

TRATAMIENTO PARA FAMILIAS CON PROBLEMAS DE MALTRATO Y/O ABANDONO INFANTIL

En el mes de Noviembre de 1989 se firmó un Convenio de Colaboración entre el Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, el Departamento de Salud y Bienestar Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco UPV/EHU, para la puesta en marcha de un Plan-Piloto de tratamiento y rehabilitación para familias con problemas de maltrato y/o abandono físico infantil en el territorio histórico de Gipuzkoa.

Los resultados obtenidos con el total de 17 familias participantes en el Plan apoyan los derivados de otros programas de similares características desarrollados en otros países, indicando claramente la idoneidad del mismo para la rehabilitación de gran parte de las familias que en este momento llegan a los Servicios de Protección a la Infancia por problemas de maltrato y/o abandono físico infantil.

En este artículo se exponen brevemente los objetivos, diseño, desarrollo, método de evaluación y resultados de dicho Plan-Piloto.

OBJETIVOS

El objetivo básico y general de este Plan-Piloto fue el evaluar la viabilidad y capacidad de solución del problema del maltrato y abandono físico infantil de un Programa de Tratamiento en relación estrecha con su coste económico y necesidades de personal.

Asociado a lo anterior y derivado de ello se plantearon otra serie de objetivos:

- a) Generar en los profesionales y en la sociedad en general una actitud favorable y la seguridad de que el problema del maltrato y abandono infantil puede ser solucionado paliando algunas de las causas que lo provocan.
- b) Valorar la posibilidad de aplicar con efectividad cualquier plan de trata-

miento multidisciplinar en la red de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

- c) Discriminar el tipo de casos de maltrato y abandono físico que con un costo no excesivo pueden recibir un nivel óptimo de ayuda y aprovechamiento del tratamiento.

Los objetivos específicos del Plan-Piloto en cuanto a su función de rehabilitación fueron los siguientes:

- a) Alterar y modificar, mejorándolo, el patrón de comportamiento parental con el niño. Se trataba no sólo de suprimir las conductas de maltrato y/o abandono físico, sino de mejorar el patrón de relación paternofamiliar para, como consecuencia, conseguir la desaparición de tales conductas.

- b) Proporcionar a los padres las capacidades y habilidades necesarias para que ellos mismos, a partir del tratamiento, fueran capaces de enfrentarse de manera adecuada a sus propios problemas sin depender sistemáticamente de los Servicios Sociales.

Para conseguir estos objetivos, se plantearon los siguientes objetivos más concretos y específicos:

- Procurar los medios económicos necesarios para que queden cubiertas las necesidades mínimas de alimentación, vivienda, vestido, higiene y salud de estas familias.
- Mejorar las relaciones familiares y de pareja.
- Modificar el estado de salud psíquica de los padres hasta conseguir un nivel de bienestar emocional que permita una buena relación con los niños.
- Proporcionar a los padres las habilidades y técnicas necesarias para promover una relación adaptativa con los niños.
- Mejorar la percepción parental de los niños.
- Paliar los déficits en el desarrollo cognitivo, emocional, social o comportamental de los niños.
- Paliar el aislamiento social de estas familias y procurar un adecuado nivel de relaciones sociales.

CONDICIONANTES DEL PROGRAMA

Un programa de las características del que aquí se presenta y en general cualquier programa de intervención terapéutica con familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil se enfrenta a una serie de condicionantes que han de ser valorados. Estos son los siguientes:

- a) La naturaleza multifactorial del problema del maltrato y abandono infantil precisa un abordaje multidisciplinar, a la vez que una responsabilidad personalizada de cada caso.

- b) La heterogeneidad de los casos imposibilita plantear un único programa standard de tratamiento aplicable a todos ellos.
- c) La motivación de las familias para recibir y participar en un programa de tratamiento es diversa, siendo éste un aspecto que ha de ser evaluado y solucionado previamente.
- d) La rehabilitación de este tipo de familias implica el tratar no sólo una de las consecuencias de una disfunción familiar sino la disfunción en sí misma y que provoca dicha situación.
- e) La evaluación de la efectividad de un programa de tratamiento debe ser prolongada. Además de la inmediata evaluación de los resultados una vez finalizado el mismo, es preciso analizar y controlar la evolución de cada caso durante un largo período de tiempo.
- f) Es preciso obtener resultados positivos a corto plazo por los efectos que una situación prolongada de estas características tiene sobre el niño.

POBLACIÓN ATENDIDA

El Plan-Piloto de Tratamiento atendió a un total de 17 familias, las cuales cumplen los siguientes requisitos:

- a) En el momento de iniciarse la intervención, los niños objeto de maltrato y/o abandono residían en el hogar familiar. No era criterio de exclusión el que hubieran estado anteriormente institucionalizados, sino el que lo estuvieran durante la puesta en marcha del programa.
- b) Ninguno de los casos presentaba una o varias de las siguientes problemáticas:
- Presencia de trastornos psíquicos severos y crónicos, especialmente de tipo psicótico (esquizofrenia, paranoia) y psicopatías que pudieran requerir tratamiento particular en instituciones psiquiátricas.

- oxicomanías severas, en especial adicción a la heroína.
- Encarcelamiento materno.
- Debilidad mental importante en alguno de los padres.

