



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programas de Intervención Familiar Basados en la Evidencia

Alumno/a: María Antonia Carmona Pulido

Tutor/a: Javier Pérez Padilla

Dpto: Departamento de Psicología

Mayo, 2017

INDICE

1.	RESUMEN Y ABSTRACT	1
1.1.	Resumen.....	1
1.2.	Abstract	1
2.	EL MALTRATO INFANTIL	2
3.	MODELOS TEÓRICOS	3
4.	FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO INFANTIL.....	6
5.	FACTORES DE PROTECCIÓN.....	8
6.	TIPOLOGÍA DEL MALTRATO.....	9
7.	¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA?	11
8.	PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA	12
9.	LA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA	15
10.	MODELOS PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	16
11.	LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ESPAÑA	17
12.	DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA CON MALTRATO INFANTIL 18	
13.	CONCLUSIÓN	19
14.	BIBLIOGRAFÍA	20

1. RESUMEN Y ABSTRACT

1.1.Resumen

Hoy en día, existe un importante número de niños que sufren maltrato infantil, o adultos que a lo largo de su vida han sufrido algún tipo de maltrato infantil. El maltrato infantil no es un fenómeno reciente sino que ha sido estudiado a lo largo de toda la historia de la humanidad, ya que presenta grandes repercusiones sobre los niños que lo sufren. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer qué es el maltrato infantil y cómo podemos disminuir su impacto. Para ello, analizamos las prácticas basadas en la evidencia, una corriente muy novedosa surgida en el ámbito de la medicina y que cuenta con diversas aplicaciones ya en España, concretamente algunas en el ámbito del maltrato infantil con programas como el SafeCare. Así analizamos la intervención con estos programas en el ámbito de los Servicios Sociales, especialmente en familias con maltrato infantil, para así explorar los beneficios que nos aportan estas prácticas basadas en la evidencia y promover su aplicación.

Palabras clave: Maltrato infantil, Práctica basada en la evidencia, Psicología basada en la evidencia, Práctica basada en la evidencia en maltrato infantil.

1.2.Abstract

Today, there are a significant number of children suffering from child abuse, or adults who have suffered some form of child maltreatment throughout their lives. Child maltreatment is not a recent phenomenon but has been studied throughout the history of mankind, since it has a great impact on the children who suffer it. The objective of this literature review is to know what is child abuse and how we can reduce its impact. To do this, we deal with evidence-based practices, a very new trend that has emerged in the United States and with various interventions already in Spain, specifically some in the area of child maltreatment with programs such as the SafeCare. We analyze the intervention with these programs in the field of Social Services, especially in families with child maltreatment, in order to see the benefits of these practices based on the evidence and to promote their application.

Keywords: child abuse, practice based on evidence, psychology base on evidence, evidence-based practice in child abuse.

2. EL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno complejo de estudio, ya que pertenece a diversas áreas y disciplinas relacionadas con lo social, lo jurídico, histórico, psicológico y de salud en general. No presenta un carácter reciente, ya que este fenómeno nos ha acompañado durante todas las etapas históricas de la humanidad, pero sin embargo, no fue hasta 1960 cuando fue reconocido por la sociedad, como una forma de violencia intrafamiliar que se extiende a otros contextos, incluyendo el escolar y social. Fue entonces cuando las denuncias de varios niños que habían sido anteriormente maltratados salieron a la luz en noticias de prensa, lo que captó la atención de muchos profesionales, médicos y abogados, para crear formas de control y de detección a través de publicaciones periódicas. A raíz de la publicación de las denuncias en prensa, dos años más tarde Kempe, Silverman, Steele, Droegenmuelle y Silver (1962) publicaron un artículo médico sobre el “Síndrome del niño golpeado”, lo que tuvo como consecuencia la aparición de diversos términos como los de niño abusado, abandonado y maltratado, ya que Fontana aludió que estos niños podían ser agredidos no solo de forma física, sino emocionalmente o por algún tipo de negligencia, de tal forma que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. El síndrome del niño maltratado se puede definir como una forma de violencia doméstica que se explica por las lesiones tanto físicas como psicológicas producidas de forma repetida en el tiempo, por uno o más adultos responsables de un niño, y que afectan a este.

En un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (Septiembre, 2016), encontramos el maltrato infantil definido como: “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. Las consecuencias del maltrato suponen un elevado riesgo para el desarrollo de los niños, ya que conlleva la aparición de numerosos obstáculos en todas sus dimensiones evolutivas. Por esta razón el maltrato infantil ha sido ampliamente y continuamente estudiado en el tiempo y existen numerosos modelos para su explicación.

3. MODELOS TEÓRICOS

La violencia familiar o maltrato infantil puede abordarse desde diferentes modelos teóricos. Anteriormente siempre han prevalecido los Modelos Médico- Psicológico, los que sostienen condiciones orgánicas o psicodinámicas para la explicación de la violencia, es decir, afirmar la existencia de una relación entre maltrato físico y enfermedad mental o alteración psicológica, a través de la presencia de algún tipo de cambio psicológico o psicopatología por parte de los progenitores.

Los modelos basados en el aprendizaje social, señalan que el maltrato es un comportamiento aprendido, es decir, indica que el haber sufrido algún tipo de maltrato en la infancia actuaría como factor predictor de que probablemente el sujeto continuará con esa actitud en su edad adulta. Sin embargo, las teorías de la cognición social no creen que el maltrato se produzca de manera aprendida, sino por expectativas inadecuadas que los padres se forman con respecto a sus hijos. Estas teorías muestran la dificultad para expresar y reconocer emociones de los padres maltratadores (Camras, Ribordy, Hill y cols., 1988; Kropp y Haynes, 1987). Por lo tanto y siguiendo estas teorías de la cognición social, una causa importante de maltrato infantil serían las expectativas irrealistas creadas por los padres, con respecto a las conductas de los hijos, que son claramente inapropiadas a su edad (Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña, 1995).

