personas dañadas también los adultos con los que estamos trabajando, generalmente también son personas muy dañadas, que poco logran retener, que poco logran accionar, que poco logran problematizar. (Psicólogo, institución pública, región Metropolitana)

Se pide a las personas migrantes «dañadas» que logren problematizar su circunstancia, lo que en principio resulta coherente con un enfoque promotor, no obstante, este llamado cuestionador debe partir por el propio equipo e institución que lleva a cabo los procesos interventores. Partir del supuesto de que una madre o un padre es incompetente o inhábil, sitúa a la o el profesional en la tarea de restablecer la marentalidad/parentalidad perdida o de la cual se carece, lo que acentúa el dilema ético-político de la intervención institucional. En el siguiente relato se observa una narrativa que da importancia a la institucionalidad para el cambio en las familias, la intervención se vuelve tecnocrática a través de metas y plazos, sin considerar la complejidad de los sistemas familiares.

> Entonces, se logra vincularlos, se logra que se inserten socialmente de alguna forma, pero como estos procesos están mediados también por demandas del sistema que tienen que ver con lineamientos técnicos, que tienen que ver con temas de suspensión, etcétera […] que obligan a realizar un trabajo mucho más rápido, se carece de las bases que permitirían desarrollar una actitud más permanente de estas personas hacia la vinculación o la vinculación social. Entonces se ven vinculados, pero les cuesta mantener esa vinculación, porque obviamente no se han fortalecido cosas previas, capacidades previas, que harían que esto fuera un estado más permanente en ellos donde poder enfrentarse a esta incorporación social. (Psicólogo, institución pública, región Metropolitana)

Dadas algunas situaciones de extrema necesidad, es ineludible iniciar un proceso de intervención por niveles, donde las condiciones materiales de la existencia puedan estar garantizadas y, a partir de ahí, introducir las acciones relativas a los ámbitos vinculares y relacionales. Por eso, las políticas públicas y los programas de acompañamiento deben tener enfoques integrales y complejos (y disponer de financiamiento que esté a la altura de la complejidad del desafío

planteado). Además de considerar procesos de reflexibilidad crítica sobre las propias intervenciones sociales hacia estos colectivos y los efectos que generan.

> Es muy difícil trabajar tanto con los niños chilenos como con los niños migrantes, pero con los niños migrantes aún más, dada la condición de vulnerabilidad en que están. Es muy difícil trabajar en competencias parentales o cualquier temática de psicología cuando no están las condiciones básicas de habitabilidad. No se puede garantizar que los niños coman, por ejemplo, que la madre tenga plata para darle en la noche, que tenga plata para trasladarse, que duerman en una situación cómoda. Es muy difícil poder trabajar estos temas, cuando ellos están preocupados como de sobrevivir, y las condiciones de sobrevivencia están así [...] al límite. (Psicóloga, institución pública, región Metropolitana)

En la siguiente cita se puede ver que se pone acento en los factores estructurales que generan condiciones de vulnerabilidad en las trayectorias de las familias migrantes, no obstante, también es posible encontrar relatos que atribuyen las condiciones de vulnerabilidad a una responsabilidad individual. En la primera fase del proyecto migratorio o en época de crisis (como la desencadenada en Chile a partir de la revuelta social y la posterior pandemia) muchas familias se ven obligadas a vivir en condiciones de pobreza y exclusión, en escenarios con oportunidades esquivas y limitadas. Así, la pobreza se expresa en su forma más clásica: hacinamiento, falta de equipamiento doméstico, escasez de espacios públicos, estigma y desazón. Entonces, si solo amplificamos el maltrato infantil que ocurre en las familias migrantes empobrecidas estaríamos ante una visión etnocéntrica que también es aporofóbica; rechazo o desprecio por la pobreza (Cortina, 2017), ya que lamentablemente en todos los estratos sociales de Latinoamérica existen casos de infancia vulnerada (UNICEF, 2012). Dada la estructura de poder, se tienden a sobredimensionar los factores individuales y familiares, esgrimiendo prejuicios en contra de madres y padres que viven en condiciones de pobreza (Pavez-Soto *et al.,* 2020a).

> Entonces, ahí también se están violentando mucho las condiciones mínimas que debiese tener un niño para su crecimiento […] Hay, bueno, una responsabilidad, un poco de los padres, digamos, al tomar la decisión de estar ahí o de no prever todas estas cosas ¿No? De si voy a traer a mi hijo, dónde lo voy a tener, bajo qué condiciones, no sé o antes de viajar… De investigar, de averiguar bien cuáles serían los espacios donde podría estar con mi familia. Entonces, yo creo que ahí hay una responsabilidad también de los padres en… a veces en… por qué terminan viviendo en lugares en esas condiciones. Yo sé que a veces no les queda otra alternativa, por el tema económico que no pueden acceder a otro tipo de vivienda, pero, digamos, se puede prever. (Voluntario, organización no gubernamental, región Metropolitana)

Algunas y algunos profesionales identifican que las niñas, los niños y adolescentes de más edad ejercen un cuidado hacia la infancia más pequeña, demostrando un rol de protección intra-infantil, principalmente entre la propia comunidad migrante. Una realidad dada por una serie de condicionantes estructurales y con escasas posibilidades de cambio. Asimismo, identifican la tendencia a formar grupos de protección y resguardo en el espacio escolar o comunitario, replegándose hacia su comunidad y desarrollando una especie de identidad étnica reactiva (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 2003, como se citó en Pavez-Soto, 2011).

> Tengo una sensación de que los niños […] como hay una especie de ausencia del padre por él, y la madre por el tema laboral, entonces como de migrantes que trabajan de siete a diez de la noche. Muchas veces me tocó ver que los niños se iban todos juntos, pero niños estoy hablando de seis años, o sea, el más grande tenía nueve y llevaba como a «una bandada de niñitos» para irse a la casa. Y muy, como, bueno, como protegidos. (Abogada, organización no gubernamental, región Metropolitana, comuna de Santiago)

La protección que el propio grupo infantil puede auto-proveerse en contextos de alta complejidad y precarización de la vida, queda reflejada en la frase de la profesional entrevistada, cuando describe la imagen como «una bandada de niñitos» (Pavez-Soto *et al*., 2020a). La reducción a razones culturales representa un riesgo estigmatizador y homogeneizador de los colectivos migrantes, donde nociones como el abandono, carecen de contexto. Mientras tanto, la idea de diferencia entre un país y otro puede dar lugar a relaciones de abuso o mayor control sobre ciertos sujetos y colectivos, además de dar la justificación para una intervención directa que genera configuraciones de poder sobre esa «otredad» (Galaz *et al*., 2017; Galaz *et al*., 2017b; Galaz Valderrama *et al., 2019*).

Se observan también algunas perspectivas en la intervención que consideran una visión autocrítica y reflexiva, dando importancia a las articulaciones con las familias migrantes. Por ejemplo, en la siguiente cita, se menciona que la nacionalidad no determina conductas, identificando además desafíos para el trabajo psicosocial que tienen que ver con el diálogo con los colectivos migrantes, así como reconocer el tratamiento diferencial que se hace a razón de la nacionalidad, pero que no distingue las diferentes respuestas sociales frente a un mismo hecho (Pavez-Soto *et al*., 2020a).

> No hay un diálogo y no es algo que se haya trabajado explícitamente y también, el momento de abordarlo específicamente. También se cae en esto de «vamos a hacer un taller de habilidades parentales a los papás haitianos» […] como «un taller de sexualidad para las haitianas» […] cuando en realidad, acá, el papá chileno «le saca la mugre

al cabro chico», pero ni tonto va a mandarlo al colegio al día siguiente. (Abogada, organización no gubernamental, región Metropolitana).

Conclusiones

Este estudio nos ha permitido analizar relatos y narrativas que emergen desde la intervención psicosocial con infancia migrante, pudiendo observar aspectos que marcan la relación con las familias migrantes y sus prácticas, donde el uso y abuso del concepto de maltrato y negligencia reproduce estigmatización y una especie de violencia simbólica de corte etnocéntrica, adultocéntrica y aporofóbica. Nos surgen inquietudes en torno a los factores que inciden en el despliegue de competencias que cada familia acciona frente al proceso migratorio, sobre todo ante dificultades y problemáticas que afectan la vida y adaptación de niñas y niños en el país de destino.

La intervención con niñas y niños migrantes debe ser observadora y estar en constante revisión de los paradigmas y metodologías en que se sustentan las prácticas. En ese sentido, la evaluación de las intervenciones debe potenciar procesos de reflexividad crítica sobre los supuestos que la sustentan y los efectos que generan sus prácticas. Los relatos profesionales dan cuenta de una multiplicidad de factores que repercuten en el cuidado y la protección infantil, mientras que existen nociones tendientes a la sobrerresponsabilización de las familias, individualizando una problemática social y, a la vez, eximiendo al Estado en su responsabilidad como garante de derechos de la niñez. En este contexto, el modelo teórico de las competencias marentales/parentales es dominante, se ha validado y es ampliamente utilizado como base técnica en los lineamientos de intervención que realizan las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la niñez y la adolescencia en Chile. Por eso, recomendamos que sea aplicado considerando factores micro y macro, cuestionando la atribución de causalidad a razones puramente étnicas o culturales, ya que se corre el riesgo de estigmatizar a ciertas familias y comunidades. Es importante que los modelos de intervención se complementen con enfoques históricos, sociológicos, políticos y culturales de manera que entreguen un contexto crítico y situado a la noción de competencia marental/parental. La intervención puede ser opresora o liberadora, por eso, resulta fundamental reflexionar y asumir visiones empoderadoras de la niñez migrante.

Referencias

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). Guía para la evaluación de las competencias y la resiliencia Parental. Barudy, J. & Dantagnan, M. (Eds.). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.

Benhabib, S. (2006). *Las Reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Katz.

Bringiotti, M. (2005) Las familias en situación de riesgo en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto e Contexto Enfermagem, 14*, 78–85. http://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500010

Collins, P. H., Maldonado, L. A., Takagi, D. Y., Thorne, B., Weber, L., & Winant, H. (1995). Review of Doing Difference [Review of *Review of Doing Difference*, por C. West & S. Fenstermaker]. *Gender and Society*, *9*(4), 491-506. https://www.jstor.org/stable/189785

Contreras, J., Rojas, V. & Contreras, L. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena. *Revista Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, *15*(1), 89-102. https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/528/406

Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre: Un desafío para la democracia*. Paidós.

Das, V. & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, (27), 19-52.

Donzelot, J. (1979). *La policía de las familias*. Nueva visión.

Fresneda, J. (2001). Redefinición de las relaciones familiares en el proceso migratorio ecuatoriano a España. *Migraciones Internacionales*, *1*(1), 135-144.

Galaz, C. (2009). *Las relaciones de cooperación y exclusión entre personas con referentes sociolculturales diversos. Un estudio sobre la alteridad*. [Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona].

Galaz Valderrama, C., Pavez-Soto, I., Álvarez Martínez-Conde, C. & Hedrera Manara, L. (2019). «Polivictimización y agencia de niños y niñas migrantes en Chile desde una mirada interseccional». Athenea Digital. *Revista de pensamiento e investigación social,* España. 19(2), e2447 https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2447

Galaz, C. G., Álvarez, C., Hedrera, L., & Becerra, M. M. (2017a). Intervenciones psicosociales y sus efectos en la trayectoria de mujeres inmigradas en Chile. *Universitas Psychologica*, *16*(5), 1-15. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-5.ipet

Galaz, C., Poblete, R., & Frías, C. (2017b) *Políticas Públicas e Inmigración ¿Posibilidades de inclusión efectiva en Chile?* Editorial Universitaria.

Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. (2007) Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e Intervención. *Psykhe, 16*(2) 43-54.

Gregorio Gil, C. (1998). Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. Narcea.

Larraín, S. y Bascuñán, C. (2008). Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006. *Revista Chilena de Pediatría*, *79*(1), 64-79. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79s1/art11.pdf

Montenegro, M., Galaz, C., Yufra, L. & Montenegro, K. (2011). Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea Digital*, *11*(2), 113-132.

Moser, C. (2011). El modelo de acumulación de activos desde una perspectiva transnacional: El caso de los migrantes de Guayaquil a Barcelona. En Ginieniewicz, J. (Ed.). *La migración latinoamericana a España: Una mirada desde el modelo de acumulación de activos* (pp. 21-42). FLACSO, Sede Ecuador.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Publicación Científica y Técnica No. 588)*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

Paiewonsky, D. (2007) *Los impactos de la migración en los hijos e hijas de migrantes: Consideraciones conceptuales y hallazgos parciales de los estudios del INSTRAW*. Ponencia en el Seminario – Taller Familia Niñez y Migración. Quito. http://imumi.org/attachments/article/182/Impactos_de_la_migracion_en_hijos_de_migrantes_INSTRAW-2007.pdf

Pavez-Soto, I. (2011a). *Migración infantil: Rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile* [Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. http://www.tdx.cat/handle/10803/79139

Pavez-Soto, I. (2011b). «¿Quién decide la migración infantil? Niñez y poder en familias peruanas transnacionales». *RAYUELA, Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por sus Derechos,* (5), 103-113. http://www.arquitectura.uia.mx/boletines/11/diciembre/2/Anexo15.pdf#page=103

Pavez-Soto, I. & Sepúlveda, N. (2019). Concepto de agencia en los estudios de infancia. Una revisión teórica. *Revista Sociedad e Infancias*, (3), 193-210. https://doi.org/10.5209/soci.63243

Pavez-Soto, I., Galaz Valderrama, C., & Poblete Godoy, D. (2020a). *Guía de Recomendaciones. Políticas públicas e intervención psicosocial con infancia migrante en Chile* (en línea). http://infanciamigrante.cl/

Pavez-Soto, I., Galaz Valderrama, C., Poblete Godoy, D., Acuña, V. & Sepúlveda, N. (2020b). Horizontes de la intervención psicosocial con infancia migrante en Chile. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales,* (23), 9-40. https://doi.org/10.51188/rrts.num23.403.

Pedone, C. (2003). *«Tú siempre jalas a los tuyos». Cadenas y redes migratorias de familias ecuatorianas hacia España* [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona].

Rodrigo, M; Quintana, J; Cabrera, E & Máiquez, M (2009) Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention, 18*(2), 113-120.

Sallés, C. & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, *49*, 25-47.

Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de «compétences parentales». *La revue internationale de l'education familiale*, *26*(2), 95-116.

UNICEF. (2012). *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos*. EIRL-UNICEF.Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Uso seguro y responsable del internet: lugar del cuidado parental

Edgardo Toro
Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Cristóbal Guerra
Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Chile

Introducción

En este texto nos interesa compartir algunas reflexiones que hemos ido construyendo de manera colectiva, a propósito de una alianza de trabajo en torno a la investigación y formación en el ámbito de la violencia y la violencia de género online. A partir de nuestros recorridos académicos y profesionales, las últimas dos décadas hemos sido parte de equipos de intervención, equipos de investigación y procesos de formación de segundo y tercer ciclo, donde el tema de la violencia contra la niñez en distintas modalidades ha sido protagonista.

En ese devenir, junto a otras y otros investigadores de la Universidad de Playa Ancha, la Universidad Santo Tomás, la ONG Paicabi y la Escuela de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Edimburgo, hemos podido conformar en los últimos dos años un grupo de trabajo en el que particularmente estamos pensando los desafíos que implica la participación y presencia de niños, niñas y jóvenes en el mundo digital, en internet y las formas de violencia que ahí se pueden también encontrar (Toro *et al*., 2021).

Con este grupo realizamos algunos estudios el año 2019 en la región de Valparaíso, relacionados con cómo se está percibiendo esta brecha generacional entre el mundo adulto y los niños, niñas y jóvenes, y qué formas de violencia estamos encontrando en internet. Esto nos ha llevado a reflexionar sobre el uso seguro y responsable del internet por parte de niños, niñas y jóvenes, y el rol de padres y otros adultos como figuras protectoras.

A partir de allí nos gustaría compartir con ustedes tres puntos de análisis:

Lo primero es generar un contexto más amplio en relación con el mundo *online* ¿cómo es la relación que como adultos tenemos con la tecnología?, ¿qué es lo que está pasando ahí?, ¿qué son estas plataformas que nosotros llamamos redes sociales? Trataremos de repensar esa categoría, y esto que se ha venido a llamar la cibercultura, ¿qué significa estar en una época y en una sociedad de la información? Luego, ofrecemos nuestra reflexión sobre el estado de la situación, ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de acceso de niñas, niños y jóvenes a internet?, ¿qué es lo que hacen?, ¿qué es lo que no hacen?, ¿de qué manera acceden?, ¿qué es lo que nos dicen algunos estudios que se han hecho en nuestro país? Aquí también vamos a discutir y hacer una panorámica, de cuáles son las formas de violencia *online* y que son potenciales riegos para niñas, niños y jóvenes en internet. Finalmente, ofrecemos algunas claves para pensar formas de cuidado y de prevención de la violencia *online*, así como el rol que los padres y otros adultos significativos pueden tener para favorecer el uso responsable de internet.

Contextos para entender esto que ocurre en el mundo digital-*online*-la internet

Si pensamos que toda esta idea de la internet se ha ido desarrollando en los últimos 30 o 40 años, con un avance expansivo en cuanto al acceso y con la generación de prácticas de comunicación noveles asociadas a la acelerada generación de dispositivos móviles (Branley & Covey, 2018), valdría la pena tener un punto de vista reflexivo que vaya más allá de visiones «maniquesitas» prointernet (como la gran maravilla, con las ventajas que ha dado, los alcances que tiene) o en contraposición, visiones más pesimista o «intenet-fóbicas» que sugieren que todo lo digital es un riesgo, es negativo, son solamente problemas, y genera daño.

En nuestra opinión internet ha sido beneficioso, pero también existen riesgos asociados a su uso (Asher *et al*., 2017; Korenis & Billick, 2014; Mayer, 2011; Montiel, 2014). Entonces, un primer punto es poder mantener una posición que sea crítico-reflexiva, que nos permita pensar cuáles están siendo efectivamente las ventajas que tiene el acceso a estas tecnologías y los alcances que esto tiene en términos de comunicación, en términos de acceso a la información, pero también de alguna manera, de qué forma se constituyen algunos riesgos para el uso seguro y responsable del internet para niñas, niños y jóvenes.

Entonces, vale la pena comentar dos cuestiones que definen el tipo de relación que tenemos con estas tecnologías. Una es la manera en que nos referimos a los soportes *online* y a sus usos, y la otra es dónde se producen las interacciones entre niñas, niños y jóvenes en internet (lo virtual vs. lo real; lo *online* vs. lo *offline*). En ambas cuestiones se puede visualizar la brecha entre generaciones, esto es las diferencias en la relación con la tecnología entre los

niños, niñas y jóvenes (nacidos en la era tecnológica: nativos digitales) y los adultos (que hemos tenido que aprender sobre internet: inmigrantes digitales) (García *et al*., 2007). Como veremos, esta brecha generacional es clave a la hora de reflexionar sobre el rol protector de padres u otros adultos significativos.

Respecto a la forma en que nos referimos a los soportes *online*, Peña (2021) clarifica que las llamadas redes sociales (en su nominación cotidiana) Facebook, Instagram, Youtube, etc., son realmente plataformas comerciales, por tanto, siguen las lógicas de un negocio. Más allá de que nosotros podamos pensar que son instancias para un encuentro entre personas y sus intercambios, el propósito declarado de estas plataformas son de tipo comercial, que además está altamente concentrado (sabemos que Facebook es dueño de Messenger, Instagram, WhatsApp), cuyo mercado es la información y el procesamiento de datos. Las condiciones de uso y contrato –cuestión que probablemente pasamos en un par de clics– indican claramente los propósitos del negocio y lo que aceptamos al unirnos. Por lo tanto, y considerando que en este documento hablamos del uso responsable del internet y del rol del cuidado parental, vale la pena detenernos un minuto a reflexionar si como adultos estamos conscientes de este uso comercial de la internet, de que hemos «aceptado las condiciones» y de que nuestros hijos(as) también han aceptado esas condiciones.

Además, las distintas plataformas (o redes sociales) –como modelo de negocio– están altamente micro segmentados, por tanto, es probable que las «redes sociales» que nosotros conozcamos, van a estar determinadas por nuestra edad, género, clase social, lugar en el mundo en el que estemos, gustos y tipos de consumos. De esta manera tenemos un acceso limitado al conocimiento de esas redes, lo que trae una consecuencia en cuanto a la brecha generacional con las y los jóvenes. Probablemente somos capaces de nombrar rápidamente unas cuatro o cinco plataformas comerciales. Las más comunes y usada entre 2004 y 2018, según datos de Our World in Data (2019), fueron Facebook, YouTube, WhatsApp. Estas plataformas son conocidas por nosotros como adultos, pero existen otras que probablemente no conocemos tanto: Reddit, Snapchat, Discord, Tiktok, Pinterest, Plato, Line, Tumblr, Zepeto, Eve, Karaoke, Sosafe, F3, o juegos en línea como, por ejemplo, Rainbow Six Siege, League of Legends, Counter Strike: Global Offensive y Team Fortress 2, entre otros. Las preguntas que nos hacemos aquí son: como adultos(as) ¿conocemos el mismo internet que nuestros(as) hijos(as)?, ¿qué internet conocemos?, ¿qué internet conocen nuestros hijos(as)?, ¿cómo podemos ser protectores y potenciar un uso responsable de plataformas que no conocemos tan bien? O visto de una forma más optimista: ¿cómo podemos ayudar a los niños(as) y jóvenes a sacar el mejor provecho de esas plataformas si no las conocemos tan bien?

Otro importante aspecto a considerar –que también alude a la brecha generacional entre adultos y jóvenes en el uso de internet– tiene que ver con el lugar o espacio donde se producen las interacciones *online*. En nuestros

estudios hemos visto que existe una diferencia en la connotación que adultos y niños le dan al significado de lo *online* (Toro *et al*., 2021). Desde el mundo adulto lo *online* es considerado como «virtual», y lo virtual es en su definición una simulación de la realidad. Hemos observado que los adultos tenemos esta idea de que hay un contexto real vs. uno virtual (simulado, que no es real) y de que lo que ocurre en el mundo virtual no sería tan relevante ni tan importante ya que no sería «tan real» (Martin, 2014).

Al contrario, un(a) niño(a) o joven no hace tal distinción entre el mundo material y simbólico de la vida cotidiana y el mundo material y simbólico que ocurre en internet, por lo tanto las relaciones sociales que ahí aparecen, las cosas que se hacen, las cosas que se dicen son tan reales como las que uno hace fuera de internet. Los jóvenes no hablan de lo real vs. lo virtual, ellos diferencian lo *offline* (fuera de línea) de lo *online* (en línea), pero asumiendo que ambos escenarios son reales, que son dos dimensiones muy interconectadas de su realidad en las que ellos permanentemente viven. Por lo tanto –si como adultos queremos ser protectores– este es un cambio que tenemos que ir haciendo en nuestra manera de pensar, de tal manera de poder entender el significado que tiene para niños, niñas y jóvenes el estar (o ser) conectados (Arredondo, 2021).

Tenemos que comprender que para los jóvenes los mundos *online* y *offline* son uno solo y es real, de manera de que lo que pasa ahí tiene importancia. Esto es algo que los adultos probablemente no logramos entender en toda su cabalidad ya que aprendimos a usar el internet más tarde en nuestras vidas, a diferencia de los niños, niñas y jóvenes que han nacido con la tecnología, convirtiéndose en nativos digitales (García *et al*., 2007). Por eso la importancia de cuando los jóvenes dicen: «bueno que me pongan atención, que me den un me gusta o que comenten lo que yo hago», y uno como adulto dice: «bueno y pero por qué tanta importancia a eso», ahí habría una parte de la vida cotidiana de niños niñas y jóvenes que se construye también en las relaciones e interacciones que ocurren en este mundo digital (REAL), propio de la cibercultura, de la era de la información, y de la relación que vamos teniendo con la tecnologización de la vida, donde las cosas que hacemos (incluso las relaciones sociales) están cada vez más mediadas por formas de tecnología (Chu Han, 2014; Lévy, 1997). Si como adultos queremos ser protectores, tenemos que partir por ser conscientes de esto.

Sobre los riesgos: la violencia y violencias *online*

En segundo lugar, para ser protectores y ejercer un adecuado rol de cuidado que apoye el uso responsable de internet por parte de niños, niñas y jóvenes, los adultos debemos informarnos respecto a los riesgos de internet y en particular a las formas de violencia que ahí ocurren.

Las prácticas delictivas en el mundo en línea son variadas, desde delitos contra la confidencialidad de los datos informáticos, delitos relacionados con los derechos de autor, hasta diferentes formas de violencia en línea (Korenis & Billick, 2014; Mayer, 2011; Quayle, 2020). En este documento nos centraremos en el riesgo de verse involucrados en las distintas formas de violencia *online* en niños, niñas o adolescentes, que sería la población evolutivamente más vulnerable en este contexto (Livingstone & Haddon, 2009).

La investigación internacional muestra que la probabilidad de sufrir victimizaciones *online* es mayor cuando los jóvenes ejecutan conductas de riesgo *online* (Branley & Covey, 2018; Jones *et al*.,2013). Estas conductas de riesgo pueden ser activas (por ejemplo, relacionándose con extraños a través de internet) o más indirectas (por ejemplo, visitando páginas web donde es más probable que delincuentes busquen a sus víctimas) (Montiel, 2014).

Para hacernos una idea al respecto, podemos citar un reciente estudio chileno que consultó a 374 estudiantes. Este estudio mostró que el 73% había aceptado solicitudes de amistad de personas que no conocía cara a cara, 31,9% habían entregado información personal (nombre, teléfono, dirección, imágenes, videos) a personas que había conocido por internet y el 17,9% había creado imágenes/videos personales en actitud *sexy* o provocativa y los había subido a internet o los había enviado por mensaje de texto (Guerra *et al*., 2021). Además, la investigación sugiere que quienes más frecuentemente emiten estas conductas de riesgo son los que reportan mayor victimización *online* (Aljuboori *et al*., 2021).

Ahora, vale la pena recordar lo señalado en el apartado anterior: tal como existe una interrelación entre el mundo *offline* y *online* (ambos reales), también existirá una interrelación entre la violencia *offline* y la violencia *online* (ambas reales y generadoras de consecuencias negativas (Guerra et al., 2020).

Esta aclaración nos permite ser conscientes de que las formas de violencia particular que se dan en el mundo digital y en la red, se inscriben de manera más amplia en formas que la violencia aparece contra niñas, niños y jóvenes también en el contexto fuera de línea. Esto tiene aspectos de continuidad y especificidades de la violencia *online* y *offline* que debemos poner atención en orden a ejercer un rol de cuidado y protección adecuado. Coherente con ello, la investigación sugiere que con el internet no habrían surgido prácticas de violencia tan novedosas, sino que serían básicamente las mismas prácticas abusivas o violentas de siempre las que se han trasladado a un escenario novedoso (el internet). Dentro de ellas, en el último tiempo se ha comenzado a estudiar con fuerza el fenómeno de la violencia *online*, como el abuso sexual *online*, el *bullying online*, la violencia de género y la discriminación *online* (Briggs *et al*., 2011; Toro *et al*., 2021).

En efecto, en un reciente estudio nacional, realizamos una etnografía virtual con la ayuda de estudiantes universitarios de primer año. Pedimos a esos

jóvenes que navegaran en sus propias redes sociales para tratar de identificar formas de violencia *online*. Lo que nos pareció interesante es que ellos identificaban formas de violencia (principalmente violencia de género) similares a las que podemos ver cotidianamente en el contexto *offline*, por ejemplo, descalificaciones con contenido sexista, violencia verbal hacia personas LGBTI+, formas estereotipadas de género, diferentes formas violentas de descalificar, y dinámicas violentas especificas donde hay agresividad como las fotografías de violencia y las imágenes abusivas sexuales (Toro *et al*., 2021).

Respecto a la prevalencia de las distintas formas de violencia *online*, en Chile no existe aún suficiente investigación que permita estimarlas todas. No obstante, sí hay estudios que nos permiten hacernos una idea general: el 14,7% de los niños ha sufrido acoso sexual en línea, y un 11% ha recibido solicitudes sexuales directas (Pinto & Venegas, 2015). En esta misma línea, el estudio de Kids Online Chile (2017), indica que el 41% de los niños, niñas y jóvenes encuestados expresa que ha tenido experiencias negativas en estos vínculos con el internet. Finalmente, el reciente estudio de Guerra, *et al*. (2021) nos muestra que el 71% de los adolescentes encuestados reportan haber sufrido al menos una vez algún tipo de violencia sexual *online* durante los últimos 12 meses (desde la exposición indeseada a pornografía hasta las amenazas para tener contactos sexuales no deseados a través de la web).

De esta forma el rol protector de padres y/o adultos(as) tienen que ver no solo con conocer sobre el mundo *online*, no solo con comprender los significados que lo *online* tiene para los niños, niñas y jóvenes, sino que también con ayudarlos a establecer patrones responsables en internet (prevenir las conductas de riesgo), prevenir la victimización *online* (Quayle, 2016) y sus consecuencias psicológicas (Houck *et al*., 2014; Nur Say *et al*., 2015; Wells & Mitchell, 2007).

Ahora, es necesario mencionar que –en el mundo *online*– una proporción de quienes ejercen practicas violentas hacia niños, niñas o jóvenes son otros menores de edad. Un reciente estudio en desarrollo nos muestra que cerca del 50% de las situaciones de acoso sexual contra menores de edad, son cometidas por un par de la misma edad (Guerra *et al*., en preparación), lo que nos lleva a considerar la importancia de que la promoción del uso responsable del internet también incorpore el desarrollo de prácticas de buen trato, empatía, respeto y tolerancia en niños(as) y jóvenes usuarios de internet. En este punto, Pinto y Venegas (2015) hacen una distinción interesante: a) habría acciones que son de agresión, en que los niños, niñas y jóvenes pueden ser testigos, por ejemplo, un video *online* donde se agrede a otra persona; b) otras que van contra ellos mismos, por ejemplo, cuando los acosan o les hacen matonaje *online*; c) aquellas en que ellos(as) pueden ejercer violencia online hacia sus pares. Un adulto protector debería entonces ser capaz de ponerse en cualquiera de esos escenarios para ayudar a los jóvenes a tener un uso responsable y respetuoso de los otros en internet.

El lugar del cuidado

Finalmente nos gustaría compartir algunas reflexiones de lo que podemos ir gestionando en relación a la prevención o en términos del acompañamiento a niños, niñas y jóvenes que están bajo nuestro cuidado. Pese a que nosotros hemos estudiado el tema, también –en nuestro rol de padres– nos vemos ante los desafíos descritos a lo largo de este documento. Por esa razón, más que proponer indicaciones o directrices absolutas (a modo de una suerte de recetario) queremos favorecer reflexiones sobre el lugar del cuidado, familiar o institucional, así como de cuáles podrían ser las mejores formas de apoyar el cuidado.

Inicialmente habría que tener algunas consideraciones para este acercamiento. Lo primero es que como adultas(os) debemos reconocer que hay una brecha generacional, reconocer que este, el *online*, es un mundo distinto y desconocido para nosotros en cuanto a la manera en que lo concebimos (Toro *et al*., 2021). Dado que es un mundo que no conocemos, necesitamos una disposición distinta para apoyar a los niños(as) y jóvenes. Probablemente no somos expertos en lo *online*, por lo tanto debemos situarnos como un «explorador curioso» por las formas de relación que nos son ajenas y también implica en algunos casos dejarse enseñar por los verdaderos expertos (los niños(as) y jóvenes), con un interés genuino por conocer lo que niñas, niños y jóvenes hacen ahí, o las maneras en que piensan sobre el internet. Así se va también construyendo un vínculo de interés por la vida del otro(a) y eso construye mucho respeto y valida la autoridad del adulto, ya que un adulto que conoce sus límites es alguien que muestra a niñas(os) que puede aprender, que se hace cargo y que está interesado.

