

Aplicación de los programas basados en la evidencia al trabajo profesional con familias con menores en riesgo en España

Antonio Luis MOLINA EXPÓSITO

Equipo de Tratamiento Familiar del Ayuntamiento de Baena, Córdoba (España)

Resumen

Se pretende valorar la utilidad y viabilidad de aplicar programas basados en la evidencia (PBE) dirigidos a menores en situación de riesgo a la realidad española de la intervención desde Servicios Sociales. Partiendo de la base de datos de *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* se aplican criterios de viabilidad para la aplicación de programas en el desarrollo del trabajo de Equipos de Tratamiento Familiar (ETF) de Andalucía, tomados como un ejemplo de servicio del sistema público de Servicios Sociales de España. Se identifican los programas que pueden ser más útiles para profesionales de España y qué pueden aportar para enriquecer su trabajo. Los resultados señalan que las situaciones en las que hay más variedad de programas susceptibles de aplicar son las de menores con conductas disruptivas y consumo de tóxicos a partir de 12 años de edad. No obstante, la aplicación de PBE al entorno español aún tiene muchas limitaciones que derivan de la forma de entender los servicios sociales para menores en riesgo en EE.UU. y Europa.

Palabras clave: programas basados en la evidencia, menores en situación de riesgo, servicios sociales, tratamiento familiar.

Abstract

The aim of this study is the evaluation of the serviceability and viability, in the Spanish public social service reality, of the application of evidence-based programs (EBP) for at-risk children. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare data base, together with viability criteria, are applied to find out which programs are better suited to be used by practitioners of Family Treatment Teams. In this paper attention is paid to the most useful programs and how they can contribute to the Spanish practitioners' work. The problems that are more thoroughly covered with EBPs meeting viability criteria are conduct problems and substance abuse in over-12 year old individuals. Nevertheless, the EBPs implementation in the Spanish context suffers from a series of limitations that spring, ultimately, from the differences between USA and Europe in their understanding of public social services and how they manage the situations of at-risk children and their families.

Key words: Evidence-Based Programs; At-risk children; Social services; Family treatment.

La importancia de tener en cuenta los programas basados en la evidencia (PBE) en los servicios que se prestan a menores en riesgo de padecer algún tipo de maltrato o dificultad desde el ámbito de los servicios sociales públicos es incuestionable en la actualidad. Siguiendo el planteamiento de De Paúl, J. (2012), la evaluación de los resultados de los programas psicosociales dirigidos a la infancia, adolescencia y sus familias es la única vía para conocer que el dinero público invertido realmente está sirviendo para asegurar

el bienestar y las condiciones de igualdad de las personas atendidas y, por otro lado, profundizar en la prevención y atención temprana antes de que se desarrollen problemas más severos que, por otro lado, también tendrán un impacto económico negativo mayor.

Hay mucha información dirigida a entidades y poderes públicos sobre cómo utilizar la evidencia disponible para elegir qué programas poner en marcha con más apoyo sobre su eficacia. También se han analizado las dificultades

Dirección del autor: Excmo. Ayuntamiento de Baena. Equipo de Tratamiento Familiar. c/ Coro, 21. 14850 Baena (Córdoba). *Correo electrónico:* antoniol.molina@ayto-baena.es

Recibido: septiembre de 2014. *Aceptado:* noviembre de 2014.

para adoptar en Europa esta aproximación que se originó en EE.UU. por las diferencias sociales y de los sistemas políticos de ambas regiones (Axford, Elliott & Little, 2012).

El presente artículo se dirige al ámbito del trabajo diario de profesionales. Se busca cómo pueden enriquecer su labor con aportaciones de PBE, salvando las barreras que imponen las diferencias sociales entre el país de origen de ese movimiento, EE.UU., y España.

Hay varias entidades que llevan tiempo realizando este tipo de evaluación desde el contexto de Estados Unidos. En concreto, *Child Welfare Information Gateway* (2014), establece una clasificación de cuatro categorías de registros de prácticas y programas basados en la evidencia según recojan intervenciones dirigidas a (1) la prevención, (2) al sistema de bienestar infantil (*children welfare*), (3) a niños, jóvenes y familias, o bien a (4) otro tipo de objetivos. Esta categorización se solapa, ya que un registro puede estar presente en más de una categoría (por ejemplo la CEBC, que más adelante se analizará) y un mismo programa puede aparecer en diferentes registros de diferentes categorías (como es el caso de la Terapia Multisistémica).