La razón de utilizar estos criterios de exclusión radica en el hecho de que el tipo de intervención desarrollada en el Plan-Piloto (en cuanto a los recursos utilizados y su duración) no es el idóneo para este tipo de problemáticas.

Se proporcionaron a los responsables técnicos de los Departamentos de Bienestar Social de los organismos participantes en el programa estos criterios así como una definición operacionalizada de lo que desde el Plan se entendía por Maltrato y Abandono Físico, pues éste estaba diseñado para estos dos tipos específicos de problemáticas. Sin embargo, y tal como recoge el Cuadro que se presenta a continuación, se incluyeron algunas familias que presentaban otras tipologías de maltrato (como maltrato emocional o conductas negligentes que no componían un cuadro de abandono físico). No sólo con estas familias

sino con algunas otras, a lo largo del desarrollo del Plan y a medida que se poseía un conocimiento más profundo de las características de éstas, se detectó que la evaluación inicial del caso respecto al problema presentado era errónea o que existían otras adicionales a la misma o de mayor importancia que la que motivó la inclusión de la familia en el Plan.

Así, la tipología de los casos seleccionados fue la siguiente:

CUADRO 1

TIPOLOGÍA DE LOS CASOS SELECCIONADOS

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Maltrato físico | 4 casos 9 casos 2 casos |
| Abandono físico | |
| Maltrato y abandono físico | |
| Maltrato emocional | 1 caso 1 caso 17 casos |
| Conductas negligentes | |
| Total | |

Algunos factores asociados a los problemas por los que fueron seleccionadas estas familias se muestran en el Cuadro 2.

CUADRO 2 FACTORES ASOCIADOS EN EL CONJUNTO DE LOS CASOS TRATADOS

| | |
|---|-----------|
| Reciben el Salario Social..... | 7 casos |
| Estado Civil: Casadas | 12 casos |
| Separadas/Divorciadas | 5 casos |
| Nivel Intelectual Bajo | 3 casos |
| Depresión | 2 casos |
| Problemas de Salud Psíquica: Ansiedad..... | 2 casos |
| Otros | 3 casos |
| Alcoholismo | 7 casos |
| Consumo de drogas..... | 3 casos |
| Historia de Maltrato/Abandono en los padres | 7 casos |
| Violencia conyugal | 5 casos |
| Número de hijos (media)..... | 3.4 |
| Edad de la Madre (media)..... | 34.4 años |
| Edad del Padre (media) | 38.4 años |
| Situación Laboral Desempleo | 7 casos |
| Pensionistas | 2 casos |

DISEÑO DEL PLAN PILOTO

Aspectos generales

El Plan-Piloto de Tratamiento se planteó como un programa de intervención intensiva de cinco meses de duración. Evidentemente se trata de una duración corta si el objetivo planteado se refiere a la rehabilitación total de familias con problemas de maltrato y/o abandono físico infantil. Numerosas experiencias similares llevadas a cabo en otros países han mostrado que, en general, el período mínimo de intervención necesario para ello se sitúa en 18 meses.

Sin embargo, este Plan-Piloto no fue diseñado con el objetivo de conseguir la rehabilitación total de las familias atendidas, sino el de establecer las condiciones básicas para dicha rehabilitación y, especialmente, evaluar si con cinco meses de intervención intensiva podían determinarse con claridad las posibilidades de alcanzar tal rehabilitación, es decir, si podía determinarse el pronóstico del caso y en consecuencia posibilitar el que la toma de decisión de los servicios sociales respecto al mismo fuera la idónea.

Recursos utilizados

Además de utilizar, en los casos que así fue necesario y posible, los recursos comunitarios (Alcohólicos Anónimos, Salud Mental, Ayudas Económicas, etc.), el Plan Piloto ha contado con una serie de recursos propios. Estos han sido los siguientes: Equipo Diagnóstico, Educadores Familiares, Grupos Pedagógicos de Padres y Madres, Grupos Pedagógicos de Niños, Tratamiento psicológico y Supervisión individualizada de cada caso.

En el caso concreto del Equipo Diagnóstico, los Educadores Familiares y los Grupos Pedagógicos de Padres y Madres, la formulación de sus objetivos, funciones, metodología y contenidos de las tareas realizadas, derivó de un estudio exhaustivo, por parte del equipo técnico responsable del Plan, de lo realizado en programas similares desarrollados en otros países.

Equipo diagnóstico

Un equipo diagnóstico del Plan, formado por un psicólogo y una asistente social

con formación y experiencia en evaluación de casos, realizaron con la totalidad de las familias participantes una entrevista de evaluación diagnóstica elaborada al efecto a partir de la cual se establecían el nivel de motivación y conciencia del problema de cada una de las familias y se planteaban los objetivos iniciales de intervención.

Asimismo, a partir de la información recogida en la entrevista diagnóstica, se asignaba a cada familia el Educador Familiar considerado como idóneo según las características tanto de aquéllas como de los Educadores.

Educadores Familiares

Seleccionados y formados por el equipo técnico del Plan-Piloto, trabajaron en el mismo seis Educadores Familiares.