Lo anterior es coherente con lo que sugiere la literatura. Se ha observado que los adolescentes no validan a los adultos en sus competencias para tratar problemas relacionados con internet y no creen que estos adultos tengan las habilidades o conocimientos necesarios para comprender lo que sucede en internet y sobre las formas más apropiadas de afrontarlo. Esto incide en que la mayoría de los adolescentes no confíen en el rol protector de los adultos y no les pidan ayuda ante experiencias de victimización *online* (Mitchell *et al*., 2005). La investigación nos muestra que los jóvenes tienden a pedir ayuda a otros jóvenes tan competentes como ellos en el uso de la tecnología (Priebe & Svedin, 2008). No obstante, un reciente estudio realizado con adolescentes de Chile y Escocia muestra que los jóvenes tienen mucho conocimiento del internet, pero reconocen que tienen dificultades para identificar el límite entre una relación normal y una relación abusiva en internet (Manrai *et al*., 2021). Es decir, son competentes en intenet, pero aún necesitan del apoyo y orientación sobre la forma saludable de relacionarse con otros. De esta forma, la actitud más recomendada en los adultos es la de establecer un diálogo con los niños, niñas y jóvenes, un diálogo franco y abierto donde ellos puedan dar también

su opinión. Un diálogo franco y abierto donde el adulto reconozca su poco conocimiento de los aspectos vinculados a internet, pero que al mismo tiempo esté dispuesto a compartir su experiencia en la forma de establecer relaciones interpersonales, afrontar problemas, etc.

La investigación nos muestra que no es fácil para los adultos establecer ese diálogo. Lo que sucede mayoritariamente es que los adultos toman un rol más directivo, culpabilizando al joven («por qué estuviste metido en esas páginas») y castigándolo (p. ej., restringiendo el acceso a internet) (Katz *et al*., 2014; Mishna *et al*., 2009). Este abordaje más autoritario no sería el más efectivo, lo que se sugiere, en cambio, es complementar el monitoreo y la regulación del acceso a internet con el apoyo y contención (Montiel, 2014).

Lo segundo, que es una obviedad, es considerar las distintas edades, las etapas de vida y las diferentes formas de lenguaje que tienen niñas, niños y jóvenes según el momento del desarrollo, así como las maneras de conversar desde el mundo adulto con esas distintas realidades. En ese proceso debiésemos fomentar algo que es muy importante, que es la autonomía progresiva (Gómez de la Torre Vargas, 2018), ya que esto favorecería la posibilidad de tomar decisiones o de tener un criterio para tomar decisiones en aquellos momentos en que los niños o jóvenes no estén con el soporte y el cuidado de los adultos, y emerjan situaciones de riesgo. Este vínculo que implica comunicación, orientación y criterios pueden dar un piso de seguridad y confianza en caso de que niñas, niños o jóvenes estén envueltos en prácticas de acoso u hostigamiento en cualquiera de las posiciones posibles. De este modo sugerimos el paso gradual desde un abordaje más centrado en el control y monitoreo en niñas y niños más pequeños (regulando horas de uso de internet, controlando el contenido visitado, etc.) a un abordaje más centrado en el favorecimiento de la problematización y reflexión en los adolescentes y jóvenes.

Ahora, todas estas recomendaciones son en términos generales, obviamente reconocemos que cada situación es particular y que hay situaciones en que es necesario solicitar ayuda de otros agentes especializados (agentes educativos, programas de intervención psicosocial o incluso instancias jurídicas). Como padres o adultos responsables debemos estar atentos y disponibles para consultar a esas instancias antes de que la situación se agrave.

Creemos que no solo los padres/madres o tutores(as) tienen el deber de favorecer el cuidado de los niños, niñas y jóvenes, sino que debieran ser las distintas instituciones con las que ellos se relacionan las que deberían asumir esta responsabilidad también. Chile está adscrito a la Convención sobre los Derechos del Niño, y ello implican que el Estado debería regular que todas las organizaciones e instituciones públicas y privadas promuevan el respeto por los derechos y el bienestar de los niños, niñas y jóvenes. En el ámbito del cuidado, protección y fomento del uso responsable de internet, la responsabilidad es compartida y debiera incluir al menos a otros agentes clave en la socialización,

como, por ejemplo, el colegio. Además, creemos que debería existir un abordaje coordinado entre los distintos agentes clave en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes para generar estrategias preventivas de la violencia *online* y que potencien un uso responsable de la web.

Lamentablemente la investigación internacional muestra escaza evidencia de la efectividad de los programas preventivos (Finch *et al*., 2020). Finch (2020) realiza una interesante sistematización de la literatura asociada a estrategias de prevención basadas en evidencia. La autora logra acceder a 11 estrategias de prevención de un tipo de violencia *online* (el abuso sexual *online*), basadas en la psicoeducación, dirigidas a niños(as) y adolescentes sobre los peligros de internet. Dicha revisión refiere que las estrategias psicoeducativas, si bien pueden aumentar el conocimiento sobre riesgos o daños en internet, no necesariamente genera un cambio en las conductas riesgosas de los jóvenes. Basada en esta revisión esta autora sugiere que las intervenciones vayan más allá de lo psicoeducativo, incorporando espacios reflexivos donde los niños, niñas y jóvenes tengan un rol activo, incluso se plantea que las estrategias debieran ser coconstruidas con niños, niñas y adolescentes de forma tal que puedan incorporar el conocimiento que ellos –nativos digitales– tienen del fenómeno de la violencia *online*. Además, se sugiere que las estrategias preventivas de las conductas de riesgo y victimización, así como aquellas que promueven un uso saludable del internet abarquen más allá que al propio niño(a) o joven. Se sugiere que estas estrategias incorporen distintos niveles, de lo micro a lo macro social, incorporando a lo menos al propio niño(a), a sus padres, a sus pares y a la comunidad escolar (Finch, 2020; Manray *et al*., en prensa).

Además, es responsabilidad del Estado generar dispositivos y regulaciones que permitan prevenir, detectar y tratar las consecuencias adversas de la victimización *online*. Como decíamos al principio, la violencia *online* tiene serias consecuencia e impacto en las niñas, niños y los jóvenes, de forma similar a lo que ocurre en la vida cotidiana cara a cara, por lo tanto hay que poner atención, y para eso también es bueno saber que existen programas especializados en atención y acompañamiento para niños, niñas y jóvenes y sus familias que han sufrido violencia. Afortunadamente en Chile existe una amplia red de instituciones dedicadas al trabajo con víctimas de eventos traumáticos que han ido paulatinamente incorporando dentro de su foco de atención a la violencia *online* (SENAME, 2019). Padres, profesores y otros adultos responsables del cuidado de niños, niñas y adolescentes, debiera informarse al respecto y estar dispuestos a solicitar ayuda especializada cuando la situación lo amerite.

Conclusión

En este documento hemos compartido reflexiones y evidencia sobre el uso seguro y responsable del internet y el lugar que tiene el cuidado parental. Hemos reconocido que nuestro abordaje del tema es parcial y sesgado por nuestras propias experiencias e investigaciones en el tema. Además, la investigación en el área a nivel nacional e internacional avanza rápidamente, lo que obliga al lector a mantenerse en continua actualización y en ningún caso quedarse solo con lo que exponemos en este documento.

Hecha esta aclaración y a modo de conclusión, nos gustaría plantear algunas ideas fuerza. Primero, destacar que estamos en un momento social donde las relaciones mediadas por la tecnología tienen un peso específico en nuestra cotidianeidad. Si bien estas relaciones *online* no logran reemplazar (y no pretenden reemplazar) las relaciones cara a cara, debemos reconocer que son reales y están ahí presentes, en la vida de los niños, niñas y jóvenes. Como adultos no podemos aislarnos de eso, y debemos estar llanos a reflexionar (con los niños, niñas y jóvenes) sobre las oportunidades que nos brindan y sobre sus peligros. Creemos que es muy importante ir reflexionando sobre esto. Ahora bien, como adultos tenemos una responsabilidad mayor, pese a que no somos tan expertos en el uso de la tecnología como los jóvenes, sí tenemos mayores elementos y experiencias de vida que pueden resultar útiles para los más jóvenes a la hora de prevenir los riesgos en internet. Como tenemos el rol de favorecer la protección y el cuidado de niños(as) y jóvenes, tenemos que ir un paso más allá, y ese paso más significa, por ejemplo, saber que existen estas formas de violencia, saber que esas formas de violencia están vinculadas a las formas más tradicionales de violencia que existen contra los niños en el mundo *offline*. Ese paso más significa reconocer nuestras limitaciones en cuando al uso de la tecnología, estar dispuesto a preguntar y escuchar a los más jóvenes, y aprender con ellos.

En segundo lugar, destacar que la violencia en línea existe, que es un fenómeno presente, que está presente en nuestra sociedad y en nuestro país. Debemos recordar que es un fenómeno real y que genera consecuencias gravísimas para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes (aunque se mantenga exclusivamente en el contexto *online*). El reconocerlo como un fenómeno real nos permite «abrir los ojos» y activarnos en la prevención del abuso y la promoción de hábitos de uso saludables de la tecnología. En otras palabras se trata de «pre-ocuparnos», pero sobre todo de «ocuparnos».

Ahora, un elemento que vale la pena destacar es que el fenómeno de la violencia *online* es extraterritorial: en el internet las conexiones pueden ser con personas que están al otro lado del mundo, con identidades falsas, etc. Esto puede hacer que los padres se desesperen al sentir que no tienen el control de lo que pasa en la web y en esa desesperación traten de controlar a los niños,

niñas o adolescentes con medidas de castigo, represión o incluso estigmatización. Como ya hemos dicho, creemos que los padres tienen una autoridad y un deber de monitorear lo que sus hijos hacen (tanto en el mundo *online* como *offline*), pero eso debe ser adecuado a la edad y al principio de autonomía progresiva. En ocasiones los padres se verán expuestos a situaciones complejas que no sabrán como manejar (p. ej., una develación de abuso sexual *online* de un hijo/a), por lo que los adultos (padres, profesores) deberán estar dispuestos a pedir ayuda a las instituciones mandatadas a prestar apoyo profesional en estos casos. Creemos que es deber de esas instituciones apoyar a los padres en su ejercicio del cuidado.

Tercero, recordar que la mirada centrada en el riesgo es importante, pero también, recordar que lo que parece más importante es la generación de vínculos de confianza, generación de vínculos de afecto, de atención, ese interés legítimo y genuino por conocer ese mundo de los niños, niñas y jóvenes, cómo ellos significan estar en línea, vincularse a través de estos medios. Internet puede ser una herramienta muy positiva para el desarrollo de los seres humanos, que les permitan informarse, entretenerse, tener relaciones sociales, etc. Es por eso que al inicio planteamos la necesidad de tener una mirada crítica-reflexiva que vaya más allá de la visión polarizada pro internet vs. internet-fóbica.

Por último, queremos resaltar la idea de que dado el nivel de avances y conocimientos actuales sobre el fenómeno, es necesario tomar decisiones sobre la prevención y educación del uso responsable en internet que estén basadas en la evidencia (más que en prejuicios y/o en el sentido común), que incorporen las miradas de niños(as) y jóvenes (más que estar centrada en lo que los adultos creen), que respeten los derechos de los niños (p. ej., autonomía progresiva), que reconozcan que las prácticas de violencia *online* mutan con velocidad (por lo que lo que conocemos ahora puede no ser representativo de lo que pase en unos años).

Referencias

Aljuboori, D., Seneviratne-Eglin, E., Swiergala, E., y Guerra, C. (2021). Associations between Family Support and Online Sexual Abuse in Chilean adolescents: the Mediational role of Online Risk Behaviours. *Journal of Child Sexual Abuse*. https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1875280

Arredondo, V. (2021) El sujeto «en línea»: Algunas reflexiones. En Toro *et al*. (2021) *Violencia de género online: reflexiones interdisciplinarias*. Ediciones Universitarias de Valparaíso.

Asher, Y., Stark, A. & Fireman, G. (2017). Comparing electronic and traditional bullying in embarrassment and exclusion scenarios. Computers in Human Behavior, 76, 26-34. https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.037

Branley, D. & Covey, J. (2018). Risky behavior via social media: The role of reasoned and social reactive pathways. *Computers in Human Behavior 78,* 183-191.

Briggs, P., Simon, W., & Simonsen, S. (2011). An exploratory study of internet initiated sexual offenses and the chat room sex offender: Has the internet enabled a new typology of sex offender? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 23*, 72-91.

Chu Han, B. (2014) *Psicopolítica*. Herder.

Finch, A. (2020). Strategies to Prevent Online Sexual Abuse of Children: A Systematic Review of the Literature [Tesis de Master, Universidad de Edimburgo].

Finch, A., Ryckman, L. & Guerra C. (2020). Strategies to Prevent Online Sexual Abuse of Children: A Systematic Review of the Literature Protocol. *Social Science Protocols, 3*, 1-7.

García, F., Portillo, J., Romo, J. & Benito, M. (2007, septiembre). N*ativos digitales y modelos de aprendizaje. Comunicación presentada al IV Simposio Pluridisciplinar sobre Diseño, Evaluación y Desarrollo de Contenidos Educativos Reutilizables*. http://ceur-ws.org/Vol-318/Garcia.pdf

Gómez de la Torre Vargas, M. (2018). Las implicancias de considerar al niño sujeto de derechos. *Revista de derecho*, *14*(18), 117-137

Guerra, C., Aguilera, G., Lippians, C., Navarro, M., Paz, M., Rebolledo, D., Silva, G. & Alaeddine, R. (2020). Online sexual abuse and symptomatology in Chilean adolescents: the role of peer support. *Journal of Interpersonal Violence,* Advance online publication: https://doi.org/10.1177/0886260520957685

Guerra, C., Bijit, F., Fuentes, M., Ortiz, E., Painehual, B., & Arredondo, V. (2021). Prevalence of Online sexual abuse and risk behaviors in Chilean adolescents. In E. Toro (Ed.). Online Violence.

Guerra, C., Pinto-Cortez, C. Toro, E., Efthymiadou, E., & Quayle, E. (en progreso). Online sexual harassment and depression in Chilean adolescents: variations based on gender and age of the offenders. Manuscrito en progreso para ser presentado en *Journal of Child Abuse & Neglect*.

Houck, C. D., Barker, D., Rizzo, C., Hancock, E., Norton, A., & Brown, L. (2014). Sexting and Sexual Behavior in At-Risk Adolescents. *Pediatrics (Evanston), 133*(2), E276-E282.

Jones, L., Mitchell, K. & Finkelhor, D. (2013). Online harassment in context: Trends from three youth Internet safety surveys (2000, 2005, 2010). *Psychology of Violence, 3*(1), 53-69. http://dx.doi.org/10.1037/a0030309

Katz, C., Piller, S., Glucklich, T., & Matty, D. (2018). «Stop Waking the Dead»: Internet Child Sexual Abuse and Perspectives on Its Disclosure. *Journal of Interpersonal Violence,* 886260518796526.

Kids Online Chile (2017) *Implementación de estudio de usos, oportunidades y riesgos en el uso de TIC por parte de niños, niñas y adolescentes en Chile: Informe final*. Encargado por MINEDUC y UNESCO-OREALC, Chile.

Korenis, P. & Billick, S. (2014). Forensic Implications: Adolescent Sexting and Cyberbullying. *Psychiatric Quarterly 85*(1), 97. https://doi.org/10.1007/s11126-013-9277-z

Lévy, P. (1997) *Cibercultura. La cultura de la sociedad digital*. Informe al Consejo de Europa. Anthropos.

Livingstone, S. & Haddon, L. (2009). Introduction. En S. Livingstone & L. Haddon (Eds.), *Kids online: opportunities and risks for children* (pp. 1-6). The Policy Press.

Manrai, R., Alaeddine, R. Elorreaga, G., Garrett, L. & Guerra, C. (2021). What do the potential recipients of disclosure of OSA say? Perspectives from Adolescents residents in Scotland and Chile. *Child Abuse & Neglect, 117, 1- 10*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105034

Martin, J. (2014) 'It's just an image, right? Practitioners' understanding of child sexual abuse images online and effects on victims. *Child & Youth Services*, *35*(2), 96-115.

Mayer, M. (2011). La utilización de internet entre los adolescentes, riesgos y beneficios. *Atención Primaria, 43*(6), 287-288. https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.004

Mishna, F., Saini, M., & Solomon, S. (2009). Ongoing and online: Children and youth's perceptions of cyber bullying. *Children and Youth Services Review*, *31*, 1222-1228.

Mitchell, K. J., Wolak, J., & Finkelhor, D. (2005). Police posing as juveniles online to catch sex offenders: Is it working? Sexual Abuse: *A Journal of Research and Treatment*, *17*, 241-267.

Montiel, I. (2014). V*ictimización Juvenil Sexual Online: Incidencia, Características, Gravedad y Co-ocurrencia con otras Formas de Victimización Electrónica* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia].

Nur Say, G., Babadagi, Z., Karabekiroglu, K., Yüce, M., & Akbas, S. (2015). Abuse characteristics and psychiatric consequences associated with online sexual abuse. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 18*, 333-336.

Our World in Data. (2019). *Global Change Data Lab*. University of Oxford.

Peña, P. (2021) No te vayas de internet: tensiones y resistencias. En Toro *et al*. (2021) *Violencia de género online: reflexiones interdisciplinarias*. Ediciones Universitarias de Valparaíso.

Pinto, C. & Venegas, K. (2015). Experiencias de Victimización y Polivictimización en Jóvenes Chilenos. *Señales 9*(14), 5-25.

Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 1095-1108.

Quayle, E. (2016). *Researching Online Child Sexual Exploitation and Abuse: Are There Links Between Online and Offline Vulnerabilities?* Global Kids Online, London. www. globalkidsonline.net/sexual-exploitation

Quayle, E. (2020). Prevention, disruption and deterrence of online child sexual exploitation and abuse. *ERA Forum, 21,* 429-447. https://doi.org/10.1007/s12027-020-00625-7

Toro, E. (2021). *Violencia de genero online: reflexiones interdisciplinarias*. Ediciones Universitarias de Valparaíso.

Servicio Nacional de Menores. (2019). *Orientaciones Técnicas para Programa de Protección Especializado de Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual*. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PRM.pdf

Wells, M., & Mitchell, K. (2007). Youth sexual exploitation on the Internet: DSM-IV diagnoses and gender differences in co-occurring mental health issues. *Child and Adolescent Social Work Journal, 24,* 235-260.

Apego y parentalidad en la adolescencia

Cristián Pinto-Cortez
Escuela de Psicología y Filosofía, Universidad de Tarapacá, Chile

Dadme un punto de apoyo y moveré el mundo.
Arquímedes

Introducción

Popularmente, la adolescencia se asocia con una etapa conflictiva y, por ello, también con una alta estigmatización hacia quienes inician este ciclo evolutivo. Lamentablemente, en términos generales, a la adolescencia se la ha caracterizado como un período «difícil» en el cual los jóvenes presentan «múltiples problemas», «múltiples crisis» o «donde los adultos deben soportar vaivenes emocionales abruptos y sin sentido». Sin embargo, pese a que es un período de transformaciones, la adolescencia, también es una etapa llena de mitos. En este contexto, existe una visión distorsionada respecto a que ella sería una etapa inabordable y que produce efectos devastadores en los cuidadores. Sin embargo, salvo contadas excepciones, la adolescencia es una etapa específica que desafía a los adultos, y también, plantea desafíos al propio adolescente y a su entorno en general. Es por ello que, según cómo se la enfoque y la postura que adopten los adultos para gestionarla, esta etapa puede convertirse en una fase enriquecedora en cuanto a cambios positivos para el propio adolescente y sus figuras cuidadoras. Tal como señala Siegel (2013) al plantear que algunas características de la adolescencia, como la *implicación social*, el *aumento de la intensidad emocional* y la *exploración creativa*, tienen un valor fundamental en la vida de los seres humanos que, bien orientadas, podrían ser pilares importantes para una transición positiva hacia la adultez.

La investigación científica ha puesto a disposición de la sociedad un robusto cuerpo de conocimiento sobre los cambios en la adolescencia que involucran modificaciones en los ámbitos cerebral, cognitivo, socioafectivo, conductual y en el desarrollo moral (Gozdas *et al*., 2019). Uno de los principales cambios en la adolescencia, en la área afectiva y vincular, remite al proceso de individuación,

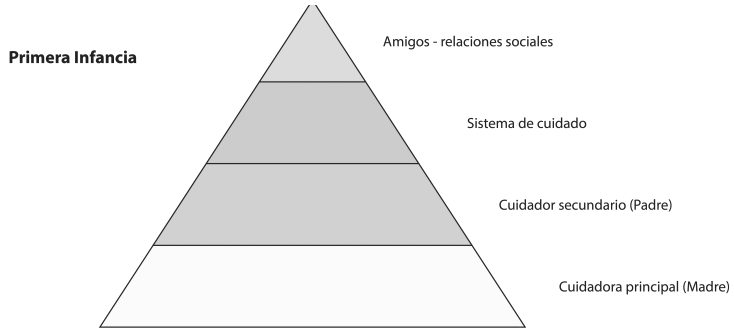
mediante el cual el adolescente, al crecer, desplaza sus inversiones afectivas fuera de la familia de origen y de las figuras que inmediatamente se relacionan con él. Desplazamiento que ha comenzado entre los 8 y 11 años, con el establecimiento de las primeras amistades personales y significativas (Cancrini & Larosa, 1996).

El análisis del proceso de individuación adolescente genera un punto de encuentro con la teoría del apego, toda vez que esta teoría se destaca como un marco de referencia actualizado y de gran valor heurístico para comprender los cambios en esta etapa, a partir del desarrollo socioemocional de los jóvenes y de los nuevos vínculos afectivos que establecen. Más concretamente, durante la adolescencia culmina un proceso de desarrollo en el cual la interacción con los padres ha modelado la mente y el comportamiento del niño, de esta manera, el adolescente estará preparado o no para la vida fuera de su familia de origen (Crittenden, 2001).

En esa línea, las investigaciones sobre apego y adolescencia han evidenciado que durante este período existe una transformación de la relación de apego jerárquica, la cual se ve influenciada por los procesos cognitivos de los adolescentes que facilitan el cuestionamiento de sus vínculos primarios y la búsqueda de relaciones de apego complementarias conforme van ampliando su círculo social (Crittenden, 2001), por ejemplo, con pares o parejas románticas (Viejo *et al*., 2019).

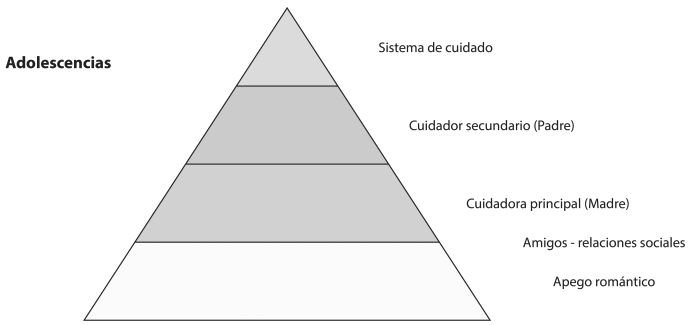
Los cambios en los procesos de apego en el ciclo vital pueden ilustrarse metafóricamente de forma piramidal, en el que cada segmento horizontal correspondería a potenciales figuras de apego, las cuales se diferencian en orden y jerarquía en la infancia y en la adolescencia.

Figura 1
Apego y primera infancia



En la Figura 1 se observa que en la primera infancia, la madre o cuidadora principal cumple un rol fundamental en cuanto a contención emocional, seguridad, satisfacción de las necesidades básicas y autorregulación del bebé (base de la pirámide), posteriormente, conforme avanza la edad del infante, otras figuras de apego estarán presentes, como, por ejemplo, los cuidadores secundarios o el sistema de cuidado en general y, posteriormente, sus primeras relaciones sociales con pares al ingresar al sistema escolar. Estas últimas relaciones representan la punta de la pirámide, ya que estas son incipientes y aún no cumplen un rol fundamental en la vida del niño.

Figura 2
Apego y adolescencia



A diferencia de la primera infancia, en la adolescencia, el orden jerárquico que ocupan las distintas figuras de apego cambian (Figura 2). Así, si bien los cuidadores no desaparecen del mapa afectivo del adolescente, sí aparecen nuevas figuras como los pares y las primeras parejas románticas que cumplen un rol específico a medida que el adolescente va ampliando su círculo social. En esta etapa, las primeras relaciones de pareja, que incluyen el apego romántico y la sexualidad, pueden posicionarse en la base de la pirámide del apego, habitando significativamente el mundo emocional del joven y reemplazando a las figuras cuidadoras (Hazan & Zeifman, 1999). Estos cambios, descritos ampliamente en la literatura (Gorrese & Ruggieri, 2012), suponen un desafío para el propio adolescente en cuanto a entender su mundo interno y externo; pero también para sus cuidadores quienes comparten la cotidianidad y perciben los cambios que van sucediendo en esta fase.

De acuerdo a lo expuesto, el presente capítulo tiene por objetivo realizar una reflexión teórica, basada en hallazgos de investigaciones, sobre los cambios en el apego durante la adolescencia; además de analizar el rol que cumplen los

cuidadores y los profesionales en este proceso. Este capítulo sitúa, en primer lugar, al apego en un marco de desarrollo y luego se centra en la comprensión del proceso de cambio para aquellos adolescentes y sus familias que necesitan de apoyo profesional. Para guiar la comprensión del texto se plantean las siguientes preguntas: ¿cómo es la estabilidad del apego en la adolescencia?, ¿cuál es el rol que cumplen los cuidadores en esta etapa, considerando los potenciales cambios en el apego?, ¿qué acciones pueden desarrollar los profesionales para facilitar la adaptación positiva de los jóvenes y sus familias? En síntesis, el capítulo pretende ser una reflexión teórica sobre la relación entre el apego, la adolescencia y la parentalidad.

Estabilidad del apego en la adolescencia

El modelo interno de trabajo (*internal working model*) se refiere a un constructo organizador que trata de describir el desarrollo de las representaciones mentales respecto del sí mismo (*self*) y de las expectativas de los comportamientos de los demás (modelo de los otros). Este modelo representacional es el resultado de las interacciones, en la primera infancia, entre los cuidadores y el niño, las cuales se interiorizan como procesos automáticos (Verschueren *et al*., 1996). Bowlby (1980) implementó este modelo en su teoría del apego para explicar cómo los individuos guiarán su comportamiento futuro a partir de estas representaciones mentales, generando expectativas sobre cómo las personas con quienes construyen vínculos afectivos responderán a su comportamiento (Bretherthon, 1990). Por ejemplo, un padre que rechaza la necesidad de cuidado del niño transmite que las relaciones cercanas deben, en general, ser evitadas, lo que resultaría en estilos de apego evitantes de la intimidad. En el ámbito de las investigaciones sobre apego y adolescencia (Fraley *et al*., 2011; Tracy *et al*., 2003) se ha evidenciado que los niños llegarían a la adolescencia con cuatro estilos de apego distintos, con sus respectivas representaciones mentales y estrategias de vinculación, estas últimas serán la impronta en sus vínculos afectivos (amigos, parejas románticas, pares). Tal como se describe en la Tabla 1, la seguridad en el apego estaría caracterizada por una modelo positivo de sí mismo y un modelo positivo de los demás, con una baja dependencia/ansiedad en las relaciones y una baja evitación de la intimidad.

Tabla 1
Tipo de apego en la adolescencia y representaciones mentales

Tipo	Descripción	Modelo del *Self* (sí mismo)	Dependencia	Modelo de los otros	Evitación
Seguro	Cómodo con la intimidad y la independencia	Positivo	Baja	Positivo	Baja
Evitante	Evitación de la intimidad, seudoindependiente-contraindependiente	Positivo	Baja	Negativo	Alta
Preocupado	Preocupado por la intimidad	Negativo	Alta	Positivo	Baja
Temeroso	Temeroso de la intimidad, evitante	Negativo	Alta	Negativo	Alta

En sentido contrario, el apego inseguro se caracterizaría por un conjunto de combinaciones entre representaciones de sí mismo negativas o positivas y representaciones de los demás, positivas o negativas. Cada tipo de apego inseguro, además, cuenta con sus particularidades respecto a la dependencia/ansiedad en las relaciones o la evitación de la intimidad (Tabla 1).

Ahora bien, la relevancia de identificar el tipo de apego en la adolescencia se debe a que, por un lado, el apego seguro se ha identificado como un factor protector y, por otro, el apego inseguro se ha relacionado con diversas situaciones de riesgo, como, por ejemplo, la adicción a sustancias, el desarrollo de síntomas depresivos, la violencia en el pololeo, la suicidalidad y el uso problemático de internet (Cacioppo *et al*., 2019; Cornellà-Font *et al*., 2018), entre otras. En este sentido, el apoyo parental sería la piedra angular para que los jóvenes disminuyan la exposición a situaciones de riesgo que pueden perjudicar significativamente su desarrollo.

Pese a lo anterior, un dilema central para los cuidadores en esta etapa es la comprensión respecto a si se pueden producir cambios en la manera de ser, pensar y estar de los adolescentes y si estos cambios serán efectivos a largo plazo. Asimismo, muchas veces los cuidadores no logran comprender si estos cambios deben generarse en los propios adolescentes, en ellos mismos como

cuidadores o son cambios que deben trabajarse en conjunto (díada). Para clarificar este aspecto, lo esencial es recurrir a los resultados de la literatura especializada y, más concretamente, a los estudios sobre la estabilidad y el cambio en el apego en la adolescencia; al respecto, las investigaciones (Fraley, 2002; Jones *et al*., 2018) han dado mayor respaldo empírico a un marco teórico llamado modelo del prototipo, el cual sostiene que los modelos internos (representaciones mentales) se actualizan y cambian en la medida en que las personas se encuentran con nuevos acontecimientos o nuevas experiencias relacionales, entonces se puede decir que existe un prototipo duradero que subyace a las dimensiones del apego, lo que si bien permite que los adolescentes experimenten cambios en el apego, también los limita (Jones *et al*., 2018). Las investigaciones relativas al modelo del prototipo sugieren una progresión en el ciclo evolutivo a través de la cual el estilo de apego se vuelve cada vez más estable desde la adolescencia a la edad adulta (Fraley, 2002). Los adolescentes pueden ser más susceptibles a los cambios en el apego en comparación con los adultos que suelen tener entornos sociales más estables y han tenido más tiempo para consolidar sus modelos de trabajo (Allen & Tan, 2016). Sin embargo, a medida que los individuos se desarrollan desde adolescentes a adultos, es posible que sus estilos de apego se canalicen y la probabilidad de cambio disminuya, lo que da lugar a una mayor estabilidad en la edad adulta que en la adolescencia. Considerando estos antecedentes, la adolescencia se configura como una oportunidad relacional, en la cual los adolescentes podrán resignificar, bajo ciertas condiciones, las percepciones respecto a sí mismos y a los demás, estas oportunidades relacionales serán reforzadas por sus incipientes parejas románticas, sus nuevas amistades y sus pares.

El rol de los cuidadores en el apego adolescente

El fortalecimiento del apego seguro en la adolescencia dependerá de la capacidad, tanto del adolescente como de los cuidadores, para redefinir sus vínculos afectivos, considerando la baja estabilidad del apego y el proceso de individuación. Un aspecto clave será que los cuidadores comprendan los cambios en los ámbitos cognitivo y emocional que ocurren en esta etapa y, en especial, el rol que ocupan ellos en los nuevos vínculos afectivos que genera el adolescente, quien evolutivamente transitará desde la vinculación con sus figuras de apego principales (cuidadores) hacia otras figuras de apego (pares, amigos, parejas románticas).

Esta redefinición se lograría a través del proceso de mentalización facilitado inicialmente por los cuidadores. La mentalización sería:

> La capacidad de interpretar el comportamiento, creencias, sentimientos, actitudes y deseos que subyacen a la conducta propia o el de los

> otros a través de estados mentales, significa leer en el comportamiento lo que está pasando en la mente de otros. (Fonagy *et al.*, 2002, p. 25).

La puesta en práctica del proceso de mentalización entre el adolescente y sus cuidadores puede ser un aporte significativo para el fortalecimiento de un apego seguro. Se ha demostrado que adolescentes con apego inseguro presentan un déficit en el proceso de mentalización (Jewell *et al.*, 2016) y este, a la vez, se produce como resultado de las relaciones con sus cuidadores primarios. Las fallas en la mentalización suponen un desafío importante para aquellos adolescentes que han desarrollado una base insegura y, también, para aquellos cuidadores que no han podido garantizar (por diversas situaciones) una base segura para sus hijos e hijas en la infancia.

En ese contexto, las diferencias que presentan los adolescentes respecto al apego destacan la importancia de abordar este tema con sus cuidadores, sin embargo, al considerar lo expuesto, surgen algunas interrogantes que son importantes de clarificar, por ejemplo, ¿qué rol juegan los cuidadores que no han desarrollado una base segura en sus hijos e hijas o inclusive que han generado experiencias traumáticas en sus hijos?, ¿qué rol juegan otros cuidadores significativos para los adolescentes?

