

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL Y DE LA PRIMERA INFANCIA A FAMILIAS EN DIFICULTAD SOCIAL

Septiembre 2013

Coordinación: Valentín Escudero





PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL Y DE LA PRIMERA INFANCIA A FAMILIAS EN DIFICULTAD SOCIAL

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Introducción

1.2. Fundamentos en la investigación

- 1.2.1. Cambios en las conductas de riesgo para la salud prenatal
- 1.2.2. Cuidado competente y apego como prevención del abuso y la negligencia
- 1.2.3. Cambios en el perfil de vida parental
- 1.2.4. Cambios en el riesgo de conductas antisociales en los niños
- 1.2.5. Principales resultados en programas de intervención prenatal y de primera infancia
- 1.2.6. Coste-beneficio de los programas.

1.3. Bases teóricas

- 1.3.1. Modelos sistémicos y ecosistémicos de la conducta
- 1.3.2. Teoría del Apego
- 1.3.3. Enfoque de la alianza terapéutica en el cambio de conducta

2. DISEÑO Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

2.1. Destinatarios

2.2. Contenido del programa

2.3. Objetivos

2.4. Servicios públicos implicados

2.5. Diseño del proceso de intervención

- 2.5.1. Detección
- 2.5.2. Valoración y derivación al PAF
- 2.5.3. Plan de Intervención
 - 2.5.3.1. Elaboración de un plan integral
 - 2.5.3.2. Ejecución coordinada del plan de intervención
- 2.5.4. Evaluación de la intervención

3. GUIA DE ACTUACIONES EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

3.1. Establecimiento de la relación de ayuda con la embarazada y su entorno familiar

- 3.1.1. Superar las barreras iniciales
- 3.1.2. Crear un contexto seguro de intervención
- 3.1.3. Crear conexión emocional
- 3.1.4. Establecer el compromiso y el calendario de las visitas domiciliarias

3.2. Actuaciones en la fase prenatal

- 3.2.1. Apoyo psicológico sobre las dudas y decisiones iniciales sobre el embarazo
- 3.2.2. Trabajar con la embarazada el mapa de cuidados prenatales
- 3.2.3. Valoración de las conductas de riesgo y creación de objetivos de cambio
- 3.2.4. Motivación, asesoramiento, y acompañamiento en los cambios de hábitos
- 3.2.5. Acompañamiento en el proceso de control médico del embarazo
- 3.2.6. Materiales a usar en la intervención prenatal

3.3. Actuaciones en la primera fase del bebé (0 a 6 meses)

- 3.3.1. El contacto físico con el bebé
- 3.3.2. Alimentación
- 3.3.3. Baño y conductas de aseo
- 3.3.4. Estimulación adecuada y juego
- 3.3.5. Dormir
- 3.3.6. Entendiendo y respondiendo al llanto del bebé
- 3.3.7. Materiales a usar en la fase 0-6

3.4. Actuaciones en la segunda fase del bebé (6-12 meses)

- 3.4.1. Alimentación
- 3.4.2. Juegos y motricidad
- 3.4.3. Baño y contacto físico



- 3.4.4. Dormir
- 3.4.5. Apego y primeras separaciones
- 3.4.6. Materiales a usar en la fase 6-12
- 3.5. Actuaciones en la segunda fase del bebé (12-18 meses)
 - 3.5.1. Alimentación
 - 3.5.2. Aseo
 - 3.5.3. Compartir y crear juegos
 - 3.5.4. Explorar el mundo exterior
 - 3.5.5. Detectar y afrontar bien las inseguridades y frustraciones
 - 3.5.6. Materiales a usar en la fase 12-18
- 3.6. Dejar el programa
 - 3.6.1. Establecer autonomía y seguridad en la madre y el entorno familiar
 - 3.6.2. Valorar las conductas de cuidado y la seguridad del apego
 - 3.6.3. Valorar potenciales riesgos psicológicos o sociales

4. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

- 4.1. Prenatal
 - 4.1.1. Conductas de cuidado de la salud: Indicadores de riesgo/indicadores de cuidado
 - 4.1.2. Disposición psicológica: aceptación-motivación/rechazo o ambivalencia sobre el embarazo
 - 4.1.3. Inmadurez/responsabilidad
 - 4.1.4. Aislamiento/apoyo del entorno
 - 4.1.5. Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad/ responsabilidad
 - 4.1.6. Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado
 - 4.1.7. Nivel de higiene: adecuado/inadecuado
- 4.2. Postnatal, a realizar cada 6 meses
 - 4.2.1. Estado anímico/estrés de la madre
 - 4.2.2. Conductas de autocuidado y salud de la madre
 - 4.2.3. Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad /responsabilidad
 - 4.2.4. Establecimiento del vínculo con el bebé

- 4.2.5. Conductas de alimentación y aseo
- 4.2.6. Conductas de juego
- 4.2.7. Estado físico y desarrollo del bebé (peso, crecimiento, desarrollo)
- 4.2.8. Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado
- 4.2.9. Nivel de higiene: adecuado/inadecuado
- 4.2.10. Expectativas de la madre y la familia: adecuadas/inadecuadas a las posibilidades del niños
- 4.2.11. Indicadores de integración socio-laboral de la madre
- 4.2.12. Indicadores de integración socio-educativa del niño
- 4.2.13. Indicadores de parentalidad responsable (lapso para otros embarazos, estabilidad afectiva, mantenimiento de normas, etc.)

5.- BIBLIOGRAFIA



1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Introducción

El conocimiento acumulado por la investigación de las últimas décadas sobre la protección a la infancia apunta a un hecho muy significativo: la relación de apego seguro con los hijos por parte de sus progenitores es un factor primordial para garantizar la relación adecuada de protección de los menores. El desarrollo de esa relación de apego comienza muy temprano, en las primeras semanas de vida del niño. Y por ello las condiciones favorables para establecer esa relación son esenciales y necesarias desde el momento del embarazo. El corolario práctico de este hecho es muy obvio: el desarrollo de un embarazo positivo, tanto en el plano emocional y psicológico como en el ámbito de la salud y del entorno social de los padres, puede ser un factor predictor de una crianza segura y protegida. Desde la perspectiva de la intervención en el ámbito de la protección a la infancia, la constatación de esta realidad, apoyada por el conocimiento científico, nos aboca a planificar intervenciones de apoyo temprano para tener eficacia, conjugar la intervención con la prevención, y evitar la cronificación de situaciones de desprotección.

Las conductas de riesgo durante el embarazo, al igual que las pautas de cuidado disfuncional hacia los bebés, generalmente asociadas a dificultades psicológicas y sociales en las madres y a condiciones ambientales estresantes, tienen unas consecuencias nefastas para la protección a la infancia. Esas consecuencias están asociadas, por ejemplo, a problemas como la mortalidad infantil, partos prematuros, bajo peso y otras complicaciones en el recién nacido, abusos y negligencia con los niños, malos tratos, embarazos continuados, aislamiento social, pobreza o marginalidad. La investigación reciente nos indica que incluso determinadas

dificultades de comportamiento social de los menores (como violencia y otras conductas antisociales) pueden estar relacionadas con las conductas de riesgo y maltrato sufridas por el menor durante el embarazo y su primera infancia.

Por lo tanto, el presente programa parte del axioma, sustentado en la investigación, que afirma que la capacidad de apego de los padres es de vital importancia y se expresa en la capacidad de estos para (a) atender las señales comunicativas de sus hijos en la primera infancia, (b) comprender las demandas físicas y afectivas de los niños, y (c) dar respuestas adecuadas a esas señales y demandas de afecto y cuidado por parte del niño. Este proceso es la base del sentido de seguridad y confianza del menor en el entorno social que le acoge, así como la base de la confianza en sus propias capacidades. Cuando este proceso no es atendido adecuadamente o es distorsionado por condiciones ambientales o psicológicas negativas, la consecuente pérdida de seguridad y confianza puede tener consecuencias negativas a largo plazo en el menor, especialmente si los cuidados disfuncionales conllevan o propician alteraciones en el desarrollo del niño.

Las dificultades en el establecimiento de una relación adecuada que garantice la seguridad y confianza del menor en el periodo prenatal y de primera infancia son más comunes en familias en situación de carencia económica, social y afectiva, mujeres jóvenes solas, madres adolescentes y sin apoyo familiar o social, madres con hijos institucionalizados o con otras medidas de protección, pertenecientes a minorías étnicas y sin apoyo del entorno, o con estilos de vida claramente incompatibles con el adecuado cuidado de los hijos. También las dificultades sufridas por las madres en su propia historia de crianza como hijas, así como las secuelas de historias



vitales marcadas por el maltrato y la negligencia, son factores psicológicos asociados a la dificultad de una relación de cuidado y apego adecuados con sus bebés. Su capacidad de autocuidado y de cuidado de sus hijos está, con frecuencia, condicionada por su pasado de maltrato, inmadurez psicológica, o falta de apoyo interpersonal o social.