A cada uno de ellos se le asignó un máximo de tres familias (aunque en algún caso se aumentó a cuatro), trabajando un máximo de veinte horas semanales. En su jornada laboral se incluía la realización de las siguientes tareas: Visitas domiciliarias (en general, dos visitas semanales a cada familia de una hora y media de duración). Gestiones, Registro de la información y Reuniones.

Grupos Pedagógicos de Padres y Madres

Los Grupos Pedagógicos de Padres y Madres fueron planteados con el objeto de proporcionar a los padres los conocimientos básicos necesarios para la consecución de los principales objetivos del Programa.

Estos Grupos estaban dirigidos por dos personas, ambas con formación en dinámica de grupos. El número de sesiones planificadas fue de quince, de periodicidad semanal, y de dos horas de duración cada una. Un formulario elaborado al efecto recogía lo acaecido en cada sesión respecto a cada asistente.

Grupos Pedagógicos de Niños

De manera simultánea a la estancia de los padres en los Grupos Pedagógicos de adultos, los niños menores de doce años

acudían a esta actividad. Dos personas con amplia experiencia y formación en dinámica de grupo infantil dirigían la misma.

Un cambio de planteamiento afectó a los objetivos de estos Grupos de Niños. Si bien en su diseño inicial eran contemplados únicamente en su función de "guardería", esta concepción cambió hacia su aprovechamiento como marco de trabajo terapéutico con los niños.

Tratamiento psicológico

De acuerdo con las necesidades específicas de cada familia, el Plan-Piloto ofrecía tratamiento psicológico (individual, de pareja o familiar) tanto a los padres como a los niños que lo necesitaran.

Supervisión individualizada de cada caso

La intervención realizada desde todos los recursos del Plan era supervisada y dirigida de manera individualizada por un supervisor. La Coordinación entre todos los profesionales que desarrollaban su tarea en el contexto del Plan, era así función de esta figura, cubierta por el equipo técnico responsable del mismo.

Este Supervisor se reunía semanalmente con el Educador Familiar y mantenía contacto periódico con el resto de los profesionales implicados en el caso.

Otras de sus funciones eran las siguientes:

- Centralización de toda la información relativa a cada uno de los casos bajo su supervisión.
- Procurar que la información sobre la evolución de las familias estuviera a disposición de todos los profesionales implicados.
- Asumir la toma de decisiones con respecto a la intervención con los casos.
- Llevar un registro escrito de la situación de cada caso a lo largo del desarrollo del Plan-Piloto

- Proporcionar apoyo técnico y personal a los Educadores Familiares.

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de resultados cobra una importancia esencial en un Programa de Intervención de carácter experimental como es el caso del que aquí se presenta.

Dos han sido los sistemas de evaluación empleados en el Plan: La *evaluación clínica*, individual, de cada una de las familias, y la *evaluación general estandarizada*.

En el primero de los casos se valora si se han producido mejoras en la familia de acuerdo con los objetivos establecidos para la intervención.

En el segundo de los casos se valora la efectividad general del Plan, utilizando para ello únicamente pruebas estandarizadas.

La evaluación estandarizada ha consistido en la evaluación pre- y post- tratamiento de las siguientes variables mediante auto-informe:

- Ansiedad

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.) de Spielberger et al. (1970)

- Sintomatología depresiva

Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.) de Beck (.1967)

- Ajuste Marital

Escala de Ajuste Marital de Braiker & Kelley (1976)

- Apoyo Social

Red Social de Apoyo: "Social Support Resources Scale" (SS-R) de Vaux & Harrison (1985)

Conductas de Apoyo: "Social Support Behaviors Scale" (SS-B) de Vaux et al. (1987)

Percepción de Apoyo: "Social Support Appraisals Scale" (SS-A) de Vaux et al. (1986)

—Potencial para el Maltrato Físico

"Child Abuse Potential Inventory" (C.A.P.) de Milner (1980)

—Problemas de Conducta en el Niño

"Child Behavior Checklist" (C.B.C.) para Padres y para Maestros, de Achenbach & Edelbrock (1983, 1986, 1987)

En el caso de las medidas de auto-informe, fue el Educador Familiar el responsable de administrarlas a los padres (en la mayoría de los casos, a la madre).

Asimismo, se han utilizado como medidas pre- y post-tratamiento las siguientes medidas de observación:

—Nivel de Bienestar Infantil

"Child Well-Being Scales" de Magura & Moses (1986) - Nivel de Vida del Niño

"Childhood Level of Living Scales" de Polansky et al. (1978)

—Funcionamiento Familiar

"Family Functioning Scales" de Geislar (1980)

RESULTADOS

El análisis de los resultados de este Plan-Piloto se ha realizado en base a las dos formas de evaluación utilizadas: Clínica y Estandarizada. Se presentan a continuación y por separado ambas lecturas del progreso realizado por el conjunto de las 17 familias tratadas.