Respecto a la primera interrogante, para definir quién o quiénes ejercerán el rol de cuidadores para el fortalecimiento de un apego seguro, es importante analizar la historia de vida del adolescente, ya que se ha comprobado que muchas de las experiencias adversas que derivan en traumas para niños, niñas y adolescentes son ocasionadas justamente por sus padres biológicos, quienes, idealmente, deberían garantizar los cuidados necesarios para el desarrollo de un apego seguro (Capaldo & Perrella, 2018). Las causas por las cuales los padres biológicos presentan déficits para cumplir las funciones requeridas para un apego seguro son variadas, entre ellas se encuentran, por ejemplo, factores de salud mental, sus propias historias de apego en la infancia, estrategias de vinculación, factores contextuales, entre otras. Sin embargo, la emergencia de cuidadores alternativos sensibles u otras figuras de apego, como pares o parejas románticas, pueden aportar, a través de la vinculación afectiva, a la revisión de las representaciones mentales en los adolescentes.

Así, en el curso de la adolescencia, algunas familias se sentirán desafiadas por los cambios propios de la adolescencia y podrán resolver estas tareas evolutivas con cierta calma, mediante conversaciones reparadoras e interacciones de apoyo que contengan la angustia del adolescente; mientras que otras familias requerirán de cierto acompañamiento social o inclusive profesional para favorecer su bienestar emocional. En ese sentido, la relación de apego en la infancia sentará un precedente sobre la relación de apego en la adolescencia y, según sea el caso, generará obstáculos o alimentará una relación altamente

conflictiva, sin perjuicio que también pueda promover oportunidades de cambio aprehendidas tanto por cuidadores como por el propio adolescente.

Ahora bien, estos procesos no están exentos de dificultades. Si se piensa en una hoja de ruta, el primer punto a considerar es la inexistencia de una fórmula estandarizada para todas las familias con respecto a la relación con sus hijos adolescentes, ya que, la forma de alcanzar un equilibrio sistémico dependerá del contexto familiar y de las características del apego del adolescente. Así, habrá adolescentes muy apegados emocionalmente a sus cuidadores (baja diferenciación) o adolescentes alejados emocionalmente de sus cuidadores (alta diferenciación) (Skowron & Friedlander, 1998), y existirán otros con estrategias desorganizadas de vinculación (Howard & Medway, 2004). En síntesis, desde la perspectiva de los cuidadores (sean padres biológicos o no), un paso fundamental para ellos será la comprensión de los aspectos sintomáticos y comportamentales del adolescente y de los procesos subjetivos que los subyacen. Además de comprender, cómo el adolescente construyó sus representaciones mentales a partir de sus experiencias tempranas. El apoyo de los cuidadores a sus hijos e hijas adolescentes mediante el fortalecimiento de la vinculación es vital para prevenir la exposición a conductas o situaciones de riesgos, es más, los cambios que generen los cuidadores pueden ser más fundamentales, incluso, que los del propio adolescente.

El rol profesional en el fortalecimiento del apego y la parentalidad en la adolescencia

Uno de los roles principales que cumplen los profesionales que trabajan con adolescentes y sus familias es la evaluación de aquellos factores que generan conflicto en las vidas de los jóvenes, tanto si estos factores proceden de características individuales como de las familiares o contextuales. Existen múltiples modelos de intervención psicosocial para adolescentes y sus familias (Piqueiro *et al*., 2016), algunos con mayor o menor grado de evidencia empírica; sin embargo, todos ellos tienen como característica común el mejoramiento del bienestar emocional de los adolescentes y sus familias. En esa línea, los modelos que utilizan la teoría del apego como supuesto básico de sus intervenciones con los adolescentes y sus familias, reciben el nombre de ABT-A (*Attachment Based Treatment for Adolescents* / tratamiento basado en el apego para adolescentes). Estos programas tienen como propósito reparar las dificultades en el apego y superar las fallas empáticas que han sufrido los adolescentes a lo largo de su infancia por parte de sus cuidadores.

Frecuentemente, las familias que solicitan apoyo profesional presentan una alta conflictividad en sus relaciones, o bien, uno de sus integrantes (generalmente el adolescente) presenta diversas problemáticas internalizantes o externalizantes que son causadas por diversos factores, como vulnerabilidades

genéticas, problemas de autorregulación emocional, estrés tóxico, experiencias adversas o traumas. En ese contexto, el abordaje basado en la teoría del apego considera la influencia de las relaciones tempranas en el desarrollo de los problemas de salud mental infanto-juvenil y determinadas psicopatologías (Safrany & Len, 2005).

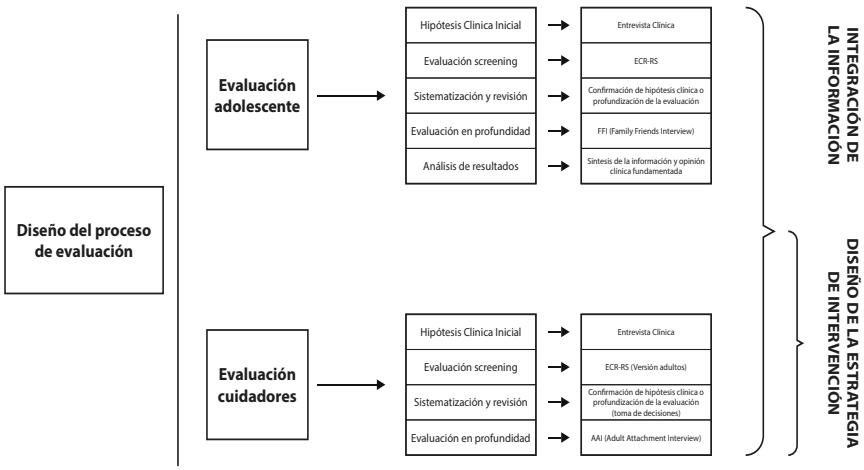
Si bien en otros países existen programas de entrenamiento para implementar intervenciones para adolescentes basadas en el apego, según lo que se conoce hasta ahora, en Chile no existe aún evidencia empírica sobre la efectividad de este tipo de intervenciones con adolescentes. Sin embargo, existe un número creciente de profesionales e investigadores con un alto nivel de conocimiento y formación respecto a los principios de la teoría del apego y sus aplicaciones clínicas. En esa línea, y más allá de las certificaciones obtenidas para la aplicación de modelos ABTA-A, se considera que la base para la eficiencia en la aplicabilidad de estos modelos es un conocimiento acabado de la teoría del apego, pues estos conocimientos, tienen un gran valor práctico para el diseño de los procesos de evaluación e intervención.

En el contexto de las intervenciones para adolescentes basadas en el apego, existen dos puntos de vistas sobre cómo llevar a cabo el trabajo terapéutico: por un lado, se encuentran los modelos que consideran el trabajo únicamente con los cuidadores (sin la participación de los adolescentes) (Moretti *et al*., 2015) y, por otro, los que consideran la inclusión del adolescente y los cuidadores, y además, la díada como un objeto de intervención (Kobak *et al*., 2015). Sea cual sea el punto de vista que adopten los profesionales (ambos tienen evidencias de validez), hay consenso respecto a que un paso previo de gran relevancia es el proceso de evaluación del apego en las familias con las cuales se trabaja. En esa línea, para implementar procesos de intervención es necesaria la información sobre el modelo interno de trabajo del adolescente y la influencia del contexto familiar y su biografía en el desarrollo de estos esquemas mentales. Además, es relevante obtener información sobre los modelos internos de trabajo de los cuidadores.

En Chile, se cuenta con pocos instrumentos para la evaluación del apego en adolescentes y adultos, sin embargo, destacan algunos adaptados a la realidad nacional, como el ECR (Experiences in Close Relationships-Relationships) en su versión para adolescentes ECR-RS (Experiences in Close Relationships-Relationships Structures) (Fraley, 2011) y para adultos y y la Family Friends Interview para evaluar adolescentes (FFI) (Steele & Steele, 2005). Estos instrumentos diseñados especialmente para evaluar el apego entregan una perspectiva respecto a las representaciones mentales de apego del adolescente y de sus adultos cuidadores y, también, de la percepción subjetiva de sus relaciones de apego. Adicionalmente, entregan información respecto a la ansiedad en las relaciones y la evitación de la intimidad. Una vez aplicados estos instrumentos permiten un acercamiento a la realidad del adolescente y sus cuidadores para desde ahí diseñar un plan de intervención basado en sus necesidades y en sus

representaciones mentales. Además, para las intervenciones se consideran como aliados y coterapeutas a los cuidadores (la presencia de ellos es primordial en la intervención), por lo tanto, el enfoque es familiar. Al igual que con el propio adolescente, se necesita, también, retroalimentación tanto de los estados mentales de los cuidadores respecto a sus hijos y de sus propias representaciones mentales de apego, como de sus procesos de mentalización. Una vez obtenida una visión general del problema, se está en condiciones de diseñar un plan de intervención eficiente. En el siguiente diagrama (Figura 2) se explican los aspectos principales a considerar en el proceso de evaluación.

Figura 2
Propuesta de un diseño de evaluación del apego en adolescentes y sus cuidadores



Nota: este protocolo es parte del proyecto de investigación UTA-MAYOR.

Luego de obtener una opinión fundamentada respecto de las representaciones mentales tanto del adolescente como de sus cuidadores, se tienen las guías necesarias para diseñar las estrategias de intervención basadas en el apego. La información que se desprende del proceso de evaluación informa sobre el modelo interno de trabajo del adolescente y de sus cuidadores, además de sus niveles de ansiedad en las relaciones y evitación de la intimidad (en ambos). Por ende, el diseño de la estrategia de intervención debe ser ajustado a las necesidades de cada adolescente y a las características de sus figuras cuidadoras.

Por ejemplo, si se identifica que una o una adolescente presenta una representación negativa de sí misma y una representación positiva de los demás, el trabajo terapéutico estará orientado a revisar y reparar tales representaciones a través de estrategias y técnicas psicoterapéuticas que permitan aumentar la visión positiva de sí mismo y asimilar las expectativas de los demás (en especial de los cuidadores). Sin embargo, estas intervenciones estarán catalizadas por las características y las oportunidades que puedan otorgar los cuidadores en términos de mentalización, de garantizar la seguridad y de la contención emocional. Por lo tanto, esto implica un plan terapéutico que incluya, además de los adolescentes, a los cuidadores en todos los momentos de la intervención. Para este fin, Kobac *et al*. (2015) proponen algunos objetivos que deberían incluirse en las intervenciones basadas en el apego para adolescentes.

Tabla 2
Tipos de intervenciones en los tratamientos basados en el apego para padres, adolescentes y familias

Secuencia del cambio	Intervenciones
Adolescente	– Obtener narrativas de experiencias de apego, validar sus emociones y afectos asociados. – Consolidar un guión de base segura. Identificar los daños en el apego y analizar las estrategias defensivas. – Preguntas reflexivas que promuevan la reevaluación de la capacidad de respuesta de los cuidadores a las necesidades afectivas y de apego del adolescente.
Cuidadores	– Psicoeducación para suscitar narrativas de cuidado hacia los adolescentes. Trabajar la transmisión intergeneracional del apego. – Consolidar un guión de base segura para el adolescente, reflexionar y otorgar interpretaciones alternativas para el comportamiento del adolescente (motivadas por las necesidades de apego). – Entrenamiento en habilidades de parentalidad positiva: escucha, conexión emocional, empatía, validación de emociones, sentimientos, y habilidades.
Díada	– Favorecer conductas de interacción entre que permitan a los adolescentes expresar directamente sus necesidades afectivas. – Entrenamiento en habilidades emocionales, fortalecer la respuesta mentalizadora, y el pensamiento reflexivo empático. – Revisar y reevaluar con el adolescente la respuesta de los cuidadores.

Discusión y conclusión

A lo largo de la literatura revisada se ha visto cómo las relaciones que los cuidadores establecen con sus hijos e hijas adolescentes se consideran factores importante que influyen en la adaptación positiva de los jóvenes, disminuyendo factores de riesgo y situaciones de riesgo.

En este capítulo se ha pretendido profundizar sobre aquellos aspectos que pueden fortalecer un apego seguro entre los cuidadores y sus hijos e hijas en la etapa adolescente. Nos hemos centrado en el rol fundamental que tiene los cuidadores, la responsabilidad que tienen los profesionales del área psicosocial, y el aporte que pueden significar los nuevos vínculos que desarrolla el adolescente con sus amigos, sus pares y sus primeras parejas románticas.

Se ha realizado una exhaustiva revisión sobre el tema, encontrado información muy amplia y valiosa, tanto sobre el apego adolescente, y la influencia de las primeras relaciones de apego en las representaciones mentales y en las relaciones que se establecen *a posteriori*. También se obtuvo información, sobre las relaciones de los adolescentes con los cuidadores, pares, amigos y parejas románticas, y cómo estas, influyen en el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los jóvenes.

El análisis de ha centrado fundamentalmente en los hallazgos de investigación sobre apego adolescente (Allen & Tan, 2016; Fraley, 2002; Jones *et al*., 2018) por considerar que se mantienen fiel a la teoría sobre el apego planteada por Bowlby, sin centrarse en exclusiva en las relaciones con los cuidadores, sino más bien integran el proceso de individuación, el cual es característico de esta etapa. En cuanto a las sugerencias para la intervención profesional se ha profundizado en los planteamientos prácticos de Kobak *et al*. (2015) ya que, además de ser uno de los especialistas que más ha trabajado en este tema, su modelo de intervención considera al adolescente, sus cuidadores, y el trabajo con la díada, lo que otorga una visión integral del problema y de la intervención. Además, estos modelos de trabajo presentan características similares a los programas de intervención en Chile, es decir, una perspectiva predominantemente sistémica familiar.

Para concluir, se plantea que la teoría del apego proporciona un marco teórico que nos permite a los profesionales entender mejor la calidad de las relaciones entre los adolescentes y sus cuidadores. Por otro lado, también podemos señalar que un acabado conocimiento de esta teoría favorece la organización de procesos de evaluación y de intervención eficaces que pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los adolescentes y sus familias.

Referencias

Allen, J. & Tan, J. (2016). *The multiple facets of attachment in adolescence. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss.* Basic Books.

Bretherthon, I. (1990). Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-252.

Cancrini, L. & La Rosa, C. (1996). *La Caja de Pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología* (1ª Ed. en castellano). Paidós.

Cacioppo, M., Barni, D., Correale, C., Mangialavori, S., Danioni, F., & Gori, A. (2019). Do attachment styles and family functioning predict adolescents' problematic internet use? A relative weight analysis. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(5), 1263-1271.

Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Child maltreatment: an attachment theory perspective. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *6*(1), 1-20

Cornellà-Font, M., Viñas-Poch, F., Juárez-López, J., Martín-Perpiñá, M., & Malo-Cerrato, S. (2018). Temperament and attachment as predictive factors for the risk of addiction to substances in adolescents. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *23*(3), 179-187.

Crittenden, P. (2001). Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: adaptación frente a necesidad de psicoterapia: adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, *12*(48), 33-62.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Routledge.

Fraley, C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, *6*(2), 123-151.

Fraley, R., Heffernan, M., Vicary, A., & Brumbaugh, C. (2011). The experiences in close relationships–Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment*, *23*(3), 615-625.

Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of youth and adolescence*, *41*(5), 650-672.

Gozdas, E., Holland, S., Altaye, M., & CMIND Authorship Consortium. (2019). Developmental changes in functional brain networks from birth through adolescence. *Human brain mapping*, *40*(5), 1434-1444.

Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336-354). Guilford Press.

Howard, M., & Medway, F. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*, *41*(3), 391-402.

Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P. et al. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 354-373.

Jones, J., Fraley, R., Ehrlich, K., Stern, J., Lejuez, C., Shaver, P., & Cassidy, J. (2018). Stability of attachment style in adolescence: An empirical test of alternative developmental processes. *Child development*, *89*(3), 871-880.

Kobak, R., Zajac, K., Herres, J., & Krauthamer Ewing, E. (2015). Attachment based treatments for adolescents: The secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. *Attachment & human development*, *17*(2), 220-239.

Moretti, M., Obsuth, I., Craig, S., & Di Bártolo, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: mechanisms of change. *Attachment & human development*, *17*(2), 119-135.

Piquero, A., Jennings, W., Diamond, B., Farrington, D., Tremblay, R., Welsh, B., & Gonzalez, J. (2016). A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, *12*(2), 229-248.

Safrany, K., & Len, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria, 6*(11), 1-15.

Siegel, D. (2013). *Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente.* Alba.

Skowron, E. & Friedlander, M. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. Journal of Counseling Psychology, *45*(3), 235-246.

Steele, H., & Steele, M. (2005). The Construct of Coherence as an Indicator of Attachment Security in Middle Childhood: The Friends and Family Interview. En K. A. Kerns & R. A. Richardson (Eds.), A*ttachment in middle childhood* (pp. 137-160). The Guilford Press.

Tracy, J., Shaver, P., Albino, A., & Cooper, M. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications. En P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Lawrence Erlbaum Associates.

Vershueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, *67*(5), 2493-2511.

Viejo, C., Monks, C., Sánchez-Rosa, M., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Attachment hierarchies for Spanish adolescents: family, peers and romantic partner figures. *Attachment & human development*, *21*(6), 551-570.

El uso de la mentalización para el abordaje del trauma complejo del desarrollo: aportes para una práctica clínica basada en la evidencia en Chile

Moufarrej Riff Silva
Escuela de Psicología, Universidad Central de Chile

Javier Morán-Kneer
Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile

Francisco Romero Cabrera
Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile

Introducción

Cuando el maltrato y/o el abuso sexual infantil (ASI) se prolongan en el tiempo; cuando se da simultáneamente con otras formas de violencia; y cuando quienes ejercen esas victimizaciones son los(as) cuidadores(as) principales, nos encontramos ante una forma de trauma crónico, múltiple y de naturaleza relacional (Mitchell & Steele, 2020; Racine *et al.*, 2020) que autores como Judith Herman (1992), Bessel van del Kolk (2005), Alexandra Cook (2005) o Julian Ford (2015), entre otros, han denominado trauma complejo del desarrollo. De acuerdo con Cook *et al.* (2007) las consecuencias de estas experiencias pueden ser devastadoras para niños, niñas y adolescentes (NNA), impactando áreas de su funcionamiento como el apego, los sistemas neuroendocrinos, las funciones ejecutivas, la regulación emocional, las creencias sobre el mundo, y la identidad; entre otras dimensiones de deterioro (Cloitre *et al.*, 2013; Pérez, *et al.*, 2020; van der Kolk *et al.*, 2019).

La severidad de la traumatización compleja desafía a los modelos habituales de intervención, tanto por los múltiples niveles de afectación que muestran

las víctimas de maltrato o abuso crónico (D'Andrea *et al.*, 2012); por la alta asociación con problemáticas de salud mental y otros estresores psicosociales (Degli *et al.*, 2020; Hamilton *et al.*, 2013); como también por la necesidad de contar con entornos y cuidadores(as) altamente sensibles que permitan la recuperación (Pearlman & Courtois, 2005; Steele *et al.*, 2019). En ese sentido, el trauma complejo constituye un reto para los dispositivos y profesionales de apoyo (Courtois & Ford, 2013; Pérez *et al.*, 2020), y un desafío para la psicoterapia del trauma (Morales, 2018; Silberg, 2020).

Al respecto, las propuestas de tratamiento que están orientadas únicamente a las manifestaciones conductuales del daño, por ejemplo, las respuestas postraumáticas de evitación y activación de las víctimas, han demostrado ser poco efectivas ante el impacto acumulativo y generalizado del trauma complejo (Lonergan, 2015; Phillipps *et al.*, 2019). Por otro lado, las propuestas centradas en la elaboración e integración de un único evento traumático también se ven limitadas cuando se abordan situaciones de traumas múltiples (Chu & Lieberman, 2010; Lecannelier, 2018).

Lo anterior ha llevado a la emergencia, más bien reciente, de modelos específicos de intervención en trauma complejo infanto-juvenil (Dauber *et al.*, 2015; Farina *et al.*, 2019; van der Kolk, 2005). Algunos ejemplos de estas propuestas son el modelo neurosecuencial (Perry & Dobson, 2013), la terapia infante-cuidador (Ghosh *et al.*, 2011), el modelo ARC (Arvidson *et al.*, 2011), adaptaciones de los modelos cognitivistas al trauma complejo TF-CBT CT (Cohen *et al.*, 2012) el modelo integrativo ITCT (Briere & Lanktree, 2011), el modelo de apego, trauma y complejidad (Lecannelier, 2018), el modelo de disociación EDUCATE (Silberg, 2020), entre otros.

En términos generales, todos estos modelos comparten: (a) un abordaje en fases o secuencial (Farina *et al.*, 2019; Liotti, 2004); (b) la focalización en varias dimensiones del desarrollo infanto-juvenil (Dauber *et al.*, 2015), relevando las áreas de apego y regulación (Lawson & Quinn, 2013); y (c) el fortalecimiento de la vinculación y conexión positivas entre los(as) NNA y sus entornos cotidianos (Lonergan, 2015). Este último punto ha sido clave, dada la evidencia disponible sobre la importancia del vínculo de apego en las víctimas de trauma complejo (Kagan *et al.*, 2014; Steele *et al.*, 2019), ya que el establecimiento de un vínculo seguro es fundamental para afrontar las disfunciones de regulación y organización asociadas a este tipo de experiencias (Ford & Courtois, 2013; Sadler *et al.*, 2013).

Aun así, propuestas de este tipo están lejos de convertirse en axiomas comunes de las prácticas clínicas del trauma y requieren todavía más investigación (Fernández *et al.*, 2018). En este ámbito, la literatura relativa a la epidemiología y efectos de los malos tratos supera con creces a la producción científica sobre la intervención y la psicoterapia (Echeburúa & Guerricaechavarría, 2011). En otras palabras, el desarrollo de investigación que informe la intervención en

situaciones de maltrato crónico, múltiple y relacional es un desafío urgente (Lawson & Quinn, 2013). A su vez, esta evidencia requiere mantener pertinencia social y cultural que asegure su adecuación a los diversos contextos locales (Bryant-Davis, 2019).

En el caso de Chile, el Servicio Nacional de Menores (SENAME), que es la institución pública a cargo de administrar la mayor parte de los programas de intervención en este ámbito, enfrenta este mismo tipo de desafíos. En primer lugar, es necesario notar la enorme demanda de casos de vulneración grave de derechos que absorbe esta institución, lo que durante el 2019 fue de 48.478 NNA; lo que equivale al 42,3% del total de usuarios(as) ingresados (SENAME, 2020).

Esto se complejiza toda vez que la oferta programática ambulatoria (que representa la mayor parte de los ingresos de casos de la institución) se externaliza a través de lo que se ha denominado organismos colaboradores acreditados (OCAS) (SENAME, 2019a; 2019b). Un importante cuestionamiento esbozado a esta modalidad de administración (ver informe Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Oficina de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019) consiste en la desarticulación en el tipo de acciones que estas llevan a cabo. De hecho, estos proyectos licitados inicialmente proponen, de manera independiente, el enfoque con el cual abordarán comprensiva y técnicamente la intervención. En este contexto, SENAME únicamente sugiere el uso de un modelo general de abordaje multidisciplinario, que contempla ejes transversales (el enfoque de derechos, de trabajo intersectorial, de género, intercultural, evolutivo y de inclusión) y algunas bases técnicas (SENAME, 2019c), sin embargo el trabajo específico, se determina de acuerdo a los criterios de cada organismo colaborador lo cual limita la coherencia en términos prácticos.

No obstante, aun en el caso de que existan lineamientos comunes, la escasa producción y evidencia empírica que fundamente y respalde las intervenciones en abuso y maltrato generada en Chile (Guerra & Arredondo, 2017) o, específicamente a partir de los mismos programa (Capella & Gutiérrez, 2014), levanta interrogantes sobre la capacidad actual con que cuenta la institución para el despliegue de prácticas pertinentes en el abordaje del trauma complejo del desarrollo.

Sin afán de dar una respuesta final a esta controversia, en este capítulo se busca aportar al debate sobre la intervención en trauma complejo a partir de los aportes del estudio de la mentalización. Este se ha constituido en un programa de investigación basado en la evidencia, que ha permitido generar un modelo comprensivo del desarrollo humano y la psicopatología, contando con aplicaciones directas y flexibles a la práctica terapéutica (Katznelson, 2014). Creemos que esta perspectiva puede ser útil como una consideración clínica transversal, con un importante potencial para adecuarse flexiblemente a distintos contextos culturales (Aival-Naveh *et al.*, 2019).

Aportes de la mentalización a la comprensión e intervención en trauma complejo

La mentalización o función reflexiva (FR), tal como ha sido operacionalizada (Fonagy *et al.*, 1991), hace referencia a la capacidad humana de interpretar el comportamiento propio y de los(as) demás en base a estados mentales subyacentes (Midgley *et al.*, 2019); es decir, mentalizar es comprender e interpretar el mundo a partir de las emociones, creencias y necesidades de las personas. La mentalización está a la base de muchas funciones socio-cognitivas y es esencial para el desenvolvimiento social y emocional (Fonagy *et al.*, 2017).

Esta capacidad emerge inicialmente en el contexto de las relaciones de apego (Slade, 2005). En esta interacción el/la adulto(a) promueve el desarrollo de representaciones mentales por medio de distintas interacciones con los(as) NNA. En el caso de los(as) bebés, el reflejo contingente y marcado del/la cuidador(a) sobre los estados internos de estos(as), les ayudaría a convertir un sentido físico y/o sensorial, en una representación mental (Choi-Kain & Gunderson, 2007). En niño(as) mayores, la curiosidad del/la adulto(a) sobre los estados mentales del/la NNA y su colaboración en el juego y la conversación (mediante preguntas, sugerencias y alternativas) ayudaría a estos(as) a comprender el funcionamiento y complejidad de las mentes (Muller & Midgley, 2015; Midgley *et al.*, 2019). En todas estas dinámicas, la figura cuidadora establece las bases para que el/la niño(a) logre una representación coherente de sí mismo(a) y del entorno (Fonagy & Target, 2006), adquiriendo un componente estructural de su desarrollo cognitivo e intersubjetivo (Fonagy & Target, 1997).

Los aportes de la teoría de la mentalización para la comprensión del trauma complejo son múltiples, aunque en este capítulo los hemos clasificado en 3 dimensiones: (a) aportes al entendimiento de los efectos y las secuelas del trauma; (b) aportes a la comprensión e interrupción de la transmisión intergeneracional del trauma; (c) aportes a la intervención de la recuperación del trauma. Detallamos estos aspectos a continuación.

(a) Aportes de la mentalización para la comprensión de los efectos y secuelas del trauma

Fonagy y Target (2008) proponen que un desarrollo alterado de la mentalización puede ocurrir debido a experiencias traumáticas en la infancia dentro de un contexto de apego. Estas dinámicas relacionales generadas entre los(as) cuidadores(as) agresores(as) y los(as) niños(as) víctimas de malos tratos, socava la capacidad de mentalizar de los(as) infantes, ya que estos(as) pueden «evitar activamente la mentalización para proteger una relación de apego o porque temen pensar sobre las (posiblemente malévolas) intenciones de los demás» (Midgley *et al.*, 2019, p. 97). En ese sentido, la falta de respuestas empáticas y mentalizadoras

por parte de una figura cuidadora, pueden ser en sí mismas experiencias tempranas adversas, adquiriendo un rol activo como factor de vulnerabilidad de los(as) NNA (Bateman & Fonagy, 2012; Mitchell & Steele, 2020).

Así, por ejemplo, Ensink *et al.* (2015), plantean que los(as) NNA que han experimentado agresiones sexuales presentan mayores mermas en su capacidad de mentalizar. Junto con ello, se ha observado que las situaciones de abuso sexual intrafamiliar se relacionan con fallas de mentalización más estructurales y graves. A su vez, se ha evidenciado que los(as) NNA víctimas de maltrato físico muestran dificultades para atribuir la ira y leer rostros humanos (Cicchetti & Curtis, 2005); además de mostrar un desarrollo más tardío de la capacidad de reconocer las mentes (Pears & Fisher, 2005). El impacto del maltrato sobre la mentalización también ha sido demostrado en adolescentes, relacionando una baja FR a la emergencia de sintomatología externalizante (Adler *et al.*, 2020).

En síntesis, se ha observado que las experiencias de malos tratos en la infancia influyen en la FR de las víctimas, especialmente cuando esa violencia proviene de sus cuidadores(as) (Mitchell & Steele, 2020). De igual forma, las mermas en dicha capacidad tienen relación con la emergencia de sintomatología en quienes han sufrido eventos de violencia y abuso, ya que la mentalización en NNA media parcialmente la relación entre las experiencias de trauma relacional crónico y la psicopatología (Adler *et al.*, 2020; Ensink, Normandin *et al.*, 2015). Al respecto, se ha evidenciado que bajos niveles de mentalización, conducen a altos índices de disociación y mayores problemas de externalización en NNA (Ensink *et al.*, 2016).

Una de las razones más fuertes que explican por qué las alteraciones en la mentalización impactan en el desarrollo psicopatológico (Lawson & Akay-Sullivan, 2020), tiene relación con su efecto en los(as) NNA, específicamente sobre la capacidad de discernir la información de su entorno (Lorenzini *et al.*, 2018). Así, una de las consecuencias más devastadores del trauma complejo, es su impacto sobre las mismas bases que permiten hacerle frente, al obstaculizar la capacidad para confiar en los(as) otros(as) como fuente segura de información sobre el entorno social en un contexto de cooperación y seguridad; lo que diversos(as) autores(as) han denominado «confianza epistémica» (Fonagy *et al.*, 2017; Luyten *et al.*, 2020). Esto perpetúa patrones relacionales desadaptativos, ya que priva al/la NNA de contar con experiencias intersubjetivas fiables para integrar información sobre sí mismo(a), los(as) demás y el mundo en general (Sharp *et al.*, 2020; van der Kolk, 2005), afectado gravemente su capacidad de autorregulación y vinculación con el entorno.

En esta misma línea, Berthelot *et al.* (2015), refieren que la FR podría ser una construcción clave que explica la diferencia entre los(as) adultos(as) que desarrollan un apego inseguro y/o algún tipo de psicopatología, como reacción a los malos tratos en la infancia.

(b) Aportes de la mentalización sobre la transmisión intergeneracional del trauma

De acuerdo a Fonagy *et al.* (2000), dificultades en el funcionamiento reflexivo de un(a) adulto(a) cuidador(a), son indicadores de riesgo importantes para el desarrollo del apego, y más específicamente para la transmisión intergeneracional del trauma (Fonagy *et al.*, 1991; Fonagy *et al.*, 1993). Este último punto es relevante al considerar la evidencia de riesgo intergeneracional a ser víctima de experiencias abusivas en NNA (McCloskey & Bailey, 2000).

Al respecto, si un(a) adulto(a) cuidador(a) ha experimentado eventos de trauma relacional crónico en su infancia, los cuales no ha podido elaborar a la largo de su vida, existe mayor probabilidad que vea limitada su capacidad de comprender y responder con sensibilidad a las necesidades de contención emocional del/la NNA a su cargo (Fraiberg *et al.*, 1975), impidiéndole asumir un rol de corregulador(a) de la angustia del/la infante (Ensink *et al.*, 2015).

Lo recién expuesto vincula a la mentalización, no solo cómo eje de la transmisión del vínculo afectivo entre los(as) niños(as) y sus cuidadores(as) (Ensink *et al.*, 2016; Ensink, Normandin *et al.*, 2015; Fonagy *et al.*, 1991), sino que sus deficiencias asociadas a experiencias traumáticas de los(as) cuidadores(as) se asocia a un mayor riesgo de presentar respuestas inapropiadas al estrés infantil y mermas en la capacidad de protección del/la NNA (Bateman & Fonagy, 2012; Berthelot *et al.*, 2015).

Por el contrario, la capacidad del/la cuidador(a) de tratar al/la niño(a) como un(a) sujeto mentalizante ha sido descrita como un factor protector, que permitirá al/la adulto(a) responder de manera contingente a las demandas del/la NNA (Allen, 2013), promoviendo una mejor adaptación a su entorno social (Sharp *et al.*, 2020), fortalecimiento de su capacidad de autorregulación (Colonnesi *et al.*, 2019), e incluso prepara la capacidad futura de mentalizar a sus propios(as) hijos(as) (Håkansson *et al.* Ensink, Normandin *et al.*, 2015).

No obstante, tal como proponen Fonagy *et al.* (1991), esta capacidad del/la adulto(a) estará influida por sus propias experiencias de haber sido mentalizado(a) adecuadamente en el pasado, lo que da cuenta de la circularidad de este tipo de experiencias y, por lo tanto, el impacto del trauma relacional no solo en el/la NNA, sino que también en sus propios(as) cuidadores(as) (Fonagy *et al.*, 1993).