Todas estas condiciones negativas señaladas contribuyen de forma notable a que en estas familias de riesgo, los padres actúen de forma inadecuada durante el embarazo y las primeras etapas de la vida del niño, lo que puede tener desastrosas consecuencias si se marginan de los servicios de salud o crean una relación negativa (bien de evitación o bien de dependencia) con los servicios sociales. En esas situaciones se incrementa el riesgo de violencia familiar o negligencia en el cuidado de los niños. El presente programa está, por todas estas razones, diseñado para apoyar que el embarazo y los primeros 18 meses de crianza sean adecuados, y se conviertan así en un eficaz mecanismo de protección en situaciones de riesgo, con el fin de garantizar el desarrollo presente y futuro de los hijos.

La necesidad de tomar en consideración los aspectos referidos en la coyuntura actual ha llevado a que los postulados básicos de este programa se recojan ya en diversos proyectos legislativos que se están planteando para modificar distintos textos legales vigentes en materia de protección jurídica del menor. En este sentido viene a expresarse que:

“ El órgano competente para la apreciación del riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, apoyo y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar una eventual posterior declaración de riesgo grave o desamparo del recién nacido. A tales efectos,

se entiende por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades físicas o psíquicas al recién nacido”.

En consecuencia, el objetivo central de este programa es integrar y protocolizar actuaciones que se vienen realizando por los distintos sistemas (Salud, Educativo, Servicios Sociales), cada uno desde su ámbito, con un marcado carácter preventivo sobre conductas que no son adecuadas al estado de la madre y su hijo.

1.2. Fundamentos en la investigación

El presente programa incorpora evidencias que la investigación ha aportado en los últimos años sobre el impacto y resultados que tiene la intervención preventiva en el marco de la atención prenatal y de primera infancia (por ejemplo, Aos y cols. 2004, Eckenrode y cols., 2011, Olds, 2006). Esencialmente, la constatación de que la intervención en un estadio tan temprano como el periodo de embarazo y los primeros meses de cuidado y relación con el bebé, tiene una influencia muy positiva a medio y largo plazo sobre el comportamiento del menor (tanto psicológico como social) al igual que sobre el ajuste emocional y social de la madre. Este tipo de intervención temprana puede tener un efecto preventivo en conductas de abuso y negligencia parental y también en conductas de riesgo de los menores.



1.2.1. Cambios en las conductas de riesgo para la salud prenatal

La exposición prenatal al tabaco, alcohol, y otras drogas tiene un efecto comprobado de riesgo para el crecimiento fetal (Kramer, 1987) y también, en una medida menor, de riesgo de parto prematuro y problemas de desarrollo neurológico, como déficit de atención o un desarrollo cognitivo y de lenguaje deficiente (Mayes, 1994; Milberger, Biederman, Faraone, Chen, & Jones, 1996; Olds, 1997). En diversos programas de intervención prenatal (Olds, 2006) se ha trabajado con éxito la reducción por parte de las madres del consumo de sustancias de este tipo. Igualmente, en dichos programas se han realizado intervenciones sobre otros factores conductuales de riesgo prenatal: una ganancia inadecuada de peso por parte de la madre, dieta inapropiada, detección y tratamiento temprano de complicaciones en obstetricia (como infecciones o disfunciones de la tensión arterial).

1.2.2 Cuidado competente y apego como prevención del abuso y la negligencia.

Cuando los padres tienen empatía con sus bebés y son capaces de entender y responder a sus primeras señales comunicativas, es mucho menos probable que se produzcan situaciones de abuso o negligencia. Los padres aprenden con más facilidad las competencias evolutivas que los niños han de mostrar en cada periodo evolutivo y esto previene lesiones y daños (Peterson & Gable, 1998). Resulta fundamental, por lo tanto, ayudar a que los padres desarrollen esas habilidades de cuidado competente. Dichas habilidades están influenciadas por características de los padres y también por algunos factores ambientales o contextuales. Los padres que crecieron en un hogar con estilos de crianza caracterizados por el rechazo, el abuso, o la negligencia pueden tener más dificultades para un trato adecuado de sus bebés (Rutter, 1989). Por otro lado, los padres que tiene

problemas de salud mental, inmadurez psicológica, u otro tipo de discapacidades pueden tener también dificultades para el cuidado de sus bebés (Newberger & White, 1990). Aunque estos factores (tanto la historia de vida de los padres como sus problemas de inmadurez o salud mental) no pueden apenas cambiarse, si es factible reducir o mitigar sus efectos negativos en la crianza de sus hijos, como han demostrado diversos programas de intervención prenatal (Olds, 2006).

Hay otros factores de tipo social, como el aislamiento social y la falta de apoyo familiar que también están asociados a tasas más altas de abuso y negligencia (Garbarino, 1981) ya que propician situaciones de vida estresante que pueden interferir en el cuidado del embarazo y el bebé.

También hay evidencias de la investigación que sugieren que algunas características psicobiológicas de los hijos pueden afectar al grado en que los padres son competentes en su cuidado durante los primeros meses. Cuando los niños nacen con algún tipo de perturbación neurológica producto de un mal cuidado prenatal (como el consumo de drogas por parte de la madre) se produce una ansiedad y estrés mayor en los padres que pueden llegar a constituir un factor de riesgo. Igualmente, algunas investigaciones (DiScala, Lescohier, Barthel, & Li, 1998) han mostrado que niños con un problema severo de hiperactividad por un déficit de atención pueden tener más probabilidades de lesiones, en parte debido a las dificultades de los padres para entender y regular las conductas del niño. Por todo ello, las intervenciones orientadas a conseguir conductas de cuidado parental más apropiadas tienen en cuenta que el nivel de madurez y apoyo social de los padres, así como un entorno no estresante, incrementan la probabilidad de un cuidado protector y la reducción de conductas de abuso o negligencia.



1.2.3. Cambios en el perfil de vida parental

Uno de los factores de riesgo más importantes que bloquean la capacidad de una buena experiencia de maternidad, con un nivel apropiado de educación en la madre y preservando su autonomía y la capacidad de participar en la vida laboral, es tener embarazos muy seguidos y sin preparación adecuada, especialmente en madres sin una pareja estable (Furstenberg et al., 1987, Musick, 1993). Los programas de intervención prenatal han conseguido buenos resultados para este tipo de situaciones, constatando que cuando se produce un cambio en el perfil de maternidad hay una mejoría sostenida en el tiempo tanto para la madre como para los hijos.

1.2.4. Cambios en el riesgo de conductas antisociales en los niños

Una de las consecuencias de las dificultades reseñadas en las secciones previas en relación con el cuidado adecuado durante el embarazo y primeros meses de vida es que pueden convertirse en factores de riesgo para la aparición de conductas antisociales en los niños (Olds, 2006; Olds, Pettitt, et al., 1998). Este tipo de conducta disfuncional es frecuente en niños que muestran en su adolescencia problemas por agresividad o violencia. Algunos estudios han encontrado que algunos niños con este tipo de conducta problemática tienen déficits de desarrollo neuronal o madurativos asociados a unas condiciones prenatales claramente inadecuadas (Milberger et al., 1996; Olds, 1997; Wakschlag et al., 1997) y a un rechazo del cuidado del bebé en sus primeros meses de vida (Raine et al., 1994). Aunque es difícil asegurar este tipo de relación entre las condiciones prenatales y de primera infancia con el desarrollo de conductas violentas posteriores del niño, si hay evidencias de que los niños que han sufrido abuso tienen una probabilidad mayor de construir atribuciones negativas que hace a su vez más probable que interpreten como amenazantes algunas

conductas ambiguas por parte de otras personas y respondan de manera defensiva y agresiva. Este tipo de respuesta puede estar relacionado con representaciones cognitivas internas de las relaciones interpersonales que se caracterizan por una falta de regulación en la agresividad (Buchsbbaum, Toth, Clyman, Chichetti, & Emde, 1992). También se ha hipotetizado que este tipo de conductas reflejen una respuesta neurológica adaptativa a un mundo que se percibe como amenazante (como consecuencia de las experiencias de abuso o negligencia en la primera infancia) (Teicher, 2000). Los programas de intervención prenatal se orientan a modificar este perfil de riesgo para las conductas antisociales en los niños: nacer en un hogar con padres adictos, sin apoyo social, con un entorno conflictivo y tolerante a la violencia, y con embarazos muy seguidos sin un contexto adecuado para el cuidado maternal.