Por otro lado encontramos los modelos sociológicos, que se centra en variables de tipo social, principalmente en cuatro: el estrés familiar, el aislamiento social de la familia, la aceptación social de la violencia y la organización de la comunidad. Este modelo indica que si agrupamos en una determinada zona de una comunidad una mayor aglomeración de población excluida y marginal, el maltrato aumentará en esa zona concreta de la comunidad. De forma que, eso producirá un descenso del apoyo social, así como un escaso nivel económico entre otros, provocando un incremento generalizado del maltrato infantil (Bursik y Grasmich, 1993; Coulton, Korbin, Su y Chow, 1995; Garbarino y Kostelny, 1992).

El modelo ecológico de Belsky (1993) es un modelo integrativo, que tiene en cuenta la interacción entre el progreso ontogénico de los padres y diversos sistemas cada vez más amplios: la familia (microsistema), la comunidad (exosistema) y la cultura (macrosistema). El microsistema comprende todas aquellas variables que hacen alusión a comportamientos precisos de los miembros de la familia y a las características de su

composición, es decir, características psicológicas y comportamentales concretas. El exosistema incluye todos aquellos factores o aspectos que ejercen influencia directa sobre el individuo o la familia. Por último, el macrosistema hace referencia a todas las variables socioeconómicas, estructurales y culturales de una sociedad.

Belsky (1993) introduce dos conceptos más a su teoría: el mesosistema, descrito como un grupo de microsistemas en los que el niño se desenvuelve, y el ecosistema, definido como todos aquellos factores que envuelven y afectan de forma directa al individuo, como son las relaciones sociales y el ámbito laboral. En estudios posteriores de Belsky así como en diversas revisiones se observa la omisión del mesosistema, aspecto que parece sorprendente ya que a raíz de este contexto podemos llegar a la detección y prevención del maltrato infantil. En cambio, en el macrosistema introduce tres tipos de variables:

- Socioeconómicas. Recursos económicos de una sociedad y su distribución, tasas de empleo, tasas de desempleo, crisis económicas, etc.
- Estructurales. Todos los aspectos relacionados con el funcionamiento y organización concreta de una sociedad y que afectan a las posibilidades de acceder a procesos asistenciales y de protección del individuo.
- Actitudes y valores, destacables en cada grupo social y en cada momento temporal. Modos de satisfacer las necesidades, forma de educar a los hijos, etc.

Las variables referidas a la propia historia de crianza de los padres, el tipo de cuidado y la atención recibida en la infancia condicionan notablemente la disposición para cuidar de forma correcta a sus propios hijos, por esta razón son variables muy usuales en estos modelos ecosistémicos.

Al igual que el modelo de Belsky, el modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981) es un modelo multicausal que incluye factores potenciadores y amortiguadores del maltrato. Los factores potenciadores hacen referencia a esas situaciones de corta o larga duración que incrementan la posibilidad de que se origine maltrato. Por otro lado, los factores amortiguadores pueden presentar un carácter transitorio o duradero y hacen alusión a todas las situaciones en las que disminuye la probabilidad de que ocurra una situación de maltrato. Por lo tanto, las situaciones de maltrato suceden cuando los factores potenciadores sobrepasan los factores amortiguadores.

Vasta (1982) creó el modelo de los dos componentes, el cual necesita dos componentes para que se origine el maltrato físico: la utilización del castigo como disciplina y la hiperactividad emocional del maltratador. De tal forma, para que la secuencia de maltrato continúe es necesario que ocurran dos condiciones desencadenantes: un mal comportamiento por parte del niño y un ambiente estresante.

Por otro lado el modelo transicional de Wolfe (1987) hace hincapié en cuatro aspectos fundamentales: la secuencia de los malos tratos, los procesos psicológicos relacionados con la activación y afrontamiento de la ira, los factores potenciadores y los factores protectores. Según este modelo la acción de maltrato consta de tres etapas, que inicia en una desinhibición de la agresión hasta su continuación.

Tras los modelos psicosociales y sociointeraccionales se encontró evidencia de que el maltrato infantil no se puede explicar contando únicamente con las variables psicológicas y sociológicas. Por tanto surge un modelo explicativo, que ha alcanzado un consenso muy amplio, y es el denominado sociointeraccional, propuesto por Parke y Colmer (1975) y Wolfe (1987). Desde este planteamiento se analizan los procesos psicológicos que restringen las interacciones entre padres e hijos y que intervienen entre las variables individuales y los factores sociales.

Por último, hacemos referencia a la teoría general de sistemas propuesta por Ludwing Von Bertalanffy (1976), Bowen (1960), Haley (1988), Minuchin (1989), Wynne (1961), Sánchez y Gutiérrez (2000), que es la precedente de una visión sistémica de la familia, la cual sostiene que se generan triángulos patológicos, definidos como triangulación, a raíz de algún tipo de conflicto en interacción familiar. Esta, es un proceso que conlleva la formación de parejas (diada) con omisión de un tercero, o contra este. La principal aportación de Bowen en referencia a lo anterior, es su pensamiento en correspondencia con el empleo de los triángulos en la dinámica familiar. Dicha teoría se asemeja a la teoría de los sistemas patológicos de Haley (1988) y al enfoque estructural de Minuchin (1989). Por lo tanto Bowen (1960), relaciona la patología a la rigidez y señala que en todas las familias se crean pautas tríadicas, pero solo estas pautas se harán más severas cuando la familia afronte un cambio o sufra una tensión, y serán más flexibles en periodos de calma.

A modo de conclusión, cuando hablamos de maltrato infantil, de forma general, recurrimos a tomar el hecho ya completado, el hecho dado, pero sin embargo existen

una serie de factores que facilitan que se restrinja la naturaleza biopsicosocial y así incrementar la probabilidad de que acreciente el desarrollo de problemas que en mayor o menor medida comprometan el ajuste personal o social del individuo o el grupo (Little et al., 2004), es decir, el maltrato infantil es un hecho ya completado, pero existen una serie de acciones o factores que incrementan la probabilidad de que se origine una situación de maltrato, estos factores son los denominados factores de riesgo.

4. FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO INFANTIL

El riesgo para Cassol y De Antoni (2006) implica condiciones que facilitan la aparición de consecuencias negativas e indeseables para el desenvolvimiento humano, cuando están presentes, como son los problemas físicos, emocionales y sociales. Los factores de riesgo son los encargados de aumentar los problemas o las deficiencias y son definidos de forma estática como eventos estresores. Del mismo modo, estos factores pueden estar presentes tanto en circunstancias que aumentan la probabilidad de problemas en el desarrollo, como en la falta de elementos esenciales para un adecuado funcionamiento personal (Menéndez, 2003).

Belsky (1980) realizó una integración muy completa y minuciosa de los diversos factores de riesgo en su Modelo Ecológico. La formulación de este modelo integra la conceptualización de los contextos donde ocurre el desarrollo, propuesto por Bronfenbrenner (1977,1979) en su modelo ecológico del desarrollo humano, así como el desarrollo ontogenético de Tinbergen (1951). Como resultado de esta integración surge un modelo conceptual que nos permite dividir los diferentes factores de riesgo en cuatro niveles de análisis: desarrollo ontogenético, microsistema, exosistema y macrosistema.

El nivel de desarrollo ontogenético hace referencia a la herencia que reciben los hijos de sus padres en cuanto a la situación familiar y rol parental, es decir este nivel está constituido por:

- Transmisión intergeneracional. Haber sido objeto de abuso en la infancia, es un claro factor de riesgo: “.... La experiencia (recibida y observada) del maltrato físico en la infancia aumenta la posibilidad de maltrato parental” (Milner, J., 1990).

- Historia de desarmonía y ruptura familiar. Independientemente de que en sus hogares exista o no una situación de maltrato, los padres que maltratan a sus hijos suelen provenir de familias altamente desestructuradas, con grandes problemas de tipo psicosocial y económico.

El microsistema representa la familia, es decir el contexto donde tiene lugar la situación de maltrato. En este nivel incluimos:

- Características parentales. Hacen referencia a los factores conductuales como pueden ser el abuso de drogas, alcohol u otras sustancias, y en los que se pueden diferenciar concretamente dos situaciones: a) el niño nacido durante el periodo de adicción a la droga por parte de la madre, este niño va a sufrir problemas de malnutrición, infecciones y el posterior síndrome de abstinencia, por lo que se convierte en objeto de maltrato prenatal; b) los niños que han nacido antes de la aparición de la toxicomanía en alguno de los progenitores, lo más normal en estos niños es el abandono debido a la necesidad principal de los padres de conseguir droga, así como de la cantidad de problemas que esto provoca como dificultades económicas, personales y sociales (Martínez Roig, A., 1990).
- Características del niño. La edad y el sexo son características destacables, ya que las situaciones de maltrato decrecen con la edad, así como suele ser más habitual en niños que en niñas a excepción del abuso sexual que siempre es frecuente en niñas. También hay que tener en cuenta los factores previos al nacimiento como pueden ser embarazos no deseados, embarazos resultados de una violación consumada, embarazo extraconyugal o fruto de una relación de pareja inestable, etc. Al mismo tiempo, que también hay factores posteriores al nacimiento que desencadenarían una situación de maltrato como pueden ser los casos de niños que sufren algún tipo de hándicaps congénito, niños prematuros y con bajo peso al nacer y niños con algún tipo de alteración comportamental entre otros, esto producido porque romperían las expectativas de los padres, del mismo modo que disminuyen el apoyo social. (AAW, 1993).
- Relación marital. Las relaciones conflictivas en pareja producen elevados niveles de hostilidad y agresividad que en muchas ocasiones se derivan hacia el niño.
- Relación paterno/materno filiar. Los padres maltratadores suelen distorsionar la realidad que les rodea, proyectando sobre sus hijos los deseos y necesidades

insatisfechas en su vida, de modo que podemos señalar "... el sistema de interacciones que lleva al maltrato refleja déficits importantes en la cantidad y calidad de la relación entre el padre, madre y niño. No hay incondicionalidad en la relación, ni respuestas adecuadas y coherentes. El niño no puede formarse una imagen segura y coherente de lo que espera de las relaciones, es decir, se produce una gran grieta en la función que deben tener las figuras de apego". (López, F., 1995).

- Constitución familiar. Formado por diversos factores como el tamaño familiar, cuantos más hijos presente una familia mayor es la probabilidad de presentar alteraciones en las relaciones interpersonales de esta.

El exosistema está constituido por todas las estructuras sociales, que no contienen directamente a la persona en desarrollo, pero si rodea y afecta el contexto inmediato en el que esta se desenvuelve, de manera que, influye, delimita o incluso determina lo que ocurre allí (Bronfenbrenner, 1979). Podemos distinguir:

- Relaciones sociales. Los casos de maltrato cuentan con un escaso apoyo social.
- Situación laboral. Si en los padres existen sentimientos de impotencia, inseguridad, baja autoestima, depresión así como el aumento de poder y autoridad sobre la familia, producidos por una situación de desempleo o de insatisfacción laboral, esto estará asociado al abuso infantil

Por último, en el macrosistema se engloban todos esos factores que no son controlables por el individuo en particular, pero que afectan en su propia vida. Aquí se incluye la clase social a la que pertenece la familia, aspectos económicos de la sociedad o grupo social al que pertenecen, aspectos psicosociales y culturales, es decir creencias, costumbres y actitudes de la cultura o grupo social al que pertenecen. Pero no solo podemos hablar de factores de riesgo sino que también están presentes los factores de protección, ambos interactúan entre sí para poder originar un mecanismo que facilite la prolongación del desarrollo o algunos aspectos del mismo a pesar de las circunstancias.