(c) Aportes de la mentalización a la recuperación del trauma

Las intervenciones basadas en la mentalización trabajan con los(as) NNA y sus cuidadores(as) para restablecer y fortalecer la capacidad para mentalizar. En el caso de las experiencias traumáticas, poder fomentar la mentalización del/la cuidador(a) es un importante mediador del daño. Por ejemplo, en NNA

víctimas de abuso sexual, la emergencia de sintomatología no solo se asocia a la experiencia directa de abuso, sino que también a la FR materna (Berthelot *et al.*, 2019; Ensink *et al.*, 2014).

La mentalización del(la) cuidador(a) le permite responder de manera adecuada a las necesidades de un(a) NNA que ha vivido traumas, conteniendo sin revictimizar (Allen, 2013). Además de permitir que el/la adulto(a) organice el funcionamiento fisiológico hiperactivado del/la NNA tras vivir el trauma o recordarlo (Schore, 2001). Por ejemplo, reconocer cuando el/la NNA siente miedo o terror, se desconecta del mundo, o cuando actúa de modo defensivo (Lecannelier, 2018). La constante contención del/la adulto(a) ayudará al/la NNA a abandonar las estrategias de sobrevivencia utilizadas en el pasado (disociación, aislamiento, lucha o huida, etc.) y restablecerá su desarrollo socioemocional interferido (Silberg, 2020).

Dicho de otra forma; la presencia de un(a) cuidador(a) capaz de hacer frente a las necesidades proteccionales y afectivas de un(a) NNA, tiene el potencial de atenuar el impacto del trauma (Morales, 2018; Racine *et al.*, 2020; Sharp *et al.*, 2020). Sin embargo, la capacidad de este(a) adulto(a) de desplegar este tipo de acciones dependerá primero de su capacidad para reconocer e interpretar las necesidades del NNA, es decir, de su capacidad de mentalizar al niño.

Así también, el foco en la mentalización podría favorecer la sensación de agencia y seguridad de los(as) propios(as) NNA (Muller & Midgley, 2015), promoviendo la exploración de su entorno y la participación en nuevas experiencias sociales positivas (Colonnesi *et al.*, 2019; Luyten *et al.*, 2020). En ese sentido, la mentalización facilita el aprendizaje social, pues permite revisar los propios patrones relacionales, además de las emociones y creencias subyacentes a la conducta, facilitando el abandono de los ciclos de reexperimentación y reactuación del trauma (Fonagy *et al.*, 2017).

El desarrollo del funcionamiento reflexivo permitiría que NNA comprendan sus propias reacciones emocionales asociadas a sus experiencias traumáticas (Bizzi *et al.*, 2020; Ensink, Normandin *et al.*, 2015). Este punto adquiere relevancia en la medida en que existe evidencia de que la capacidad de abordar sentimientos, emociones y experiencias ligadas a eventos abusivos, se alza como factor protector de los procesos interventivos en esta línea (Capella & Rodríguez, 2018). Además, existe evidencia de que la mentalización promueve la alianza terapéutica e impacta favorablemente en la disminución de los índices de disociación en sobrevivientes de este tipo de traumas (Lawson & Akay-Sullivan, 2020; Lorenzini *et al.*, 2018; Sharp *et al.*, 2020).

Finalmente, el desarrollo de la mentalización de los(as) NNA, mediada por la relación con el/la cuidador(a) y el acompañamiento terapéutico, puede ayudarles a dar sentido a sus experiencias traumáticas (Berthelot *et al.*, 2019). Muchos modelos de trauma incluyen etapas de procesamiento cognitivo del trauma (Cohen *et al.*, 2012), reconstrucción narrativa de la experiencia

(Courtois & Ford, 2013; Lawson & Quinn, 2013), y reflexión sobre los aprendizajes adquiridos (Kagan *et al.*, 2014; Silberg, 2020). No obstante, todos estos procesos descansan sobre la habilidad del/la NNA para nombrar sus pensamientos y emociones, y poder revisarlos a la luz de los aprendizajes y las experiencias actuales; siendo en definitiva procesos de mentalizar el trauma.

Una invitación para los modelos de intervención en Chile

A través de los puntos anteriores, hemos querido presentar evidencia clínica que consideramos relevante para ser considerada en la discusión respecto a aspectos comunes que pueden informar la práctica de programas de la red SENAME que abordan trauma complejo del desarrollo. Particularmente, esta perspectiva, basada en la evidencia (Ensink *et al.*, 2017), puede ser un insumo relevante a la hora de establecer directrices para la intervención en un contexto que ha recibido críticas por su baja especificidad (Guerra & Barrera, 2017).

El impacto de una práctica informada por la evidencia, no solo puede ser un factor de cambio en víctimas de vulneración grave de derechos, si no también, un aporte para profesionales quienes muchas veces se sienten abrumados(as) por la complejidad de las experiencias que deben abordar (Bilbao *et al.*, 2018; Arredondo *et al.*, 2020), promoviendo un mayor desgaste.

En este escenario, el incipiente desarrollo del estudio de la mentalización como modelo comprensivo del trauma (Bateman & Fonagy, 2012; Ensink, Fonagy *et al.*, 2015) y los acercamientos terapéuticos derivados de esta mirada del desarrollo (Migdley *et al.*, 2019; Röhnelt *et al.*, 2012), invitan a visualizar el rol de este marco conceptual como factor común y central de los procesos de recuperación y apoyo ante el trauma, tanto en el trabajo con los(as) cuidadores(as) como con los/las NNA. A su vez, un abordaje basado en la mentalización puede colaborar en la interrupción y prevención de futuros maltratos, al considerar su importancia en la transmisión del trauma; esto es: movernos desde una mirada centrada en los individuos, hacia una mirada centrada en la transgeneracionalidad.

Referencias

Adler, A., Gervinskaitė-Paulaitienė, L., Čekuolienė, D., & Barkauskienė, R. (2020). Childhood Maltreatment and Adolescents' Externalizing Problems: Mentalization and Aggression Justification as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1783733

Aival-Naveh, E., Rothschild-Yakar, L., & Kurman, J. (2019). Keeping culture in mind: A systematic review and initial conceptualization of mentalizing from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *26*(4). https://doi.org/10.1111/cpsp.12300

Allen, J. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac Books.

Arredondo, V., Díaz, T., Calavacero, N., & Guerra, C. (2020). Autocuidado y cuidado de equipos que trabajan con niños vulnerados. *Revista de Psicología*, *29*(1).

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K. I., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., et al. (2011). Treatment of complex trauma in young children: developmental and cultural considerations in applications of the ARC intervention model. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4, 34-51

Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing Inc.

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational Transmission Of Attachment in Abused and Neglected Mothers: The Role of Trauma-Specific Reflective Functioning. *Infant Mental Health Journal, 36*(2), 1-13. http://doi.org/10.1002/imhj.21499

Berthelot, N., Roxanne, L., Garon-Bissonnette, J., Lacharite, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, *95*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065

Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., & Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, *17*(3), 199-210.

Bizzi, F., Charpentier - Mora, S., Ensink, K., Cavanna, D., & Borelli, J. (2020). Does Children's Mentalizing Mediate the Role of Attachment and Psychological Maladjustment in Middle Childhood? *Journal of Child and Family Studies*, *29*, 1793–1803. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01701-9

Briere, J. & Lanktree, C. B. (2011). *Treating complex trauma in adolescents and young adults*. Sage publications.

Bryant-Davis, T. (2019). The cultural context of trauma recovery: Considering the posttraumatic stress disorder practice guideline and intersectionality. *Psychotherapy*, *56*(3), 400-408.

Capella, C., Rodríguez, L. (2018). Buenas prácticas que favorecen el cambio psicoterapéutico en casos de agresiones sexuales: Integrando la perspectiva de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas. *Señales, 18*, 7-22. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2017/02/Revista-Senales_N18-2018.pdf

Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la

resignificación y la superación. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*, 13(2), 93-105. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-348

Chu, A. T., & Lieberman, A. F. (2010). Clinical Implications of Traumatic Stress from Birth to Age Five. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 469-494.

Choi-Kain, L., & Gunderson, J. (mayo de 2007). *Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder.* Presentado como parte de la 160º reunión de la Sociedad de Psiquiatría Americana. Estados Unidos.

Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2005). An event-related potential study of the processing of affective facial expressions in young children who experienced maltreatment during the first year of life. *Development and Psychopathology*, *17*, 641-677.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*, 1-12.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, *36*(6), 528-541.

Colonnesi, C., Zeegers, M. A. J., Majdandžić, M., van Sterrnsel, F., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and Mothers' Early Mind-Mindedness Predicts Social Competence and Behavior Problems in Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*, 1421-1435. https://doi.org/10.1007/s10802-019-00537-2

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., … & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 390-398.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, Ch., Blaustein, C., Sprague, C.,… & van der Kolk, B. (2007). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Focal Point*, *21*(1), 4-8. https://www.pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/fpW0702.pdf

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treating complex trauma: A sequenced relationship-based approach*. Guilford Press.

Dauber, S., Lotsos, K., & Pulido, M. (2015). Treatment of Complex Trauma on the Front Lines: A Preliminary Look at Child Outcomes in an Agency Sample. *Child & Adolescent Social Work Journal, 32*(6), 529-543. dx.doi.org/10.1007/s10560-015-0393-5

Degli, M., Pinto, S., Humphreys, D., Sale, R., & Bowes, L. (2020). Child maltreatment and the risk of antisocial behavior: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse & Neglect*, *99*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104281

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need

a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*, 187-200. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual, 19*(2), 469-486.

Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Berthelot, N., Biberdzic, M., & Duval, J. (2015). O papel protetor da mentalizaçao de experiências traumaticas: implicaçoes quando da entrada na parentalidade. *Estilos clinicos, 20*(1), 76-91. http://dxdoi.org/10.11606/issn.1981-1624.v20i1p76-91

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology, 33*(2). 203-217. doi: doi: 10.1111/bjdp.12074

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: pathways to depression and externalising difficulties. *European journal of psychotraumatology, 27*(7). http://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611

Ensink, K., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational Pathways From Reflective Functioning to Infant Attachment Through Parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *48*(1), 9-18. https://doi.org/10.1037/cbs0000030

Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., y Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, *5*(1471), 1-12.

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(1), 11-30. http://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536

Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, *10*(933). http://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933

Fernández, C., Serrano, E., Ruiz, G., Ramírez, C., Esteve, R., & López, E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental, 41*(2), 81-90. http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). «Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships.» *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *14*(3), 387-421.

Fonagy, P., Steele, M. Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. http://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, *20*(6), 544-576.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*, 679-700.

Fonagy, P., & Target, M. (2008). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. En Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis,* (pp. 15-49). Other Press.

Fonagy, P., Campbell, C., & Bateman, A., (2017). Mentalizing, Attachment, and Epistemic Trust in Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *67*(2). http://dx.doi.org/10.1080/00207284.2016.1263156

Fonagy, P. Campbell, C. & Luyten, P. (2017). Mentalizing. En S. Gold (Ed), *Handbook trauma psychology. volume 1 Foundations in Knowledge,* (373-388). APA.

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *The psychiatric clinics of north America*, *3*(1), 103-122.

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 41*(4), 957-989.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores,* 2019. https://www.unicef.org/chile/media/2441/file/desinternacion.pdf

Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27584.

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.

Ghosh Ippen, C., Harris W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk?. *Child Abuse and Neglect, 35*, 504-513.

Guerra, C., & Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil ¿Una tarea pendiente en Chile?, *Summa Psicológica UST*, *14*(1), 1-11.

Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, *Revista de psicología*, *26*(2), 1-13. http://doi.org/dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952

Håkansson, U., Watten, R., Söderström, K., Skårderud, F., & Øie, M. G. (2018). Adverse and adaptive childhood experiences are associated with parental reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Child Abuse & Neglect*, *81*, 259-273. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.007.

Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *42*(3), 332-347.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 271-286.

Kagan, R., Henry, J., Richardson, M., Trinkle, J., & LaFrenier, A. (2014). Evaluation of Real Life Heroes Treatment for Children with Complex PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(5), 588–596. http://dx.doi.org/10.1037/a0035879

Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, *34*, 107-117. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003

Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of clinical psychology*, *69*(5), 497-509.

Lawson, D., & Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child -Sexual Abuse, 29*(6), 677-696. http://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369

Lecannelier, F. (2018). Apego y trauma complejo: un programa de intervención para infantes institucionalizados. En S. Gojman-de-Millán, C. Herreman & A. Sroufe. (Coords.), *La teoría del apego, investigación e intervención en distintos contextos socioculturales* (pp. 244-255). Fondo de cultura económica.

Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *41*, 472-486.

Lonergan, M. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *23*(5), 494-512. http://doi.org/10.1080/10926771.2014.904467

Lorenzini, N., Campbell, C., & Fonagy, P. (2018). Mentalization and Its Role in Processing Trauma. En B., Huppertz (Ed.), *Approaches to Psychic Trauma: Theory and Practice*, (pp. 403-418). Rowman & Littlefield.

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 16,* 297-325. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355

McCloskey, L., & Bailey, J. (2000). The intergenerational transmissión of risk for child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, *15*(10), 1019-1035.

Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg N., & Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado*. Desclée De Brouwer.

Mitchell, S., y Steele, K. (2020). Mentalising in complex trauma and dissociative disorders. *European journal of trauma and dissociation*. 100168. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100168

Morales, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144. http://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186

Muller, N., & Midgley, N. (2015). Approaches to assessment in time-limited Mentalization-Based Therapy for Children (MBT-C). *Frontiers in Psycholo*gy, 6(1063). http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01063

Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 449-459. http://doi.org/10.1002/(ISSN)1573-6598

Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, *17*, 47-65.

Pérez, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández, V. & Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, *41*(3), 219-227.

Perry, B. D., & Dobson, C. L. (2013). Application of the neurosequential model (NMT) in maltreated children, En J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents* (249-260). The Guilford Press.

Petruccelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *97*. http://doi.org//10.1016/j.chiabu.2019.104127

Phillipps, A., Silbermann, A., Morawa, E., Stemmier, M., & Erim, Y. (2019). Effectiveness of a Multimodal, Day Clinic Group-Based Treatment Program for Trauma-Related Disorders: Differential Therapy Outcome for Complex PTSD vs. Non- Complex Trauma-Related Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10(800). http://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00800

Racine, N., Eirich, R., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., & Madigan, S., (2020). Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. *Child Abuse and Neglect*, *101*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104375

Röhnelt V., Schwan, S., & Midgley, N. (2012). Mentalization-based therapy with maltreadted children living in shelters in southern Brazil: A single case study. *Psychoanalytic Psychotherapy, 26*(4), *308-326*. http://doi.org/10.1080/02668734.2012.730546

Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant Mental Health Journal*, *34*(5). http://doi.org/10.1002/imhj.21406

Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, *22*(1-2), 7-66.

Servicio Nacional de Menores. (2019a). *Orientaciones técnicas: Programas de Intervención Integral Especializada*, 2019. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PIE.pdf

Servicio Nacional de Menores. (2019b). *Orientación técnica: Programa Especializado en Intervención con Adolescentes que presentan Conductas Abusivas de carácter Sexual (PAS)*. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PAS.pdf

Servicio Nacional de Menores. (2019c). *Orientaciones técnicas: Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM)*. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PRM.pdf

Servicio Nacional de Menores. (2020). *Anuario estadístico 2019*, 2020. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2020/10/Anuario-Estadistico-2019-13-10-2020.pdf

Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L., & Fonagy, P. (2020). Learning to mentalize: A meditional approach for caregivers and therapist. *Clinical Psychology science and practice*, *7*(3), e12334. http://doi.org/10.1111/cpsp.12334

Silberg, J. (2020). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development, 7*, 269-81. http://doi.org/10.1080/14616730500245906

Steele, H., Murphy, A., Bonuck, K., Meissner, P., & Steele, M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©): Improvements in the parent–child relationship not seen in the control group. *Development and psychopathology*, *31*(1), 203-217.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401-408. http://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06

Van der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1).

Repensando el trabajo con familias en contexto de pandemia: aportaciones desde la psicología de la emergencia para la promoción del bienestar infantil[1]

Eduardo Sandoval-Obando
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades,
Universidad Autónoma de Chile

Introducción

La pandemia provocada por la propagación del virus SARS-CoV-2 en Chile y el mundo ha impactado significativamente en las pautas de comportamiento, dinámicas relacionales y prácticas cotidianas de los individuos y sus comunidades de origen, provocando diversas consecuencias en el campo de la salud física y mental. Lo anterior se encuentra fundamentado en reportes internacionales en los que se evidencia un aumento potencial de los trastornos relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión y la alteración de los patrones de sueño y alimentación (Shigemura *et al*., 2020).

Por consiguiente, la pandemia instala un conjunto de estresores psicosociales para las personas, configurando un contexto marcado por la incertidumbre, el miedo al contagio, la sobrecarga de roles y funciones asociadas al trabajo / educación a distancia (Sandoval-Obando, 2020a) y su incidencia en los estilos de crianza y ambiente familiar (Brown *et al*., 2020), el impacto del distanciamiento físico, los procesos de duelo (Sandoval-Obando, 2020b), la recesión económica (elevando los niveles de cesantía, aumento de los costos de vida, inflación, etc.)

[1] Este capítulo ha sido construido en el marco del proyecto FONDECYT de Iniciación Nº 11190028 "La Profesionalidad Docente Rural: Implicaciones Socioeducativas desde la Perspectiva Narrativa Generativa" financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) / Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile.

y el agravamiento de las diversas desigualdades que imperan en nuestro país, lo que complejiza mucho más la intervención psicosocial en contextos vulnerados[2].

Por ende, resulta indispensable avanzar en la sistematización de aquellas acciones y prácticas de intervención que sean coherentes con las necesidades, intereses y particularidades de los niños(as), jóvenes (en adelante NNJ) y sus familias, muchos de los cuales están vivenciando las diversas consecuencias provocadas por la pandemia (De Sousa *et al*., 2020). Lo anterior, visibiliza el desafío de adaptar las estrategias de intervención a las condiciones socio-sanitarias, políticas e histórico-culturales imperantes en el país. En dicho contexto, cobran relevancia los aportes de la psicología de la emergencia como una subdisciplina de la psicología interesada en el estudio del comportamiento humano antes, durante y posterior a la presentación de un evento potencialmente traumático para un individuo (Sandoval-Obando, 2019), particularmente cuando dicho evento (crisis, emergencia, catástrofe) ha tensionado y/o deteriorado significativamente los lazos de asociatividad y cohesión social existente en una comunidad (Cova & Rincón, 2010; Lopes *et al*., 2010) como consecuencia del confinamiento prolongado y la pandemia (Brooks *et al* 2020).

Este trabajo contiene tres secciones además de la introducción. En la primera parte, se presenta y describe la psicología de la emergencia con sus respectivos ámbitos de intervención y abordaje de los procesos de crisis y eventos potencialmente traumáticos. En la segunda sección, se presenta una mirada general respecto a la primera ayuda psicológica (PAP) como una técnica de intervención modular y flexible para el abordaje de una crisis, la que ha sido de utilidad en contexto de pandemia, particularmente cuando se aplica de manera no presencial. En la tercera parte, se aborda la resiliencia y el apoyo social como ámbitos de promoción relevante en la intervención psicosocial con NNJ situados en contextos vulnerados. Finalmente, se comparten y explicitan algunas reflexiones y ejes estratégicos relevantes sistematizados por el autor a lo largo de su trayectoria profesional, para la mejora continua de la intervención que desarrollan los y las profesionales en el ámbito de protección de la infancia y justicia juvenil respectivamente.

[2] Cuando hablamos de contextos vulnerados, estamos haciendo mención a todos aquellos ambientes y/o espacios de desarrollo en los que se han desenvuelto los niños, niñas y jóvenes durante su trayectoria vital, caracterizados por las desigualdades sociales imperantes (cesantía, pobreza, violencia, marginación y exclusión social, precariedad de vivienda, aislamiento, profecías autocumplidas de fracaso; estigmatización, desigualdad económica, etc.), como factores socioculturales que directa o indirectamente repercuten sobre su desarrollo y derechos fundamentales. Dicha conceptualización implica una mirada más profunda y crítica respecto a las responsabilidades que tiene la familia, la escuela, la sociedad y/o el Estado en la perpetuación estructural de estas condiciones así como de las necesidades de transformación y reivindicación psicosocial, que posibiliten la construcción de una sociedad más democrático y con mayor justicia social para todos(as).

Desarrollo

Psicología de la emergencia: objeto de estudio y ámbitos de intervención

La psicología de la emergencia nace como una subdisciplina de la psicología interesada en el estudio y comprensión del comportamiento humano frente a eventos potencialmente traumáticos (Salas, 2012; Ochoa, 2015; Sandoval-Obando, 2020c). Por consiguiente se interesa por el abordaje y tratamiento de aquellas personas, grupos y/o comunidades que experimentan el trauma, antes, durante y posterior a la presentación de una crisis o evento que impacta significativamente en su calidad de vida y prácticas cotidianas, alterando el funcionamiento y tejido social del entorno afectado.

De manera similar, Valero (2002) la define como un área de la psicología abocada al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, desarrollando un importante rol en la implementación de estrategias de intervención psicosocial que faciliten la mitigación y preparación de la población frente a estos eventos, con el objetivo de reducir las respuestas inadaptativas de los individuos y facilitar la posterior rehabilitación y reconstrucción.

En vista de lo anteriormente expuesto, y tomando como referencia la revisión del estado del arte actual (Araya, 2013; Parada, 2008; Sandoval-Obando, 2019a; Valero *et al*., 2007; Sandoval-Obando, 2020c), en la Tabla 1 se describen las dimensiones de estudio y desarrollo de la psicología de la emergencia:

Tabla 1
Ámbitos de estudio y desarrollo de la psicología de la emergencia

Ámbitos de estudio y desarrollo de la psicología de la emergencia
– Comprender los procesos psicológicos básicos y complejos que emergen antes, durante y posterior a la presentación de una crisis, emergencia y/o evento potencialmente traumático para un sujeto, comunidad y/o región.
– Desarrollar y desplegar técnicas y herramientas psicológicas para situaciones de emergencia, tales como los primeros auxilios psicológicos, triaje psicológico, la intervención en crisis, la gestión de la espera, los protocolos de desactivación en intervinientes y respondedores de emergencias, entre otros.
– Apoyar los procesos de selección de personal para integrar los equipos de intervinientes que se despliegan durante la presentación de una emergencia o catástrofe: policías, bomberos, equipos de salud, interventores psicosociales, equipos de búsqueda y rescate, integrantes de las Fuerzas Armadas y de Orden, entre otros.

– Diseñar, promover e implementar procesos de formación permanente, a través de instancias de capacitación, psicoeducación y formación continua en temáticas vinculadas al afrontamiento de emergencias, entrenamiento conductual, manejo del trauma psíquico, cultura de la prevención y la mejora / actualización de protocolos y orientaciones técnicas que regulan los fenómenos descritos precedentemente.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los fundamentos teóricos e históricos de la psicología de la emergencia y desastres, esta se configura tempranamente a partir de los aportes de diversos investigadores. Específicamente, y en palabras de Ochoa (2015) destacarían las contribuciones de:

- Eduard Stierlin sobre el estudio de las reacciones psicológicas de 21 supervivientes de un accidente minero (1905) y de 135 personas dos meses después del terremoto de Messina (Italia, 1908).
- Eric Lindermann (1944) con los supervivientes y los familiares de los fallecidos tras el incendio del club nocturno Coconut Grove en Boston. Al respecto, adquirió un enorme valor teórico tras realizar una sistematización en torno a los síntomas psicológicos de los sobrevivientes, profundizando en la comprensión de los procesos de duelo.
- Friedman y Linn (1957) con los supervivientes del barco Andrea Doria. A partir de esta experiencia, se sistematizaron las reacciones de los afectados, según la fase en la que se encuentran (estado de *schock*, negación, rabia o recuperación).
- Lifton Robert (años 60) quien avanzó en el estudio sistemático de los problemas psicológicos a largo plazo tras el bombardeo atómico en Hiroshima.
- La publicación en 1970 por la Asociación de Psiquiatría Americana del manual de *Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes*.

En complemento con lo anterior, se podría señalar que el desarrollo de la psicología de la emergencia y desastres en Chile estaría fundamentada en parte, por la continua ocurrencia de emergencias y desastres ocurridos en el territorio nacional, tales como: el terremoto del 27 de febrero 2010; el rescate de los 33 mineros en la Mina de San Lorenzo (Copiapó, 2010), la erupción de los volcanes Villarrica y Calbuco durante el año 2015; los mega incendios forestales durante el 2017 (y que cada año generan cuantiosas pérdidas económicas y humanas); el aluvión en Villa Santa Lucía ocurrido en diciembre 2017, el aumento de la actividad sísmica asociada al complejo volcánico Nevados de Chillán y la presencia de más de 90 volcanes activos a lo largo de la cordillera

de Los Andes, el impacto del cambio climático sobre el ecosistema (la sequía), entre otros fenómenos de creciente complejidad en nuestro país.

Del mismo modo, este campo del conocimiento ha cobrado relevancia a propósito de los múltiples desafíos y complejidades suscitadas por la pandemia, en la que ciertas poblaciones y grupos de riesgo (NNJ situados en contextos vulnerados, mujeres embarazadas, personas mayores, personas en situación de discapacidad, migrantes, etc.) han visto alterada significativamente su rutina, experimentando un deterioro progresivo en su calidad de vida y salud en general (Cohen *et al*., 2020; Kontoangelos *et al*., 2020). Específicamente, se ha observado que la exposición a factores estresantes crónicos por parte de los sujetos provocaría mayores niveles de fatiga (física y emocional), tensionando significativamente la relación entre padres e hijos (Deater-Deckard & Panneton, 2017), desplegando prácticas rígidas y abusivas (Liu & Merritt, 2018), estilos de crianza autoritarios (Beckerman *et al*., 2017) o inclusive de un riesgo potencial de maltrato infantil (Martorell & Gugental, 2006).

No obstante, es necesario explicitar que no todos los signos y síntomas que podrían mostrar los NNJ así como sus padres y/o cuidadores, originarán potencialmente un trastorno de salud mental. Al contrario, muchas de las reacciones experimentadas serán una respuesta esperada ante una situación excepcional y frente a la que aún existe mucha incertidumbre respecto a su abordaje y tratamiento (Sandoval-Obando, 2020d). Por lo tanto, es primordial ayudar a que las personas y sus familias puedan centrarse en aquellos aspectos asociados al autocuidado y bienestar general, sin negar la existencia de lo negativo, implicándose en la promoción de microacciones y tareas positivas e importantes para sí mismos y sus comunidades (Parks & Schueller, 2014), aun cuando la realidad sea objetivamente adversa, reafirmando el desafío de promover una cultura de la prevención en la sociedad (Reyes, 2013; Sandoval, 2016; Sandoval-Obando, 2020c).

Para cumplir con lo anterior, desde la perspectiva de la psicología de la emergencia es necesario promover un sistema de salud mental eficiente y flexible que cumpla con al menos 3 condiciones esenciales para la protección de las familias: 1) formación y entrenamiento de equipos multidisciplinarios de salud mental (con capacidad de respuesta frente al manejo de crisis en el plano individual y familiar), 2) comunicación efectiva del riesgo (con actualizaciones periódicas y específicas respecto al manejo y control de la COVID-19 en cada región) y 3) el establecimiento de servicios de intervención de alerta temprana, capaces de brindar asesoramiento psicológico de manera no presencial (por ejemplo, uso de dispositivos electrónicos, aplicaciones didácticas para niños(as), servicios de salud mental en línea, línea de asistencia telefónica 24/7, etc.), con acceso prioritario para grupos y poblaciones de riesgo (Xiang *et al*., 2020).

Primera ayuda psicológica: principios generales de aplicación

La primera ayuda psicológica (PAP) es una técnica modular, flexible y breve, orientada a la contención de aquellas personas que han experimentado recientemente una crisis o las consecuencias (directas e indirectas) de haber estado expuestos a un evento potencialmente traumático (tales como un terremoto, un accidente vehicular, la pandemia, etc.). Precisamente por ello, corresponde a la primera atención que reciben los afectados por este tipo de eventos (Heath *et al*.,, 2020), siendo recomendable su aplicación dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la emergencia o desastre (Martín & Muñoz, 2009; Sandoval-Obando, 2019b).

La utilización de esta técnica (ya sea de manera presencial o no) responde a las múltiples demandas de atención en salud mental requeridos por la población afectada en Chile y el mundo como consecuencia de la pandemia (Talevi *et al*., 2020) buscando asegurar la continuidad en la prestación de servicios psicosociales, así como la descongestión de la red de salud integrada presente en el país (Rosen *et al*., 2020). Más aún, adquiere relevancia dentro del plano local a propósito del estallido social ocurrido en octubre de 2019 en el que emergen alteraciones sistemáticas del orden público, actos de vandalismo en medio de intensas manifestaciones pacíficas en diferentes regiones del país, ante un sistema político desgastado y desconectado de las demandas de la ciudadanía. Como resultado de lo anterior, se instalaría un ambiente marcado por la incertidumbre en la que la interrupción del transporte público, la suspensión de clases, el funcionamiento parcial de diversos servicios, la polarización ideológica y la restricción de ciertas libertades individuales provocadas por el establecimiento del Estado de Emergencia (toque de queda, por ejemplo), elicitaría potenciales alteraciones en el comportamiento humano, tales como un aumento de la ansiedad y los niveles de estrés percibido, alteraciones en los patrones de sueño y alimentación, aumento de la irritabilidad, sensación de inseguridad y desconfianza, frustración, cansancio, visión negativa respecto al futuro, hipervigilancia, entre otros.

Así, y en el marco de la agudización de los diversos estresores psicosociales que afectan a la sociedad chilena tras el estallido social y la pandemia, surge el interés por visibilizar la primera ayuda psicológica como una técnica no invasiva de apoyo y contención a otro ser humano que puede estar sufriendo (Manaois *et al*., 2020). Específicamente, y tomando como referencia el protocolo construido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), asume tres principios básicos: observar (brindar un marco de seguridad, confianza y privacidad en la intervención), escuchar (qué necesitan las personas afectadas y cuáles son sus principales demandas o necesidades) y conectar (potenciar los recursos personales del sujeto, fomentar la cohesión social y activar las redes de apoyo presentes en su entorno inmediato).

Desde una perspectiva global, busca transmitir calma, seguridad, confianza y contención. Para ello, anima a las personas a usar estrategias positivas y funcionales frente al estrés, para recuperar el sentido de control sobre las circunstancias actuales que pudiesen afectarlo(a) (Echeburúa & De Corral, 2007; Li *et al*., 2020), en complemento a la promoción de comportamientos saludables, tales como: descansar lo suficiente, comer con regularidad e hidratarse, pasar tiempo con la familia y/o grupos de pares, realizar actividades que le ayuden a relajarse (leer, caminar, jugar con los niños[as]), hacer ejercicio físico recreativo y de baja intensidad con una frecuencia regular en el tiempo (2 a 3 veces a la semana, durante 30 minutos); de manera que en su conjunto le permita a la persona, cultivar maneras efectivas de ayudar a otros frente a la crisis experimentada, potenciando un mayor grado de autoeficacia y de adaptación activa frente a los eventos vitales estresantes vividos (Cortés & Figueroa, 2018).

En coherencia con lo anterior, se ha utilizado ampliamente en el contexto actual de pandemia de manera presencial y no presencial (*online*) en países como España, Estados Unidos, Italia y China (Nicol *et al*., 2020; Li *et al*., 2020; Liu *et al*., 2020; SIRA, 2020; Talevi *et al*., 2020), particularmente en aquellos sujetos que se encuentran desbordados y experimentando un alto nivel de dificultad para continuar con el curso de su vida durante el periodo de confinamiento (Francis *et al*., 2020; Zhang *et al*., 2020). Por ende, se han adaptado los protocolos para utilizarse de manera no presencial (particularmente durante procesos de confinamiento prolongado en donde el distanciamiento físico es necesario para disminuir las tasas de contagio en la población), requiriendo el desarrollo de nuevas habilidades terapéuticas y comunicativas por parte de los(as) interventores(as) para construir una adecuada alianza terapéutica (De la Torre & Pardo, 2017). De igual manera, la PAP se transforma en una técnica de enorme valor para su aplicación en NNJ situados en contextos vulnerados, priorizando los siguientes objetivos (ver Tabla 2):

Tabla 2
Objetivos estratégicos en la aplicación de primera ayuda psicológica

1. Contener y reducir las reacciones provocadas en las personas (estrés, ansiedad, insomnio, depresión, etc.) por la presentación de una crisis, emergencia o desastre.
2. Identificar y reconocer las necesidades básicas más urgentes del NNJ, mediante un lenguaje claro, sencillo y honesto (considerando sus características y etapa de desarrollo).
3. Favorecer el despliegue de estrategias de afrontamiento activas frente al evento, promoviendo el fortalecimiento de los lazos de asociatividad y la organización de las personas y/o colectivos afectados.
4. Facilitar la readaptación de la vida cotidiana del individuo y su familia durante el confinamiento.
5. Identificar a las personas de riesgo (niños, niñas y jóvenes que posean antecedentes de comorbilidad previa) para derivarlas posteriormente a los Centros de Salud Mental disponibles en el territorio.