Cada registro tiene su propio sistema de entender y clasificar el nivel de evidencia que apoya la eficacia de un programa. Un mismo programa puede recibir la mayor calificación de evidencia en un registro y no en otro. Por lo tanto, debe matizarse cuando se afirma que un programa dispone de evidencia, o que aparece en un registro como tal, a qué tipo de investigaciones consideramos que la respalda o en base a los criterios de qué registro.

Pese a la ambigüedad que implica esta diversidad de criterios para valorar un programa de una manera que pretende ser más objetiva, o las precauciones planteadas por diversidad de profesionales, por ejemplo Pearce y Pezzot-Pearce (2007), para evitar el reduccionismo al trabajar con casos concretos, es innegable la utilidad de la labor de estas entidades al recopilar datos sobre investigaciones que ponen a prueba la eficacia de programas. Esto las convierte en herramientas para cualquier profesional que quiera tener información actualizada sobre qué metodologías y procedimientos están recibiendo más apoyo empírico. Sin embargo, utilizar los resultados de estos registros al contexto español tiene limitaciones como las siguientes:

1. Las investigaciones que se tienen en cuenta para valorar el nivel de evidencia disponible sobre un programa no se han realizado con población española y no se pueden extrapolar a nuestro contexto de forma directa. Tomemos como ejemplo la Terapia Multisistémica, uno de los programas con mayor reconocimiento sobre la evidencia disponible de su efectividad con un mayor número de poblaciones y colectivos. Cuando se estudió su aplicación en Suecia se comprobó que no era eficaz (Sundell, Hansson, Löfholm, Olsson, Gustle, & Kadesjö, 2008). Esto es, los resultados obtenidos, aunque significativos,

no fueron mayores que los del grupo de comparación formado por los y las menores que recibían atención por parte de los servicios públicos suecos. Como sugieren Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham (2009), estos resultados no reflejan que el programa sea ineficaz, sino que los servicios sociales suecos tienen unos resultados con una fortaleza que no pudo superar, sino igualar, la aplicación de la Terapia Multisistémica. De esta manera, no podemos afirmar que sean eficaces en España los programas que sí han demostrado serlo en EE.UU. u otras zonas mientras que no se realicen las investigaciones oportunas.

2. La estructura pública de servicios sociales es diferente en ambos países. Tomemos como ejemplo el sistema público de servicios sociales de Andalucía. En el caso de intervención con familias con menores en riesgo, el criterio para la inclusión de una familia en el programa de tratamiento familiar, según lo regula la ley y el manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF) (Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2007), es la existencia de menores en riesgo o dificultad y la aceptación a participar, no el tipo de problemática, situación o perfil familiar. En el caso estadounidense, los programas valorados tienen acotadas variables de la población a la que se dirigen como edad de los menores y/o tipo de indicadores de riesgo, entre otras.
3. Por otro lado, la especificidad de algunos programas, en cuanto a las características de la población atendida, hace inviable replicar el tipo de estructura de algunos programas a servicios españoles. Por ejemplo, algunos programas, como el *Nurse-Family Partnership* (www.nursefamilypartnership.org), incluyen personal sanitario con el que no se puede contar en un ETF. En consecuencia, los estudios coste-beneficio de un programa tampoco pueden ser trasladados directamente al contexto español.
4. Un gran número de programas son compatibles o integrables en el funcionamiento de cualquier ETF. Sin embargo, pueden existir otras dificultades como costes económicos de implantación que son inasumibles para la entidad a la que pertenece un servicio en concreto.

No obstante, esto no tiene que suponer una brecha entre el trabajo diario de profesionales con familias con menores en riesgo y los PBE. Siguiendo las sugerencias de Dattillio, Piercy y Davis (2014), las y los profesionales pueden:

- a) Mejorar su trabajo integrando aspectos de programas basados en la evidencia que aumenten la eficacia de lo que ya de hecho estén consiguiendo. Por ejemplo, para trabajar las habilidades para prevenir enfrentamientos

agresivos con iguales puede ser de utilidad aplicar componentes dirigidos a menores del *Coping Power Program* (Lochman, Wells, & Lenhart, 2008), sin necesidad de aplicar el programa completo, y hacerlo como parte del proyecto de tratamiento que se haya elaborado específicamente para una familia.

- b) Beneficiarse de aprender sobre los factores comunes a programas que han demostrado su eficacia. Por ejemplo, Barth y Liggett (2013) tras analizar los programas con evidencia para la mejora de las habilidades parentales, resaltan la existencia de elementos comunes como la conveniencia de ensayos en vivo con feedback frecuentes durante las sesiones o realización de tareas en casa entre sesiones semanalmente, entre otros. Estos factores pueden utilizarse como lista de control de calidad del servicio prestado.