Evaluación clínica

Dentro de ésta se han utilizado dos niveles explicativos en nuestra valoración:

— Por el *primero de ellos* hablaremos de éxito en función de la existencia de mejoras en el problema que motivó la inclusión de la familia en el Plan. Se trata de exponer si el problema de maltrato y/o abandono subsiste después del tratamiento y en qué medida. Para ello nos guiaremos por los Indicadores utilizados en este Plan para la definición de los problemas mencionados. El éxito estaría, pues, en función de que se hubiera alcanzado el objetivo básico del Plan de Tratamiento, la *mejora del patrón de relación* y, por consiguiente, la desaparición de los problemas de maltrato y/o abandono físico entendidos como la manifestación extrema de un patrón negativo de relación padres-hijos. Según ese criterio presentamos el cuadro siguiente:

CUADRO 3

| Tipología | Sin cambios | Mejora | Mejora total |
|---------------------|-------------|--------|--------------|
| Maltrato físico | 0 | 1 | 3 |
| Abandono físico | 3 | 3 | 3 |
| Maltrato y abandono | 2 | 0 | 0 |
| Otros | 1 | 1 | 0 |

— El *segundo nivel de explicación* se centra en la valoración de los cambios introducidos en una serie de factores o áreas problemáticas asociados a la

situación de maltrato, abandono físico o alto-riesgo por la que estas familias fueron incluidas en este Programa de Tratamiento.

CUADRO 4

| Factor problema | N.º | Objetivo No | Objetivo parc. | Objetivo Sí |
|--|-----|-------------|----------------|-------------|
| Ausencia de conciencia del problema | 13 | 4 | 3 | 6 |
| Falta de motivación para el cambio | 13 | 6 | 2 | 5 |
| Presencia del alcoholismo/adicciones..... | 3 | - | 2 | 1 |
| Problemas significativos en el bienestar psicológico..... | 8 | 3 | 2 | 3 |
| Relación de pareja conflictiva | 8 | 2 | 3 | 3 |
| Problemas en la relación con la familia extensa..... | 2 | 1 | - | 1 |
| Aislamiento social parental | 13 | 4 | 5 | 4 |
| Domicilio familiar en condiciones precarias | 4 | - | 2 | 2 |
| Desempleo del cabeza de familia | 2 | 1 | - | 1 |
| Problemas en el manejo de la economía familiar | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Presencia de problemas específicos en los niños | 9 | 1 | | 3 |
| Presencia de relaciones conflictivas padres-hijos (excluido maltrato físico) | 7 | 3 | 2 | 2 |
| Presencia de conductas negligentes hacia los hijos (excluido abandono físico)..... | 7 | 1 | 3 | 3 |
| Asunción de roles parentales por parte de los hijos | | 2 | 1 | 2 |
| Presencia de problemas relacionados con la planificación familiar.. . | 4 | 1 | - | 3 |

N.º = Número de sujetos que presentan el problema.

Objetivo No - Objetivo respecto al problema no alcanzado.

Objetivo parc. = Objetivo respecto al problema parcialmente alcanzado.

Objetivo Sí = Objetivo respecto al problema completamente alcanzado.

Evaluación estandarizada

La aportación realizada por la experiencia de este Plan-Piloto no se reduce en este sentido simplemente al Modelo de Intervención desarrollado, sino que incluye además la realización de una evaluación sistemática de resultados y la experimentación de instrumentos aplicados por primera vez en el ámbito nacional de los Servicios de Protección a la Infancia.

Debe señalarse nuevamente que se presentan resultados de todas las familias como conjunto, es decir, que se suman las puntuaciones de todos los sujetos, se establece la media de todas las familias antes y después de la intervención y se comparan dichas medias (MANOVA). No hay ningún

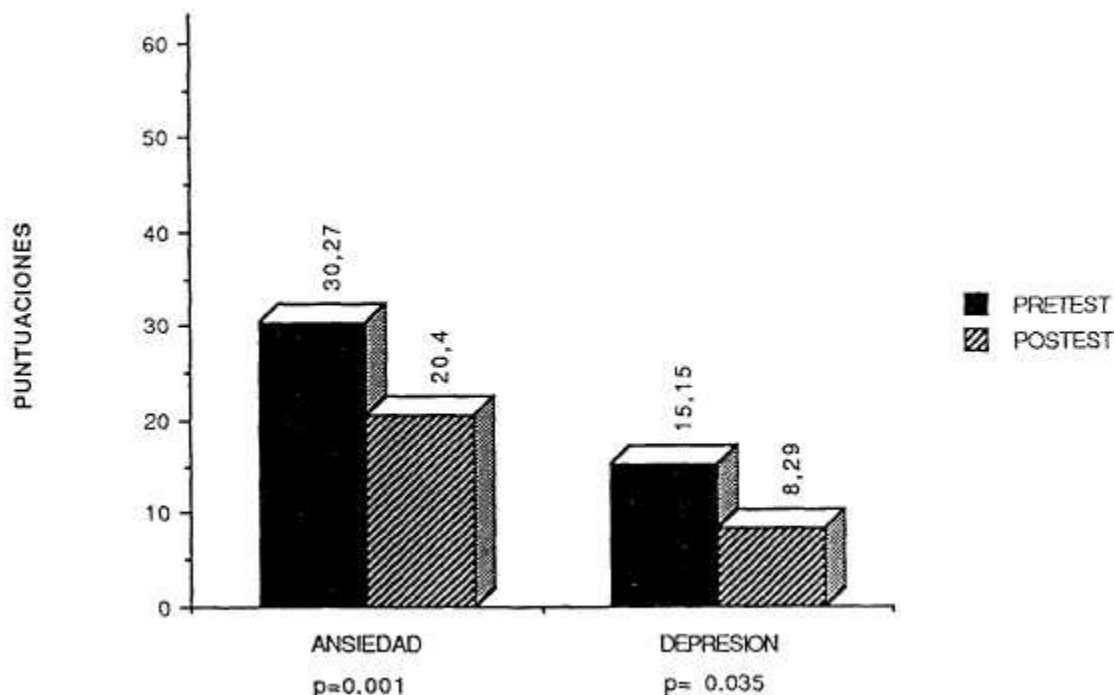
análisis individualizado en este apartado sino valoraciones globales.