5. FACTORES DE PROTECCIÓN

Los elementos que son considerados factores de protección se caracterizan por modificar la incidencia de los factores de riesgo en el ajuste de la persona o del ambiente familiar en un entorno de adversidad. De tal forma, los factores

amortiguadores solo aparecerían cuando se desencadena una situación problemática, y por tanto, no pueden ser confundidos con experiencias positivas directas (Menéndez, 2008; Rodrigo et al., 2008). Así bien, según Rutter (1990,1995), la respuesta que una persona da a un determinado peligro, que incita a un resultado no adaptativo, es transformada, enriquecida o alterada por influencias que ejercen los factores de protección.

Numerosas investigaciones centran su atención en tratar de diferenciar la incidencia que provocan estos factores de protección en concordancia al grado de cercanía que presenta con respecto al individuo. De esta forma, podemos hacer una distinción de tres tipos de factores: proximales, distales y mediales, siendo los factores proximales los que más influencia directa aportan en el desarrollo de la persona.

Hay que tener en cuenta, que en función de las circunstancias que presente un contexto y del mecanismo por el que la variable actúe, una misma variable puede actuar como factor de riesgo o como factor de protección (Little y colaboradores, 2004). Por ello, la identificación de los factores de riesgo y de protección debe basarse en la identificación de los mecanismos situacionales y la forma en que estos operan, así como en la medida en que estos mecanismos están formados por partes que se combinan. Según Werner (2000), los factores de protección, al igual que los factores de riesgo, también tienden a acumularse y configurar trayectorias de protección transaccional, lo que produce que este efecto de atracción general enmarque y sustente de forma directa una filosofía de intervención basada en el reforzamiento individual y familiar.

Hoy en día, encontramos que hay un mayor conocimiento de los factores de riesgo y su influencia en el desarrollo de las personas en comparación con los factores de protección, que se encuentran un poco más al margen, debido a la importancia que se dio en los comienzos en este campo al modelo de déficit

6. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO

El maltrato infantil presenta muchas vertientes en las que puede manifestarse. Sus tipos son:

- Maltrato Físico. Recoge toda acción no accidental por parte de los padres o tutores que ocasionen daño físico o enfermedad en el menor, o lo sitúe en grave riesgo de sufrirlo. Se ha de diferenciar el maltrato físico grave o “severo”, de

modo que el primero es la acción llevada a cabo con el propósito de provocar dolor físico a un niño, sin causar dolor; y el dolor “severo” hace referencia al maltrato ocasionado con la intención o el potencial de provocar lesión, daño físico o psicológico, que se repite en periodos largos de tiempo, y que incluye el uso de instrumentos.

- Maltrato Psicológico/Psíquico. Ausencia de muestras de afecto, restricción de los movimientos del menor, insultos, ridiculización, amenazas e intimidación, discriminación, rechazo y otras formas no físicas de hostilidad que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del menor.
- Negligencia Física. Desatención de las necesidades físicas básicas del menor (higiene, alimentación, protección y vigilancia, educación o cuidados médicos) durante un tiempo prolongado o permanente, producido por alguno de los miembros con los que el niño convive.
- Negligencia Psíquica. Desatención por parte una figura adulta estable, de las respuestas a las señales, expresiones emocionales y conductas de proximidad e intención por parte del niño, así como falta o ausencia de iniciativa de interacción.
- Abuso Sexual. Toda clase de conducta sexual con una persona menor de edad por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el mismo. En cualquier caso no es necesario que exista un contacto físico para considerarse abuso sexual. En esta categoría se incluye el incesto, contacto físico sexual protagonizado por una persona adulta que posee una relación con sanguinidad con el menor; la violación, el contacto físico sexual con el menor, el cual no proporciona el consentimiento a la acción; vejación sexual, tocamientos, alentar, forzar o permitir que un niño haga tocamientos inapropiados a un adulto; y por último, el abuso sexual sin contacto físico.
- Explotación Laboral. Situación en la que el menor se le asigna, de forma obligatoria, por parte de los tutores legales, la realización continua de trabajos que sobrepasan los límites de lo habitual y que del mismo modo, interfieren de forma evidente en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del menor, y cuyo objetivo fundamental es el de recibir beneficio económico o semejante, para los tutores o similares.

- Explotación sexual. Empleo del menor en la prostitución o en la realización de pornografía con el fin de obtener un beneficio, sea económico o equivalente por parte del padre o tutor.

A estos tipos de maltrato infantil se les puede añadir una distinción mas, según donde ocurran, en el ámbito familiar o extrafamiliar. Si hablamos de maltrato intrafamiliar es aquel que ocurre en contextos familiares y el cual es considerado una consecuencia más de pertenecer a una familia desestructurada. Dentro del maltrato intrafamiliar más específicamente, incluiríamos: negligencia, abandono, maltrato físico y psíquico, abuso sexual. Por otro lado, el maltrato extrafamiliar puede existir sin contacto directo con el menor y el agresor, aquí incluimos: institucional, escolar, sanitario, jurídico, fuerzas de seguridad, servicios sociales, medios de comunicación, explotación laboral y sexual, y consumismo.

7. ¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA?

La corriente basada en la evidencia empieza a llevarse a cabo en la práctica médica en el año 1960 en Inglaterra como aplicación de diseños con ensayos clínicos aleatorizados y controlados para guías de la práctica clínica. Eddy (1982 citado en Mustaca, 2014) introduce el término “basado en pruebas” que evolucionaría, gracias a un grupo de trabajo de Medicina de la Universidad de McMaster en Ontario (Canadá), al término ahora denominado “Basado en la Evidencia”. Sackett en el año 96 del siglo XX define en término Medicina Basada en la Evidencia como: *“el empleo consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente.”* Este mismo autor evoluciona su anterior definición con el objetivo de incluir a profesionales y pacientes en el concepto del término que excluía la necesidad de incorporar la mejor evidencia científica y, además, la habilidad y buen juicio clínico extraído de la experiencia clínica, contando siempre con las preferencias y valores de los pacientes. Más tarde en el año 2001 Sackett y un grupo de colaboradores elaboran un informe para el instituto médico donde afirman que: *“la práctica basada en la evidencia es la integración de las mejores pruebas de investigación con experiencia clínica y valores del paciente”* (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg and Haynes., 2000).

8. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA

Es necesario evidenciar que las intervenciones que se han realizado tienen efectividad y son eficientes según dicta la metodología basada en la evidencia y siempre hay que trabajar con datos empíricos. De tal forma, parte de una evidencia obtenida a partir de la agrupación de otras investigaciones en la literatura científica que ejerce como base para la elaboración de guías de tratamiento. Por lo tanto, *“lo más importante y que debemos de tener en cuenta, es la identificación de programas que han demostrado científicamente su eficacia para alcanzar los resultados deseados y que disponen de un procedimiento definido que establece que deber ser administrado, a quien, cuando, dónde y cómo”* (De Paul, Arruabarrena & Indias, 2015). Así surge la necesidad de diferenciar las investigaciones sobre eficacia, que tratamiento o técnica logra un incremento de los resultados para cada tipo de problema, sobre efectividad, cuál será el lugar y tipo de población a la que irá dirigido, y sobre eficiencia, la evaluación costo-beneficio de cada tratamiento, todo ello para una correcta aplicación de los programas basados en la evidencia.

La eficacia de un tratamiento viene determinada por la presencia de tres criterios: *” a) el tratamiento debe estar respaldado por la presencia de dos o más estudios exactos de investigadores distintos y que cuenten con diseños experimentales intergrupales; b) deben presentar un manual de tratamiento claramente descrito; y c) haber sido realizado en una muestra de pacientes notoriamente identificados”* (Hickey, 1998; Seligman, 1995). Sin embargo, la Evaluación de las Guías de Tratamiento (APA, 2002 incluido en American Psychological Association, 2005) presentan unos criterios muy específicos, indicando que la base de la evidencia para cualquier tipo de intervención psicológica debe evaluarse en términos de dos dimensiones: eficacia y utilidad clínica. En este caso la eficacia insta criterios para evaluar la fuerza de la evidencia en concordancia con la instauración de relaciones causales entre intervenciones y trastornos bajo tratamiento. Por otro lado, la utilidad clínica incorpora una consideración de la evidencia de investigación disponible y el consenso clínico en referencia a la generalización, viabilidad y los costos.

Chambless y Hollon (1998), destacaron la existencia de tres tipos de eficacia distintos:

- *“Tratamiento eficaz y específico, es decir, aquel que muestra mejores resultados que un tratamiento alternativo o un placebo.”*

- *“Tratamiento eficaz, aquel que en al menos dos investigaciones independientes, resulta ser mejor que la ausencia de terapia.”*

- *“Tratamiento probablemente eficaz, tratamiento que ha alcanzado resultados positivos pero que no ha sido replicado aun.”*

A parte de hablar de eficacia, efectividad y eficiencia hubo autores, concretamente Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson (1996 citado en Mustaca, 20014) que señalaron una serie de principios básicos con los que toda practica basada en la evidencia debía cumplir. Esos principios son:

- *“Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible.”*

- *“El tipo de evidencia que es necesario, viene determinado por el problema clínico que presente el sujeto.”*

- *“Reconocer la mejor evidencia, es utilizar estrategias de razonamiento, estadísticas biomédicas y epidemiológicas.”*

- *“Solo serán útiles las conclusiones sacadas de la evaluación de la evidencia cuando se ponen en marcha en el empleo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.”*

- *“El rendimiento debe ser constantemente evaluado en las prácticas y decisiones basadas en la evidencia.”*

En Estados Unidos la entidad Child Welfare Information Gateway (2014), crea una clasificación concreta de cuatro categorías de registro de programas basados en la evidencia en función de a qué tipo de intervenciones van dirigidas: a la prevención, al sistema de bienestar infantil, a niños, jóvenes y familias, o a otro tipo de objetivos. Este tipo de categorías se solapan en algunas ocasiones, ya que un registro cualquiera puede estar en más de una categoría, o un programa puede estar en varios registros de diferentes categorías. Sin embargo, la APA realiza una categorización de las prácticas

basada en la evidencia en función de: 1) con fuerte apoyo empírico o bien establecido, 2) modestos o probablemente eficaces y 3) sin apoyo empírico. Las dos primeras categorías además cuentan con la subcategoría de controvertidas, que incluyen las intervenciones que presentan resultados contradictorios en diferentes publicaciones, o si bien mostraron su eficacia, parecen proceder de teorías más parsimoniosas que las que invocan los creadores de la técnica. Por otro lado, la tercera categoría también cuenta con una subcategoría, potencialmente nocivas o riesgosas, que recoge aquellas pruebas que incrementaron la intensidad de trastornos al compararlas con un grupo control no tratado.