El objeto del presente estudio es colaborar en la reducción de la brecha existente entre práctica profesional en España sobre prevención y tratamiento con menores en situación de riesgo e investigación sobre evidencia de la efectividad de programas.

Puesto que hay poca información sobre la efectividad de programas de intervención para diferentes problemas asociados a situaciones de menores en riesgo en España, se valorará qué programas basados en la evidencia en Estados Unidos podrían aplicarse con viabilidad a un servicio público español que interviene en esta problemática. En concreto el de ETF en Andalucía. Así mismo, se busca comprobar si la variedad de programas que cumplan ese requisito puede ser de utilidad para el trabajo diario con familias con menores en riesgo.

El resultado servirá de orientación a profesionales que trabajan con familias con menores en riesgo para identi-

car programas y estrategias que pueden integrarse en sus intervenciones para disminuir factores de riesgo y aumentar factores de protección.

Método

Se consultó la base de datos disponible en la web de *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (CEBC www.cebc4cw.org) (2014a) para conocer qué programas estaban calificados con el nivel 1 y 2 de evidencia. La CEBC contempla 5 niveles de evidencia. Los niveles 1 a 3 suponen algún tipo de apoyo empírico sobre la eficacia de un programa. En la tabla 1 se señalan las características más importantes.

Se tomó la decisión de elegir los programas calificados con nivel 1 y nivel 2 para contar con la evidencia de la superioridad de los resultados en comparación con otro tratamiento convencional y la constatación de la duración de los efectos una vez finalizada la intervención.

Para conocer la utilidad de los programas seleccionados para abordar los objetivos de tratamiento del trabajo con familias con menores en riesgo desde un servicio social público español, se eligió el servicio disponible en Andalucía denominado Equipo de Tratamiento Familiar (ETF). Se trata de un servicio especializado ofrecido por las corporaciones locales que está cofinanciado por la Junta de Andalucía, que legisla su funcionamiento. El perfil de la población atendida es el siguiente (Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía, 2007): (1) familias con menores a su cargo en situación de riesgo social, (2) familias monoparentales con hijos menores de 18 años en situación de dificultad social, (3) familias en cuyo seno se han detectado situaciones de violencia que afectan directa o indirectamente a los menores a su cargo.

Tabla 1. Comparativa de requisitos principales para calificar un programa con el nivel 1 a 3 de apoyo de evidencia, según *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (CEBC, 2014b).

Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> - Disponen de libro, manual o documentos que expliquen cómo aplicar el programa. - Existen al menos dos estudios de aplicación en varios lugares o servicios donde se haya asignado aleatoriamente a sujetos participantes al grupo de tratamiento a estudiar o a otro tratamiento convencional (ensayo controlado aleatorizado). - Al menos dos estudios han comprobado que los resultados del grupo experimental son superiores. - En al menos uno de los estudios de los indicados en la característica anterior se ha comprobado que los resultados del tratamiento se mantienen un año después de finalizar, en comparación con el grupo control.
Nivel 2	<ul style="list-style-type: none"> - Disponen de libro, manual o documentos que expliquen cómo aplicar el programa. - Al menos un estudio ha comprobado que el grupo experimental tiene resultados superiores al grupo que ha recibido un servicio o tratamiento convencional (grupo control). La asignación de sujetos al grupo experimental y control ha sido aleatoria (ensayo controlado aleatorizado). - En al menos uno de los estudios se ha comprobado que los resultados se mantienen 6 meses después de finalizar el tratamiento.
Nivel 3	<ul style="list-style-type: none"> - Disponen de libro, manual o documentos que expliquen cómo aplicar el programa. - Hay al menos un estudio donde se establece algún tipo de grupo de control. Se ha comprobado que los resultados del grupo experimental son superiores. - La medición de los resultados debe ser fiable y válida.

Cada ETF cuenta al menos con tres profesionales (de psicología, trabajo social y educación social) y otra persona profesional que coordine el servicio.

Se eligió como muestra la población atendida entre 1/4/2013 y 31/3/2014 por el ETF de Baena (Córdoba). De esta manera se disponía de una muestra con un tamaño manejable a la vez que se aseguraba que se recogería una amplia variedad de problemáticas. Durante este periodo no se dieron casos de reunificación.

Las características de la muestra aparecen en las tablas 2 y 3.