A continuación se presentan los resultados que parten del análisis de los autoinformes cumplimentados por los miembros de las familias implicados y que corresponden a la evaluación de las siguientes variables: Ansiedad, Sintomatología Depresiva, Ajuste Marital, Apoyo Social y Problemas de Conducta en los niños.

Con respecto a las variables *Ansiedad* y *Depresión* y tal como se aprecia en el Gráfico 1, las diferencias son muy sustanciales en el conjunto de las familias y estadísticamente significativas en ambos casos ($p=.001$ en la variable Ansiedad y $p=.035$ en la variable Depresión).

GRÁFICO 1

RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



La lectura de este gráfico indica que, tomadas las familias en su conjunto, hay una disminución en la presencia de síntomas de tipo depresivo y ansioso. Se trata de diferencias muy importantes numéricamente, lo que significa que en la mayoría de los casos los sujetos se perciben a sí mismos como habiendo experimentado una mejoría sustancial en su estado psíquico individual.

No ocurre lo mismo con variables más relacionales como son el Ajuste Marital y el Apoyo Social.

En la variable *Ajuste Marital* tal como es percibido por los propios sujetos implicados, hay un cambio en la dirección esperada, pero no lo suficientemente importante para que sea considerado como estadísticamente significativo.

En la variable *Apoyo Social* se han producido los resultados menos esperados y quizá más incongruentes con los resultados de la evaluación clínica. En esta última se ha considerado que muchas familias

habían mejorado a lo largo de la intervención en su aislamiento social. Sin embargo, a la luz de los autoinformes de dichas familias nos encontramos con que no hay diferencias sustanciales en las diversas medidas de apoyo social utilizadas. Así, en el conjunto de las familias no se aprecian cambios en la percepción que poseen del apoyo social que potencialmente pueden recibir ni en las conductas de apoyo social de los amigos y familiares.

Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos en la Subescala "*Soledad*" del "Child Abuse Potential Inventory" (CAP) (Milner, 1986), que evalúa el nivel de aislamiento social, sí se observan diferencias significativas entre la evaluación pre- y post-tratamiento ($p=0,018$) en el sentido de un aumento del nivel percibido de apoyo social.

Estos últimos datos requieren, a nuestro entender, análisis posteriores más precisos.

Respecto a la variable *Potencial para el Maltrato Físico*, y tal como se aprecia en el

GRÁFICO 2

RESULTADOS DE LA SUBESCALA "SOLEDAD"
DEL C.A.P. INVENTORY

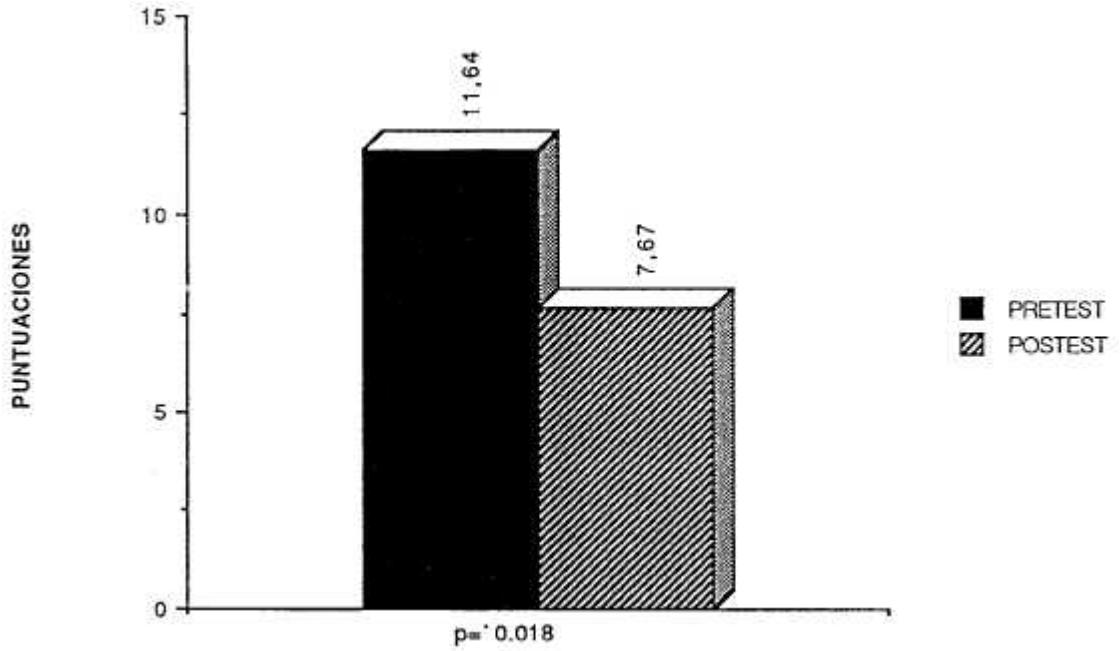


Gráfico 3, los análisis muestran una disminución en las puntuaciones obtenidas por el conjunto de las familias en esta variable, siendo las diferencias pre- y post-significativas ($p=0.014$).