1.2.5. Principales resultados en programas de intervención prenatal y de primera infancia

Una de las fuentes de evidencia empírica sobre resultados de programas de intervención prenatal y de primera infancia son los estudios de resultados del grupo de Olds y colegas (ver por ejemplo, Aos y cols. 2004, Eckenrode y cols., 2011, Olds, 2006). Esos estudios norteamericanos han evaluado muestras consistentes y con grupos de control o comparación (por ejemplo 400 madres en el estudio de Elmira, 1.138 embarazos en el estudio de Memphis, o 735 familias hispanas en el estudio de Denver). Una característica muy interesante de dichos estudios es que han hecho seguimientos de más de 15 años para los niños que han nacido en el contexto de la la intervención prenatal del programa.



De forma sintética pueden destacarse estos resultados asociados a la intervención prenatal y de primera infancia en comparación con las muestras no intervenidas:

- 79% menos de casos comprobados de abuso de niños o negligencia
- Una media de 39 meses menos de percepción de ayuda social
- 44% menos de problemas de conducta en la madre por abuso de alcohol o drogas
- 69% menos de arrestos de la madre
- Durante el embarazo, las mujeres mejoraron la calidad de sus dietas
- Durante y Después del embarazo tuvieron menos número de infecciones renales y problemas de hipertensión
- Uso más adecuado de los servicios sociales
- Reducción en un 25% del consumo de tabaco o 75% menos de partos prematuros

Cuando los niños llegan a la adolescencia:

- 56% menos de arrestos policiales de los niños
- Menos consumo de alcohol y drogas
- 60% menos de huida del hogar

1.2.6. Coste-beneficio de los programas

El análisis económico de la relación coste-beneficio de los programas de atención prenatal y de primera infancia son un aspecto de gran relevancia porque han sustentado y reforzado sin lugar a dudas su utilidad. Aunque el

análisis de la eficacia de estos programas en términos estrictamente económico no es fácil, debido a la complejidad de medir el coste-beneficio de algunas variables a lo largo de periodos de tiempo considerables (hacen falta varios años para tener una evaluación precisa del impacto y potencial beneficio económico de este tipo de programas preventivos) todos los estudios realizados con garantías de fiabilidad en este sentido ofrecen resultados positivos (por ejemplo, Rynolds y cols., 2001; Schweinhart y cols., 1993; Masse y Barnet, 2002; Olds y cols. 1993).

A pesar de las marcadas diferencias entre diferentes países en cuanto a la estructura de servicios públicos y a los costes de los mismos, si parece generalizable la positiva conclusión que resulta de los estudios de coste-beneficio de este tipo de programas. Por ejemplo, los principales programas de atención pre-natal y de primera infancia evaluados en los Estados Unidos, con seguimiento de sus usuarios a lo largo de más de 15 años, indican que los resultados que se obtienen cuatro años después de la intervención prenatal inicial muestran un ahorro de 24.000\$ por cada 6.000\$ de coste (Olds y cols., 1993, Olds, 2006). En general, las estimaciones de los diferentes estudios de coste-beneficio en programas preventivos señalan que hay un ahorro de más de dos unidades de costo por cada unidad de gasto invertido en los mismos, especialmente cuando se trata de programas orientados a usuarios con problemas severos de funcionamiento social.

En consecuencia, hay evidencia para esperar que este programa de intervención temprana prenatal suponga un ahorro similar en nuestra comunidad, si se considera la posibilidad de que la intervención temprana evite costes de medidas de intervención familiar prolongada y atención socio-sanitaria; y especialmente si evita en alguna medida la utilización de



medidas de acogimiento residencial para menores, por el alto coste que estas tienen.

1.3. Bases teóricas

Este programa está sustentado, además de en los fundamentos de la investigación descritos en el apartado anterior, en modelos y bases teóricas. Los modelos sistémicos y ecosistémicos de la conducta, la teoría del apego y el enfoque de la alianza terapéutica, son pilares teóricos sobre los que se asienta el programa.

1.3.1. Modelos sistémicos y ecosistémicos de la conducta

El proceso de desarrollo del ser humano, al igual que ocurre en cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, la relación de esos sistemas se expresa en una compleja red de interacciones inter-organismos y también con los contextos ambientales. Bronfenbrenner (1987), es uno de los autores representativos de la aplicación de esta conceptualización ecológica al sistema familiar, describiendo a la familia como el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde el momento inicial de su concepción. Bronfenbrenner usó el término de "modelo ecológico" entendido como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente. En su conceptualización teórica el entorno del ser humano trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo.

Para el estudio de las relaciones familiares desde disciplinas como la psicología, la sociología, y la educación, el modelo ecológico aporta unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una

persona se relaciona a través de un conjunto complejo de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato. Autores como Bronfenbrenner, (1986) o Papalia y Olds, (1992) han definido a la familia como el microsistema más importante porque configura el desarrollo y la vida de una persona durante muchos años.

El enfoque sistémico ha tenido una gran aplicación en la interpretación e intervención de las relaciones familiares. Aunque se integre en un sistema más amplio, la familia se define como un sistema, es decir: "La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior", (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994). A partir del enfoque sistémico, el análisis de las relaciones familiares y los programas de intervención se fundamentan no tanto en los rasgos de personalidad o características individuales de sus miembros, sino en las relaciones entre estos. Desde este modelo teórico es esencial el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que se producen las transiciones del ciclo de vida.

1.3.2. Teoría del Apego

Esta teoría comienza a crearse hacia finales de los años treinta y comienzos de los cuarenta, como consecuencia de la gran cantidad de niños sin familias, resultado de la segunda guerra mundial, se comenzaron a publicar trabajos sobre la importancia de los cuidados maternos y la influencia que la privación producía en el desarrollo de estos niños. En este contexto histórico es en el que surge la teoría del "attachment" o apego. Pero es en la década de los 50 cuando John Bowlby, psiquiatra y



psicoanalista, postula la Teoría del Apego que se ha seguido desarrollando hasta el presente con la contribución de múltiples investigadores.

La teoría del apego describe y conceptualiza los efectos de los vínculos tempranos en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, la tendencia propia de los seres humanos a crear vínculos entre sí y la consecuencia de no contar con ellos. Bowlby (1976) definió el apego como la orientación o disposición de un individuo a buscar la proximidad y contacto con una determinada figura y en circunstancias específicas, siendo esto un atributo persistente que no se ve afectado por la situación del momento y está limitado como vínculo duradero a esa figura determinada o a unos pocos individuos. Él diferenció al apego de la denominada conducta de apego, que es aquella a través de la cual el individuo procura la proximidad de la figura de apego, dentro de ella se encontrarían las conductas señales (llanto, balbuceo, sonrisas) y las conductas de acercamiento (aferramiento, acercamiento y succión sin un fin alimenticio). La conducta paterna que se da como contraparte de la conducta de apego del hijo se denomina "conducta de atención" o también emplea el término de "conducta materna". Estas conductas permiten establecer relaciones significativas entre los cuidadores y los niños, así como las relaciones significativas que se producen entre los adultos, y las mismas surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, las pautas o estilos de apego; en el caso de los adultos reciben el nombre de modelos o mapas representacionales de las relaciones.

Entre los postulados de la teoría del apego se encuentra el de la transmisión intergeneracional del Apego de los padres a sus hijos, el que se produciría por que las representaciones del apego parental se traduce en comportamientos paternos (Ammaniti, Van Ijzendoorn, Speranza & Tambelli,

2000). Este modelo teórico de la transmisión transgeneracional del apego parte de la premisa de que la representación de apego parental provee un patrón para la relación padres-hijos que servirá para estructurar el intercambio entre las díadas a nivel conductual y afectivo, lo cual a su vez irá siendo internalizado por el niño (Rozenvel, 2006).

1.3.3. Enfoque de la alianza terapéutica en el cambio de conducta

La relación del trabajador con la familia y en especial con la madre es un mediador fundamental para conseguir un cambio de conducta que mejore el apego y la relación de los padres con el niño a partir del periodo de embarazo y primera infancia. Por ello, la creación de una relación de confianza y colaboración genuina entre la madre y el trabajador que ejecuta la intervención del programa es un aspecto de especial relevancia. La fundamentación teórica sobre esa relación técnico-usuario del programa se sustenta en el concepto de alianza terapéutica extrapolado de la investigación en psicoterapia y aplicado al trabajo de intervención psicoeducativa en el marco social (Escudero, 2009).