Por último, resaltar que para llevar a cabo los programas basados en la evidencia debemos tener en cuenta una serie de pautas. La primera, tener siempre claro el tema en el que queremos profundizar, y a partir de ahí, crear o busca un tratamiento psicológico basado en la evidencia. La segunda pauta a tener en cuenta, es elegir una muestra, a quien va dirigido nuestro programa. Finalmente, especificar y clarificar la forma en la que llevaremos a cabo nuestro programa o intervención. Todo esto debido a que las prácticas basadas en la evidencia también muestran una serie de limitaciones:

- Prácticas basadas en la evidencia para comorbilidades, ya que los pacientes en la mayoría de los casos presentan comorbilidades.
- Práctica basada en la evidencia para distintos contextos, culturas, clases sociales y edades, debido a que la mayoría de las practicas se llevan a cabo en los países del primer mundo y por lo tanto hay que adecuar el tratamiento y el contexto al que pertenece el paciente, ya que una respuesta determinada puede ser asertiva para un contexto pero agresiva para otro. La mejor solución es replicar las investigaciones en distintas culturas y verificar tanto su eficacia como su efectividad y eficiencia.
- Las prácticas basadas en la evidencia y los diagnósticos. Contar con numerosas investigaciones sobre las causas de la conducta normal y anormal, conlleva a emitir diagnósticos más precisos y formas más apropiadas para medir los cambios terapéuticos ocurridos a partir del comienzo del tratamiento con el empleo de instrumentos psicométricos, pruebas biológicas y respuestas psicofisiológicas y conductuales.
- No hay prácticas basadas en la evidencia para todas las patologías, porque hay prácticas que no conllevan una recuperación completa y continua para la patología, sino al logro de un apropiado manejo y control de la enfermedad.

- Práctica basada en la evidencia, terapeutas y entrenamiento. Aunque las investigaciones en esta corriente llevan muy poco tiempo, todavía existe un gran porcentaje de psicólogos que la desconocen, o si la conocen, prefieren trabajar con otro tipo de orientación terapéutica

9. LA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Los psicólogos siempre han permanecido un poco al margen en el desarrollo de la práctica basada en la evidencia, por esta razón se puede afirmar que el inicio de los programas basados en la evidencia en psicología es coherente con los últimos 20 años de trabajo en la medicina basada en la evidencia (Woolf & Atkins, 2001 citado en American Psychological Association, 2005). *“La psicología basada en la evidencia es un modelo teórico que admite el método científico de otras disciplinas, las cuales han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental”* (Morian & Martinez, 2011). Un determinado grupo de trabajo determinó que la práctica basada en la evidencia en psicología es la integración de la mejor investigación disponible que cuente con experiencia clínica en el contexto del paciente, la cultura y sus preferencias. Como destacábamos anteriormente, esta corriente parte de la medicina y la metodología empleada en los estudios clínicos con fármacos, y presenta como obstáculo inmensas fuentes de inestabilidad en las que se sumerge la psicología, debido a que trabaja de manera directa con el comportamiento humano

Esta corriente presenta como objetivo principal, impulsar la práctica psicológica efectiva, e incrementar la salud pública a través de la aplicación de los principios empíricamente apoyados en la evaluación psicológica, formulación de casos, relación terapéutica e intervención. Otros autores como Pascual, Frias y Monterde (2004) establecieron como objetivo la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos, los cuales hayan sido sometidos a validación científica, es decir, evaluar tratamientos eficaces para trastornos que están bien definidos en muestras clínicas claramente especificadas (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998 citado en Ortiz & Vera- Villarroel, 2003). Por lo tanto, esta práctica requiere que los profesionales dedicados a la psicología reconozcan las fortalezas y limitaciones de la evidencia que podemos obtener de diversos tipos de investigación.

El término Basado en la Evidencia en el área de la salud mental para niños o adolescentes, se emplea frecuentemente para diferenciar las terapias psicosociales que han sido estudiadas con distintos grados de rigor, así como terapias que han sido utilizadas pero que no han sido bien estudiadas, o simplemente que no han sido estudiadas.

10. MODELOS PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

En cuanto a esta práctica encontramos diversos modelos que presentan gran interés en la transcendencia de desarrollar alineaciones entre la población de la comunidad en torno a los enfoques para clarificar una cuestión social específica, como puede ser el maltrato infantil, y de esta forma enriquecer el ambiente interorganizacional de las agencias que implementan las prácticas basadas en la evidencia (Glisson y Schoenwald, 2005). Otros modelos sin embargo, destacan más en la presencia de asociaciones que permanezcan en contacto continuo con agencias, consumidores y otras partes interesadas, para así configurar el diseño y la implementación de iniciativas de aumento de la calidad (Mendel et al., 2008). De la misma forma, Stetler y colaboradores (2008) elaboraron un modelo que explicaba procesos para integrar las investigaciones e iniciativas de mejora de calidad, dentro de las estructuras de los sistemas de servicios a gran escala.

Una revisión de los diferentes modelos de implementación muestra que muchos modelos dividen el proceso de implementación en varias fases (pre-implementación, implementación y mantenimiento o mejora). Sin embargo, existe un estudio que afirma que hay casos en los que la implementación no puede moverse de manera lineal a través de estas fases (California Institute for Mental Health , 2006., Fixsen et al ., 2009, Mendel et al, 2008). En esta revisión también se encontró la existencia de muchos componentes en común en los diversos modelos de implementación, pero con la peculiaridad de que unos modelos ponen mayor interés en unos factores específicos que en otros, como característica propia.

Algunos de estos modelos de implementación pueden describir como el empleo de las fuerzas organizativas específicas puede establecer un contexto comunitario adecuado para su implementación, por esta razón algunos modelos pueden ser considerados constructivistas en naturaleza (Guba y Lincoln, 1994). De tal forma, el modelo o

enfoque de implementación se convierte en parte de como la comunidad a la que pertenece entiende el problema.

11. LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ESPAÑA

La mayoría de los programas basados en la evidencia han sido llevados a cabo en investigaciones realizadas en los países del primer mundo, por lo tanto la aplicación de este tipo de programas conlleva adecuarlos a la cultura y el contexto al que pertenece el paciente. Sin embargo, el empleo de estos programas así como sus resultados en el contexto español presenta diversas dificultades:

- El nivel de evidencia ha sido considerado en una determinada población no española, lo que conlleva que no se puedan extrapolar los resultados de forma directa a nuestro contexto. Debido a esto, no se puede confirmar que los programas llevados a cabo en EE.UU., que han resultado eficaces vayan a serlo en España u otro territorio.
- Otra adversidad a la hora de la reproducción del programa en algunos servicios españoles, es que muchos programas cuentan con una elevada especificidad en relación a la población atendida.
- Los programas llevados a cabo en diferentes países, y en la estructura pública de Servicios Sociales varían notablemente de un país a otro, debido a que los requisitos o normas para que una persona o familia pueda ser atendida por esta institución, son muy diferentes entre países.
- Siguiendo en el ámbito de los Servicios Sociales, existe una gran variedad de programas compatibles con el funcionamiento de los Equipos de Tratamiento Familiar, pero sin embargo, pueden suceder otra serie de dificultades que obstaculicen la implantación del programa como puede ser el coste económico, etc.