Esto implica que, en conjunto, se ha producido una reducción sustancial a lo largo de la intervención en el riesgo de que se produzcan conductas de maltrato físico.

GRÁFICO 3

RESULTADOS DE LA ESCALA
"POTENCIAL PARA EL MALTRATO FÍSICO" (C.A.P.)

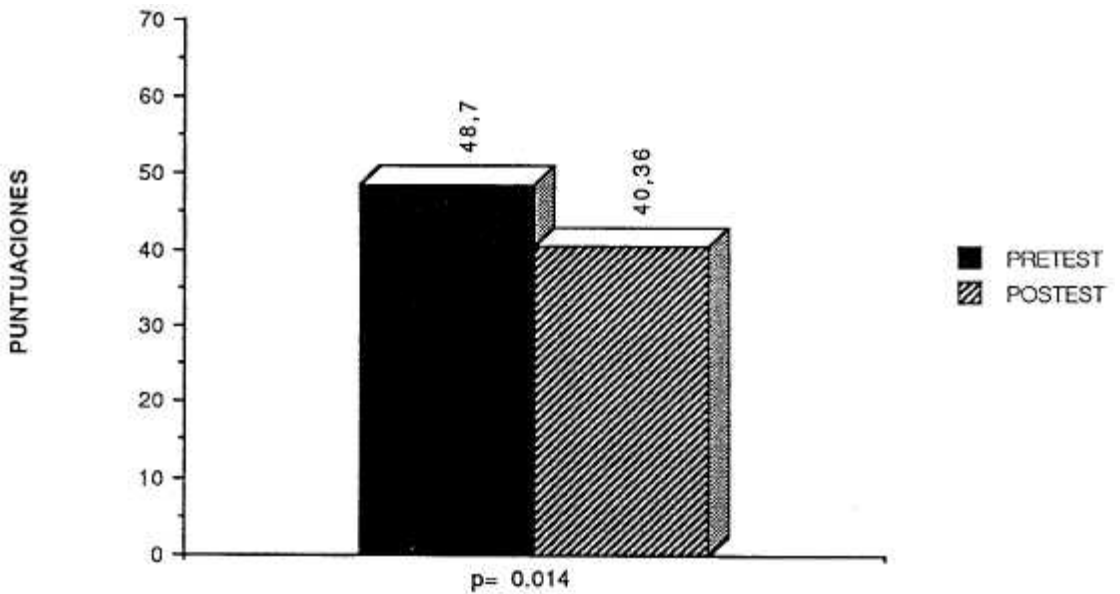
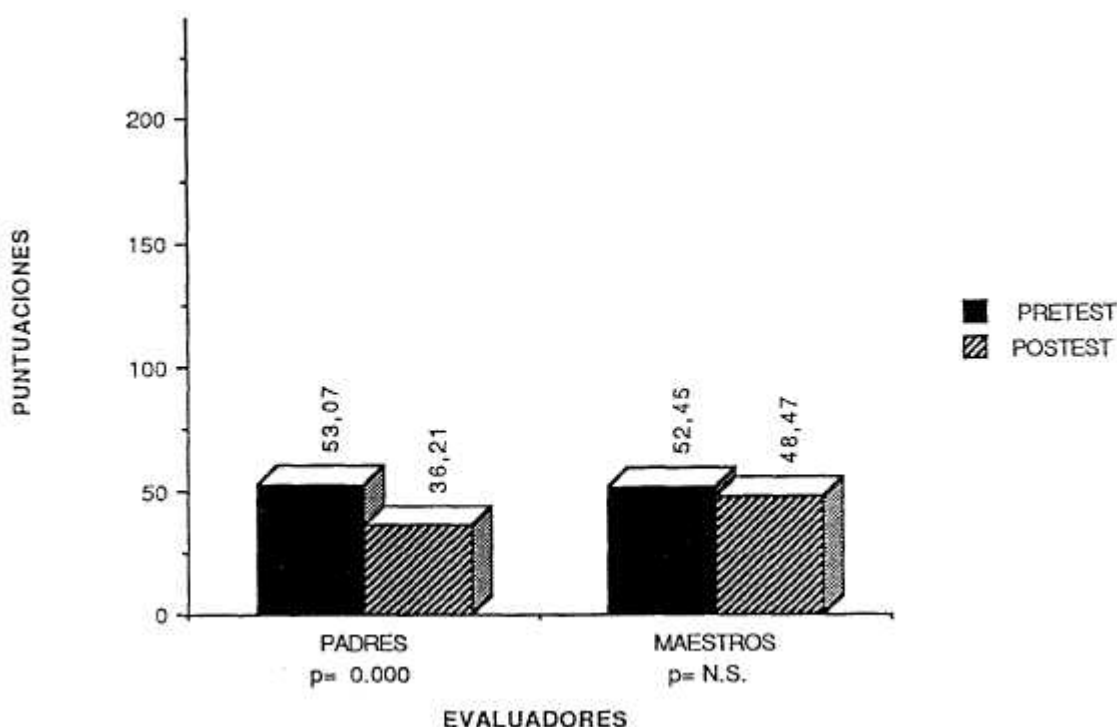


GRÁFICO 4

RESULTADOS DE LA ESCALA
"PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LOS NIÑOS" (C.B.C.)