Fuente: Elaboración propia tomando como referencia el protocolo de la OMS (2011).

Es importante señalar que la PAP deben ser aplicada por profesionales y especialistas de la salud mental previamente capacitados para ello, por lo que suelen ser utilizados por los integrantes de equipos y organizaciones de respuesta a incidentes críticos disponibles en cada país (McCabe *et al*., 2020). En el caso de China, han sido aplicados de manera *online* por profesionales de la salud, expertos de universidades y sociedades científicas especializadas (Liu *et al*., 2020). No obstante, cuando se generan emergencias y desastres (un accidente vehicular, un terremoto o la actual pandemia, por ejemplo), los proveedores de PAP son coordinados por los equipos de primera respuesta disponibles para tales efectos (ambulancia, bomberos, carabineros, etc.), de acuerdo a las disposiciones legales imperantes en el país. En cambio, cuando surgen otro tipo de crisis (tales como: la muerte repentina de un familiar, una descompensación farmacológica, una situación de violencia, etc.), estos podrían ser aplicados por personas provenientes del contexto habitual de la persona afectada (padre, madre, educadores, psicólogos(as); enfermeras, agentes comunitarios, etc.) siempre y cuando, hayan sido previamente formados y capacitados en estos protocolos (Fox *et al*., 2012) transformándose en un desafío el que los profesionales que intervienen con familias puedan participar de instancias de formación y entrenamiento en esta técnica para responder a los requerimientos y desafíos impuestos por la pandemia.

Resiliencia y apoyo social: dimensiones imprescindibles para el trabajo con familias

El contexto socio-sanitario generado por la pandemia se ha transformado en una crisis de gran magnitud que ha puesto en jaque las capacidades de respuesta y afrontamiento de las personas (Minihan *et al*., 2020). Ante ello, se visualiza un escenario complejo que tensiona aún más la calidad de vida y bienestar general de las personas y sus comunidades, ante un ambiente marcado por altos niveles de incertidumbre e inseguridad, situación que en el caso de aquellos grupos de riesgo situados en contextos vulnerados (NNJ) operaría como un elemento potencialmente negativo para sus posibilidades de desarrollo (Chung *et al*., 2020). Lo anterior debe ser foco de análisis y reflexión crítica por parte de los interventores psicosociales (psicólogos(as), trabajadores(as) sociales, educadores(as) de trato directo, sociólogos, profesionales de la salud, etc.) para incorporar en el trabajo con los NNJ y sus familias aquellas dimensiones que les permitan a sus usuarios(as) responder de manera funcional y activa frente a los desafíos que instala esta pandemia.

En este sentido, sería deseable que la intervención psicosocial que se despliega en contexto de pandemia incorpore acciones y mecanismos socioeducativos capaces de robustecer las medidas de higiene y protección personal en los niños, niñas y jóvenes, incentivando una cultura de la prevención frente a esta pandemia. Específicamente, se trata de promover una intervención flexible y dinámica que explicite didácticamente la importancia de los hábitos de higiene personal (cumplimiento del distanciamiento físico, lavado frecuente de manos, uso correcto de la mascarilla, etc.) así como la promoción de estilos de vida saludables a nivel individual, familiar y comunitario.

Del mismo modo, es imprescindible apoyar la adaptación positiva de los menores al contexto de pandemia, generando una intervención multidimensional con foco en lo sociocomunitario, favoreciendo el trabajo colaborativo e intersectorial (en otras palabras, se trata de construir redes cohesionadas entre los dispositivos de salud, educación, cultura y recreación, justicia, etc.) con perspectiva local. Con ello se busca delimitar y complementar sinérgicamente las acciones estratégicas que desarrollará cada dispositivo, disminuyendo el riesgo de una sobreintervención, dependencia o de acciones redundantes en torno a las necesidades más urgentes de los niños(as) y jóvenes sujetos de dicha intervención.

Por otra parte, y en concordancia con las potencialidades que brinda la primera ayuda psicológica cuando se aplica en población infanto-juvenil, proporcionaría apoyo y comodidad en tiempos de crisis, así como una adecuada identificación de las necesidades básicas inmediatas, reduciendo los efectos negativos del estrés y la optimización del acceso a una atención especializada (en caso de ser necesario), repercutiendo en una mejor salud mental y bienestar individual

(Rosen *et al*., 2020). En este sentido, este enfoque puede sentar las bases de un trabajo sistemático con los NNJ y sus familias, mediante la promoción de la resiliencia y el apoyo social como dimensiones potencialmente favorecedoras de un afrontamiento generativo[3] (Sandoval-Obando, 2019c) frente a la pandemia, convirtiéndose en aspectos relevantes y factibles de incorporar en la intervención psicosocial destinada a los NNJ situados en contextos vulnerados, garantizando una mayor efectividad y calidad en las temáticas abordadas durante la primera ayuda psicológica (Everly & Lating, 2017).

Además, desde la psicología de la emergencia se ha visto que el alcance e impacto de esta pandemia afectará a los menores y sus familias, pero dependerá en gran medida de otros factores relacionados con sus prácticas cotidianas y condiciones de vida (Doom & Cicchetti, 2018). Por ende, resulta necesario integrar en el trabajo con familias aquellas estrategias que permitan identificar y promover los recursos personales y sociales presentes en el territorio en donde se desenvuelven cotidianamente los NNJ y sus familias (Hobfoll, 2002; Hobfoll *et al*., 2007). Tal como lo señalan Gómez *et al*. (2007), cuando la intervención se centra en el déficit (por cada problema, se plantea una potencial solución dentro de un enfoque fragmentario y compensatorio) la efectividad de la misma carece de impacto en el tiempo. Al contrario, se deben dirigir los esfuerzos en aquellas posibilidades y potencialidades de cambio de los(as) usuarios y sus familias (Sousa *et al*., 2006), develando la forma en que las familias despliegan o no, acciones potencialmente funcionales para adaptarse a los desafíos y demandas suscitadas durante esta crisis, puesto que dichos comportamientos podrían mitigar la cantidad y el tipo de trastornos que se están produciendo (Walsh, 2015). De hecho, se podrían mencionar al menos dos procesos generales en la valoración de la resiliencia que presenta una familia: (a) la construcción y mantenimiento de dinámicas relacionales funcionales y respetuosas, que compensan las consecuencias de una situación potencialmente estresora o adversa, y (b) la flexibilidad y apertura de los sistemas de creencias familiares que muestran sus integrantes para adherirse a un proceso de intervención psicosocial en contexto de pandemia (Prime *et al*., 2020). En otras palabras, pareciera ser que la calidad de las dinámicas relacionales presentes en una familia podrían convertirse en un factor relevante y promisorio de ajuste psicosocial para las familias frente a la pandemia, amortiguando o no, el impacto de los múltiples

[3] El estudio de la generatividad a lo largo del ciclo vital se transforma en una línea de investigación promisoria y relevante para el trabajo con familias, ya que permitiría ahondar en aquellos comportamientos y prácticas que le han permitido al individuo hacer frente a los eventos vitales estresantes a lo largo de su trayectoria vital (Sandoval-Obando *et al*., 2020), incorporando dichas acciones como parte de los objetivos estratégicos a considerar desde un enfoque centrado en los recursos y las potencialidades de cada NNJ y sus familias.

factores de riesgo a los que estaría expuesto un niño(a) en el contexto actual (Conger & Conger, 2002).

En definitiva, se enfatiza que una intervención familiar centrada en la prevención y la alerta temprana, con foco en los recursos y potencialidades del/la usuario(a) (en donde la resiliencia y los mecanismos de apoyo social sean integrados adecuadamente) permitiría la implementación de estrategias capaces de reducir la cantidad de NNJ institucionalizados, disminuyendo el riesgo de potenciales vulneraciones de derechos y de prácticas parentales abusivas, replicando la experiencia de países como Inglaterra, Suecia, y Nueva Zelanda (Consejo Nacional de la Infancia, 2016). Para ello, la resiliencia (personal, familiar y/o comunitaria) emerge como un constructo que favorecería la adaptación de los(as) menores y sus familias a eventos potencialmente traumáticos, permitiéndoles identificar y extrapolar dichos comportamientos a problemáticas de diversa índole, siempre y cuando, se considere y aborde en la intervención: a) la naturaleza del problema, b) los recursos (individuales, familiares, comunitarios, etc.) y c) entrenamiento y psicoeducación en torno a cómo usar los recursos y potencialidades con los que cuenta para hacer frente a los problemas que los(as) afectan. En complemento a lo anterior, la calidad y disponibilidad del apoyo social percibido (Masten, 2006; Tian *et al*., 2013) por el/la usuario(a), entendido como aquel complejo entramado de relaciones (contención emocional, ayuda material y de servicios) y vínculos institucionales, reales y potenciales, que facilitan la integración socio-comunitaria del menor y su familia, permitirían en su conjunto contrarrestar las condiciones de aislamiento y exclusión social, configurando un marco idóneo para la asociatividad, el apoyo emocional y la adaptación activa frente a potenciales estresores que surjan en el futuro (Cao *et al*., 2020).

Conclusiones

Este trabajo ofrece una mirada crítica y reflexiva respecto de la intervención que se despliega en torno a las infancias y juventudes situadas en contextos vulnerados, visibilizando algunas de las consecuencias (a corto, mediano y largo plazo) que estaría desencadenando la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 sobre la salud y calidad de vida de los individuos y sus comunidades. En este sentido, el contexto de incertidumbre y estrés psicosocial instalado como consecuencia de esta crisis socio sanitaria incidiría en el deterioro progresivo de la salud de las personas (particularmente cuando existen antecedentes de comorbilidad previos), la agudización de las desigualdades imperantes en el país y el aumento las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en la que conviven cotidianamente los NNJ y sus familias (Lawson *et al*., 2020; Yao *et al*., 2020).

Ante este panorama, resulta imprescindible que los(as) profesionales que se desempeñan en el campo de la protección de la infancia y justicia juvenil en

Chile, sean capaces de repensar los procesos de intervención que se encuentran desarrollando durante esta pandemia, tomando como referencia algunas de las aportaciones y reflexiones construidas por el autor en torno a la psicología de la emergencia, procurando la articulación de estrategias flexibles y basadas en la evidencia que sean coherentes con las necesidades y demandas más urgentes de sus usuarios(as).

Para cumplir con lo anterior, se presentan algunos focos estratégicos de estudio y desarrollo que podrían ser factibles de incorporar en la intervención con los(as) niños(as) y jóvenes durante la pandemia:

- Promoción y prevención en salud: las problemáticas y demandas de las infancias y juventudes requieren la implementación de dispositivos modulares, multidisciplinares e intersectoriales basados en la evidencia (Rauschenberg *et al*., 2020), capaces de intervenir oportunamente frente a los diversos estresores presentes en los contextos inmediatos de los menores. Para ello, se requiere que las intervenciones puedan aplicarse diferencialmente de manera no presencial en función de las posibilidades y requerimientos específicos de cada usuario(a) (Usher *et al*., 2020). Estas intervenciones garantizarían la continuidad de la atención en la prestación de servicios psico- sociosanitaria durante periodos de confinamiento prolongado, buscando mitigar en parte, el impacto negativo de la pandemia sobre la salud mental de los(as) niños y jóvenes. A modo de ejemplo, es destacable la experiencia china en torno a la educación en salud mental en línea con programas de comunicación, como WeChat, Weibo y TikTok, junto con diversos libros que han diseñado sobre prevención, control y educación en salud mental frente a la COVID-19 (Liu *et al*., 2020).
- Enfoque diferencial y multidimensional: en este sentido, y a nivel de las temáticas prioritarias en contexto de pandemia, cobraría importancia la articulación de micrologros (acciones y tareas específicas medibles en el tiempo) que permitan potenciar un mayor grado de autoeficacia por parte de las familias de los menores. Al respecto, sería deseable potenciar las siguientes temáticas: promoción de comportamientos de vida saludables (higiene y cuidado personal, higiene de sueño, actividad física recreativa, alimentación saludable, uso del tiempo libre, etc.) que incidan positivamente en la salud y bienestar general de los(as) niños(as) y jóvenes (Orrù *et al*.,2020); entrenamiento en resolución de problemas (con foco en los temas cotidianos), facilitando la detección de factores de riesgo (Featherstone *et al*., 2014); comunicación efectiva y contención emocional (Shah *et al*., 2020); gestión del aprendizaje en entornos virtuales (Fazel *et al*., 2014); crianza respetuosa e implicación parental en el desarrollo integral de los menores (Imran *et al*., 2020),

modulación de la ansiedad y el estrés en contexto de pandemia (Haig-Ferguson *et al*., 2020) entre otras.

- Evaluación del estrés crónico y su impacto en las prácticas parentales: existe consenso respecto a que la pandemia seguirá operando como un factor estresor crónico en las personas y sus familias. Más aún, podría incidir en el deterioro de las dinámicas relacionales y estilos de crianza que despliegan los adultos frente a los NNJ, aumentando el riesgo de maltrato y/o vulneración de derechos. Por ende, se requiere un sistema integral de protección de la infancia que garantice condiciones y mecanismos de apoyo (salud, vivienda, justicia, etc.) para las familias más vulneradas, permitiendo aumentar los niveles de participación social y bienestar infantil (Allen & Sommers, 2020; Campbell, 2020). Por otra parte, los equipos que trabajan con familias deben contar con herramientas actualizadas para el manejo y gestión del estrés crónico, posibilitando el despliegue de estrategias orientadas a la parentalidad positiva, la comunicación afectiva y la contención emocional en NNJ.
- Resiliencia y apoyo social como constructos multidimensionales (Sandoval-Obando y Sandoval-Díaz, 2020): se deben generar procesos diagnósticos capaces de identificar los recursos y potencialidades del individuo, así como el tipo y calidad de las dinámicas relacionales con las que cuentan los menores y sus familias, visibilizando tempranamente aquellos comportamientos que han favorecido el despliegue de estrategias de afrontamiento funcionales frente a eventos potencialmente traumáticos (Cuartas, 2020). Al respecto, se ha observado que la resiliencia se vería fortalecida mediante el apoyo social existente en comunidades cohesionadas y organizadas (Burton *et al*., 2015), demostrándose que dichos comportamientos se pueden aprender y fortalecer a través de una intervención con foco en lo socio-comunitario y territorial. Asimismo, la resiliencia comunitaria incentivaría la generación de comportamientos esenciales (ayuda mutua, contención emocional, solidaridad, activación de redes, etc.) para el abordaje funcional de aquellos eventos potencialmente traumáticos, amortiguando en parte, los efectos negativos provocados por la pandemia en las personas y sus comunidades de origen (PeConga *et al*., 2020).

Finalmente, las reflexiones descritas en este capítulo instalan una línea promisoria de estudio e investigación en torno a las posibilidades y herramientas que brinda la psicología de la emergencia para complementar los procesos de intervención en niños(as) y jóvenes situados en contextos vulnerados, propiciando una cultura organizacional centrada en la mejora continua y la sistematización constante (es decir, se trata de revisar lo que hacen, cómo lo hacen y por qué lo hacen), reconociendo y destacando aquellas prácticas de intervención basadas en

evidencia para responder a las necesidades y complejidades de nuestros usuarios(as) dentro del cambiante escenario actual.

Referencias

Allen, H. & Sommers, B. (2020). Medicaid and COVID-19: At the Center of Both Health and Economic Crises. *JAMA, 324*(2), 35-136. http://doi.org/10.1001/jama.2020.10553

Araya, C. (2013). *Psicología de la Emergencia* (8º Edición). PSICOPREV.

Beckerman, M., Van Berkel, S., Mesman, J. & Alink, L. (2017). The role of negative parental attributions in the associations between daily stressors, maltreatment history, and harsh and abusive discipline. *Child Abuse & Neglect, 64,* 109-116. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.015

Brooks, S.; Webster, R.; Smith, L.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet,* 395(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-81

Brown, S., Doom, J., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect, 64*, 104699. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699

Burton, M., Cooper, A., Feeny, N. & Zoellner, L. (2015). The enhancement of natural resilience in trauma interventions. *Journal of contemporary psychotherapy, 45*(4), 193-204. https://doi.org/10.1007/s10879-015-9302-7

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. & Zheng, J. (2020b). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in china. *Psychiatry Research*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

Campbell, A. (2020). An increasing risk of family violence during the covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports, 2,* 100089. https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089

Chung, G., Lanier, P. & Ju, P. (2020, June 3). Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting and Parent-child Relationship During Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. *Journal of Family Violence*. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00200-1

Cohen, S., Baber, Z., Buvanendran, A., McLean, B., Chen, Y., Hooten, W., Laker, S., Wasan, A., Kennedy, D., Sandbrink, F., King, S., Fowler, I., Stojanovic, M., Hayek, S. & Phillips, C. (2020). *Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations During the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. Pain medicine (Malden, Mass.), 21*(7), 1331-1346. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa127

Conger, R. & Conger, K. (2002). Resilience in midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal*

of Marriage and Family, *64*, 361-373. http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00361.x

Consejo Nacional de la Infancia (2016). *Estudio sobre sistemas de protección especializada de niños, niñas y adolescentes. Informe final*. Centro de Políticas Públicas UC.

Cortes, P. & Figueroa, R. (2018). *Manual ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. En Crisis Individuales y Colectivas*. PUC /CIGIDEN.

Cova, F. & Rincón, P. (2010). El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Terapia Psicológica*, *28*(2), 179-185. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200006

Cuartas, J. (2020). Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S195–S196. https://doi.org/10.1037/tra0000597

Deater-Deckard, K. & Panneton, R. (2017). *Parental Stress and Early Child Development*. Springer International Publishing AG.

De la Torre, M. & Pardo, R. (2017). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de la Psicología, Madrid.

De Sousa, A., Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102128. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102128

Doom, J. & Cicchetti, D. (2018). The developmental psychopathologyof stress exposure in childhood. En K. L. Harkness & E. P. Hayden (Eds.), *The Oxford handbook of stress and mental health* (pp. 265-285). Oxford University Press.

Echeburúa, E. & De Corral, P. (2007). Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para Qué? *Psicología Conductual*, *15*(3), 373-387.

Everly, G. & Lating, J. (2017). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. John Hopkins University Press.

Fazel, M., Patel, V., Thomas, S. & Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The lancet. Psychiatry, 1*(5), 388–398. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8

Featherstone, B., Morris, K. & White, S. (2014). A Marriage Made in Hell: Early Intervention Meets Child Protection. *The British Journal of Social Work, 44*(7), 1735-1749. https://doi.org/10.1093/bjsw/bct052

Francis, B., Juares Rizal, A., Ahmad Sabki, Z. & Sulaiman, A. (2020). Remote Psychological First Aid (rPFA) in the time of Covid-19: A preliminary report of the Malaysian experience. *Asian journal of psychiatry*, *54*, 102240. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102240

Fox, J., Burkle, F., Jr, Bass, J., Pia, F., Epstein, J. & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool:

research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster medicine and public health preparedness*, *6*(3), 247-252. https://doi.org/10.1001/dmp.2012.39

Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psykhe (Santiago)*, *16*(2), 43-54. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200004

Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. & Daniels, J. (2020). Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-15. https://doi.org/10.1017/S1352465820000636

Heath, C., Sommerfield, A. & Von Ungern-Sternberg, B. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, *75*, 1364-1371. 10.1111/anae.15180

Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M., ... & Ursano, R. (2007). Five essential elements of immediate and Mid–Term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 70*(4), 283-315. https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283

Hobfoll, S. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology, 6*(4), 307–324. https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307

Imran, N., Aamer, I., Sharif, M., Bodla, Z. & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan journal of medical sciences*, *36*(5), 1106–1116. https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088

Kontoangelos, K., Economou, M. & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: a review of clinical and psychological traits. *Psychiatry investigation*, *17*(6), 491-505. https://dx.doi.org/10.30773%2Fpi.2020.0161

Lawson, M., Piel, M. & Simon, M. (2020). Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Child Abuse & Neglect*, 104709. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709

Lopes, D., Costa, D., Soares, E., Furtado, J., Alves, L., Solino, M. & Cartagena, S. (2010). *Gestão de Riscos e de Desastres: Contribuições da Psicologia*. Associação Cultural Cabeça ao Vento.

Li, W., Yang, Y., Liu, Z., Zhao, Y., Zhang, Q., Zhang, L., … & Xiang, Y. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in china. *Int J Biol Sci, 16*(10), 1732-1738. https://doi.org/10.7150/ijbs.45120

Liu, Y. & Merritt, D. H. (2018). Familial financial stress and child internalizing behaviors: The roles of caregivers' maltreating behaviors and social

services. *Child Abuse & Neglect, 86,* 324-335. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.002

Liu, J.; Bao, Y.; Huang, X.; Shi, J. & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S. &Zhang, B. (2020). Online mental health services in china during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8

Martín, L. & Muñoz, M. (2009). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Síntesis.

McCabe, O., Everly, G., Brown, L., Wendelboe, A., Abd Hamid, N., Tallchief, V. & Links, J. (2014). Psychological first aid: A consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *American Journal of Public Health, 104*(4), 621-628. 10.2105/AJPH.2013.301219

Manaois, J., O., Tabo-Corpuz, Ch. & Heise, A. (2020). Psychological first aid: Application and adaptation in southeast asia. En Ma. Hechanova y L. Waelde (Eds.), *Resistance, resilience, and recovery from disasters: Perspectives from southeast asia* (pp. 75-93). Emerald Publishing Limited.

Martorell, G. & Bugental, D. (2006). Maternal variations in stress reactivity: Implications for harsh parenting practices with very young children. *Journal of Family Psychology, 20*(4), 641-647. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.641

Masten, A. (2006). Promoting resilience in development: A general framework for systems of care. En R. Flynn, P. Dudding & J. Barber (Eds.), *Promoting resilience in child welfare* (pp. 3-17). University of Ottawa Press.

Minihan, E., Gavin, B., Kelly, B. & McNicholas, F. (2020). COVID-19, Mental health and Psychological First Aid. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-5. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.41

Nicol, G., Piccirillo, J., Mulsant, B. & Lenze, E. (2020). Action at a distance: Geriatric research during a pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, n/a https://doi.org/10.1111/jgs.16443

Ochoa, M. (2015). La Psicología de Emergencias: Una Nueva Profesión. *Anuario de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud,* (21), 173-187.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf;jsessionid=14AE9167DA10D8ABCC3B752D47A4B498?sequence=1

Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A. & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry, 17*(2), 76-79.

Parada, E. (2008). *Psicología y Emergencias: Habilidades Psicológicas en las Profesiones de Socorro y Emergencia*. Desclée De Brouwer.

Parks, A. & Schueller, S. (Eds) (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*. John Wiley & Sons.

PeConga, E., Gauthier, G., Holloway, A., Walker, R., Rosencrans, P., Zoellner, L. & Bedard-Gilligan, M. (2020). Resilience is spreading: Mental health within the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S47-S48. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000874

Prime, H., Wade, M. &Browne, D. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 75*(5), 631-643. 10.1037/amp0000660

Rauschenberg, C., Schick, A., Goetzl, C., Röhr, S., Riedel-Heller, S., Koppe, G., … & Reininghaus, U. (2020, June 29). *Social isolation, mental health, and use of digital interventions in youth during the COVID-19 pandemic: a nationally representative survey*. *PsyArXiv Preprints, 64*. https://doi.org/10.31234/osf.io/v64hf

Reyes, A. (2013). Implicaciones de la Educación en la Construcción de una Cultura Preventiva ante Eventos Socionaturales. *Educare*, *16*(1), 143-159. http://revistas.upel.digital/index.php/educare/article/view/754

Rosen, C., Glassman, L. & Morland, L. (2020). Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 174-187. Doi. http://dx.doi.org/10.1037/int0000221

Salas, G. (2012). Psicología de la emergencia y desastres. Experiencias de intervención en Situaciones de Crisis. COR Ediciones.

Sandoval-Obando, E., Serra Desfilis, E. & García, Ó. (2020). Nuevas Miradas en Psicología del Ciclo Vital. Santiago de Chile: RIL Editores / Universidad Autónoma de Chile. Doi: https://doi.org/10.32457/ISBN9789568454951982020-ED1

Sandoval-Obando, E. & Sandoval-Díaz, J. (2020). Psicología de la emergencia en contexto de pandemia: aportes y herramientas para la intervención psicológica. *Revista Tesis Psicológica, 15*(2), 1-32. Doi: https://doi.org/10.37511/tesis.v15n2a14

Sandoval-Obando, E. (2020a). *Teletrabajo y Salud Mental Positiva: Un Equilibrio Necesario en Contexto de Pandemia*. Araucanía Noticias. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.31111.55207

Sandoval-Obando, E. (2020b). Procesos de Duelo y Recomendaciones para el Manejo de la Pérdida en Contexto de Pandemia. *Psicosocial & Emergencias*. http://www.psicosocialyemergencias.com/procesos-de-duelo-y-recomendaciones-para-el-manejo-de-la-perdida-en-contexto-de-pandemia/

Sandoval-Obando, E. (2020c). Desafíos de la gestión del riesgo de desastres en la gobernanza local: una mirada desde la psicología de la emergencia y desastres. *Estudio corto ICHEM N.° 7*. Santiago de Chile: Universidad Autónoma de Chile. Doi: https://doi.org/10.32457/ISBN9789566109051102020ED1

Sandoval-Obando, E. (2020d). *Recomendaciones de Salud Mental en Contexto de Pandemia COVID-19*. Centro de Comunicación de las Ciencias. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.31635.84006

Sandoval-Obando, E. (2019a). ¿Por qué Hablar de Psicología de la Emergencia en América Latina? Una Discusión Necesaria. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, *3*(1), 102-107. http://www.revistareder.com/ojs/index.php/reder/article/view/26

Sandoval Obando, E. (2019b). *Observar, Escuchar y Conectar.* El Heraldo. http://www.diarioelheraldo.cl/noticia/observar-escuchar-y-conectar

Sandoval-Obando, E. (2019c). *La Profesionalidad Docente Rural: Implicaciones Socioeducativas desde la Perspectiva Narrativa Generativa*. FONDECYT de Iniciación Nº 11190028 [no publicado].

Sandoval, E. (2016, Diciembre 28). *La Cultura de la Prevención ante Desastres Socio-naturales: Todos Contamos*. Sur Actual. http://www.suractual.cl/2016/12/28/la-cultura-de-la-prevencion-ante-desastres-socio-naturales-todos-contamos-por-eduardo-sandoval/

Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K. & Patel, R. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus, 12*(3), e7405. https://doi.org/10.7759/cureus.7405

Shigemura J, Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M., & Benedek, D. (2020) Respuestas públicas al nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) en Japón: Consecuencias para la salud mental y poblaciones objetivo. *Psychiatry Clin Neurosci* 74 (4): 281–282. https://doi.org/10.1111/pcn.12988

SIRA Grupo de Acción Comunitaria (2020). *Guía de Apoyo Psicosocial Durante el Brote de Coronavirus*. SIRA. http://www.psicosocialyemergencias.com/wp-content/uploads/2020/03/Gui%CC%81a-PS-Covid19-2.pdf

Sousa, L., Ribeiro, C. & Rodrigues, S. (2006). Intervention with multi-problem poor clients: Towards a strengths-focused perspective. *Journal of Social Work Practice, 20*(2), 189-204. http://doi.org/10.1080/02650530600776913

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F. & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria, 55*(3), 137-144. https://doi.org/10.1708/3382.33569

Tian, L., Liu, B., Huang, S. & Huebner, E. S. (2013). Perceived social support and school well-being among chinese early and middle adolescents: The mediational role of self-esteem. *Social Indicators Research, 113*(3), 991-1008. https://doi.org/10.1007/s11205-012-0123-8

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N. & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*, 549-552. https://doi.org/10.1111/inm.12735

Valero, A., Gil, J. & García, M. (2007). *Profesionales de la Psicología ante el Desastre*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.

Valero, A. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. San Marcos.

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. Guilford Press.

Xiang Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry, 7*(3), 228-229. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8

Yao, H., Chen, J. & Xu, Y. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The lancet. Psychiatry, 7*(4), e21. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0

Zhang, J.; Wu, W.; Zhao, X. & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in china: A model of west china hospital. *Precision Clinical Medicine*, *3*(1), 3-8. https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006

Experiencias adversas en la infancia y uso problemático de drogas en la adolescencia: una breve mirada promocional y preventiva

Claudio Rojas-Jara
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile

Gerardo Chandía-Garrido
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile

Introducción

Es indudable que el crecimiento durante la infancia en ambientes sanos, protegidos y bien tratantes es el contexto ideal para su óptimo desarrollo. Sin embargo, la posibilidad de que un número importante de niños y niñas puedan experimentar adversidades en sus hogares, escuelas, vecindarios y comunidades es algo –lamentablemente– también esperable (Choi *et al*., 2020; Evans *et al*., 2020).

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) constituyen situaciones negativas de un alto potencial traumático que incluyen variados tipos de abuso (físico, emocional y sexual), negligencia (física y emocional) y disfunciones domésticas que ocurren a niños y niñas menores de 18 años (Bryant *et al*., 2020; Felitti *et al*., 1998; Kelifa *et al*., 2020; Martín-Higarza *et al*., 2020). El impacto al mediano y largo plazo que estas experiencias generan en quienes las vivencian ha sido profusamente estudiado, reconociéndose que son detonantes para diversas condiciones de salud –tanto mental como física (*v. g*., trastornos mentales, riesgo suicida, enfermedades crónicas, conducta delictiva y abuso de drogas)–, que se suceden posteriormente en el tránsito por el ciclo vital (Bomysoad & Francis, 2020; Evans *et al*., 2020; Martín-Higarza *et al*., 2020; Rojas-Jara, Polanco-Carrasco *et al*., 2020; Zettler, 2020). En esa misma

línea, la evidencia científica propone una estrecha vinculación entre las EAI y el posterior uso problemático de drogas (UPD) en la adolescencia y/o adultez (Bryant *et al*., 2020; Kiburi *et al*., 2018; Rojas-Jara *et al*., 2020; Shin *et al*., 2018; Walsh & Cawthon, 2014).

Por otra parte, si bien en las últimas dos décadas hemos aprendido mucho sobre la intensa asociación entre las EAI y las diversas formas de morbilidad y mortalidad, también se ha determinado que no todos quienes crecen en ambientes adversos sufren secuelas posteriores (Frewen *et al*., 2019). Esto implicaría que factores como la resiliencia, el estilo de apego y otros, tengan efectos mediadores significativos en la vida de personas que han vivenciado EAI (Arbel *et al*., 2018). Por lo tanto, existen numerosas preguntas de investigación importantes que necesitan respuesta para lograr interrumpir ciclos intergeneracionales de trauma y encontrar maneras de ofrecer a todos los niños y niñas la oportunidad de transformarse en adultos sanos (Forster *et al*., 2018; Frewen *et al*., 2019; Zettler, 2020). En esa misma dirección, el presente capítulo se orienta hacia la representación conceptual de las EAI, como de sus implicancias en el ulterior UPD en la adolescencia y, finalmente, en aquellos elementos promocionales y preventivos que deseamos sugerir para su abordaje.

Experiencias adversas en la infancia: una mirada conceptual

Las EAI pueden ser definidas como aquellos acontecimientos ocurridos durante las primeras etapas de la niñez, de gravedad variable y frecuentemente crónicos, en el entorno familiar o social del niño o niña capaces de generar daño o angustia, perturbando su desarrollo físico y mental, comprometiendo su funcionamiento en múltiples dominios a lo largo de la vida (Kalmakis & Chandler, 2014).