Durante todo el desarrollo teórico del concepto de alianza terapéutica, desde su aparición en la literatura sobre psicoterapia en 1930, se han definido muchos aspectos que influyen en la creación de la alianza (por ejemplo, la capacidad del cliente para conectar con el profesional, o las características personales del profesional, el compromiso del cliente con los objetivos del tratamiento, etc.), pero fue E. S. Bordin al final de los años 70 el autor que consiguió una definición global que incorporaba las contribuciones teóricas previas. La conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1979) es el modelo de alianza más heurístico, el que ha tenido mayor influencia en la psicoterapia. Bordin definió la alianza de trabajo sobre la base de tres componentes: (1) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente



acerca de las metas del tratamiento, (2) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos, y (3) los lazos afectivos necesarios entre ellos para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. De manera que a partir de esa conceptualización, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta incluyendo *“los lazos afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés..., un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas..., y un sentido de asociación”* (Horvath y Bedi, 2002, pág. 41).

Actualmente el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica y su relación con la eficacia del tratamiento es muy general en todos los modelos de intervención familiar, incluso en aquellos tradicionalmente más interesados en los mecanismos específicos del cambio que en la propia relación terapéutica. Sobre la base de los fundamentos teóricos y de la relevancia que la investigación ha dado al concepto de alianza terapéutica, un grupo de trabajo compuesto por investigadores de España y Estados Unidos desarrollaron un modelo de evaluación de la alianza terapéutica que incluyese específicamente las características diferenciales de la intervención con familias. Dicho modelo (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006, 2009) define cuatro dimensiones que configuran en conjunto la de trabajo con una familia: (1) Enganche en el proceso de intervención, (2) Conexión emocional del usuario con el profesional que hace la intervención, (3) Seguridad dentro del sistema de intervención o sistema terapéutico, y (4) Sentido de compartir el propósito de la intervención entre los miembros de la familia.

La primera de esas cuatro dimensiones refleja aspectos relativos a la colaboración en la definición de objetivos y metas de la intervención entre profesional y usuario. La segunda dimensión refleja un componente clásico en la literatura sobre la alianza, el vínculo personal entre usuario y profesional pero estudiado en el contexto del trabajo con familias. Las otras dos dimensiones (Seguridad, y Sentido de compartir el propósito en la familia) son genuinas del trabajo de intervención con parejas o familias; la tercera tiene que ver con la necesaria creación de un contexto seguro para la apertura emocional y psicológica de cada miembro de la familia en presencia de los otros; y la cuarta dimensión se refiere específicamente a lo que Pinsof (1995) definió como alianza intra-sistema, en este caso la alianza dentro de la familia en relación con acudir y utilizar de manera conjunta la ayuda que se le ofrece en un programa de intervención.

2. DISEÑO Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

2.1. Destinatarios

El Programa está dirigido a mujeres que están embarazadas (y sus posibles compañeros) que se encuentran en algunas de estas situaciones:

- Adolescentes o jóvenes sin apoyo familiar, económico, laboral o social.
- Con hijos que tengan o hayan tenido medidas de protección.
- Pertenecientes a minorías étnicas o inmigrantes sin apoyo social.
- En situación de riesgo de exclusión social o sin apoyo del entorno.
- Con estilos de vida incompatibles con el adecuado cuidado de su embarazo y del niño en sus primeros meses de vida.
- Con problemas de drogadicción, de enfermedad mental o discapacidad intelectual.

- Falta de competencias o disposición para el cuidado durante el embarazo, que pueda afectar gravemente el desarrollo del feto.
- Víctimas de violencia de género.
- Otras situaciones.

2.2. Contenido del programa

Se trata de un servicio de ayuda a familias y mujeres para ayudarlas a cuidar de sus hijos desde el embarazo, aportándoles las herramientas necesarias para resolver o minimizar las dificultades que pueden encontrar durante este periodo y hasta el primer año y medio de vida del niño.

Este programa ofrece: (1) Ayuda durante el embarazo, para que el niño pueda nacer en las mejores condiciones. (2) Ayuda en los primeros cuidados del recién nacido: identificar las necesidades de alimentación, higiene, cuidado afectivo y resolución de problemas derivados de la conducta del niño. (3) Asesoramiento en materia de adopción y en su caso de acogimiento familiar. (4) Formación y orientación para la inserción social y laboral.

El programa pretende con sus actuaciones: (1) Conseguir un funcionamiento personal y social autónomo, sin depender de otros. (2) Conseguir que el niño crezca sano y con las necesidades cubiertas. (3) Conseguir el apoyo de personas del entorno y de los profesionales, y sistemas de protección social para sentirse a gusto consigo mismo y con el cuidado de su hijo.

2.3. Objetivos

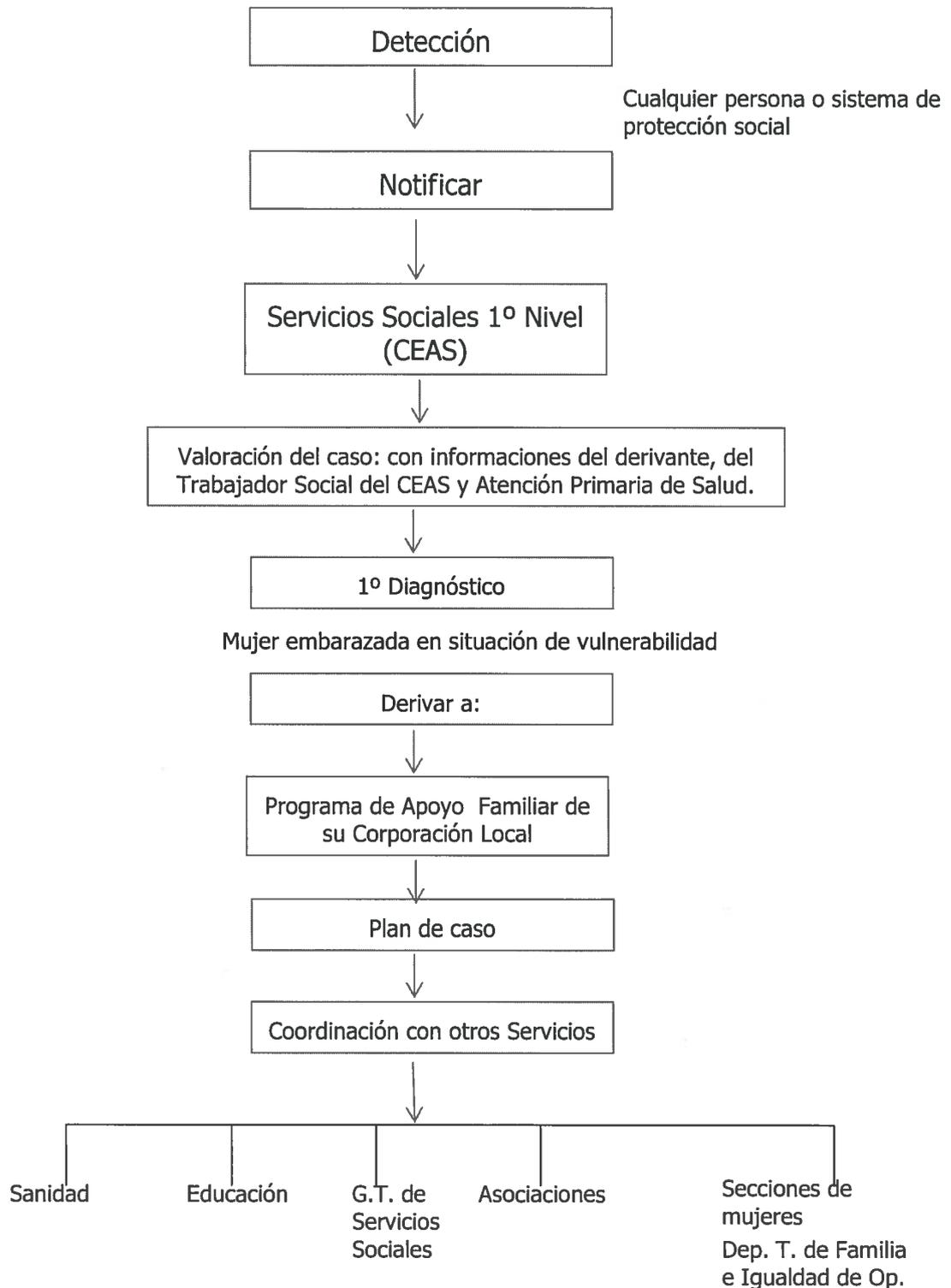
- Generar adecuadas condiciones prenatales y de post parto en madres y padres que favorezcan el desarrollo integral del niño.
- Promover el buen trato hacia la infancia: introduciendo pautas educativas adecuadas y modificando conductas de riesgo relacionadas con maltrato hacia los niños.
- Modificar el estrés ambiental y la problemática social que influye en las conductas de cuidado de los padres.
- Prevenir y resolver problemas emocionales, de comportamiento, de relación y de desarrollo en el niño y en su familia.