Todo esto no debe suponer un obstáculo para los profesionales sino que estos deben nutrirse aprendiendo sobre los efectos comunes a programas que han demostrado su eficacia, los cuales podríamos emplear como lista de control de calidad del servicio prestado, o mejorar su trabajo diario integrando aspectos importantes de los programas basados en la evidencia que aumenten su eficacia (Dattillio, Piercy & Davis, 2014 citado en Expósito, 2014).

12. DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA CON MALTRATO INFANTIL

En la última década, ha aumentado el interés en los países desarrollados por los Programas Basados en la Evidencia, sobre todo los que se llevan a cabo en el ámbito de protección infantil.

Los programas basados en la evidencia en casos de maltrato infantil se llevan a cabo como herramientas de prevención primaria para aquellos casos en los que los menores estén en riesgo de sufrir algún tipo de maltrato, pero también se pueden emplear como prevención para familias que ya están involucradas con el sistema público de servicios sociales. Por lo tanto, la utilización de estos programas en los Servicios de Protección Infantil es muy importante debido a dos razones, la primera basada en la necesidad de ayudar y apoyar a familias que presenten un caso de maltrato intrafamiliar y en segundo lugar, que cuentan con una evaluación muy estricta durante periodos prolongados para poder corroborar su eficacia y eficiencia, en el desarrollo de nuevos programas.

Este tipo de programas además, requieren de una gran atención a los procesos de desarrollo del menor, es decir, prestar atención a los cambios relacionados con la edad, interacciones complejas entre el menor y la familia, así como con el contexto ambiental.

Centrándonos más concretamente en un programa basado en la evidencia dirigido a familias en las que existe algún tipo de maltrato infantil, vamos a hablar de SafeCare, el cual enseña habilidades a los padres para reducir o eliminar el maltrato. El hecho de que en una familia exista un caso de maltrato infantil puede ser debido a numerosos factores como pueden ser la falta de apoyo social positivo, la falta de experiencia en la crianza de hijos, falta de habilidades básicas, así como otros factores ambientales. Por esta razón SafeCare está dividido en tres módulos principales, desde los cuales pretende abordar los diversos factores de riesgo. Estos módulos son:

1º Módulo de Salud. El objetivo principal es enseñar a los padres a través de un proceso gradual, como cuidar y ocuparse de sus hijos cuando estos sufren algún tipo de enfermedad o lesión. En este módulo también incluiríamos la enseñanza de pautas básicas para propiciar una higiene y nutrición adecuada y así dar lugar a la prevención.

2º Módulo de Seguridad en el Hogar. En este módulo se trata de entrenar a los padres para que sean capaces de identificar y eliminar los posibles peligros que puedan estar presentes en el hogar, al mismo tiempo que aprenden a mantener unos mínimos de limpieza reduciendo así el desorden y la suciedad.

3º Módulo padre-hijo. La finalidad es que la comunicación entre padres e hijos mejore y se lleve a cabo de una forma adecuada, ya sea verbal o física. Para ello, se proporciona a los padres los recursos necesarios para que ellos mismos puedan planificar y organizar sus actividades diarias, mejorar la interacción entre ambos y reducir los problemas de comportamiento.

En este tipo de programas, los cuales son llevados a cabo por los Servicios Sociales de la localidad, no todas las familias que presentan algún caso de maltrato infantil participan en ellos, ya que los Servicios Sociales aplicarán una serie de criterios inclusivos y excluyentes, para decidir que familias participarán en el programa.

13. CONCLUSIÓN

Sabemos que uno de los principales problemas que se deben eliminar y que afectan a la sociedad de nuestros días es el maltrato infantil. El maltrato infantil se ve acompañado de graves consecuencias en aquellos que lo sufren o han sufrido, en España nos encontramos con una situación en la que los distintos trabajadores de los servicios sociales perciben la intensidad del problema y la frecuencia como muy preocupante. Aunque la sociedad no lo percibe como un problema en sí con la importancia que debería tener. La población solo se fija en los casos que aparecen en los medios de comunicación y que llaman al morbo, los cuales suelen ser sucesos aislados ocurridos con poca frecuencia, normalmente los mas graves o llamativos.

A nivel mundial, las estadísticas de maltrato infantil son alarmantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Martínez, 2008) reportó en el 2000 un estimado de 57.000 homicidios de niños menores de 15 años, con incremento de la tasa en niños entre 0 y 4 años. Igualmente, la OMS en su informe hace referencia a que el abuso en niños cuyas consecuencias no son fatales es aún mayor que el de maltrato. Debido a la magnitud del problema, en nuestro trabajo hacemos referencia a la práctica basada en la evidencia aplicada en Servicios Sociales para abordar el maltrato infantil, ya que en España también surge la necesidad de la utilización de ensayos controlados y aleatorizados en el área de prevención e intervención temprana con menores. Esta es la única forma de corroborar que programas son eficaces en nuestro entorno, o que elementos pueden mejorar el impacto en la situación de menores en riesgo.

Las intervenciones basadas en la evidencia llevadas a cabo en Servicios Sociales son muy necesarias para disminuir la carga abrumadora del maltrato infantil. Para eso,

el programa SafeCare ha manifestado a través de ensayos de un solo caso, cuasi-experimentales y de control aleatorio que mejora efectivamente las habilidades de los padres y reduce las tasas de incidencia de las familias, de nuevo en el sistema de bienestar infantil. SafeCare seguirá mejorando la vida de familias en riesgo de maltrato infantil con sus nuevos cambios curriculares.