El encuadre original de las EAI suele referir diez acontecimientos negativos, incluidos tres tipos de abuso infantil (*i. e*., físico, sexual y emocional), dos tipos de negligencia (*i. e*., emocional y física) y cinco tipos de disfunciones domésticas (*i. e*., separación de los padres, madre víctima de violencia intrafamiliar, problemas de salud mental en el hogar, uso parental de drogas, encarcelamiento de un miembro del hogar) (Felitti *et al*., 1998; Martín-Higarza *et al*., 2020). Sin embargo, con el paso del tiempo el concepto ha evolucionado desde el marco original (que incluía el abuso, la negligencia y la disfunción del hogar) hasta un concepto que abarca la familia, la comunidad, el contexto y el entorno cultural, otorgando un valor importante al espacio social –e incluso geográfico– en el cual ocurren estas experiencias adversas (Alhowaymel *et al*., 2021; Turney, 2020).

Recientemente, las definiciones de EAI se han extendido también para incorporar las adversidades basadas en el apego (*v. g*., divorcio, ingreso a servicios de protección) dentro del espectro de aquellas experiencias negativas

para el niño o niña (Morris *et al*., 2020; Swedo *et al*., 2020). Así también, se ha planteado la necesidad de incorporar otras EAI que tienen un impacto potencial sinérgico y traumático como la pobreza, la discriminación racial, las discapacidades físicas, el *bullying*, accidentes y enfermedades graves, los desastres naturales, la violencia comunitaria y el terrorismo (Afifi *et al*., 2020; Choi *et al*., 2020; Putnam *et al*., 2020).

Experiencias adversas en la infancia y sus efectos

Diversos estudios que han centrado su interés en examinar la relación entre experiencias vitales adversas en la niñez y los consiguientes efectos posteriores en la salud y funcionamiento social, dan cuenta que un número elevado de EAI incrementa la probabilidad de una deficiente salud física (*v. g*., incremento del riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares), enfermedades crónicas (*v. g*., asma, diabetes, hipertensión), conductas de riesgo (*v. g*., uso y abuso de drogas, conducta sexual de riesgo, intento suicida), trastornos mentales (*v. g*., depresión, ansiedad, déficit atencional, estrés postraumático) y una temprana mortalidad en la adolescencia y/o adultez (Bodendorfer *et al*., 2019; Evans *et al*., 2020; Martín-Higarza *et al*., 2020; Narvey *et al*., 2020; Rojas-Jara, Chandía-Garrido, & Concha-Ponce, 2020; Rojas-Jara, Polanco-Carrasco *et al*., 2020).

Así también existe evidencia del impacto de las EAI en el desarrollo neurológico, encontrándose una disminución del volumen cerebral total como también de la materia gris (Morris *et al*., 2020), en la disminución del rendimiento escolar (Evans *et al*., 2020), un incremento de la impulsividad, que determina cierta tendencia a los comportamientos adictivos (Wilke *et al*., 2020), y el trastorno por estrés post traumático (TEPT) (Frewen *et al*., 2019; Karatzias *et al*., 2020; Rawlins *et al*., 2020).

Experiencias adversas en la infancia y uso de drogas en la adolescencia

Existe un volumen importante de evidencia acerca del vínculo entre las EAI y la probabilidad de desarrollar un consumo problemático de drogas en la adolescencia (El Mhamdi *et al*., 2017; Gómez *et al*., 2017; Kiburi *et al*., 2018; LeTendre & Reed, 2017), donde estudios han determinado que el principal predictor de un UPD de niños y niñas expuestos tempranamente a experiencias negativas lo constituye el uso parental de drogas, seguido por la vivencia precoz de situaciones de abuso sexual (Beal *et al*., 2018; Bryant *et al*., 2020; Parolin *et al*., 2016; Quinn *et al*., 2019).

Otros hallazgos obtenidos en revisiones recientes sobre la relación EAI y UPD en población adolescente indican que: a) se evidencia una significativa

asociación entre la vivencia de EAI y el riesgo de un UPD en la adolescencia, juventud y hasta la adultez; b) la exposición a EAI genera un inicio precoz en el uso de drogas tanto legales como ilegales en adolescentes; c) el número de EAI a las que se expone un niño o niña es directamente proporcional al aumento del riesgo de un UPD en la adolescencia; d) existen diferencias de género no solo en la vivencia de EAI sino también en el impacto posterior de estas, donde adolescentes y jóvenes varones presentan un consumo más elevado y de mayor riesgo, mientras que las mujeres se ven más afectadas por problemas de salud mental; e) la relación entre EAI y UPD en adolescentes estaría mediada por variables como la etnia, el género y el volumen de experiencias adversas experimentadas; y f) que el uso drogas cumple un rol de barrera química para distanciar el dolor emocional que deriva del recuerdo de las experiencias traumáticas y su carga psíquica asociada (Rojas-Jara *et al*., 2020; Rojas-Jara, Polanco-Carrasco *et al*., 2020).

EAI y UPD: una propuesta de abordaje promocional y preventivo

a) Promoción del buen trato en la infancia como barrera para las EAI

Ejercer la parentalidad hoy se ha convertido en un mandato que ha intensificado las demandas relacionadas al rol, trayendo consigo una importante carga para padres, madres y/o cuidadores (Vergara *et al*., 2018). Lo anterior genera en los adultos un importante sentimiento de culpa al sentir que no cumplen necesariamente, y de manera adecuada, con las expectativas e imperativos que la sociedad impone (Chávez & Vergara, 2017).

Una pregunta clave es cómo generar los contextos para promover conductas bien tratantes, que se definen como todas aquellas competencias parentales que promueven un desarrollo sano de niños, niñas y/o adolescentes, incorporando distintos ejes, entre ellos la empatía, el apego, los modelos de crianza, participación en redes y recursos comunitarios, entre otros (Barudy & Dantagnan, 2010).

Así también, dentro del ejercicio parental, se definen distintas tipologías parentales (*i. e*., autoritario, democrático, permisivo), donde el estilo democrático –que se caracteriza por incorporar límites claros y una disciplina justa a la vez que ofrece soporte, respeto y calidez– aparece como aquel que se asocia a mayores niveles de bienestar infantil (Capano & Ubach, 2013). No obstante, hoy más bien se define un nuevo concepto que intenta destacar la importancia del ejercicio parental bien tratante: la parentalidad positiva. Esta se refiere a la conducta de los padres, madres y/o cuidadores, que relevan la importancia

de los derechos, en especial, el interés superior de niños y niñas, fomentando conductas de cuidado, desarrollo de sus capacidades y potencialidades, el buen trato y la demarcación asertiva de límites que permitan su pleno desarrollo (Gómez & Muñoz, 2015; Rodrigo *et al*., 2015).

Un desafío importante a este nivel será incentivar la participación de los padres en intervenciones parentales de promoción del buen trato, considerando que la evidencia demuestra que este tipo de intervenciones son eficaces y efectivas en el corto y largo plazo, reduciendo prácticas parentales mal tratantes y, por lo tanto, evitando que niños y niñas se vean expuestos a experiencias negativas traumáticas (Bodendorfer *et al*., 2019; Sanders, 1999).

En ese sentido, un estudio reciente determinó que el comportamiento de búsqueda de ayuda, las prácticas parentales, la autoeficacia de los padres, y la angustia psicológica (estrés), estaban significativamente relacionados con su intención de participar en futuras intervenciones de crianza (González *et al*., 2020). Por tanto, adquiere relevancia considerar dichas variables en la implementación de intervenciones con padres, madres y/o cuidadores para incentivar la participación activa de estos en programas de promoción.

Otra investigación evaluó cuales eran los formatos predilectos por los padres para recibir información promocional sobre parentalidad. Los resultados indican que los padres informaron la preferencia por formatos de entrega autoadministrados como la televisión, los programas en línea y los materiales escritos, en contraposición a formatos como visitas domiciliarias, intervenciones terapéuticas o intervenciones semanales del tipo taller (Metzler *et al*., 2012). Esto resulta relevante a la hora de escoger la metodología de intervención promocional del buen trato, toda vez que la innovación y flexibilidad se transforman en ejes imprescindibles (Chandía & Vásquez, 2016). Lo importante, es considerar las necesidades de cada familia y desde esa posición, en un diálogo conjunto, establecer qué formato se ajusta a la realidad de cada una. De este modo, la implementación de intervenciones promocionales que fomenten el buen trato desde el ejercicio parental, suscitan un escenario protector para la aparición de EAI, evitando así entornos familiares que pongan en riesgo el bienestar de los niños, niñas y/o adolescentes.

b) Prevención del UPD en adolescentes con historial de EAI

Como hemos indicado previamente, las EAI constituyen un factor de riesgo importante en el desarrollo de niños y niñas prediciendo dificultades importantes en la vida adolescente, entre ellas, el UPD (Raleva & Ignjatova, 2016).

Si bien debemos entender la adolescencia desde una mirada integral, que incluye la comprensión de la heterogeneidad del mundo adolescente (Duarte, 2000), existen algunas características que conviene destacar para entender el tránsito por esta etapa, entre otras: a) la necesidad de reafirmación, b) la

necesidad de transgresión, c) la necesidad de conformación intragrupal, d) la sensación de invulnerabilidad, e) el rechazo de la ayuda del adulto, y f) la susceptibilidad frente a presiones del entorno (Arbex, 2002). Cada una de estas características puede verse afectada cuando existe un historial previo de EAI.

Una propuesta que permita la prevención del UPD en adolescentes con historia de EAI, cuando la prevención del buen trato temprano ha fallado, debe incluir distintos ejes. Lo primero es volver la mirada desde el concepto de déficit a uno de recursos (lo que no implica ver solo recursos sino más bien entender ambos enfoques como complementarios) que permita identificar, no solo las áreas que requieran ser intervenidas, sino también visualizar todas aquellas donde el adolescente evidencia capacidades y potencialidades, no solo a nivel personal, sino también familiar y comunitario (Lerner *et al*., 2005; Oliva *et al*., 2010).

Un segundo aspecto es modificar la manera de visualizar la adolescencia pasando de una mirada hacia la crisis a una de las oportunidades, entendiendo esta etapa como un periodo donde la persona se encuentra aprendiendo –progresiva y lentamente– a gestionar los riesgos (Funes, 2003; Martínez, 2007). Así también, en toda intervención preventiva con población adolescente, el vínculo adquiere preponderancia. Toda propuesta debe considerar aspectos que permitan acercarse a los jóvenes desde una mirada comprensiva y empática que fomente un estilo relacional seguro, promoviendo una apertura genuina a procesos de cambio (Sánchez, 2012).

Un tercer aspecto a considerar debe ser el contexto desde una mirada ecológica, que incluya todos los subsistemas en los que se desarrolla el adolescente, intentado un trabajo multidisciplinar y en red (Bronfenbrenner, 1987; Marín & Flores, 2014).

c) Factores mediadores entre EAI y UPD en adolescentes

La evidencia disponible actualmente ofrece importantes claves para identificar aquellos factores capaces de mitigar e incluso anular el efecto negativo de las EAI. Uno de los más frecuentemente consignados son los factores familiares (*v. g*., soporte y comunicación familiar) ya que se asocian de forma directa con el desarrollo adolescente positivo (Lackova *et al*., 2020; Ronnenberg *et al*., 2020). Otro factor ampliamente estudiado es la resiliencia –considerada como una característica positiva de la personalidad– por su importante rol de protección psicológica frente a múltiples adversidades traumáticas, como las que componen las EAI, moderando su impacto a través de la recuperación y superación de situaciones difíciles o estresantes (Kelifa *et al*., 2020; Lee *et al*., 2020; Schnarss *et al*., 2020; Zetino *et al*., 2020).

Aspectos finales

Es posible reconocer que el concepto de EAI es evolutivo y, de la mano con la investigación y el incremento de la evidencia relacionada, va incorporando nuevos acontecimientos que resultan potencialmente adversos para niños y niñas. De este modo, a las ya tradicionales experiencias de abuso, negligencia y disfunción doméstica, se han adicionado otros elementos psicosociales como la economía y la pobreza, los desastres naturales, el terrorismo, y la violencia barrial, escolar y comunitaria, mostrando que las adversidades no solo devienen del interior de los hogares sino también desde fuera de ellos.

De este modo, es posible observar que las EAI emergen como peligrosos obstaculizadores para el apropiado desarrollo humano. Por un lado, exponiendo precozmente a niños y niñas a diversos acontecimientos, tan negativos como traumatizantes, que provocarán un dolor inmediato en lo psíquico y somático, pero que también dejarán una huella importante en el crecimiento futuro. Por otro lado, encontraremos en la adolescencia los vestigios de estas prematuras vivencias transformadas en manifestaciones físicas y psicológicas que facilitarán la aparición de otras condiciones de riesgo, entre ellas, el UPD. Así, el consumo de drogas en adolescentes con historial de EAI aparecerá no solo como una conducta de riesgo esperable, sino además como un mecanismo adaptativo y defensivo (parcial y peligroso, por cierto) que les permite una cierta distancia funcional del dolor psíquico derivado de estas tempranas experiencias traumáticas.

Su abordaje, como hemos señalado, se mueve en dos vías: por una, la promoción del buen trato en la infancia y un estilo parental que permitan generar espacios de cuidado, soporte y afectos, que protejan a niños y niñas de la exposición a situaciones negativas. Y, por otra, la prevención específica, flexible, profunda y amplia (*i. e.*, hogar, colegio, comunidad) del impacto en aquellos adolescentes donde la promoción no fue suficiente y se vieron expuestos a este tipo de experiencias durante su niñez.

No olvidar que los efectos de las EAI pueden ser mitigados por una intervención temprana para abordar terapéuticamente el trauma asociado, como también a través de la acción familiar donde impulsar estilos comunicacionales positivos y de apoyo ayudan a reducir sus consecuencias. Del mismo modo, el fomento de la resiliencia surge como un gran mediador entre la exposición a la adversidad y la severidad de su impacto.

Finalmente, reconocer que un apego seguro con los cuidadores, la parentalidad positiva, el buen vínculo con profesores, pares y la familia extendida, entre otras, son experiencias favorables en la infancia que pueden incrementar el bienestar y la resiliencia incluso en contextos sociales adversos.

Agradecimientos

A Sebastián, Claudia, Rosario y Celeste quienes desde sus infancias nos motivan diariamente a construirles un mundo de protección y bienestar, mientras nosotros aprendemos a ser padres con ustedes como inspiración.

Referencias

Afifi, T., Taillieu, T., Salmon, S., Garcés, I., Steward-Tufescu, A., Fortier, J., Struck, S., Asmundson, G., Sareen, J., & MacMillan, H. (2020). Adverse childhood experience (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. *Child Abuse & Neglect, 106*, 104504. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104504

Alhowaymel, F., Kalmakis, K., & Jacelon, C. (2021). Developing the concept of adverse childhood experiences: A global perspective. *Journal of Pediatric Nursing, 56*, 18-23. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.004

Arbel, R., Schacter, H. L., Kazmierski, K. F. M., Daspe, M., & Margolin, G. (2018). Adverse childhood experiences, daily worries, and positive thoughts: a daily diary multi-wave study. *British Journal of Clinical Psychology, 57*(4), 514-519. https://doi.org/10.1111/bjc.12200

Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Editorial ADES.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.

Beal, S., Wingrove, T., Mara, C., Lutz, N., Noll, J., & Greiner, M. (2018). Childhood adversity and associated psychosocial function in adolescents with complex trauma. *Child & Youth Care Forum, 48*(3), 305-322. https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5

Bodendorfer, V., Koball, A., Rasmussen, C., Klevan, J., Ramirez, L., & Olson-Dorff, D. (2020). Implementation of the adverse childhood experiences conversation in primary care. *Family Practice, 37*(3), 355-359. https://doi.org/10.1093/fampra/cmz065

Bomysoad, R., & Francis, L. (2020). Adverse childhood experiences and mental health conditions among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 67*(6), 868-870. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.013

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Bryant, D., Coman, E., & Damian, A. (2020). Association of adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorders (SUDs) in a multi-site safety net healthcare setting. *Addictive Behaviors Reports, 12*, 100293. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100293

Capano, A., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas, 7*(1), 83-95.

Chandía, G., & Vásquez, K. (2016). ¿Conceptos en diálogo o elementos en pugna? Adolescencias y drogas. En C. Rojas (Ed.), *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp.155-169). Universidad Católica del Maule.

Chávez, P., & Vergara, A. (2017). *Ser niño y niña en el Chile de hoy: La perspectiva de sus protagonistas acerca de la infancia, la adultez y las relaciones entre padres e hijos*. Ediciones Ceibo.

Choi, J., Teshome, T., & Smith, J. (2020). Neighborhood disadvantage, childhood adversity, bullying victimization, and adolescent depression: A multiple mediational analysis. *Journal of Affective Disorders, 279*, 554-562. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.041

Duarte, K. (2000). ¿Juventud o Juventudes?: Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Última Década*, 8(13), 59-77. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362000000200004.

El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Ben Salah, A., Nakajima, M., Ben Salem, K., & al'Absi, M. (2017). Gender differences in adverse childhood experiences, collective violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia. *Preventive Medicine, 99*, 99-104. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.011

Evans, A., Hardcastle, K., Bandyopadhyay, A., Farewell, D., John, A., Lyons, R., Long, S., Bellis, M., & Paranjothy, S. (2020). Adverse childhood experiences during childhood and academic attainment at age 7 and 11 years: An electronic birth cohort study. *Public Health, 189*, 37-47. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.08.027

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Forster, M., Grigsby, T., Rogers, C., & Benjamin, S. (2018). The relationship between family-based adverse childhood experiences and substance use behaviors among a diverse sample of college students. *Addictive Behaviors, 76*, 298-304. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.037

Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R. (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: Results from an online survey study. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1606625. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1606625

Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? *Papeles del Psicólogo, 23*(84), 1-8.

Gómez, E., & Muñoz, M. (2015). *Escala de Parentalidad Positiva E2P. MANUAL*. Fundación América por la Infancia.

Gomez, B., Peh, C.X., Cheok, C., & Guo, S. (2017). Adverse childhood experiences and illicit drug use in adolescents: findings from a national addictions treatment population in Singapore. *Journal of Substance Use, 23*(1), 86-91. https://dx.doi.org/10.1080/14659891.2017.1348558

González, C., Morawska, A., & Haslam, D. (2020). A model of intention to participate in parenting interventions: the role of parent cognitions and behaviours. *Behavior Therapy*. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.006

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing, 70*(7), 1489-1501. https://doi.org/10.1111/jan.12329

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Grandison, G., Garozi, M., Latham, E., Sinclair, M., Ka Ho, G. W., McAnee, G., Ford, J. D., & Hyland, P. (2020). Adverse and benevolent childhood experiences in posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for trauma-focused therapies. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1793599. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793599

Kelifa, M. O., Yang, Y., Herbert, C., He, Q., & Wang, P. (2020). Psychological resilience and current stressful events as potential mediators between adverse childhood experiences and depression among college students in Eritrea. *Child Abuse & Neglect, 106*, 104480. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104480

Kiburi, S., Molebatsi, K., Obondo, A., & Kuria, M. (2018). Adverse childhood experiences among patients with substance use disorders at a referral psychiatric hospital in Kenia. *BMC Psychiatry, 18*(1), 197. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1780-1

Lackova, M., Dankulincova, Z., Husarova, D., Klein, D., Madasarova, A., van Dijk, J., & Reijneveld, S. (2020). Does family communication moderate the association between adverse childhood experiences and emotional and behavioural problems? *BMC Public Health, 20*, 1264. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09350-9

Lee, D., Yu, E. S., & Hee, N. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: The moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1704563. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563

Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., & Theokas, C. (2005). Positive youth development: A view of the issues. *Journal of Early Adolescence, 25*, 10-16. https://doi.org/10.1177/0272431604273211

LeTendre, M., & Reed, M. (2017). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: results of a nationally representative study. *Substance Use & Misuse, 52*(6), 689-697. https://dx.doi.org/10.1080/10826084.2016.1253746

Marín, A., & Flores, M. (2014). *Guía de estrategias de intervención familiar. Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social*. SENAME/Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M. D., & Ezama, E. (2020). The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 8507. https://doi.org/10.3390/ijerph17228507

Martínez, M. (2007). Mirando al futuro: desafíos y oportunidades para el desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhe, 16*(1), 3-14. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100001

Metzler, C., Sanders, M., Rusby, J., & Crowley, R. (2012). Using consumer preference information to increase the reach and impact of media-based parenting interventions in a public health approach to parenting support. *Behavior Therapy, 43*(2), 257-270. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.05.004.

Morris, D., Webb, E. L., Parmar, E., Trundle, G., & McLean, A. (2020). Troubled beginnings: the adverse childhood experiences and placement histories of a detained adolescent population with developmental disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 14*(6), 181-197. https://doi.org/10.1108/AMHID-01-2020-0003

Narvey, C., Yang, J., Wolff, K., Baglivio, M., & Piquero, A. (2020). The interrelationship between empathy and adverse childhood experiences and their impact on juvenile recidivism. *Youth Violence and Juvenile Justice, 19*(1), 45-67. https://doi.org/10.1177/1541204020939647

Oliva, A., Reina, M., Hernando, A., Antolín, L., Pertegal, M., Parra, A., Ríos, M., Estévez, R., & Pascual, D. (2010). *Activos para el desarrollo positivo y la salud mental en la adolescencia*. Junta de Andalucía.

Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., Sacco, M., & Cristofalo, P. (2016). Parental substance abuse as an early traumatic event. Preliminary findings on neuropsychological and personality functioning in young drug addicts exposed to drugs early. *Frontiers in Psychology, 7*, 887. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00887

Putnam, F., Amaya-Jackson, L., Putnam, K., & Briggs, E. (2020). Synergistic adversities and behavioral problems in traumatized children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 106*, 10449. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104492

Quinn, K., Bartley, F., Scheidell, J., Schatz, D., Scanlon, F., & Khan, M. (2019). Internalizing and externalizing factors on the pathways from adverse experiences in childhood to non-medical prescription opioid use in adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 197*, 212-219. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.029

Raleva, M., & Ignjatova, L. (2016). Association between adverse childhood experiences and health risk behaviours such as smoking, use of alcohol

and substance abuse in adolescence. *Heroin Addiction Related Clinical Problems, 18*(4), 27-36.

Rawlins, B., Brooks, M., & Khan, R. (2020). Posttraumatic stress symptoms mediate the relationship between adverse childhood experiences, avoidant personality traits and resilience. *Anxiety, Stress & Coping, 33*(5), 590-601. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1768532

Rodrigo, M., Máiquez, M., Martín, J., Byrne, S., & Rodríguez, B. (coord.) (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Editorial Síntesis.

Rojas-Jara, C., Chandía-Garrido, G., & Concha-Ponce, P. (2020). Experiencias adversas en la infancia y abuso de drogas en la adolescencia y juventud: una revisión sistemática. En D. X. Puertas, & C. A. Duque (Eds.), *Problemas contemporáneos de la niñez y la juventud* (en prensa). Ediciones UNIBAGUE.

Rojas Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Acuña-Espinoza, R., González-Serrano, C., Roa-Méndez, P., Rojas-Román, A., Sepúlveda-López, M. A. (2020). Experiencias adversas en la infancia y el uso de drogas en la adolescencia y la adultez: un análisis de la evidencia. *Universitas Psychologica*. (en prensa).

Ronnenberg, M., Conrad, A., Stevenson, A., & Menninga, E. (2020). More than therapy: The link between adverse childhood experiences, social support, and therapeutic services. *Child & Family Social Work, 25*(3), 683-693. https://doi.org/10.1111/cfs.12745

Sánchez, P. (2012). La experiencia vinculante afectiva del sujeto adolescente infractor. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 10*(1), 453-465.

Sanders, M. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*, 71-90. https://doi.org/10.1023/A:1021843613840

Schnarss, P., Stone, A., Salcido, R., Georgiou, C. Zhou, X., & Nemeroff, C. (2020). The moderating effect of resilience on the relationship between adverse childhood experiences (ACEs) and quality of physical and mental health among adult sexual and gender minorities. *Behavioral Medicine, 46*(3-4), 366-374. https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1727406

Shin, S., McDonald, S., & Conley, D. (2017). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: a latent class analysis. *Addictive Behaviors, 78*, 187-192. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020

Swedo, E., Summer, S., de Fijter, S., Werhan, L., Norris, K., Beauregard, J., Montgomery, M., Rose, E., Hillis, S., & Massetti, G. (2020). Adolescent opioid misuse attributable to adverse childhood experiences. *The Journal of Pediatrics, 224*, 102-109. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.001

Turney, K. (2020). Cumulative adverse childhood experiences and children's health. *Children and Youth Services Review, 119*, 105538. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105538

Vergara, A., Sepúlveda, M., & Chávez, P. (2018). Parentalidades intensivas y éticas del cuidado: Discursos de niños y adultos de estrato bajo de Santiago, Chile. *Psicoperspectivas, 17*(2), 67-77. https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue2-fulltext-1173

Walsh, E.G., & Cawthon, S.W. (2014). The mediating role of depressive symptoms in the relationship between adverse childhood experiences and smoking. *Addictive Behaviors, 39*(10), 1471-1476. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.020

Wilke, N., Howard, A., Morgan, M., & Hardin, M. (2020). Adverse childhood experiences and problematic media use: The roles of attachment and impulsivity. Vulnerable *Children and Youth Studies, 15*(4), 344-355. https://doi.org/10.1080/17450128.2020.1734706

Zetino, Y., Galicia, B., & Venta, A. (2020). Adverse childhood experiences, resilience, and emotional problems in latinx immigrant youth. *Psychiatry Research, 293*, 113450. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113450

Zettler, H. (2020). Much to do about trauma: A systematic review of existing trauma-informed treatments on youth violence and recidivism. *Youth Violence and Juvenile Justice, 19*(1), 113-134. https://doi.org/10.1177/1541204020939645

Intervención familiar con familias de infractores de ley

Carolina Báez Hernández
Directora de Implementación Clínica de Terapia Familiar Funcional en Chile

Álvaro Barra Romo
Servicio de Salud del Reloncaví, Chile

Introducción

El desarrollo de evidencia científica en torno a la intervención familiar con infractores de ley adolescentes ha crecido enormemente en las últimas décadas. La evidencia nos ha permitido evolucionar desde aquellos paradigmas previos a 1990 en que «nada funcionaba» (Cullen & Gendreau, 1989; Romig, 1978; Seymour, 1988;) para llegar al momento actual donde existe un cuerpo de investigación bastante robusto que nos permite contar con diversos enfoques, modelos y programas de intervención que pueden llegar a tener alta efectividad en la población de adolescentes que han infringido la ley y/o se encuentran en conflicto con la justicia (Latessa *et al*., 2020; Lipsey *et al*., 2010).

En base a esta amplia gama de estudios en torno a las intervenciones con adolescentes infractores han surgido diversas iniciativas de repositorios de programas basados en evidencia que permiten identificar cuáles son los programas efectivos, con qué perfil funcionan, cuáles son los objetivos que buscan, los efectos encontrados en los estudios y el nivel de evidencia que presentan (Mihalic & Elliot, 2015).

Si bien estos repositorios de evidencia se desarrollan principalmente en EE. UU., también se diseminan en diversos países, siendo su mayor utilidad ayudar a los tomadores de decisiones, ONG, Estados y otros a seleccionar las mejores prácticas que permitan garantizar resultados positivos, con costo-efectividad y capacidad de replicabilidad en diversos contextos y culturas.

Ahora bien, uno de los elementos notorios al desarrollar búsquedas de programas basados en evidencia para adolescentes infractores de ley en los repositorios es que los programas basados en la familia generalmente son los que lideran los más altos estándares de evidencia científica en torno a su efectividad con adolescentes, tanto a nivel de conducta infractora, como también en el abordaje de otras conductas de riesgo (p. ej., consumo de sustancias, problemas conductuales, etc.) (Latessa *et al.*, 2020; Mihalic & Elliot, 2015).

Este artículo busca profundizar en las razones por las cuáles los programas de intervención familiar presentan mayor efectividad que otros, relevando la importancia del abordaje familiar en la intervención con adolescentes infractores y la evidencia que sustenta la teoría de cambio de este tipo de programas. Asimismo, se profundizará en los procesos de implementación de este tipo de programas, las características de la intervención familiar y el análisis de los principios y diferencias de los distintos tipos de intervenciones familiares, así como la apropiación cultural que se ha desarrollado a nivel nacional y los desafíos para Chile y América Latina.

Infracción de ley por adolescentes y variables familiares

La infracción de ley cometida por adolescentes está determinada por una serie de factores del ámbito individual, familiar, ecológico y relacional que contribuyen a este comportamiento antisocial y que suelen comenzar a correlacionarse desde la infancia, por lo que se identifican una serie factores que podrían ser abordados en un tratamiento (Hoge, 2008; Loeber & Farrington, 1998), para efectos del presente artículo profundizaremos en el factor familiar que podría ser considerado uno de los más determinantes al momento de comenzar un tratamiento y lograr los cambios esperados.

Tabla 1
Principales factores asociados a la conducta antisocial en adolescentes

Principales causas y correlaciones del comportamiento antisocial de los adolescentes
Nivel Personal • Déficit atencional, impulsividad, otros problemas de salud mental. • Interés hacia la delincuencia y el uso de alcohol y drogas. • Falta de culpabilidad por las transgresiones. • Afectos negativos.
Nivel Familiar • Ausencia o baja supervisión. • Problemas mentales y abuso de drogas a nivel parental. • Inconsistencia en la disciplina. • Relaciones afectivas dañadas entre los cuidadores.
Nivel de pares • Asociación con pares con consumo o prodelito. • Relaciones pobres con pares, rechazo de sus pares.
Nivel de escuela • Dificultades académicas, bajos niveles educativos, repitencia escolar. • Problemas conductuales en el contexto escolar, ausentismo escolar, suspensiones. • Actitud negativa hacia la escuela. • Sistema escolar poco flexible hacía las necesidades del adolescente.
Nivel de vecindario • Se avala el uso de armas y drogas. • Alto contexto de estrés psicosocial.

En cuanto al desarrollo de conductas de riesgo en adolescentes, uno de los contextos que ha sido más explorado a nivel de investigación es la familia (Steinberg, 2014). Diversos estudios muestran que la dimensión familiar tiene gran importancia como variable de riesgo de reincidencia delictiva en adolescentes infractores (Dowden & Andrews, 2003). Las dimensiones de afecto y de supervisión parental suelen ser claves en el desarrollo de la conducta infractora, así como el estilo parental «autoritativo», que corresponde a un equilibrio

entre estructura o límites y autonomía, facilitando el desarrollo saludable de los adolescentes (Baumrind, 2005; Grotevant, 1998; Steinberg *et al.*, 1989).

La literatura sobre parentalidad identifica dos grandes dimensiones. En primer lugar, la investigación sobre las dimensiones de la parentalidad, que analiza las prácticas o comportamientos parentales como monitoreo, afecto, disciplina, castigo, etc. Y en segundo lugar, el estudio de los estilos parentales, que corresponde a constelaciones de dimensiones parentales de acuerdo con niveles de afecto o vinculación y nivel de control. En este segundo punto es posible mencionar el modelo de Maccoby y Martin (1983) quienes definen los estilos de crianza según un marco bidimensional que consiste en: (1) apoyo, es decir, calidez, aceptación, afecto y receptividad; y (2) control, es decir, castigo, restricción, supervisión y directividad. En base a estas dimensiones se identifican cuatro estilos de crianza: autoritario (bajo apoyo, alto control), autoritativo (alto apoyo y control), permisivo (alto apoyo y bajo control) y negligente (bajo apoyo y control). Los estilos de crianza corresponden a «configuraciones de actitudes y comportamientos de los padres hacia sus hijos y crean un contexto o un clima para el comportamiento de los padres» (Darling & Steinberg 1993, p. 490).

Tabla 2
Estilos de crianza bidimensional



En cuanto a la relación entre los estilos parentales en la familia de los adolescentes y la conducta infractora, diversos investigadores han encontrado una vinculación entre prácticas inadecuadas de crianza con el desarrollo de la conducta infractora. Entre estas investigaciones se encuentran las de Glueck y Glueck (1950) que desarrollan una de las primeras aproximaciones a la

caracterización de adolescentes infractores, pasando por los de Hirschi (1969) con sus estudios sobre vínculos sociales en infractores, y Farrington, Coid y West (2009), con su aproximación a la criminología integrativa y evolutiva (diferencias en las trayectorias delictivas de adolescentes y adultos, y comportamiento transgresor propio de la adolescencia). Todos estos estudios confirman la relación entre la baja supervisión parental y/o el uso del castigo físico y la conducta infractora adolescente.

En estudios de mayor complejidad, Hoeve *et al.* (2009) desarrolla un metaanálisis de 161 investigaciones para determinar si existe vínculo entre la parentalidad y la delincuencia y la magnitud de la asociación. Los hallazgos mostraron que prácticas parentales como la supervisión o monitoreo parental, el control psicológico y los aspectos negativos como el rechazo y la hostilidad, explicaron hasta el 11% de la varianza en la delincuencia.