2.4. Servicios públicos implicados

- Profesionales de Acción Social del CEAS de su zona.
- Servicios sociales especializados: Equipo multidisciplinar del Programa de Apoyo a Familias de la Corporación Local.
- Servicios de salud de atención primaria y especializada.
- Equipos Técnicos de Protección a la Infancia.
- Servicios de Atención a la Mujer, cuando proceda.
- Servicios escolares, cuando proceda.

2.5. Diseño del proceso de intervención

Para la intervención de los diferentes profesionales de los distintos sistemas el proceso de actuación por fases será el siguiente:



2.5.1. Detección

Cualquier persona o sistema de protección social formal o informal que detecte una situación susceptible de ser incluida en el presente programa lo pondrá en conocimiento del sistema de Servicios Sociales de su territorio (CEAS).

2.5.2. Valoración y derivación al PAF

Los profesionales del sistema de Servicios Sociales (CEAS) llevarán a cabo una primera valoración del caso a través de los datos proporcionados por quien haya efectuado la derivación así como aquellos otros que pudiera conseguir, principalmente del sistema de salud de su territorio, con quien se coordinará adecuadamente si ello procede.

Tras la valoración efectuada habrá de emitirse un primer diagnóstico sobre el caso. Si este primer diagnóstico aprecia la existencia de una mujer embarazada que precise de algún apoyo por su posible situación de vulnerabilidad, desde el CEAS se derivará el caso al equipo multidisciplinar específico del Programa de Apoyo a la Familia (P.A.F.) de su Corporación Local.

2.5.3. Plan de Intervención

El PAF de la Corporación Local valorará la situación del caso, procediendo a elaborar el plan de intervención que proceda y a ejecutar el mismo.

2.5.3.1. Elaboración de un plan integral

El plan de intervención habrá de recoger las siguientes AREAS:

Área de apoyo personal, para la ayuda en la aceptación de su situación. Apoyo psicológico y decisiones iniciales sobre el embarazo:

- Madurez personal
- Ayuda en la transición a la edad adulta
- Información y asesoramiento en materia de adopción y, en su caso ,de acogimiento familiar

Área de promoción de la salud. Apoyo en las conductas de salud prenatal

- Cuidados físicos, higiene, alimentación en los periodos prenatal y postnatal.
- Consumo de tóxicos.
- Revisiones médicas del embarazo.

Área de educación y cuidados prenatales y postnatales. Apoyo en el desarrollo de conductas positivas de cuidado y de apego:

- Importancia de seguir el control del embarazo de la adolescente.
- Informarla de todo el proceso del embarazo.
- Vinculación con el hijo, capacidad de apego.
- Adecuado cuidado de los hijos, criar niños sanos.
- Desarrollo de roles parentales.

Área socio-laboral y formativo. Apoyo en los cambios de inserción socio-laboral

- condiciones de habitabilidad de la vivienda
- higiene ambiental
- situación escolar, si procede
- inserción social y laboral

Área afectivo sexual. Apoyo en el ámbito afectivo sexual

- decisiones autónomas y responsables sobre sexualidad
- planificación de los embarazos
- autonomía y satisfacción de la madre en sus relaciones afectivas

Área de apoyos familiares y sociales. Apoyo Familiar

- relación de pareja y familia extensa
- mayor apoyo social (formal e informal) en la comunidad en la que se integra la familia

2.5.3.2. Ejecución coordinada del plan de intervención

La ejecución del Plan de Intervención Familiar por parte de los profesionales del equipo de apoyo a la familia (Psicólogos y educadores familiares), incluye trabajo educativo y de apoyo psicológico en el domicilio familiar y puede tener una duración de hasta dos años.

Este plan de trabajo habrá de llevarse a cabo en permanente coordinación con los siguientes servicios:

- con el trabajador social del CEAS



- con el sistema de salud correspondiente de atención primaria o especializada tanto para la madre como para el niño, para garantizar la atención sanitaria que se precise.
- con los servicios de salud mental.
- con los servicios de atención a drogodependientes.
- con el sistema escolar, si procede por la edad de la mujer.
- con los equipos de protección a la infancia, para la valoración de posibles situaciones de desprotección y solicitud de información para asesorar en materia de adopción y acogimiento.
- Con las Secciones de Mujer del Departamento Territorial de Familia.
- Con otros profesionales que intervengan en el caso.
- Con los voluntarios de asociaciones, como recurso de apoyo.

2.5.4. Evaluación de la intervención

Uso del protocolo de la evaluación del programa. (Apartado 4)

3. GUIA DE ACTUACIONES EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

3.1. Establecimiento de la relación de ayuda con la embarazada y su entorno familiar

3.1.1. Superar las barreras iniciales

En el contexto de la intervención en los servicios sociales no es infrecuente que algunas de las actitudes iniciales de las familias, o de algunos de sus miembros, no sean de colaboración y la desconfianza o las actitudes defensivas se presenten como barreras iniciales. Es esencial no olvidar que esta tarea de crear colaboración es una parte esencial del proceso de intervención y no debe vivirse como una “patología de la madre o de su familia”. Es de vital importancia que el profesional que trabaja en este contexto tenga un enfoque adecuado de este tipo de dificultad y un entrenamiento específico en habilidades para cambiar este tipo de actitudes iniciales de no colaboración.

3.1.2. Crear un contexto seguro de intervención

En algunos casos la mujer usuaria central de este programa, o bien su pareja o familia, se pueden sentir inmersos en el contexto de intervención bajo algún tipo de presión, aunque puedan al mismo tiempo ser conscientes (al margen de que lo reconozcan abiertamente) de una situación de dificultad cuando no de un problema grave. Por lo tanto, el profesional no dará por hecho que la intervención es acogida siempre como una fuente de seguridad para todos y cada uno de los miembros de la familia, sino que puede inicialmente suscitar justo lo contrario: inseguridad, desconfianza y temor. Por ello, es de vital importancia poner mucha atención en el plano técnico a la creación de un contexto de confianza y seguridad, y tener en cuenta, tanto al principio como a lo largo del proceso de



intervención cuál es el nivel de seguridad que muestra la familia en el contexto de la intervención.

3.1.3. Crear conexión emocional

La buena relación personal del técnico que realiza la intervención con la madre gestante es un ingrediente fundamental del programa. En base a un modelo de relación basado en la Alianza terapéutica, este sería el perfil de una óptima conexión emocional entre el profesional y el usuario: La mujer ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional al profesional le importa de verdad y que «está ahí» para ella, de que el profesional puede entender o compartir su visión del mundo o sus experiencias personales; para la mujer la sabiduría y experiencia del profesional (de manera individualizada, no solo como miembro de una institución) son importantes.

3.1.4. Establecer el compromiso y el calendario de las visitas domiciliarias

Un buen ajuste en el compromiso del usuario con todas las decisiones del proceso de intervención es fundamental. El programa debe tener la flexibilidad suficiente que implica el proceso de embarazo y especialmente el proceso de crianza en los primeros meses. Es muy importante que el usuario sea activo en todas las decisiones de la intervención

3.1.5. Materiales a usar en la fase de establecimiento de la relación de ayuda.

Guía Práctica para la Intervención Familiar (Escudero 2009),
Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León.

3.2. Actuaciones en la fase prenatal

3.2.1. Apoyo psicológico sobre las dudas y decisiones iniciales sobre el embarazo:

Un embarazo inesperado o no planificado, puede ser motivo de gran preocupación. Las circunstancias personales pueden hacer dudar de las posibilidades de asumir esta maternidad o paternidad no buscada.

Tomar la decisión de criar o no al niño, quizás sea la decisión más difícil e importante de la vida, por lo que se debe tomar desde el convencimiento de que es la mejor decisión para la madre/padres y para el niño que pueda nacer.