Por último, se presentan los resultados en los que el comportamiento del niño está más directamente implicado. Se trata de los resultados relacionados con la evaluación de los *Problemas de conducta del niño*.

Para evaluar esta variable se han utilizado dos fuentes de información que conocen al niño en diferentes contextos y que se encuentran diferentemente implicados en su relación con él. Se trata de los maestros y los padres.

En ambos casos no se puede decir de manera estricta que se miden los problemas de conducta del niño sino la percepción que los padres y los maestros tienen de la existencia de dichos problemas.

En esta variable, una menor puntuación supone la presencia de una menor cantidad e intensidad de problemas de conducta en el niño.

Como se puede apreciar en el Gráfico 4, las diferencias en ambos casos se producen en el sentido de lo esperado. Tanto los maestros como los padres perciben un

menor número de problemas de conducta en los niños.

En el caso de los maestros, las diferencias no son lo suficientemente importantes para que puedan ser consideradas como estadísticamente significativas, lo que implica que el cambio del niño en la escuela en cuanto a su comportamiento no ha sido sustancial desde el mes de Febrero hasta el mes de Junio.

Sin embargo, en el caso de los padres las diferencias son muy importantes (cerca de 20 puntos) en el conjunto de las familias y de una alta significación estadística ($p=0.000$).

Respecto a las escalas de observación, es de señalar en primer lugar que, tal como se ha indicado anteriormente, se han utilizado dos tipos de evaluadores:

- a) Aquellos que conocen a la familia de manera cotidiana pero que conocen que la familia se encuentra en un proceso de intervención. Se trata de los Educadores Familiares.

- b) Aquellos que sólo conocen a la familia en el momento de realizar la evaluación y que desconocen que están siendo partícipes de un plan de tratamiento. En los gráficos se les denomina "evaluadores ciegos" ya que no conocen la adscripción de la familia al grupo de tratamiento.

Respecto al "*Child Well-Being Sca/es*" (Magura & Moses, 1986), que evalúan el "Estado de Bienestar del Niño" en relación a una serie de necesidades físicas, psicológicas y sociales, nos encontramos con que en los ítems referidos al conjunto global de la familia, ni en las evaluaciones de los "evaluadores ciegos" ni de los educadores, se observaron cambios significativos antes y después del tratamiento. Sin embargo, y al analizar la situación particular de cada uno de los hijos de las familias, los educadores sí puntuaron de manera significativamente diferente ($p=.000$) en las evaluaciones pre- y post- en el sentido de apreciar un cambio positivo en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas específicas del conjunto de los hijos de las familias tratadas. La evaluación de los "evaluadores ciegos", por su parte, no manifestó diferencias estadísticamente significativas en este sentido.

En relación a las restantes escalas de observación "*Nivel de Vida del Niño*" (Polansky et al., 1978) (que evalúa la calidad de la conducta parental, la adecuación del entorno/hogar para el niño y la calidad del cuidado recibido por éste) y "*Escalas de funcionamiento familia*" (Geismar, 1980) (que evalúan diferentes áreas de funcionamiento familiar: individual, familiar, cuidado de los niños, área económica, doméstica, higiene y salud, utilización de los servicios comunitarios, y relación con los Servicios Sociales), los resultados muestran diferencias significativas o cercanas a la significación estadística entre las evaluaciones pre y post-tratamiento en el sentido de una mejora general en las áreas evaluadas. Ello, no obstante, se produce únicamente en las observaciones realizadas por los educadores ($p=.003$ y $p=.056$, respectivamente) y no en el caso de los "evaluadores ciegos".

Los resultados de la evaluación estandarizada presentados han de considerarse preliminares e interpretarse como tales. Merecen ser objeto de estudio las diferencias observadas entre los "Evaluadores Ciegos" y los Educadores Familiares de cara a la posible generalización de la utilización de instrumentos de observación con los

objetivos con que en este Plan se han utilizado.

Por otra parte, han de tenerse en cuenta la no disponibilidad en el momento de realizar este proceso de análisis de resultados de un Grupo Control y el carácter experimental en nuestro país de los instrumentos de observación utilizados.

Sin embargo, la evaluación estandarizada muestra mejoras significativas en algunas variables relevantes antes y después de la intervención. Resta por descubrir si tales cambios se mantendrán en un futuro.

CONCLUSIONES

Es evidente que el trabajo intenso realizado durante este tiempo permite a los autores y colaboradores haber realizado muchas valoraciones y reflexiones que no se pueden vertir en este apartado. No obstante, trataremos de presentar de la forma más resumida posible aquellas conclusiones que nos parecen esenciales que sean comunicadas.