Una vez que se realizó una consulta a la base de datos de *cebc4cw.org*, con fecha 29/3/2014, de los programas calificados con nivel 1 ó 2 de evidencia, se analizó la ficha de información de cada uno, que facilita la web. La finalidad era seleccionar aquellos cuya aplicación fuera viable en cualquier ETF de Andalucía en función de los siguientes criterios:

- Requisitos del programa en cuanto a recursos humanos compatibles con la plantilla mínima de un ETF (una persona profesional de la psicología, una del trabajo social y otra de la educación social).
- Accesibilidad del programa en cuanto a su implementación. Se seleccionaron aquellos programas que no fueran una marca registrada, que los manuales estuvieran editados y de fácil acceso (aunque no hubiera

Tabla 2. Composición de la muestra, por rangos de edad, de padres, madres y/o personas identificadas como cuidadoras.

Edad	Padre	Madre	Total
< 20 Años	0	0	0
20 a 30 años	5	7	12
30 a 40 años	10	17	27
40 a 50 años	21	15	36
>50 años	4	1	5
TOTAL	40	40	80

Tabla 3. Composición de la muestra por rangos de edad de las niñas (n=49) y los niños (n=42).

Edad	N
<1 año	1
1 a 3 años	8
4 a 6 años	17
7 a 9 años	15
10 a 12 años	9
13 a 15 años	29
16 a 18 años	12
Total	91

versión en español) y que los costes de los materiales y recursos materiales necesarios (incluyendo el precio de los manuales) no superasen los 200€.

- Formato de aplicación individual o familiar. Estos programas son los más fáciles de aplicar en un ETF, donde no siempre se dan las condiciones para organizar sesiones grupales porque la diversidad de familias y problemáticas es amplia. También es una manera de asegurar que las condiciones de aplicación del programa en un ETF son más cercanas a aquellas en las que se ha comprobado que es efectivo. En ocasiones los programas analizados pueden aplicarse individualmente, pero solo se dispone de evidencia disponible en su versión grupal. En estos casos no se han incluido.

El procedimiento seguido fue el análisis de cada uno de los expedientes de las familias atendidos por el ETF durante un año. Se identificó qué programas, de los seleccionados previamente, podrían aplicarse o haberse aplicado en el trabajo con la unidad familiar. Se tuvo en cuenta que el área de intervención del programa coincidiera con los objetivos de tratamiento identificados por el ETF. También que la edad de los y las menores que se trataron estaba dentro del rango contemplado en los programas seleccionados.

Resultados

Se encontraron 66 programas calificados con el nivel 1 ó 2 de evidencia. De ellos, 22 cumplían con los requisitos establecidos en el apartado anterior de implementación viable en cualquier ETF de Andalucía. De este grupo, 11 estaban dirigidos exclusivamente a las personas adultas de la unidad familiar, y el resto, 11 incluían o se dirigían a los y las menores.

En las tablas 4 y 5 se relacionan los programas que podrían ser aplicables a los menores (tabla 4) o a los adultos (tabla 5), según los criterios de aplicabilidad establecidos. Las áreas u objetivos de intervención que aparecen son los identificados por la CEBC como principal o principales áreas de intervención.

En cuanto al número de programas que podrían ser aplicables a una misma unidad familiar, los resultados más destacables se presentan en la tabla 6.

Discusión y conclusiones

El estudio realizado indica que se podría utilizar algún tipo de programa basado en la evidencia en el 62% de los casos analizados (en 25 de 40). Esto podría llevarse a cabo integrando el manual de dicho programa en el de funcionamiento del servicio público de atención a familias y menores en situación de riesgo tomado como ejemplo, los Equipos de Tratamiento Familiar de Andalucía. Otra posibilidad

Tabla 4. Programas Basados en Evidencias que incluyen o se dirigen a menores y que son aplicables en Equipos de Tratamiento Familiar.

Nombre del programa	Nivel evidencia	Área intervención	Edad de los y las menores	Familias a las que es aplicable
Functional Family Therapy (FFT)	2	abuso de sustancias y conducta disruptiva	11 a 18	14 (35%)
Brief Strategic Family Therapy (BSFT)	2	abuso de sustancias	12 a 18	1 (3%)
Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)	2	abuso de sustancias	12 a 22	1 (3%)
Family Behavior Therapy for Adolescents (FBT)	2	abuso de sustancias	11 a 17	1 (3%)
Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)	1	ansiedad y trauma	3 a 18	3 (8%)
Multisystemic Therapy (MST)	1	abuso de sustancias y conducta disruptiva	12 a 17	14 (35%)
Multidimensional Family Therapy (MDFT)	1	abuso de sustancias y conducta disruptiva	11 a 18	14 (35%)
Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) [Treatment of Sexual Behavior Problems in Children]	2	conducta sexualizada	3 a 12	1 (3%)
Family-Focused Treatment for Adolescents (FFT-A)	2	trastorno bipolar	9 a 17	0 (0%)
Prolonged Exposure Therapy for Adolescents (PE-A)	2	trauma	12 a 18	2 (5%)
Child-Parent Psychotherapy (CPP)	2	violencia genero y trauma	0 a 5	3 (8%)

Tabla 5. Programas Basados en Evidencias dirigidos a personas adultas cuidadoras y que reúnen los criterios de aplicabilidad en Equipos de Tratamiento Familiar.