El programa se plantea apoyar a la persona en esta reflexión ayudándola a valorar diversas cuestiones que la ayuden a la mejor toma de decisiones en estos momentos, como cuál es su situación personal; con qué apoyos cuenta a la hora de tomar la decisión; dónde puede encontrar apoyo si no lo tiene; qué opciones pueden plantearse; y que recursos existen para seguir adelante con la crianza. Tratando de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Estoy preparada para tener un hijo en este momento?
- ¿Cómo afectaría a mi vida cada una de las opciones que tengo?
- ¿Qué será lo mejor para el niño y para mí a largo plazo?



- ¿Cómo afectaría a las personas más cercanas a mí cada una de estas opciones?

Ser madre requiere una gran responsabilidad y dedicación, por ello se debe asumir la maternidad con madurez y desde el convencimiento.

3.2.2. Trabajar con la embarazada el mapa de cuidados prenatales

Gracias a los controles médicos durante la gestación se consigue mejorar los resultados perinatales tanto maternos como fetales, de ahí la importancia de trabajar con la madre/padres en el conocimiento y cumplimiento de este calendario de consultas de control y seguimiento, durante el proceso del embarazo, a realizar por los profesionales del ámbito sanitario tanto de atención primaria como especializada.

3.2.3. Valoración de las conductas de riesgo y creación de objetivos de cambio

La asistencia a las consultas sanitarias programadas de forma periódica son fundamentales para conocer si el embarazo evoluciona con normalidad, o para poder valorar si existe algún factor de riesgo, (socio-demográficos, antecedentes reproductivos, antecedentes médicos, o del embarazo actual) que haga necesario ser trabajado y/o haga pasar a la paciente, en el ámbito sanitario, del circuito de embarazo normal al de alto riesgo.

3.2.4. Motivación, asesoramiento, y acompañamiento en los cambios de hábitos

Con respecto a los hábitos y cuidados diarios de la mujer embarazada es necesario el dar a conocer las pautas que se

trasmiten como más adecuadas en este proceso de embarazo y ayudarles a mejorarlas o modificarlas según cuál sea su situación.

Trabajar temas como:

- Alimentación
- Alcohol, tabaco y drogas
- Medicamentos y radiaciones
- Higiene, vestido y calzado.
- Trabajo,
- Etc.

3.2.5. Acompañamiento en el proceso de control médico del embarazo

Cuando se crea necesario el profesional del programa acompañará a la mujer embarazada a la consulta médica o mantendrá reuniones de coordinación o información con los profesionales de salud, siempre con autorización escrita de la mujer.

3.2.6. Materiales a usar en la intervención prenatal

Documentación elaborada por el SACYL de la Junta de Castilla y León para entregar a las gestantes información sobre el embarazo, el parto y el puerperio.

3.3. Actuaciones en la primera fase del bebé (0 a 6 meses)

3.3.1. El contacto físico con el bebé

Coger al bebé: Muchos padres y madres sienten temor al coger en brazos a su bebé recién nacido. Le ven frágil y delicado y piensan que si no lo hacen correctamente le pueden hacer daño. Sin



embargo, no deben desaprovechar esta oportunidad los primeros días del bebé en casa por miedo a hacerle daño ya que coger al bebé en brazos fortalece el vínculo afectivo.

Los masajes: El poder de los masajes es muy conocido, los masajes son una maravillosa manera de transmitir al bebé seguridad y cariño. Todos los niños/as se sienten muy reconfortados, relajados y cómodos cuando sus padres/madres masajean su cuerpo.

3.3.2. Alimentación

El desarrollo del bebé depende de una adecuada alimentación. El cómo empezar a alimentar a un recién nacido, se convierte, por tanto, en una decisión fundamental.

Trabajar con los padres:

- La alimentación natural.
- La alimentación con biberón.
- Los eructos.

3.3.3. Baño y conductas de aseo

La higiene diaria del bebé es fundamental para mantenerle saludable y sano.

Los pediatras recomiendan el baño diario de los recién nacidos. Un baño corto y templado antes de acostarle por la noche le irá fijando una rutina y le ayudará a relajarse para adquirir el hábito de dormir toda la noche.

Trabajar con los padres:

- Las deposiciones del bebé: caca y orina.

- Cómo cambiar los pañales.
- Ropa del bebé.
- Cómo bañar al bebé.

3.3.4. Estimulación adecuada y juego

Mediante el juego, el bebé puede explorar el medio y desarrollar nuevas habilidades a través de los sentidos. Jugar con el bebé es una de las mejores formas de ayudar a su desarrollo. Es conveniente darle afecto: acariciarle, sonreírle, mirarle a los ojos, abrazarle, hacerle cosquillas, aplaudirle. Aunque el hijo/a no comprenda el significado de las palabras, es importante que la madre/padre le hable y cante, mencionando las cosas de su alrededor.

Desde los primeros días de vida, a no ser que el pediatra diga lo contrario, los bebés pueden salir de paseo a diario. Esto constituye un estímulo para el desarrollo del niño/a y la estimulación de sus sentidos.

3.3.5. Dormir

Tras el nacimiento, los bebés apenas se despiertan más que para comer, pero a medida que pasan los días están más tiempo despiertos y muestran más interés por su entorno, con lo que comienzan a necesitar más el sueño nocturno.

3.3.6. Entendiendo y respondiendo al llanto del bebé

El llanto es la primera forma de comunicación del bebé y es el único medio que tiene el niño para hacerse entender, por ello es necesario esforzarse en comprender lo que quiere decirnos y la mejor



forma de hacerlo es observar al bebé y tratar de relacionar su llanto con aquello que consigue calmarlo.

3.3.7. Materiales a usar en la fase 0-6

Programa Domiciliario de Crecer Felices en Familia de la Junta de Castilla y León. Materiales para el/la profesional que aplica el programa:

- Libro de secuencias y ejercicios de estimulación estructurado por edades.
- Guía de cuidados básicos: proporciona los contenidos fundamentales para apoyar la realización de las sesiones (Alimentación, Aseo, Juego, Paseo, Baño, Sueño).

3.4. Actuaciones en la segunda fase del bebé (6-12 meses)

3.4.1. Alimentación

Aproximadamente a los seis meses de edad, quizás algo antes, el bebé ya comienza a dar muestras visibles de que podría estar dispuesto a comer algún alimento sólido además de la leche y este es el primero de los grandes cambios. Hay que prepararse para afrontar esta nueva etapa.

Trabajar con los padres:

- El destete.
- El cambio de alimentación.
- La dentición.

3.4.2. Juegos y motricidad

A partir de los seis meses, el juego es para los bebés una oportunidad para desarrollar nuevas destrezas y habilidades

cognitivas, físicas y sociales. En esta etapa el niño interactúa de una forma activa con el mundo que le rodea. Poco a poco comienza a explorar sirviéndose de su desarrollo muscular, lo cual, le permite gradualmente sentarse, arrastrarse y gatear, esto le facilita alcanzar nuevos objetivos con los que experimentar sus habilidades manipulativas y llevar a cabo esquemas de acción más complejos como sujetar o arrastrar.

Trabajar con los padres:

- Sentarse.
- gatear.
- ponerse de pie.

3.4.3. Baño y contacto físico

A medida que el niño va cumpliendo meses, se vuelve más autónomo, aprende a gatear, a curiosear, a explorar lo que le rodea. De forma que el baño cobra aún mayor importancia que antes, pues el niño lo chupa y lo toca todo, sobre todo si el pequeño va a la escuela infantil, ya que allí puede entrar en contacto con una suciedad que no es la de casa, por esto, se debe prestar especial atención a las manos y uñas, donde los gérmenes se acumulan más fácilmente.

Debemos tener en cuenta que los masajes debe ser una actividad constante en las rutinas diarias. Todos los niños se sienten muy reconfortados, relajados y cómodos cuando su madre/padre masajea su cuerpo. Además hay que recordar que los masajes son una maravillosa manera de transmitir al niño seguridad y cariño.

3.4.4. Dormir

A partir de los 6 meses, un bebé ha de dormir menos horas al día (normalmente, hará dos siestas: una tras el desayuno, de una o dos horas, y otra después de la toma del mediodía, de dos o tres horas) y tener un período más o menos largo de sueño nocturno. De hecho, a los siete meses, su ritmo de comida y de sueño ha de estar bien establecido. Por tanto, hay que tomarse más en serio la tarea de inculcarle un buen hábito del sueño.

3.4.5. Apego y primeras separaciones

El bebé de más de 6 meses necesita (ver sección 1.3.2) la presencia física de su madre o de su padre y ya es capaz de percibir que se encuentra solo cuando las personas de las que más depende han abandonado el cuarto en el que se encuentran.