Otros estudios han demostrado la relación entre ciertas prácticas de crianza y el desarrollo de conductas infractoras. Estas prácticas incluyen: los estilos de crianza permisivos y autoritarios, que implican emociones negativas como hostilidad, rechazo, supervisión inadecuada, disciplina inconsistente, bajo vínculo entre padres e hijos y ausente preocupación o invalidación de los derechos y la seguridad del niño (Johnson, 2016).

En menor medida se ha indagado en las pautas transgeneracionales de conducta infractora. Al respecto, Besemer *et al.* (2017) realizan un metaanálisis de 23 estudios donde los hallazgos mostraron que, en promedio, los adolescentes con padres infractores tienen un riesgo significativamente mayor de participar en comportamientos delictivos en comparación con los niños sin padres infractores. Este y otros estudios refuerzan la idea de que podrían existir mayores riesgos de desarrollo de conductas infractoras en adolescentes cuando existen patrones delictivos en la familia y/o uno de los cuidadores (Besemer & Murray, 2016; Kaplan & Liu, 1999; van Dijk *et al.*, 2019).

Pese a que el nivel de la investigación en América Latina es bastante más acotado que en otras regiones del mundo, Chile es uno de los países latinoamericanos que cuenta con más investigación en materia de infractores adolescentes. Los estudios locales en Chile han identificado que dentro de los factores que presentan significancia estadística en adolescentes que reinciden en delitos violentos, los principales factores son familia y pares. Por otra parte, a nivel familiar, la débil supervisión o monitoreo y la aprobación delictiva son los factores que elevan mayormente el riesgo de reincidencia (Alarcón *et al.*, 2017).

Programas efectivos basados en la familia y comprensión del cambio

Los modelos basados en la familia han demostrado importantes efectos a nivel de prevención de la delincuencia y tratamiento para adolescentes que ya

han iniciado conductas infractoras. De esta manera se han desarrollado una serie de programas, entre los cuales se destacan: terapia familiar multisistémica (MST), terapia familiar funcional (FFT), programa fortaleciendo familias, PMTO, parentalidad sabia, EPICS (Latessa *et al.*, 2020). Siendo los programas con mayor nivel de evidencia la MST y la FFT para adolescentes que presentan conducta delictiva.

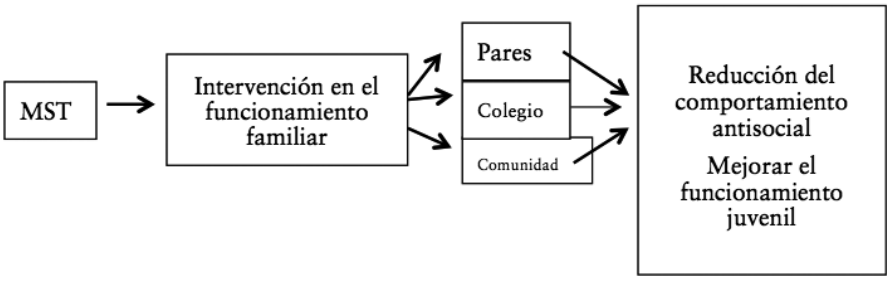
Dowden y Andrews (2003), desarrollaron un metaanálisis sobre programas familiares y encontraron que el promedio de reducción de la reincidencia delictual era de un 21%. Otros estudios han identificado disminuciones en los tiempos de institucionalización o encarcelamiento (Woolfenden *et al.,* 2001), disminución de uso de sustancias (Henggeler *et al.*, 2009; Liddle *et al.*, 2008), y otros problemas conductuales (Henggeler *et al.*, 2009).

A la hora de implementar estos programas es fundamental comprender la teoría de cambio detrás de estos modelos, como un elemento fundamental para su adecuada aplicación, así como también para la selección de la práctica o programa más idóneo para el tipo de población con la que se trabaja (Kazdin, 2007). En términos generales, la mayoría de estos programas buscan que las relaciones familiares mejoren, ya sea a través de la reestructuración, el cambio de patrones de interacción, cambios en la jerarquía, en la comunicación, en el afecto o en las estrategias de resolución de problemas; de esta manera los mecanismos de acción presentan variaciones, pese a perseguir una meta final parecida: impactar en el desarrollo del adolescente infractor.

En este sentido, al comparar la MST y la FFT, el primero basa su marco conceptual en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), considerando que los adolescentes se encuentran dentro múltiples sistemas (familia, pares, escuela, vecindario) que ejercen influencia directa e indirecta en la conducta e interacciones del adolescente. Asimismo, utiliza a nivel clínico modelos estructurales como el de Minuchin (1979), modelos estratégicos como el de Haley (1980), las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1987) y el modelo cognitivo-conductual (Mahoney & Arnoff, 1978). En el caso de la FFT, el modelo tiene un fuerte componente relacional, siendo un modelo único, desarrollado por Alexander y Parson (1982) hace más de 40 años, que ha evolucionado en base a la evidencia científica. El modelo además utiliza intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales en los protocolos de tratamiento, siempre manteniendo un enfoque relacional.

Si bien existen teorías de cambio distintas en ambos modelos, es relevante también destacar ciertos aspectos comunes que entregan importantes luces sobre la forma en que han abordado los principales retos de la intervención familiar con adolescentes infractores.

Figura 1
Teoría del cambio MST



Adherencia al tratamiento como clave para el éxito

Kazdin (1990) detectó que los adolescentes con problemas de conducta tienen importantes tasas de abandono, llegando incluso al 50% o 70%. Si bien los modelos familiares muestran amplios efectos positivos en los problemas conductuales, conducta infractora y abuso de drogas (Henggeler & Sheidow, 2012); uno de los principales desafíos para el éxito de las intervenciones es lograr involucrar a los adolescentes, cuidadores y/u otros miembros de la familia en el tratamiento (Stanton & Shadish, 1997).

Trotter (2015), quien se ha dedicado al estudio de la intervención con clientes «involuntarios», explica que la intervención familiar puede llegar a ser una muy buena manera de trabajar con los clientes involuntarios. Asimismo, explica que una de las características que aumentan la adherencia de las familias a los programas es la «intervención basada en el hogar», que en general reduce los obstáculos asociados al acceso a la intervención y muestra mejores efectos en la participación familiar.

Los principales modelos basados en evidencia con infractores, como la FFT y la MST, comparten importantes nociones. En primer lugar, ambos modelos destacan como base de la intervención el trabajo de «enganche» o «compromiso» para que la familia adhiera a la intervención y favorecer la motivación de esta para seguir un proceso de cambio. Un elemento común en ambos modelos es generar la accesibilidad, antes mencionada, al implementar la terapia basada en el hogar o cualquier otro lugar que la familia considere accesible, en los horarios que la familia tenga disponible. Lo que implica que la accesibilidad tiene un componente de flexibilidad importante.

En términos clínicos las estrategias de enganche entre ambos modelos difieren, ya que en el caso de la FFT los autores realizan diversos estudios, donde identifican la relación entre la «alianza terapéutica» y la adherencia o

retención en tratamiento familiar, encontrando que la alianza individual con padres e hijos no predecía la adherencia, y que las familias que desertaban de tratamiento tenían importantes diferencias de nivel de alianza del terapeuta con los padres o con los hijos. De esta manera concluyen que la alianza operaría mejor al desarrollarse con el grupo familiar que como un proceso individual, por lo que optan por una «alianza balanceada a la hora de realizar la intervención» (Robbins *et al.*, 2016, p. 544). Asimismo, Sexton (2017), en su libro *Terapia familiar funcional en la práctica clínica*, explica que al trabajar con adolescentes con conductas de riesgo y sus familias se debe comenzar con los objetivos aparentemente básicos de todas las terapias: crear una alianza, desarrollar objetivos compartidos y comprender y evaluar el problema.

Henggeler *et al.,* (2009) explican que el tratamiento no puede avanzar mientras los padres no estén «enganchados» y participando activamente del proceso de tratamiento, ayudando a definir y comprender los problemas, estableciendo metas e implementando intervenciones para lograr las metas. En este sentido, se observa que los interventores pueden tener y desplegar grandes habilidades y técnicas de intervención, pero estas intervenciones no tendrán el más mínimo efecto si no existe una fuerte alianza terapéutica. Los autores también explican que el cambio familiar y los logros en el cambio del comportamiento de los adolescentes requieren, generalmente, de «trabajo duro» de parte de la familia, considerando que es necesario implementar una serie de intervenciones y tareas, por lo cual si no están disponibles y enganchadas en el tratamiento, difícilmente realizarán estos esfuerzos.

Cunningham y Henggeler (1999) analizan que, generalmente, los interventores asumen que las familias están motivadas con la intervención, porque es lógico para ellos que lo estén, sin embargo, esto no siempre es así. Ellos identifican los siguientes indicadores de enganche: (i) altos índices de asistencia a sesión (asumiendo que las sesiones han sido programas en horario y lugar accesible para la familia), (ii) familias completan las tareas asignadas en el tratamiento, (iii) familias se involucran emocionalmente en las sesiones, (iv) progreso en las metas de tratamiento. Por otro lado, identifican algunas señales de dificultades en la adherencia: (i) dificultad para agendar reuniones, (ii) inasistencia o ausencia en reuniones, (iii) no se siguen los acuerdos de los planes de atención, (iv) el progreso de la intervención es muy irregular o accidentado, (v) los miembros de la familia mienten acerca de temas relevantes.

Frente a estos importantes desafíos Cunningham y Henggeler (1999) plantean que, dado que la mayoría de las familias han pasado por una serie de experiencias con pocos avances, los interventores en familias deben desarrollar una serie de estrategias basadas en evidencia que les permitan responder a estos importantes desafíos. La primera estrategia es el uso de la empatía. Cunningham y Henggeler (1999), explican que, a diferencia de la simpatía, la empatía requiere una experiencia indirecta del mundo interno de otra persona. La aproximación

empática ayuda a desarrollar intervenciones que sean congruentes con el estado actual de la familia, es decir, sintonizar con las experiencias familiares. Una de las dificultades más comunes para mantener una aproximación empática es el posible sentimiento de frustración de los profesionales que trabajan con personas, aparentar no preocuparse por las necesidades de sus hijos, poner sus necesidades primero o esforzarse de manera insuficiente. Esta frustración del terapeuta puede transmitirse como un juicio o crítica, y ninguna familia o persona va a mostrar disposición a continuar trabajando con un profesional que la juzgue severamente por sus decisiones.

Una segunda estrategia es lo que llaman «dar regalos», lo que se refiere a implementar técnicas que generen ciertos beneficios emocionales para la familia durante las primeras sesiones, como, por ejemplo, normalizar problemas y emociones, reducir la ansiedad y la culpa, aumentar la esperanza en el cambio, aumentar las habilidades conductuales, y experimentar una relación de confianza y comprensión.

La tercera estrategia es lograr la credibilidad, dado que, según la evidencia, esta genera mayores efectos en la adherencia. La credibilidad se logra con una acertada conceptualización del problema de la familia, desarrollando intervenciones adecuadas para las capacidades y nivel de desarrollo de la familia y al mostrar conocimiento, competencia, confiabilidad y adaptación a las expectativas de todos, logrando generar una atmosfera de colaboración y negociación (Cunningham *y* Henggeler, 1999). La cuarta estrategia se refiere al uso de «una mente de científico», lo que implica desarrollar y probar hipótesis sobre las conceptualizaciones del problema familiar, lo que permite sintonizar y respetar a la familia, así como prevenir los prejuicios.

Otro elemento de amplia relevancia para Henggeler es la identificación de barreras u obstáculos para el enganche de las familias con la intervención. Estas barreras se ven influidas por aspectos históricos culturales de cada país y territorio. Algunos de los más frecuentes son (i) algunos atributos o características del cuidador, como inestabilidad emocional, el consumo de drogas o problemas de salud mental que generan importantes dificultades para enfocarse en el adolescente; en estos casos se recomienda abordar el problema de salud del cuidador, siempre empatizando con sus necesidades y disposición al cambio, apoyándolo a través de la derivación y acompañamiento a servicios de atención o buscando apoyos sociales para el cuidador y el adolescente dentro o fuera de la familia puede ser una alternativa potencial; (b) influencia familiar y social, como problemas conyugales, distancia entre adolescente y cuidador, que se relaciona a problemas familiares de base que deben abordarse previo a implementar otro tipo de intervenciones enfocadas en el comportamiento del adolescente, (c) características personales del interventor como flexibilidad, experiencia, experticia, estrés o *burnout*, entre otros, que podrían estar incidiendo en el proceso de enganche con la familia; (d) factores prácticos, ambientales y

organizacionales, como el acceso a los servicios (p. ej. dificultades económicas, traslados, horarios, seguridad, etc.) (Henggeler *et. al.,* 2009). En la experiencia latinoamericana las familias suelen presentar resistencia, en ocasiones, ante las agencias de servicios sociales por temor a que sus hijos sean institucionalizados o removidos del hogar. Asimismo, cuando existe alta presencia de crimen organizado, narcotráfico, pandillas y violencia ambiental donde las familias pueden presentar desconfianza inicial por motivos de seguridad.

Por su parte, la FFT entrega algunas claves para disminuir las resistencias familiares y potenciar su participación: (i) reducir la negatividad y la culpa entre los miembros de la familia, (ii) desarrollar un enfoque familiar relacional para los problemas presentados por la familia, (iii) ayudar a la familia a experimentar un sentido de apoyo y esperanza en que los problemas pueden mejorar, (iv) establecer que el interventor puede ayudar a promover esos cambios generando credibilidad y confianza. Desde esta perspectiva las conversaciones tempranas son claves, aun cuando aparentemente son conversaciones triviales respecto a los hechos involucrados en la situación del joven y su familia, la expectativa de fondo es que el interventor desarrolle intercambios que permitan encontrar una manera de comprender las complejas comunicaciones e interacciones que se desarrollan en la sesión, entendiendo que la familia busca ser entendida para obtener ayuda, y para encontrar alivio de su dolor e incomodidad. Las primeras conversaciones con la familia son una oportunidad para comprender cómo funciona la familia y para lograr los principales objetivos esta fase del proceso donde se prepara y motiva a la familia para los próximos pasos y esfuerzos orientados al cambio de comportamiento (Sexton, 2017).

El enfoque FFT enfatiza en la necesidad de respetar a la familia, su cultura y experiencias, ya que la mayoría de estas familias han atravesado por una serie de experiencias de crisis, traumas, riesgos físicos y emocionales, culpabilización de parte de diversos actores del sistema que les responsabilizan de las conductas delictuales de los adolescentes, muchas veces sin considerar la complejidad y particularidades de cada situación. Las familias vienen con complejas historias de luchas, intentos de solución y, a veces, sentimientos de desesperanza sobre el sistema, otros miembros de la familia e incluso ellos mismos. Además, cuentan con diversas experiencias de «tratamientos obligados» donde son derivados a programas de atención por mandatos de jueces, delegados u otros trabajadores de salud mental o agencias de bienestar infantil, sin que necesariamente para ellos se responda a sus necesidades y preocupación más relevantes. En estos casos gran parte de estas familias arrastran frustración, enojo y preocupación por tener que asistir o participar de un nuevo programa, además de todo el resto de sus problemas. La confianza en la intervención se encuentra totalmente deteriorada y se percibe una amplia distancia entre lo que el «sistema» busca y las expectativas de la familia (Sexton, 2017).

Tabla 2
Estrategias de adherencia para la intervención

	MST	FFT
Estrategia adherencia	Empatía. Regalos. Credibilidad. Uso mente científica. Anticipación de barreras.	Reducir la negatividad y la culpa. Enfoque familiar relacional. Generar apoyo y esperanza. Interventor con credibilidad y confianza.

Intervención familiar para el cambio

Existe una extensa gama de intervenciones desarrolladas por los modelos basados en la familia con evidencia de efectividad con adolescentes infractores. Sin embargo, tal como se menciona anteriormente, la adherencia, el enganche y la motivación con la intervención son la piedra angular que garantiza que las intervenciones tengan impacto (Cunningham & Henggeler, 1999).

En general, estos modelos efectivos desarrollan un proceso de evaluación de las funciones y estructura familiar, así como también los factores de riesgo y los recursos familiares para la intervención. Ambos enfoques tienen un fuerte enfoque en las fortalezas familiares para el logro del cambio (Rudolph & Epstein, 2000). Esto último es parte clave de la aproximación a la intervención, no solo de las estrategias de motivación y enganche.

El enfoque en las fortalezas se vuelve un componente distintivo, en el contexto de las experiencias familiares previas de intervención, así como en los enfoques tradicionales de atención de infractores que suelen centrarse fuertemente en las necesidades o riesgos criminales invisibilizando en muchos casos las fortalezas y recursos (Hammond, 2010).

La teoría de cambio del modelo de terapia multisistémica (MST) es muy clara respecto a cómo la mejora del funcionamiento familiar incide sistémicamente en los factores de riesgo criminógenos. Para ello se evalúa de qué manera la dinámica familiar puede estar reforzando el desarrollo de los factores de riesgo dinámicos ya sea directa (p. ej. baja supervisión parental) o indirectamente (p. ej. bajo apoyo familiar en la adaptación escolar) y qué nuevas formas de funcionamiento familiar pueden desarrollarse y potenciarse con factores protectores o recursos que influyan en la disminución de los factores de riesgo (p. ej. vinculación de la familia con redes de apoyo prosociales) (Henggeler & Sheidow, 2012).

En el modelo MST (Henggeler *et al*., 2009) se analiza una serie de elementos para identificar patrones y pautas familiares a intervenir, como (i) equilibrio entre afecto y control, (ii) estilos de crianza, (iii) estructura familiar desde el modelo de Minuchin (1979) donde se analizan patrones usuales de interacción familiar, y límites, entre otros, (iv) elementos estratégicos, es decir, «secuencias de comportamiento recursivas» o «patrones de interacción» asociados a las conductas problema del adolescente, (v) jerarquía, con objeto de saber el nivel de influencia o control que tienen los padres sobre el adolescente, o si el adolescente cuenta con mayor jerarquía en la relación, (vi) crisis normativas y reestructuraciones familiares, donde se identifican los retos a nivel evolutivo que presenta la familia y la flexibilidad que ha logrado para enfrentarlos, o las necesidades en esta línea. De esta manera el proceso de intervención se basará en el desarrollo de planes de abordaje de los elementos mencionados en relación con su contribución con el problema, en este sentido el proceso de evaluación e intervención es un proceso dinámico y continuo donde la intervención se va reevaluando y rediseñando conforme se generan resultados positivos o se identifican barreras que dificultan la consecución de dichos resultados.

Por su parte, el modelo FFT en la fase de «cambio de comportamiento», busca cambiar las habilidades conductuales específicas de los miembros de la familia, aumentando su capacidad para realizar de manera más competente diversas tareas relevantes para el funcionamiento familiar, tales como comunicación, crianza, supervisión, resolución de problemas, entre otros. Para Sexton (2017) el cambio de comportamiento exitoso se logra identificando los factores de riesgo que contribuyen al comportamiento específico del problema y ayudando a cambiarlos de una manera que sintonice con la familia. Desde el enfoque en las fortalezas en que se basa el modelo el cambio se busca a través del desarrollo de habilidades familiares protectoras que mitigarán los factores que ponen en riesgo a la familia y al adolescente. Las habilidades y tareas que se desarrollan en esta fase incluyen nuevas pautas de crianza de los hijos, uso de recompensas y consecuencias, mejora de la comunicación entre los adolescentes y los padres, negociación de límites y reglas, resolución de problemas y gestión de conflictos, una forma adecuada al desarrollo de la familia y que sintonice con las capacidades relacionales y la cultura de esta.

Discusión

La intervención familiar con adolescentes infractores de ley ha mostrado importantes evidencias de efectividad, rompiendo los antiguos esquemas de que «nada funcionaba».

La implementación de programas basados en evidencia en América Latina tiene importantes desafíos, el primero de ellos es incorporar en la planificación de políticas y programas el uso y orientación de la evidencia científica, de manera

de garantizar programas efectivos que prevengan el deterioro familiar, y especialmente el deterioro de la relación entre las familias afectadas y las redes o servicios formales al utilizar programas que no funcionan y que no consideran los factores de la intervención en la comprensión de la dificultades familiares y los resultados de las intervenciones. Este es un elemento crítico a la hora de mejorar la forma en que trabajamos con uno de los segmentos poblacionales más complejos y, lamentablemente, más estigmatizados de la sociedad, como son los adolescentes infractores de ley y sus familias. El cambio de enfoque es urgente, pero la evidencia es esperanzadora respecto a los impresionantes cambios y resultados que se pueden lograr en el bienestar de los adolescentes y sus familias.

Por otra parte, otro desafío derivado de este análisis es la necesidad de realizar mayor investigación que permita sustentar y orientar las intervenciones ajustadas a la realidad local, si bien los programas basados en evidencia han mostrado buen impacto en población latina y contextos latinoamericanos, es un desafío regional conocer en mayor profundidad las necesidades de los adolescentes infractores y cómo funcionan las intervenciones, de manera de calibrar y mejorar constantemente el quehacer en este campo.

En cuanto a las recomendaciones para la práctica clínica, la revisión de estos modelos nos deja importantes lecciones sobre como orientar la práctica. En primer lugar, los programas basados en la familia han mostrado fuerte evidencia de efectividad. En segundo lugar, la base de la intervención familiar efectiva se centra en desarrollar una adecuada alianza de trabajo con la familia que garantice su participación y esfuerzos para lograr el cambio; en este sentido las habilidades y flexibilidad del interventor es clave. En tercer lugar, el enfoque basado en las fortalezas y la resiliencia debe ser uno de los ejes fundamentales que desarrolle el diseño y aplicación de la intervención. Finalmente, los modelos basados en la familia cuentan con contribuciones de una amplia gama de técnicas y modelos tanto sistémicos como comportamentales y cognitivo-conductuales, siendo la base el uso de técnicas que tienen evidencia científica para lograr el cambio.

Referencias

Alarcón, P. A., Luco, R. X. P., Chesta, S. A., & Wenger, L. S. (2017). Examinando factores de riesgo y recursos para la intervención con adolescentes infractores. In *Psicología jurídica: conocimiento y práctica: X Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense, Sevilla, 25, 26 y 27 de mayo de 2017* (pp. 425-442). Facultad de Derecho.

Alexander, J., & Parson, B.V. (1982). *Functional family therapy*. Monterrey, California, Brooks/Cole.

Bandura, A. (1987b). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New directions for child and adolescent development*, *2005*(108), 61-69.

Besemer, S., Ahmad, S.I., Hinshaw, S.P., y Farrington, D.P. (2017). A systematic review and meta-analysis of the intergenerational transmission of criminal behavior. *Aggression and Violent Behavior, 37,* 161-178.

Besemer, S. y Murray, J. (2016). *Encarcelamiento y desarrollo de la delincuencia.* En TP Beauchaine & SP Hinshaw (Eds.), *Biblioteca de psicología de Oxford. El manual de Oxford de externalización de los trastornos del espectro* (p. 323–343). Prensa de la Universidad de Oxford.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).

Cullen, F. T., & Gendreau, P. (1989). *The effectiveness of correctional rehabilitation. In The American prison*. Springer.

Cunningham, P., & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process, 38*, 265-286.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin, 113*(3), 487 (falta número de página).

Dowden, C., & Andrews, D. (2003). Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 45*(3), 327-342.

Farrington, D. P., Coid, J. W., & West, D. J. (2009). The development of offending from age 8 to age 50: Recent results from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, *92*(2-3), 160-173.

Glueck, S. & Glueck, E. (1950). Unraveling juvenile delinquency. Cambridge: Harvard University Press.

Grotevant, H. D. (1998). Adolescent development in family contexts.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Hammond, W. (2010). Principles of strength-based practice. *Resiliency Initiatives, 12*(2), 1-7.

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.

Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of marital and family therapy, 38*(1), 30-58.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. Guilford Press.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, *37*(6), 749-775.

Hoge, R. D. (2008). Assessment in juvenile justice systems. Treating the juvenile offender, 54-75.

Hoge, R.D. (2008). Evaluación en los sistemas de justicia juvenil. En RD Hoge, NG Guerra y P. Boxer (Eds.), Tratando al delincuente juvenil (p. 54-75). La prensa de Guilford.

Johnson, S. A. (2016). Parenting styles and raising delinquent children: Responsibility of parents in encouraging violent behavior. *Forensic Research & Criminology International Journal, 3*(1), 243-247.

Kaplan, H. B., & Liu, X. (1999). Explaining transgenerational continuity in antisocial behavior during early adolescence. *Historical and geographical influences on psychopathology*, 163-191.

Kazdin, A. E. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology, 41*(1), 21-54.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 1-27.

Latessa, E. J., Johnson, S. L., & Koetzle, D. (2020). *What works (and doesn't) in reducing recidivism*. Routledge.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction, 103*(10), 1660-1670.

Lipsey, M. W., Howell, J. C., Kelly, M. R., Chapman, G., & Carver, D. (2010). Improving the effectiveness of juvenile justice programs. *Washington DC: Center for Juvenile Justice Reform at Georgetown University*.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.). (1998). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Sage Publications.

Maccoby, E.E., y Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington & P.H. Mussen (Eds), Handbook of child psychology: *Socialization, personality and social development* Vol.4 (pp.1-101). New York: Wiley

Mahoney, M.J. y Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.J. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Nueva York: Wiley

Mihalic, S. F., & Elliott, D. S. (2015). Evidence-based programs registry: Blueprints for healthy youth development. *Evaluation and Program Planning, 48*, 124-131.

Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. México: GEDISA Mexicana.

Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W., & Hollimon, A. (2016). Evolution of functional family therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process, 55*(3), 543-557.

Romig, D. A. (1978). *Justice for our children: An examination of juvenile delinquent rehabilitation programs*. Lexington Books.

Rudolph, S. M., & Epstein, M. H. (2000). Empowering children and families through strength-based assessment. *Reclaiming Children and Youth*, *8*(4), 207.

Sexton, T. L. (2017). Functional family therapy. *The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice*, 1-7.

Seymour, J. A. (1988). *Dealing with young offenders*. Law Book Company.

Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin, 122*, 170-191.

Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child development*, 1424-1436.

Steinberg, L. (2014). Family Structure, Parenting Practices, and Adolescent Adjustment: An Ecological Examination. *Coping With Divorce, Single Parenting, and Remarriage: A Risk and Resiliency Perspective*, *65*.

Trotter, C. (2015). *Working with involuntary clients: A guide to practice*. Routledge.

Van Dijk, M., Kleemans, E., & Eichelsheim, V. (2019). Children of organized crime offenders: Like father, like child? An explorative and qualitative study into mechanisms of intergenerational (dis) continuity in organized crime families. *European Journal on criminal policy and research, 25*(4), 345-363.

Woolfenden, S., Williams, K. J., & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Trayectoria profesional-formativa y rol de psicólogos y psicólogas que se desempeñan en la red de protección de derechos en Valparaíso y Viña del Mar: un estudio descriptivo

Makarena Ugarte García
Residencia para lactantes y preescolares
Hogar Noche de Paz, Chile

Camila Henríquez Gallardo
Departamento de Administración de Educación,
Municipalidad de Los Andes, Chile

Diego Ulloa Guerra
Programa de Prevención Focalizada
Placeres-Nueva Aurora, Chile

Sebastián Leiva Cárcamo
Programa de Prevención Focalizada Limache Yanapay, Chile

Paulina Cataldo Espinoza
Universidad de Valparaíso, Chile

Silvia González Chamorro
Escuela de Psicología Universidad de Valparaíso, Chile

Javier Morán-Kneer
Escuela de Psicología Universidad de Valparaíso, Chile

Introducción

Este capítulo presenta los resultados de un estudio que tuvo como objetivo describir la trayectoria profesional y formativa, así como el rol de los(as) psicólogos(as) que se desempeñan en los diversos programas que componen la red de la Unidad de Protección de Derechos (UPRODE) del Servicio Nacional de Menores (SENAME) en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso; una de las regiones con mayor cantidad de usuarios a nivel nacional. De hecho, durante el año 2019, esta región ocupó el segundo lugar de ingresos de niños, niñas y adolescentes (NNA), solo antecedida por Santiago, con un 16,3% del total (SENAME, 2019).

Al momento del estudio, 62 psicólogos(as) de un total de 151, pertenecientes a 28 de los 50 programas que componían la red de protección de SENAME en este territorio, respondieron confidencial y anónimamente una encuesta orientada a indagar sobre: a) antecedentes de formación, b) aspectos asociados al manejo de contenidos teóricos de acuerdo a bases técnicas de SENAME, y c) aspectos del ejercicio y rol profesional.

El rango etario de los(as) participantes se distribuyó entre los 23 a 46 años (*media* = 31,38 años), con un 45% entre 23 a 29 años, 45% entre 30 a 39 años y 10% entre 40 a 49 años. En términos de género, el 69,4% de las encuestadas fueron mujeres.

El estudio contó con la aprobación del comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y contó con el respaldo de la Dirección Regional de SENAME.

Para este estudio los centros fueron categorizados en 4 grupos: centros tipo A, con funciones de diagnóstico y derivación (OPD y DAM); centros tipo B, de leve a mediana complejidad (PPF); centros tipo C, de mediana a alta complejidad (PAD y FAE); y centros tipo D, que corresponde a programas especializados de alta complejidad (PRM, PIE, PAS, PEE, PDC y PRJ). Esta categorización supuso además un criterio de complejidad ascendente de los centros desde A a D. La cantidad de centros y profesionales encuestados se presenta a continuación:

Tabla 1
Frecuencia y porcentaje de centros y profesionales participantes

	Centros tipo A		Centros tipo B		Centros tipo C		Centros tipo D	
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Centros	3	11	7	25	10	36	8	28
Psicólogos(as)	9	15	17	27	14	23	22	35

Nota: *N*= frecuencia de sujetos. % = porcentaje calculado según el universo de centros y psicólogos por centro en Valparaíso y Viña del Mar.

Los resultados de este estudio se presentarán a través de los siguientes puntos: trayectoria profesional, antecedentes de formación profesional y conocimientos técnicos y rol de los(as) profesionales psicólogos(as).

Problematización

En términos laborales, el contexto de protección de derechos de SENAME puede ser descrito como desafiante para las y los psicólogos que se desempeñan en esta área por diversos motivos. En primer lugar, la mera naturaleza de la labor en estos programas implica un desgaste profesional individual, aun cuando el abordaje de casos se describe en el marco de un trabajo de equipo. Así, quienes trabajan con NNA víctimas de violencia o vulneraciones, están expuestos a un nivel de agotamiento profesional que puede ser incluso causal para el inicio de trastornos psicológicos graves, abandono de la profesión y/o del campo de trabajo (Santana & Farkas, 2007). Es un hecho conocido que personas que trabajan en servicios de ayuda y que se utilizan a sí mismos como herramientas de trabajo son más vulnerables a experimentar el fenómeno del burnout (Farber, 1991; Quintana, 2005). Esta realidad parece ser más dramática aun entre profesionales de SENAME, tal como reportó un estudio conducido por Bilbao et. al., (2018), en una muestra de trabajadores de programas psicosociales de la región de Valparaíso (representados principalmente por SENAME). Esta investigación reportó cifras de desgaste emocional que sobrepasan de manera significativa lo reportado por la literatura internacional.

Por otro lado, otro aspecto a considerar corresponde a la elevada complejidad de los casos que abordan los profesionales en un área que evidencia un aumento paulatino en las tasas de prevalencia de diversos problemas de conducta, violencia, trastornos afectivos, dificultades en el desarrollo del vínculo, etc. Todo esto ha alertado a profesionales, instituciones y sistemas de

protección gubernamentales encargados del resguardo del bienestar de NNA y sus familias en diversas latitudes (Tolan & Dodge, 2005). En este contexto el caso de Chile parece ser emblemático si consideramos los resultados de un estudio que comparó índices de salud mental en 24 países en una muestra de 19.850 niños que reportó para nuestro país las peores cifras en salud mental (Rescorla *et al.*, 2011).