Nombre del programa	Nivel evidencia	Objetivo	Familias a las que es aplicable
Family Behavior Therapy for Adults (FBT)	2	abuso sustancias	2 (5%)
Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD)	2	Depresión	3 (8%)
Interpersonal Psychotherapy (IPT)	1	Depresión	3 (8%)
Cognitive Therapy (CT)	1	Depresión	3 (8%)
Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Adult Depression	1	Depresión	3 (8%)
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	1	Depresión	3 (8%)
Motivational Interviewing (MI)	1	Abuso de sustancias e implicación progenitores (con menores de 0-17 años)	5 (13%)
Narrative Exposure Therapy (NET)	1	Trauma	1 (3%)
Seeking Safety for Adults	2	trauma y abuso de sustancias	1 (3%)
Cognitive Behavioral Therapy for Acute Stress Disorder	2	Trauma	1 (3%)
Prolonged Exposure Therapy for PTSD for Adults (PE)	1	Trauma	1 (3%)

Tabla 6. Número de Programas Basados en la Evidencia (PBE) que pueden aplicarse a una misma familia en la que interviene el Equipo de Tratamiento Familiar.

Número de PBE aplicables a la misma familia	Familias a las que se les podría aplicar
Ningún programa	15 (38%)
Uno o dos programas	8 (21%)
Tres o cuatro programas	12 (30%)
Cinco o seis programas	4 (11%)
Siete o más programas	1 (3%)

sería aplicar estrategias comunes a los programas elegidos o algunos elementos que lo formen que se consideren como los principales factores agentes del cambio.

Por otro lado, que en un 38% de los expedientes analizados (15 de 40) no resulte viable aplicar alguno de los programas indica que existen barreras importantes para aplicar programas basados en la evidencia en España.

Los objetivos de intervención para el que hay un mayor número de programas viables de aplicar, son las conductas disruptivas y el consumo de sustancias en menores, a partir de 11 ó 12 años de edad. En concreto, la Terapia Multisistémica

témica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Funcional.

Ningún programa dirigido a mejorar las habilidades parentales ha cumplido los requisitos de viabilidad planteados.

Los resultados del presente estudio pueden ser útiles a profesionales que quieren incorporar en su trabajo elementos que han demostrado eficacia. Los programas relacionados en el apartado de resultados disponen de manuales de fácil acceso y con unos requisitos en cuanto a recursos que son asumibles por la mayoría de servicios sociales públicos de España que trabajan con menores en riesgo.

Este trabajo también evidencia la necesidad en España de investigación que utilice ensayos controlados aleatorizados en el área de prevención e intervención temprana con menores. Es la única forma de comprobar qué programas son eficaces en nuestro contexto o qué elementos pueden mejorar nuestro impacto en la situación de menores en riesgo.

Referencias

- Axford, N., Elliott, D., & Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting Evidence-Based Programs in Children's Services. *Psychosocial Intervention, 21*, 205-214 [http://dx.doi.org/10.5093/in2012a11].
- Barth, R.P., & Liggett, C.K. (2013). *Parenting Programs for Children Birth-8: What is the Evidence and What Seem to be the Common Components?* [www.cebc4cw.org/online-training-resources/webinars/].
- Child Welfare Information Gateway (2014). Puede consultarse en <https://www.childwelfare.gov/>
- Paúl, J. (2012). Editorial Comment. Evidence-Based Programs for Children, Youth and Families: Introduction to the Special Issue. *Psychosocial Intervention, 21*, 113-115 [http://dx.doi.org/10.5093/in2012a19].
- Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía (2007). Manual de Referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar [http://www.observatorio-dela infancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=2862&tipo=documento].
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (2009). *Multisystemic Therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Lochman, J.E., Wells K.C., & Lenhart, L.A. (2008). *Coping Power Child Group Program: Facilitator Guide (Treatments That Work)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pearce, J.W., & Pezzot-Pearce, T.D. (2007). *Psychotherapy of Abused and Neglected Children (2nd Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C.A., Olsson, T., Gustle, L., & Kadesjö, C. (2008). The transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths [Abstract]. *Journal of Family Psychology, 22*, 550.
- The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2014a). www.cebc4cw.org
- The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2014b). Scientific Rating Scale [http://www.cebc4cw.org/ratings/scientific-rating-scale/].