Sin embargo, la aplicación de la metodología científica basada en la evidencia ha sido fundamentalmente utilizada para guías de tratamiento de trastornos psicológicos (Echeburúa y del Corral, 2001; Pérez, 2001; Pérez y Fernández, 2001), es decir esta corriente ha sido utilizada básicamente en el ámbito sanitario, más que en referido a los social.

Finalmente, hacer referencia a que la afirmación de que no hay pruebas sobre eficacia de un determinado tratamiento no debe conllevar a pensar que existen pruebas de su ineficacia.

14. BIBLIOGRAFÍA

AAW (1993): Maltrato infantil y Minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. Madrid.

American Psychological Association. (2005). Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice. *Washington, DC: Author.*

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

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.

Bertalanffy, L. von (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bowen, M. (1960). *Family therapy and family group therapy*. Los Ángeles: Onson Lacke Mills.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32,513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.

Bueno Arús, F. (1999). Victimología infantil: tipología. Formas de maltrato. Niños víctimas de agresión sexual. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, (13), 41-52.

Bursik, R. y Grasmick, H. (1993). *Neighborhoods and crime*. New York: Lexington

California Institute of Mental Health [CIMH]. (2010). <http://www.cimh.org/>.

Camras, L., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S. y Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, 24, 776-781.

Cassol, L. y De Antoni, C. (2006). Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva. In D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller y M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp.173-201). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.

Child Welfare Information Gateway (2014). Puede consultarse en <https://www.childwelfare.gov/>

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

Coulton, C., Korbin, J., Su, M. y Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66, 1262-1276.

Del Valle, J. F., & Arteaga, A. B. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14(Suplemento), 118-123.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). terapias psicológicas basadas En la Evidencia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.

Expósito, A. L. M. (2014). Aplicación de los programas basados en la evidencia al trabajo profesional con familias con menores en riesgo en España. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 229-234.

Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531.

Garbarino, J. y Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect*, 16, 455-464.

Glisson, C., & Schoenwald, S. (2005). The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidencebased children's mental health treatments. *Mental Health Services Research*, 7(4), 243–259.

Guastafarro, K. M., Lutzker, J. R., Graham, M. L., Shanley, J. R., & Whitaker, D. J. (2012). SafeCare®: perspectiva histórica, desarrollo dinámico y diseminación de un programa de prevención del maltrato infantil basado en la evidencia. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 171-180.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research* (pp. 163–194). Thousand Oaks, CA: Sage.

Haley, J (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hickey, P. (1998). DSM and behavior therapy. *The Behavior Therapist*, March 1998, 43-46.

Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 52(9), 1179-1189.

Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegenmueller, W. y Silver, H.K. (1962). The battered child síndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181,17-24.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.

Little, M., Axford, N. y Morpeth, L. (2004). Research review: Risk and protection in the Context of services for children in need. *Child and Family Social Work*, 9(1), 105-117.

López, F. (1994): Abusos Sexuales a Menores. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
(1995): Necesidades de la Infancia y Protección Infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

Maltrato infantil. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 22 May 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Manso, J. M. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11(2), 271-292.

Martínez, G. S. (2008). El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 171-179.

Martínez Roig, A. (1990): "Factores de vulnerabilidad infantil para el maltrato y abandono", 73-83. Los malos tratos y abandono infantil. VI Cursos de Verano en la ciudad de San Sebastián. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Mendel, P., Meredith, L., Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1), 21–37.

Menendez, S. (2003). *Psicología Evolutiva* (Proyecto Docente no publicado). Universidad de Huelva, Huelva, España.

Milner, J.S. (1990): "Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil", *Infancia y Sociedad*, nº 2, 6-14.

Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 83-96. “artículo maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia”

Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29(2), 203-224.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

Mustaca, A. E. (2014). Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro Evidence-Based Practices: Past, Present and Future. *EVIDENCE-BASED PSYCHOLOGY*, 93.

Oliva, A., Moreno, M.C., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Ideas sobre la infancia y predisposición hacia el maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 111-124.

Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P. (2003) Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21, 61-66.

Parke, R.D. y Colmer, C.W. (1975). *Child abuse: an interdisciplinary analysis*. En E. Hetherington (Ed.): *Review of child development research* (pp. 509-590). Chicago: University of Chicago Press.

Pascual, J., Frías, M. & Monterde, H. (2004) Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*. 25 (87) 1-8.

Pérez, M (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.

Pérez, M. y Fernández, H. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.

Pérez Padilla, J. (2014). El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial.

Rodrigo, M. J., Maiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid, España: Pirámide.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Nueva York: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1995). Resiliencia: algunas consideraciones sobre su concepto. *Contemporary Pediatrics (Edición Argentina)*, 3(3), 25-38.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.

Sackett, D. L., ShE, S., Richardson, W. E., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2001). *Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la Medicina Basada en la Evidencia*.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Stetler, C., Mittman, B., & Francis, J. (2008). Overview of the VA Quality Enhancement Research Initiative(QUERI) and QUERI theme articles: QUERI series. *Implementation Science*, 3(1), 8.

Straus, S. E., Richardson, W. S., Haynes, R. B., & Glasziou, P. (2006). *Medicina basada en la evidencia: cómo ejercer y enseñar la MBE*. Elsevier España.

Tinbergen, N. (1951). *The study of instinct*. London: Oxford University Press.

Ulloa Flores, R. E., & Navarro Machuca, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud mental*, 34(3), 219-225.

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

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2a ed.) (pp. 115-132). New York, NY: Cambridge University Press.

Wolfe, D. (1987). *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. London: Sage Publications.

Wynne, L. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En: Sánchez y Gutiérrez, D. *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.