En tercer lugar, cabe recordar que, desde hace varios años, la institución vive una importante crisis debido a graves denuncias de vulneraciones generadas dentro del mismo sistema que son ya de público conocimiento. En este sentido, lamentables hitos de connotación mediática tales como la muerte de Lisette Villa, en el CREAD Galvarino, o de Ámbar Cornejo, tras una larga data de institucionalización en el servicio se han convertido en hechos emblemáticos que representan una larga lista de casos que han puesto en tela de juicio el rol que cumple la institución en torno a la protección de derechos vulnerados en NNA. Esta crisis institucional ha permitido visibilizar, en términos del rol de los interventores, una polivalencia de funciones entre operadores de SENAME, con tiempos acotados para intervenir casos, lo que tal como refiere Pavez et al., (2016), se hace desde una lógica de empresa privada y productiva, que invisibiliza a los interventores y se distancia de la ejecución de una política social acorde al compromiso del estado de protección de los derechos de la infancia. A esto se suman bajos salarios y un rol difuso basado en la necesidad de adecuarse a normas técnicas que responden a incentivos monetarios no alineados con las necesidades particulares de los sujetos (Cillero *et al.,* 2017).

Todo esto constituye en un factor que promueve la rotación profesional, con cambios en los equipos que dificultan la necesaria vinculación afectiva entre los NNA, sus familias y los profesionales (Del Valle *et al.*, 2012), lo que evidentemente impacta sobre los procesos de intervención.

Finalmente, hacemos mención a un aspecto directamente ligado a la calidad de las intervenciones: la formación de los psicólogos que intervienen en SENAME. Hace algunos años atrás Lecannelier et al., (2008) ya daban cuenta del bajo nivel de formación que, en términos generales, se observa en los psicólogos infanto-juveniles en nuestro país, destacando que estos suelen poseer una formación general para variados trastornos, pero escaso entrenamiento en técnicas específicas para cada uno de éstos. Este es un fenómeno que parece replicarse en SENAME tal como concluye Morales Recabal (2016) en un estudio realizado con psicólogos/as que se desempeñan en el sistema residencial. Tal como señala, «los psicólogos carecen de una formación especializada en modelos de intervención en salud mental que les permitan actuar de manera terapéuticamente eficaz sobre los daños, traumas y trastornos psiquiátricos y emocionales que presenta la población infanto-adolescente institucionalizada y/o sus familias de origen» (p. 169).

Pese a los antecedentes señalados, la evidencia sobre el rol y trayectoria de los psicólogos que se desempeñan en SENAME es aun escasa. Como forma de generar evidencia sobre este fenómeno en una de las regiones con mayor número de ingresos de NNA (SENAME, 2019) se llevó a cabo este estudio que busca caracterizar a esta población.

Trayectoria profesional en programas de protección de SENAME de los profesionales encuestados

En relación a los años de experiencia laboral el 11,4% de los(as) encuestado(as) indicaron llevar un año o menos ejerciendo la profesión, 29,5% entre 1 a 3 años, 44,2% entre 3 a 10 años, y un 14,7%, más de 10 años de experiencia profesional.

En cuanto a la experiencia laboral en SENAME, el 21,3% de los encuestados señaló poseer un año o menos trabajando en la red, un 27,8% llevaba entre 1 a 3 años, 34,4% entre 3 a 8 años, y un 16,3% llevaba más de 8 años en SENAME. Llama la atención que el 49,1% de los(as) encuestados(as) contaban con menos de 3 años de experiencia en la institución.

Finalmente, respecto a la antigüedad laboral en el programa actual, el 51,6% indicó llevar un año o menos, un 28,3% entre 1 a 2 años, un 15% de 2 a 5 años, y solo el 5%, más de 5 años. De esta manera, fue posible observar que el 79,9% de los encuestados tenía menos de 2 años ejerciendo labores en el actual programa.

Acerca de la cantidad de programas del área de protección en los que se han desempeñado, el 27% declaró estar trabajando por primera vez en un programa de esta área, mientras que el resto se desempeñaba en un rango que va entre 2 a 8 programas asociados al área de protección.

Por otro lado, en cuanto a la jornada laboral, se contó con un promedio de 36,3 horas semanales, se observó que el 25% de los(as) psicólogos(as) trabajaban entre 10 a 25 horas semanales en su centro, seguido de un 6% entre 26 a 35 horas, y un 69% con una jornada entre 36 a 45 horas semanales.

En relación al tipo de contrato reportado, el mayor porcentaje señaló estar con contrato indefinido (56%), un 22% con contrato a plazo fijo, y otro 22% con contrato a honorarios.

Por último, en cuanto al tipo de cargo, un 61% de los encuestados reportó cumplir labores técnicas o de intervención directa, un 26% tareas predominantemente técnicas, y un 13% labores predominantemente administrativas o de dirección.

Como forma de «hacer un zoom» a estos antecedentes laborales, se segmentó la muestra según tipo de centros, tal como muestra la siguiente tabla:

Tabla 2
Experiencia laboral de psicólogos(as) según tipo de centro

	Edad	Años antigüedad en SENAME				Años antigüedad en actual programa				Cantidad de programas	Cantidad horas semanales
	X	%				%				*X*	*X*
Tipo centro		0 a 1	1 a 3	3 a 8	8 o +	0 a 1	1 a 2	2 a 5	5 o +		
A	30,6	11%	22%	44%	22%	44%	33%	22%	0	3,6	33,8
B	30,5	47%	24%	24%	0	71%	12%	12%	0	2	38,8
C	31,2	21%	14%	43%	21%	36%	36%	21%	7%	2,2	35,6
D	38,3	5%	40%	32%	23%	46%	32%	9%	9%	3,1	36,1

Estos antecedentes permiten verificar que la experiencia de los profesionales, con independencia del tipo de programa, es más bien reciente. Sin embargo, la mayor media de edad es de los(as) psicólogos(as) de centros tipo D, lo que lleva a proponer que particularmente en este tipo de dispositivos los profesionales tendrían mayor cantidad de años, en general, y por tanto de experiencia profesional.

Este fenómeno no se replica al analizar los años de antigüedad en SENAME, que tiende a ser superior a los 8 años en aproximadamente el 20% de los encuestados de los centros tipo A, C y D. Más aún, si tomamos en consideración la cantidad de programas en los que, en promedio, estos(as) psicólogos(as) se han desempeñado en el área de protección a lo largo de su trayectoria profesional, es posible especular respecto a la presencia de un fenómeno de rotación profesional.

Antecedentes de formación profesional y conocimientos técnicos

En primer lugar, se consultó respecto a las experiencias de formación de postgrado desde la obtención de su título profesional. En términos generales, el total de profesionales refirieron en promedio 3,29 actividades de formación de postgrado relacionadas a su cargo.

Tal como se observa en la Tabla 3, el porcentaje de profesionales que han completado alguna actividad de este tipo, es mayor en los programas de mayor especialización. De manera específica, estos mismos centros concentran la mayor cantidad de actividades de formación más extensas y profesionalizantes, tales como diplomados y estudios de magíster.

Llama la atención el bajo número de formaciones de postgrado en centros tipo B, en comparación con los otros tipos de centros; fenómeno que podría relacionarse a que estos dispositivos poseen profesionales con menos años de experiencia profesional, lo que se puede hipotetizar al observar que la media de edad, la antigüedad en SENAME y la antigüedad en el actual programa es menor que en las otras categorías de centros (ver Tabla 2). Finalmente, se aprecia en el grupo C (PAD y FAE), la mayor presencia de cursos de formación, con un promedio de 4,21 por profesional.

Tabla 3
Distribución de especialización de postgrado, según nivel de complejidad de los centros

	Seminarios		Cursos		Diplomados		Magíster		Total
Tipo centro	%	*X*	%	*X*	%	*X*	%	*X*	∑*X*
A	30%	1,22	13%	1,22	13%	0,89	10%	0,22	3,55
B	17%	0,35	11%	0,53	18%	0,65	10%	0,12	1,65
C	22%	0,57	36%	2,14	24%	1,07	32%	0,43	4,21
D	31%	0,5	40%	1,55	45%	1,27	47%	0,41	3,73

Nota: %= se refiere al porcentaje de encuestados de cada tipo de centro que refirieron haber completado algún tipo de formación de postgrado en las categorías consultadas (seminarios, cursos, diplomados, magíster). *X*= se refiere al promedio de formaciones de postgrados en las categorías consultadas, por cada encuestado en cada tipo de centro.

En segundo lugar, se consultó respecto a contenidos teóricos y habilidades para el trabajo con NNA y sus familias. Para esto, se elaboró un listado de contenidos propuestos en bases técnicas de todos los tipos de programas evaluados, incorporándose algunos contenidos que los mismos investigadores consideraron relevantes (se señalan con *). A continuación, se solicitó que los

profesionales se autoevaluaran con una escala de 5 puntos según el grado conocimiento (1 = muy bajo, 2 = bajo, 3 = medio, 4 = alto, 5 = muy alto) sobre los siguientes temas:

1. Enfoque de derechos (EDD)
2. Enfoque de resiliencia (ER)
3. Enfoque de parentalidad positiva (EPP)
4. Enfoque de género (EG)
5. Enfoque de interculturalidad (EIC)
6. Enfoque de inclusión (EI)
7. Modelo intersectorial (MI)
8. Funcionamiento de red de protección (FRP*)
9. Funcionamiento de tribunales (FTT*)
10. Leyes y políticas de infancia (LLPPI*)
11. Desarrollo evolutivo de NNA (DE*)
12. Entrevista motivacional (EM)
13. Modelo contextual-relacional centrado en los recursos (MCRRR)
14. Modelo de competencias parentales (MCCPP)
15. Habilidades clínicas para la intervención con niños, niñas y adolescentes (HCNNA*)
16. Habilidades clínicas para la intervención con familias (HCFF*)
17. Modelo de intervención comunitaria (MIC)
18. Habilidades para la intervención en crisis (HIC)
19. Habilidades para el trabajo grupal (HTG*)

En términos generales, los contenidos autoevaluados con puntajes más elevados fueron EDD (4,4 pts.), DE (4,4 pts.), FRP (4,2 pts.) y HCNAA (4,2 pts.). Por el contrario, se obtuvieron los puntajes más bajos en EM (3,0 pts.), MCRRR (3,0 pts.), EIC (3,2 pts.) y MI (3,3 pts.).

El desglose según tipo de centro, evidenció que en los centros tipo A, los mayores puntajes se asociaron con PDIJ, DE y HTG. Todas estas obtuvieron 4,4 pts., que equivalen a un rango alto-muy alto nivel de conocimiento. La puntuación más baja fue en MCRR con 2,1 pts. (conocimiento bajo), lo que podría explicarse por un énfasis en tareas más bien promocionales y/o evaluativa de este tipo de centros.

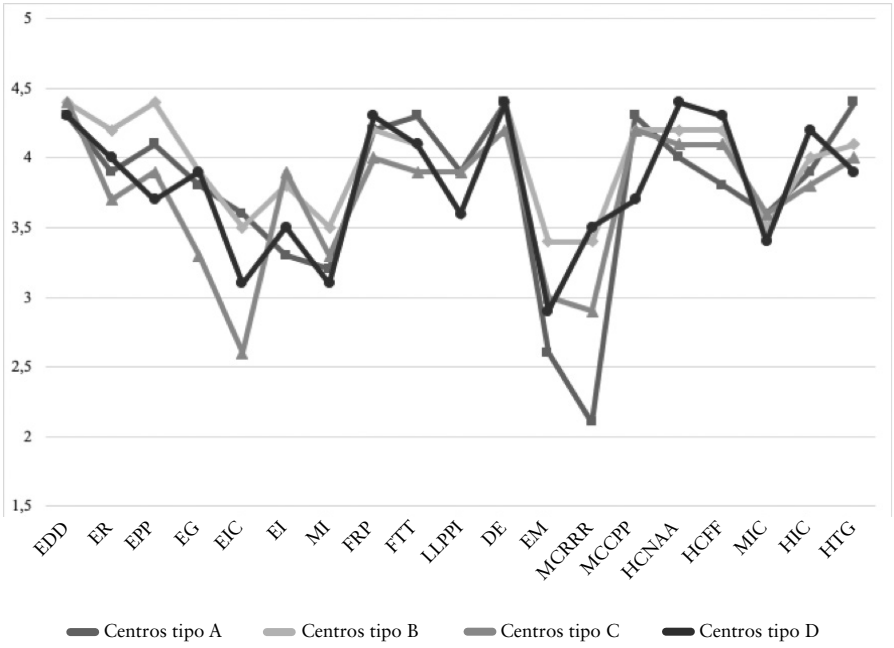
En los centros de tipo B los profesionales puntuaron más alto en EDD, EPP y el DE (4,4 pts. cada uno), temáticas típicamente abordadas por este tipo de programas; mientras que EM y MCRRR, fueron las dimensiones con puntajes más bajos (3,4 pts. cada uno). Respecto a esto último, si bien es esperable un alto nivel de conocimiento de este tipo de temáticas, el bajo nivel de formación de postgrado, tal como muestra la Tabla 3, así como una menor cantidad de años de experiencia laboral (ver Tabla 2), pueden

suponer un menor conocimiento técnico especializado, y tras ello bajos niveles de intervenciones con herramientas clínicas de abordaje, pudiendo ser las intervenciones ligadas al área socio-comunitaria las preferentes de este tipo de programas.

En el caso de los centros tipo C destaca un conocimiento alto de EDD con 4,4 pts., pero llama la atención el bajo nivel de conocimiento en EIC (2,7 pts.). Esto dado que el EIC es una de las temáticas emergentes más relevantes de los últimos años, y que sin duda es un aporte a las intervenciones especializadas en el contexto nacional. A nivel teórico-práctico, este tema ha tenido un desarrollo mucho más amplio en el ámbito promocional que en el área de reparación, o programas de mayor complejidad, resulta necesario entonces ampliar los conocimientos de los equipos a temáticas transversales a la intervención.

Finalmente, los centros de tipo D, reflejaron puntajes más elevados en DE y las HCNNA (ambas con 4,4 pts.), lo que releva el componente clínico de este tipo de programa, mientras que EM, tal como en los centros tipo B, obtuvo puntajes medios bajos (2,9 pts.). Al respecto, es importante destacar que el modelo de entrevista motivacional ha sido principalmente parte de la formación de dispositivos que trabajan en el ámbito de responsabilidad juvenil y de adicciones. Al parecer este modelo de trabajo, se ha relacionado con el trabajo dentro del área de justicia juvenil, y no de protección de derechos, no obstante emerge como relevante el poder incorporarlo en este tipo de centros, dado que el mayor nivel de complejidad, se encuentra directamente relacionado con la cronicidad en las vulneraciones de derechos de estos NNA, por lo que temáticas como consumo de drogas y conducta antisocial, son temas frecuentes en los mismos.

Figura 1
Nivel de conocimiento teórico autorreportado según tipos de centro

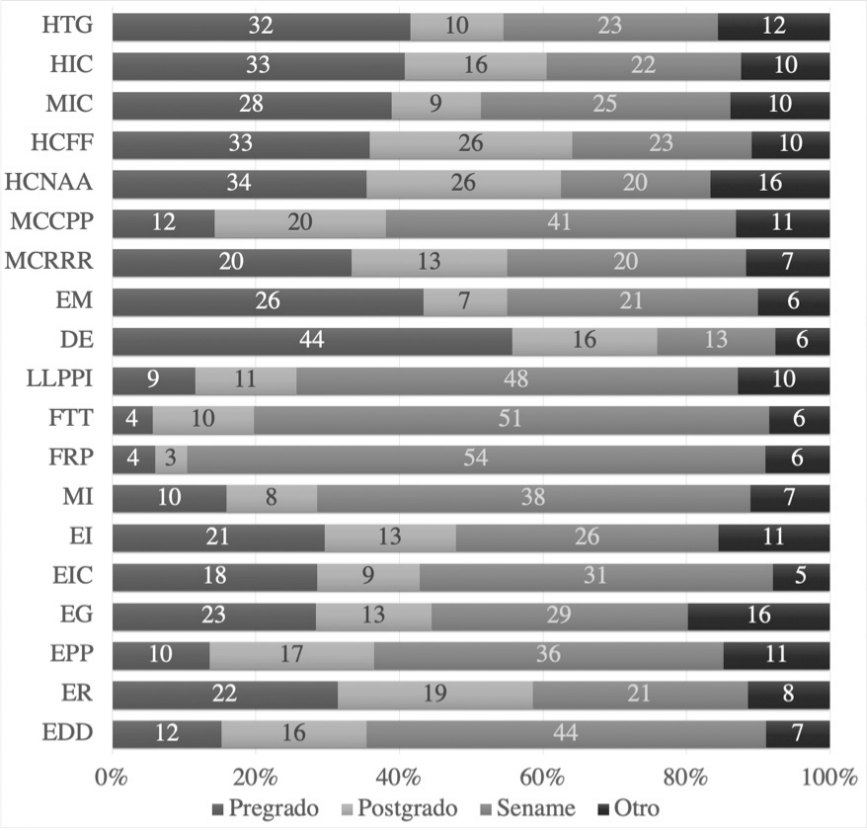


Finalmente, se consultó a los profesionales respecto a la instancia en donde adquirieron de forma más significativa estos conocimientos. Tal como se pudo observar, en 10 de los 19 temas evaluados (52,6%) los encuestados señalaron haberlos aprendido principalmente en SENAME, mientras que el 42,1% de los contenidos propuestos, fueron adquiridos mayoritariamente en pregrado (ver Figura 2).

Una descripción más detallada de estos resultados permite observar que el aprendizaje de competencias clínicas, tales como psicodiagnóstico o habilidades de intervención individual/grupal, así como contenidos genéricos para el ejercicio del rol del psicólogo, como psicología evolutiva, son aquellos que preferentemente se obtienen en pregrado. Por su parte, aquellos contenidos ligados al funcionamiento de la red, así como aquellos modelos comprensivos básicos para la intervención clínica en este contexto, tales como enfoque de derechos o modelo de competencias parentales, son adquiridos especialmente en SENAME. Aun cuando esta información pudiera relevar el rol que cumple la formación universitaria como primer piso de un eje que se complementa en la práctica en SENAME, es igualmente posible especular que la experiencia en el área de protección pudiera más bien llenar vacíos en la formación de pregrado sobre temáticas que bien podrían haber sido revisadas en ese contexto.

Adicionalmente, llama la atención el rol secundario de la formación de postgrado. En este punto cabe preguntarse si este tipo de instancias no son relevantes para el tipo de conocimientos exigidos en bases técnicas de SENAME, o bien, si los aprendizajes que otorgan estas instancias de formación continua estarían abordando contenidos prioritarios que no han sido destacados como tales por la institución. De ser así, el diálogo entre este tipo de instancias y SENAME debería ser una tarea urgente. Esta reflexión es igualmente importante dado que un número elevado de profesionales reporta mantenerse activamente realizando actividades de formación relacionadas a su ejercicio profesional, tal como se reportó previamente.

Figura 2
Principal instancia en la que se adquirieron aprendizajes básicos para el desempeño profesional en el área de protección de derechos de SENAME



Rol de los(as) profesionales psicólogos(as)

Al consultar respecto a los rangos etarios de los NNA que atienden los profesionales encuestados se observó que el 66,7% trabajan con usuarios de entre 0 a 5 años y 76,7% con niños entre 6 a 10 años. El rango etario más abordado correspondió a adolescentes entre 11 y 18 años, quienes alcanzaron un 90% de los casos. El desglose según tipo de centros se puede observar a continuación:

Tabla 4
Rango etario de los usuarios que atienden los psicólogos, según nivel de complejidad del centro

	0 a 5 años	6 a 10 años	11 a 18 años
Centros tipo A	88,9%	88,9%	88,9%
Centros tipo B	100%	100%	100%
Centros tipo C	57,1%	78,6%	71,4%
Centros tipo D	40,9%	54,5%	95,5%

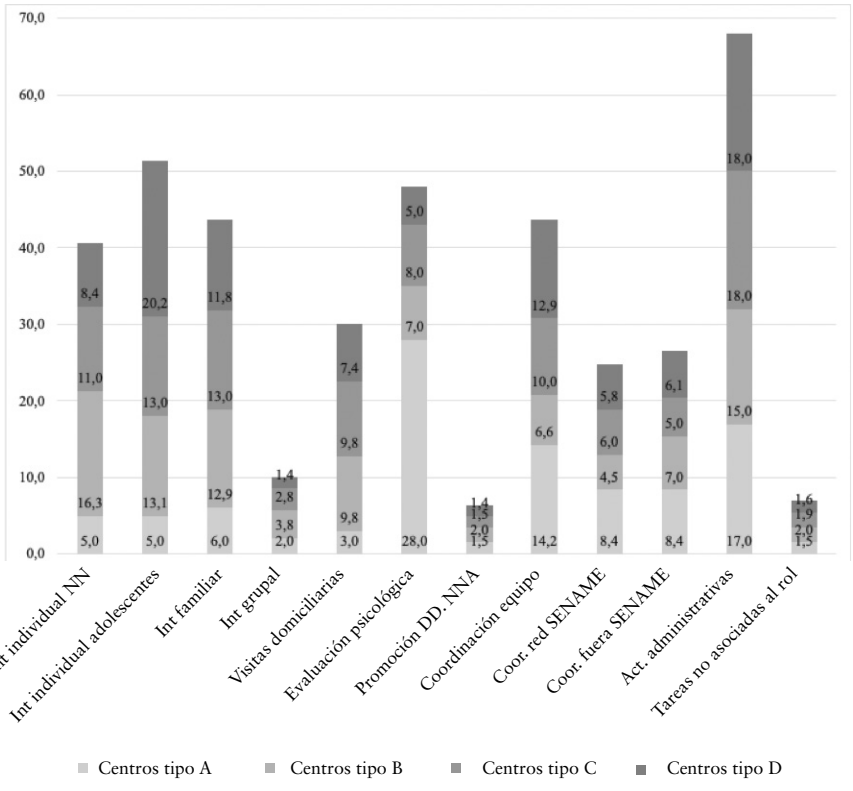
Adicionalmente, se solicitó a los(as) encuestados(as) que realizaran un desglose del tiempo dedicado a diversas actividades tanto clínicas como administrativas. A partir de esto se observó, en términos generales, que un 16,8% del tiempo se dedica a actividades administrativas; 12,9% a actividades de intervención individual con adolescentes; 11,9% a evaluaciones psicológicas; 11% a coordinaciones con el propio equipo de trabajo; 10,9% a intervenciones individuales con niños y niñas; 10,8% a intervenciones con familias; 7,4% a visitas domiciliarias; 6,4% a actividades de coordinación con equipos externos a la red SENAME; 6,1% a coordinación con la red SENAME; 2,5% a intervenciones grupales; 1,7% a tareas que no se asocian al rol del psicólogo; y el 1,6% del tiempo de su jornada laboral se dedica a hacer actividades dirigidas a la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

La Figura 3 detalla estas actividades según tipo de centro. Tal como se puede apreciar, los centros tipo A dedican más tiempo de su jornada a realizar evaluaciones psicológicas (28%), tareas administrativas (17%) y coordinaciones con el propio equipo de trabajo (14,2%). Los centros tipo B invierten mayor cantidad de tiempo a intervenciones individuales con niños/niñas (16,3%),

actividades administrativas (15%) e intervenciones individuales con adolescentes (13,1%). Los centros tipo C destinan la mayor cantidad de jornada laboral a actividades administrativas (18%), intervenciones familiares (13%) e intervenciones individuales con adolescentes (13%). Finalmente, los centros tipo D dedican mayor tiempo a intervenciones individuales con adolescentes (20,2%), actividades administrativas (18%) y tareas de coordinación con el propio equipo de trabajo (12,9%).

Sobre las labores en que menor cantidad de tiempo se invierte, los cuatro tipos de centros dedican el menor porcentaje de su jornada a la promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes: 1,5% los centros de tipo A y C, 2% los centros tipo B y 1,4% los de tipo D.

Figura 3
Distribución del tiempo de la jornada laboral de los psicólogos



Discusión

Una de las observaciones evidentes que nos muestra la presente investigación es que mientras más años ejerciendo la profesión, menos probable es encontrar un psicólogo en la red de protección de SENAME. Por otro lado, aquellos que en la actualidad se encuentran trabajando, muestran una elevada tendencia a la rotación dentro la misma red. Más allá de las causas estructurales o personales que explican este fenómeno, creemos relevante reflexionar sobre el impacto de este fenómeno en la intervención con los usuarios, en tanto supondría un obstáculo para el establecimiento de un vínculo terapéutico a mayor plazo como una herramienta indispensable en la reparación en daños relacionales.

Aun así, los programas de mayor complejidad, C y D, muestran indicadores de mayor estabilidad de los profesionales. Esto es sin duda algo valioso de constatar, pues se espera que los equipos que trabajen en alta complejidad tengan la especialización y experiencia necesaria para sus ámbitos de trabajo.

En la misma línea, estos equipos reportaron mayor actividad de formación de postgrado que los anteriores y mayor especificidad en su abordaje. Lo anterior podría dar cuenta de la necesaria formación continua y especializada que permita proyectar la trayectoria profesional, aportando estabilidad a los equipos.

Las escuelas de psicología por años encauzaron el área de trabajo de derechos de la infancia en las intervenciones socio comunitarias; sin embargo, desde hace más de una década las orientaciones técnicas han evolucionado incorporando cada vez más modelos de origen clínico. Sería entonces relevante analizar cómo ha resultado este cambio y evaluar si es que estas miradas se han ido conjugando en una más integradora, que sume elementos promocionales y preventivos al contexto de desarrollo de NNA, que permita potenciar las intervenciones individuales.

Con respecto al tiempo utilizado por los profesionales en sus distintas funciones en los centros podemos comentar diversos aspectos. El primero de estos tiene relación con el tiempo de dedicación, relativamente alto, a labores administrativas y de coordinación interna en comparación con las intervenciones directas e indirectas. Una de las explicaciones posibles está asociada a la burocratización de las intervenciones (Observatorio para la Confianza, 2018), particularmente en el vínculo con el sistema judicial; sistema en el cual uno de sus principales insumos lo constituyen informes periciales, de avance, oficios y evaluaciones; lo que obliga a los profesionales a estar permanentemente redactando y enviando informes para cumplir con estos requerimientos judiciales (Schöngut-Grollmus, 2017). A este respecto se hace evidente la necesidad de modernizar la relación sistema judicial-SENAME, y por otra parte, rediseñar internamente las intervenciones buscando modelos que logren aumentar la eficiencia en el reporte, por ejemplo, incorporando elementos semiestructurados

estandarizados. Existen algunas experiencias internacionales que eventualmente podrían ser exploradas. Solo a modo de ejemplo pudiéramos comentar respecto a la implementación de medidas de monitoreo rutinario (ROM) que han tenido impacto no solo en países angloparlantes (van Sonsbeek *et al.*, 2014), sino también en otros de menores recursos, por ejemplo, en programas comunitarios en África (Bantjes *et al.*, 2018). Este tipo de medidas además podrían aportar a la evaluación y reporte de procesos de cambio e impacto de las intervenciones a nivel más específico, un aspecto que muchas veces resulta difícil de objetivar.

Otro elemento importante a discutir es el tiempo que se dedica a coordinaciones tanto internas como externas. Los equipos psicosociales no han sido necesariamente formados en gestión, muchos de los directores de centros son profesionales que alguna vez intervinieron y han desarrollado su carrera de gestión en base más a conocimiento empírico que a formación en esta área. De hecho, en la muestra analizada un 13% realizaba actividades predominantemente de gestión, y un 26% incluía tanto acciones técnicas como de gestión. Al revisar detalladamente los antecedentes de formación, en general, no se reportaron instancias de formación para este tipo de tareas, las que tienden a ser más bien teóricas o asociadas al desarrollo de competencias clínicas.

Un último elemento que podemos señalar, según la cantidad de tiempo dedicado, es la constatación de que el centro de la intervención es el individuo (NNA) y secundariamente los otros sistemas. Este elemento se debe analizar más profundamente, pues las recomendaciones generales nos muestran que la experticia de los equipos de trabajo en infancia y adolescencia vulnerable debería ser un fenómeno ecológico y sistémico, responsabilidad no solo del profesional y sus propias preferencias y desafíos, sino el lineamiento de una política pública responsable, ética, con evidencia científica en el trabajo con NNA y con un trabajo articulado y colaborativo con las nuevas generaciones de profesionales en formación llamados a dignificar la niñez en Chile. Este es un problema que ya se advertía en la problematización de este estudio, y los datos parecen corroboralo.

Al respecto, Lecannelier *et al.* 2008, hace años ya alertaban sobre el hecho de que los profesionales suelen recibir una formación general para tratar un abanico amplio de problemas, sin entrenamiento en estrategias específicas para cada uno de estos, y la tendencia hacia la aplicación de técnicas y estrategias dictadas por el enfoque o modelo del profesional, más que por la información actualizada con la evidencia empírica sobre la efectividad de los diversos enfoques y estrategias de intervención para los múltiples problemas de salud mental.

Todo esto nos alerta sobre la necesidad de formación de los(as) psicólogos(as) que intervienen en los programas de protección de infancia y adolescencia vulnerada, sobre todo si consideramos que alrededor del 80% de los profesionales de este estudio cuentan con menos de 2 años en el actual programa, un cuarto de los contenidos mínimos esperados según bases técnicas son

autoevaluados, al menos en un tipo de centro, con un nivel bajo de conocimiento (bajo 3 puntos en promedio) y al menos la mitad de las competencias para el ejercicio profesional en este contexto son adquiridos, tal como señalan los(as) encuestados(as), a partir del ejercicio cotidiano dentro de la misma institución.

Referencias

Bantjes, J., Hunt, X., Tomlinson, M., & Smit, A. (2018). A case study of lessons learnt from implementing a routine outcome monitoring system for psychotherapy in a South African community clinic. *South African Journal of Psychology, 48*(2), 193-205.

Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., & Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, 17(3), 199-210.

Cillero, M., González, P., & Oriol, X. (2017). Los niños y el SENAME: transitar desde la indignacion a la responsabilidad. *Mensaje*, 66(661), 6-11.

Del Valle, J. F., Bravo Arteaga, A., Martínez Hernández, M., & Santos González, I. (2012). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAR-E.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Farber, B. A. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher.* Jossey-Bass.

Lecannelier, F., Hoffmann, M., & Ascanio, L. (2008). Problemas, proyecciones, y desafíos en la salud mental infantil: Necesidad de reformular el rol profesional. *Horizonte de Enfermería*, *19*(1), 45-56.

Morales Recabal, I. (2016). Un acercamiento a las experiencias de los psicólogos que realizan intervenciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes institucionalizados en residencias de protección dependientes del Servicio Nacional de Menores en la Región Metropolitana. (Tesis de magíster). Universidad de Chile, Santiago de Chile

Observatorio para la Confianza (2018). *500 preguntas al Estado de Chile sobre los niños bajo su protección.*

Pavez, J., Aguilar, C. C., Peña, M. T., Ramírez, M. Á. B., Oriol, X., Ortúzar, H., ... & Torres, J. (2016). Sujeto/a trabajador/a en la política pública de intervención psicosocial de infancia en chile: un análisis crítico del discurso. *Revista de estudios cotidianos*, 4(1), 23-45.

Quintana, C. G. (2005). El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psykhe* (Santiago), 14(1), 55-68.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.

Santana, A. I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhe, 16*(1), 77-89.

Schöngut-Grollmus, N. (2017). Ensamblajes socio-técnicos para la producción de intervenciones psicosociales en un programa del Servicio Nacional de Menores de Chile. *Psicoperspectivas, 16*(3), 41-51.

Servicio Nacional de Menores (2019). *Anuario estadístico 2019, 2020*. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2020/10/Anuario-Estadistico-2019-13-10-2020.pdf

Soto, C. (2017). Institucionalización e Infancia: Aproximaciones al problema de la victimización en el área de protección del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern: a system for comprehensive support and service. *American Psychologist, 60*(6), 601.

Van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. G., Veerman, J. W., & Tiemens, B. B. (2014). Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 14*(3). https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-3

Este libro se terminó de imprimir
en Santiago de Chile,
octubre de 2021

Teléfono: 22 22 38 100 / ril@rileditores.com

Se utilizó tecnología de última generación que reduce
el impacto medioambiental, pues ocupa estrictamente
el papel necesario para su producción, y se aplicaron
altos estándares para la gestión y reciclaje de desechos
en toda la cadena de producción.

La importancia del cuidado y bienestar de los niños, niñas y adolescentes, y especialmente aquellos que viven en situación de vulnerabilidad, ha adquirido en los últimos años una dimensión especial de parte de una amplia diversidad de profesionales, investigadores e incluso en cuanto a su consideración en políticas públicas.

En esa dirección, este libro colectivo, que congrega el trabajo de investigadores y profesionales, tiene por propósito aportar innovaciones metodológicas, reportes de investigaciones y discusiones teóricas para el mejoramiento de las prácticas de intervención desarrolladas en el marco de las políticas públicas de infancia en Chile.

RiL editores

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

ISBN 978-84-18982-08-8