3.4.6. Materiales a usar en la fase 6-12

Programa Domiciliario de Crecer Felices en Familia de la Junta de Castilla y León. Materiales para el/la profesional que aplica el programa:

- Libro de secuencias y ejercicios de estimulación estructurado por edades.
- Guía de cuidados básicos: proporciona los contenidos fundamentales para apoyar la realización de las sesiones (Alimentación, Aseo, Juego, Paseo, Baño, Sueño).

3.5. Actuaciones en la tercera fase del bebé (12-18 meses)

3.5.1. Alimentación

Al empezar su segundo año de vida, el niño/a está preparado para comer los mismos alimentos que el resto de la familia ya que su aparato digestivo ha completado su maduración. Pero se deben tener en cuenta algunas precauciones en la preparación.

Alimentar al bebé puede convertirse en un momento del día ideal para estimular su desarrollo.

Una buena alimentación supone un conjunto de alimentos que contengan los nutrientes y las vitaminas que necesita el bebé.

3.5.2. Aseo

El cambio de pañales, desvestir, vestir, lavar las manos, peinarse o el baño son operaciones cotidianas que hay que aprovechar para estimularle a través de juegos y ejercicios.

Trabajar con los padres:

- Lavado de manos.
- Control de esfínteres.
- El baño.
- La dentición.

3.5.3. Compartir y crear juegos

A esta edad el bebé se entretiene con juegos que requieren de mucha actividad corporal. A medida que el bebé avanza en el desarrollo postural se abren más posibilidades de conocer y nuevas formas de jugar.

A través del juego, el niño/a imita el mundo que lo rodea y avanza en el desarrollo del pensamiento.

Los juguetes parecen inofensivos pero pueden suponer riesgos para los niños.

3.5.4. Explorar el mundo exterior

A esta edad aumenta la curiosidad por la gente y por como funciona el mundo en general. Hay que ayudarle a explorar el entorno.

3.5.5. Detectar y afrontar bien las inseguridades y frustraciones:

A esta edad el niño/a comienza a sentir emociones de una forma muy precisa y no tiene armas intelectuales para afrontarlas, por lo que la ansiedad no tarda en aparecer. Son síntomas normales y señal de avances en su desarrollo.

Trabajar con los padres:

- Los miedos.
- Las frustraciones.
- Las rabietas.
- La seguridad del niño.

3.5.6. Materiales a usar en la fase 12-18.

Programa Domiciliario de Crecer Felices en Familia de la Junta de Castilla y León. Materiales para el/la profesional que aplica el programa:

- Libro de secuencias y ejercicios de estimulación estructurado por edades.

- Guía de cuidados básicos: proporciona los contenidos fundamentales para apoyar la realización de las sesiones (Alimentación, Aseo, Juego, Paseo, Baño, Sueño).

3.6. Dejar el programa

3.6.1. Establecer autonomía y seguridad en la madre y el entorno familiar

La finalización del programa ha de tener como resultado fundamental la autonomía y seguridad de la madre para el cuidado del niño o niña que ha sido objeto de la intervención.

3.6.2. Valorar las conductas de cuidado y la seguridad del apego.

En la finalización del programa es fundamental la valoración de todos los apartados incluidos en el protocolo de evaluación (4), pero de forma central hay que valorar las conductas de apego seguro, como principal indicador de resultado.

3.6.3. Valorar potenciales riesgos psicológicos o sociales.

La existencia de factores significativos de riesgo psicológico o social implicaría que el programa se cierre tomando medidas de protección que se consideren necesarias y pertinentes en función de esos riesgos.



4. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Se basa en una revisión objetiva e intensiva de todas las áreas incluidas en el protocolo de actuación del programa en cada caso particular.

4.1. Prenatal

4.1.1. Conductas de cuidado de la salud: Indicadores de riesgo/indicadores de cuidado.

4.1.2. Disposición psicológica: aceptación-motivación/rechazo o ambivalencia sobre el embarazo.

4.1.3. Inmadurez/responsabilidad.

4.1.4. Aislamiento/apoyo del entorno.

4.1.5. Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad /responsabilidad.

4.1.6. Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado.

4.1.7. Nivel de higiene: adecuado/inadecuado

4.2. Postnatal, a realizar cada 6 meses.

4.2.1. Estado anímico/estrés de la madre.

4.2.2. Conductas de autocuidado y salud de la madre.

4.2.3. Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad/
responsabilidad.

4.2.4. Establecimiento del vínculo con el bebé.

4.2.5. Conductas de alimentación y aseo.

4.2.6. Conductas de juego.

4.2.7. Estado físico y desarrollo del bebé (peso, crecimiento,
desarrollo).

4.2.8. Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado.

4.2.9. Nivel de higiene: adecuado/inadecuado.

4.2.10. Expectativas de la madre y la familia: adecuadas/inadecuadas
a las posibilidades del niños.

4.2.11. Indicadores de integración socio-laboral de la madre.

4.2.12. Indicadores de integración socio-educativa del niño.

4.2.13. Indicadores de parentalidad responsable (lapso para otros
embarazos, estabilidad afectiva, mantenimiento de normas, etc.).

IDENTIFICACIÓN DEL CASO		CORPORACION LOCAL	AÑO		Nº HISTORIA SOCIAL	
EVALUACIÓN					RESULTADOS	
áreas	¿se evalúa fecha?	Valoración	Inter-Vención	Objetivos	Nivel de logro	Indicadores y fecha de Consecución
	SI	2 óptimo	SI	Describir objetivos de la intervención en términos concretos y observables; señalar indicadores claros de lo que se quiere cambiar	0 negativo/Riesgo	Señalar algún indicador observable de lo que se ha logrado; tiene que ser algo objetivo y concreto. Indicar la fecha
	NO	1 adecuado	NO		1 parcial Insuficiente	
		0 aceptable			2 parcial Suficiente	
	fecha	-1 carencias			3 óptimo	
		-2 riesgo				
PR_S						
PR_Ps						
PR_MR						
PR_A						
PR_SX						
PR_VE						
PR_H						
POS_AE						
POS_S						
POS_SX						
POS_VI						
POS_AA						
POS_J						
POS_DB						
POS_V						
POS_H						
POS_EXP						
POS_SL						
POS_PR						

Prenatal PR

PR_S Conductas de cuidado de la salud: Indicadores de riesgo/indicadores de cuidado; hábitos, revisiones médicas, etc

PR_Ps Disposición psicológica: aceptación-motivación/rechazo o ambivalencia sobre el embarazo

PR_MR Madurez/responsabilidad para tener un hijo en este momento

PR_A Aislamiento/apoyo del entorno

PR_SX Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad/responsabilidad

PR_V Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado

PR_H Nivel de higiene: adecuado/inadecuado

Postnatal POS

POS_AE Estado anímico/estrés de la madre; general y en relación con el bebé; repercusión en el bebé

POS_S Conductas de autocuidado y salud de la madre; hábitos, revisiones médicas, etc.

POS_SX Conductas afectivo-sexuales: irresponsabilidad/responsabilidad, prioridad que se da al bebé

POS_VI Establecimiento del vínculo con el bebé, respuestas de apego

POS_AA Conductas de alimentación y aseo

POS_J Conductas de juego, desarrollo afectivo del bebé y conducta de apego

POS_DB Estado físico y desarrollo del bebé (peso, crecimiento, desarrollo)

POS_V Entorno de vivienda: adecuado/inadecuado

POS_H Nivel de higiene: adecuado/inadecuado

POS_EXP Expectativas de la madre y la familia: adecuadas/inadecuadas a las posibilidades del niño, saber lo que se puede esperar

POS_SL Indicadores de integración socio-laboral de la madre, atención al riesgo de aislamiento

POS_PR Indicadores de parentalidad responsable (lapso para otros embarazos, estabilidad afectiva, mantenimiento de normas, etc