Como conclusión general, creemos que se puede afirmar que, con los recursos puestos en marcha en este Plan-Piloto, gran parte de las familias que han participado en el mismo han mostrado una mejora sustancial respecto al problema original. Familias que han permanecido "atascadas" en los servicios sociales por la falta de recursos para atender sus necesidades, han manifestado mejoras evidentes. En otros casos, no ha sido así. Ello no quiere decir, sin embargo, que la familia sea irrecuperable, sino que los recursos utilizados no han sido los adecuados o el momento elegido para el inicio y desarrollo de la intervención no ha sido el idóneo.

Otras conclusiones relevantes han sido las siguientes:

1. Antes de iniciar la intervención, la existencia del problema debe estar claramente establecida, para lo cual es imprescindible que se haya llevado a cabo una tarea de investigación previa y adecuada del caso.
2. El conocimiento previo de la familia es importante de cara a la tarea dirigida a fomentar su motivación para la participación en la intervención. Así, en cada familia deben uti-

lizarse los resortes adecuados para que ésta perciba, de una u otra manera, la conveniencia y las ventajas que puede obtener con el tratamiento.

3. Los problemas de salud psíquica y el nivel intelectual bajo en alguno de los padres, especialmente en la madre, son un hándicap de gran importancia para la evolución positiva y el aprovechamiento de los recursos.
4. La planificación de la intervención debe hacerse teniendo en cuenta la ausencia de conciencia de problema y motivación para el cambio. El primer objetivo del trabajo es la génesis de ambas variables. Si durante el proceso de tratamiento no se pueden conseguir, las posibilidades de éxito son mínimas.
5. El apoyo de los profesionales responsables de los servicios sociales de los municipios es esencial en la tarea de intervención. El trabajo conjunto y la confianza mutua facilitan la obtención de resultados positivos con las familias.
6. La evaluación de los casos, el planteamiento de los objetivos y la planificación de los recursos no terminan en la fase de diagnóstico. En la mayoría de los casos, a lo largo de todo el proceso de intervención se han ido descubriendo nuevos datos que añadir a la valoración de la problemática y que han exigido un replanteamiento de los objetivos y los pasos de la intervención.

Ello significa, entre otras cosas, que para que la toma de decisión respecto a una familia, en especial la referida a la separación del niño del ambiente familiar, sea realizada de manera idónea, ha de poseerse un conocimiento exacto de las posibilidades de rehabilitación de dicha situación. A nuestro entender, y teniendo presente este objetivo, este conocimiento únicamente podrá obtenerse tras la puesta en marcha de un programa intensivo de corta duración como el que aquí se presenta.

7. La intervención ha de ser individualizada para cada una de las fami-

lias. Cada familia debe participar de aquellos recursos que le son necesarios. Dicha participación debe iniciarse en el momento idóneo para la familia y el mantenimiento temporal en dicho recurso se debe ajustar a sus necesidades y evolución.

8. Se debe contar con una gama diversa de Educadores Familiares (en cuanto a edad, sexo, formación académica) que puedan ser asignados a las familias en función de los objetivos de la intervención y las características de éstas.
9. La figura del Supervisor ha de estar siempre presente en cualquier programa de intervención familiar en sus funciones de coordinación y apoyo técnico y personal a los profesionales del mismo.

M.^a Ignacia Arruabarrena Madariaga
Joaquín De Paúl Ochotorena
Ramón Muñoz Cano Bárbara Torres
Gómez de Cádiz

BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.** (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Queen City Printers Inc. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.** (1986): *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. & HOWELL, C.T.** (1987): "Empirically based assessment of the behavioral/ emotional problems of 2- and 3-year-old children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. & ERBAUGH, J.** (1961): "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 53- 63.
- BRAIKER, H. & KELLEY, H.** (1976): "Conflict in the development of close relationships". En Burgess, R. & Huston, T. (eds.): *Social Exchange and Developing Relationships*. Academic Press. New York. (p. 79-102).
- GEISMAR, L.L.** (1980): *Family and community functioning* (2nd. ed.). The Scarecrow Press. Metuchen, NJ.
- MAGURA, S. & MOSES, B.S.** (1986): *Outcome measures for Child Welfare Services. Theory and applications*. Child Welfare League of America, Inc. Washington, D.C.

- MILNER, J.S.** (1986): *The Child Abuse Potential Inventor/ Manual* (2nd.ed.). Psytec, Inc. Webster, New Carolina.
- POLANSKY, N.A.; CHALMERS, M.A.; BUTTENWIESER, E. & ILLIAMS, P.** (1978): "Assessing adequacy of child caring: An urban scale". *Child Welfare*, LVII(7), 439-449.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R.E.** (1970): *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventor/ (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California. (Adaptación española: Ediciones TEA: *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid, 1982).
- VAUX, A. & HARRISON, D.** (1985): "Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support". *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245-268.
- VAUX, A.; PHILLIPS, J.; HOLLY, L; THOMSON, B.; WILUAMS, D. & STEWART, D.** (1986): The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity". *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-219.
- VAUX, A.; RIEDEL, S. & STEWART, D.** (1987): "Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale". *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 209-237.