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN

- 1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:**
- 2. AREAS.** El listado de áreas que se evalúan cubre todas las áreas que se consideran fundamentales en el programa, es importante que todas las áreas hayan sido objeto de una primera revisión o exploración, aunque no siempre haya que evaluar en profundidad todas ellas (algunas pueden simplemente no ser aplicables en el momento en que se inicia el caso).
- 3. ¿SE EVALÚA? ¿FECHA?** En esta columna hay que señalar "SI" para todas las áreas que se han considerado necesario evaluar en profundidad y señalar "NO" para las áreas que no se han evaluado, bien porque no se ha podido o bien porque en el momento de inicio del caso no son aplicables. Cuando se indica que "SI" se ha realizado una evaluación hay que poner la fecha en que esta se ha completado.
- 4. VALORACIÓN.** Se hará una valoración en una escala entre +2 y -2 para todas aquellas áreas en las que se ha señalado (SI) que se ha realizado Evaluación. **+2** indica que el funcionamiento en ese área es **óptimo**; **+1** se utiliza cuando la valoración encuentra que el funcionamiento es **adecuado**, es decir, que pudiendo tener algunas mejoras éstas son de poca trascendencia; **0** es un valor que usamos cuando el funcionamiento en ese área es **aceptable**, lo que significa que no implica carencias muy significativas pero es claramente mejorable; **-1** es una valoración que utilizamos cuando hay **carencias** que pueden tener una repercusión relevante y por tanto es conveniente trabajar cambios en relación con esas carencias; **-2** es un valor que ponemos en un área cuando hay indicadores claros de que las carencias o dificultades suponen **riesgo** para la situación del bebé; este valor implica una intervención que ponemos en marcha con rapidez y en algunos casos puede también implicar una notificación a las Secciones de Protección si el riesgo es muy severo o bien la intervención que ponemos en marcha no provoca un cambio rápido o es rechazada por el usuario.
- 5. INTERVENCIÓN.** En esta columna señalaremos "SI" en todas las áreas Evaluadas en las que se ha decidido hacer algún tipo de intervención. Las áreas evaluadas y valoradas con -1 (carencias) y -2 (riesgo) SIEMPRE tendrán algún tipo de intervención (adecuada al nivel de gravedad de esas carencias y riesgo); las áreas valoradas con 0 (aceptable) pueden *en algunos casos* tener también algún tipo de intervención de baja intensidad si se trata de actuaciones que con facilidad pueden optimizar el funcionamiento de un área. Obviamente se señalará "NO" en todas las áreas Evaluadas en las que no se plantea intervención.
- 6. OBJETIVOS.** En este apartado de la Tabla de evaluación hay que señalar los objetivos que se plantean en aquellas áreas en las que se ha señalado (SI) que se realizará Intervención. Es importante que la descripción de esos objetivos sea muy **somera, clara, y en términos concretos y observables**. Es recomendable que esta descripción de objetivos se base en algún **indicador claro de lo que se quiere conseguir**. Por ejemplo, no sería aceptable un objetivo como "conseguir una comprensión más madura de lo que significa tener un hijo ahora", pero sí sería aceptable este objetivo: *"realizar un listado objetivo de las dificultades de tener este bebé y pensar en formas realistas de solucionarlas"*. Tampoco sería aceptable un objetivo descrito de forma genérica como "mejorar el apego a su bebé", pero sí una formulación que dijese *"que espontáneamente quiera estar y disfrute todos los días con el bebé y responda a sus necesidades sin llamar a la abuela"*. Igualmente, sería un objetivo mal establecido el que dice "mejorar el aislamiento en el que se encuentra la madre desde que tiene al bebé" porque tendría que aportar más concreción, como por ejemplo: *"vuelve a pasar tiempo con sus amigas y sale con su pareja y el bebé un rato cada día"*.
- 7. RESULTADOS.** Esta parte de la evaluación se completará cuando se haya terminado la intervención en cada área evaluada y señalada con objetivos de intervención. Obviamente los resultados de los objetivos PREnatales se han de valorar una vez se produce el nacimiento. Y en cuando a los objetivos POSTnatales, sus resultados pueden valorarse cuando la intervención concreta planificada se ha concluido. En este apartado de RESULTADOS se incluyen dos columnas: la primera para valorar en una escala el nivel de logro de los objetivos, y la segunda columna para describir de forma observable y concreta lo que se ha conseguido y también la fecha en que esto se ha logrado.
- 8. NIVEL DE LOGRO.** En esta columna se pone un valor entre 0 y 3 para cada área en la que se haya realizado intervención. Usamos el **valor 0** cuando los objetivos no se han conseguido y el funcionamiento en ese área **sigue siendo negativo o de riesgo**. La puntuación **1** la utilizamos para señalar que ha habido una consecución **parcial** de objetivos que no es suficiente y por lo tanto **siguen existiendo ciertas carencias o dificultades** en ese área. Usamos la puntuación **2** cuando el nivel de logro de los objetivos es **parcial**, no se ha conseguido todo lo que se había planificado, **pero suficiente porque ahora el funcionamiento del área no es problemático**. Y finalmente el **valor 3** indica que **hay un logro óptimo** de lo que se había establecido como objetivo.
- 9. INDICADORES Y FECHA DE CONSECUCIÓN.** En esta columna de la Tabla de evaluación se ha de indicar de forma breve y con mucha concreción algún indicador observable de lo que se ha conseguido y la fecha en que esto se ha logrado. Por ejemplo, *"se ocupa ya todos los días del baño del bebé y disfruta, se rie con frecuencia y no se queja(20-Diciembre)"*.



5. BIBLIOGRAFIA

Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M., Speranza, A. & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2, 328-346.

Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*, Barcelona, Paidós.

Aos, S. Lieb, R., Mayfield, J. Miller, M., & Pennucci, A. (2004) *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.

Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Argentina; Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Argentina; Editorial Paidós.

Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development, *Developmental Psychology*, 22, 723-742 págs.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona, Paidós.

Buchsbaum, H.K., Toth, S.L., Clyman, R.B., Chichetti, D., & Emde, R.N. 1992. The use of a narrative story stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice. *Development and Psychopathology*, 4, 603-625.

DiScala, C., Lescohier, I., Barthel, M., & Li, G. 1998. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 102, 1415-1421.

Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C. R. Jr., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Powers, D. (2011). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164, 9-15.

Escudero, V. (2009) *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León.

Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association. [Traducción española publicada por Barcelona:Paidós, 2009]

Furstenberg, F.F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, S.P. 1987. *Adolescent mothers in later life*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Garbarino, J. 1981. An ecological perspective on child maltreatment. En L. Pelton Ed., *The social context of child abuse and neglect* pp. 228–267. New York: Human Sciences Press.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.

Kramer, M.S., 1987. Intrauterine growth and gestational duration determinants. *Pediatrics*, 80, 502–511.

Masse, LN, Barnett SW (2002). *A benefit cost analysis of the Abecedarian early childhood intervention*. National Institute for Early Education Research, New Brunswick NJ.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Chen, L., & Jones, J. 1996. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138–1142.

Mayes, L.C. 1994. Neurobiology of prenatal cocaine exposure: Effect on developing monoamine systems. *Infant Mental Health Journal*, 15, 121–133.

Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Gedisa.

Musick, J.S. 1993. *Young, poor and pregnant*. New Haven, CT: Yale University Press.

Newberger, C.M., & White, K.M., 1990. Cognitive foundations for parental care. En D. Cicchetti & V. Carlson Eds., *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, pp. 302–316. Cambridge, England: Cambridge University Press.



Musitu, G. Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). Teoría de Sistemas. En Musitu, G. y P. Allat, *Psicosociología de la Familia* 47-79 págs., Valencia, Albatros.

Olds, D.L., 1997. Tobacco exposure and impaired development: A review of the evidence. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 3, 1–13.

Olds, D.L. (2006) The nurse-family partnership: An evidence-bases preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5-25.

Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., & Cole, R., et al. 1997. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637–643.

Olds, DL, Henderson CR, Phelps C, Kitzman H, and Hanks C (1993). Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. *Medical Care*, 31, 155-174.

Olds, D.L., Pettitt, L.M., Robinson, J., Eckenrode, J., Kitzman, H., Cole, R., et al. 1998. Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*, 25, 65–83.

Olds, D.L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R. Jr., et al. 2002. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.

Papalia, D. y Olds, S. (1992). *Desarrollo Humano*, 4ª. Edición, Santa Fe de Bogotá, McGraw Hill.

Peterson, L., & Gable, S., 1998. Holistic injury prevention. En J.R. Lutzker Ed., *Handbook of child abuse research and treatment* pp. 291–318. New York: Plenum Press.

Pinsof, W. B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.

Raine, A., Brennan, P., & Mednick, S.A. 1994. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry*, 51, 984–988.

Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA (2001). *Age 21 Cost-Benefit Analysis of the Title I*. Chicago Child-Parent Center Program.

Rozenel, V. (2006). Los modelos operativos internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Revista de Psicoanálisis*, 23.

Schweinhart, LJ, Barnes HV, Weikart DP (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27*. High/Scope Press: High Scope Educational Research Foundation: Ypsilanti MI.

Rutter, M. 1989. Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. En D. Cicchetti & V. Carlson Eds., *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* pp. 315–348. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Teicher, M.H. 2000, Fall. Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum*, 2, 50–67.