

**GUÍA PARA LA EVALUACION DE LAS
COMPETENCIAS Y LA RESILIENCIA
PARENTAL¹**

Jorge Barudy

Maryorie Dantagnan

Con la colaboración de Emilia Comas

¹ Esta guía está incluida en el libro editada en Febrero 2010:

**“ LOS DESAFÍOS INVISIBLES DE SER MADRE Y PADRE”
Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental
Guía para padres biológicos, acogedores y profesionales de la infancia**

La publicación de esta guía en este formato ha sido posible gracias a la gentileza de los autores y de la Editorial Gedisa, ambos dueños de los derechos de autor. Esto como una contribución al Seminario “, La evaluación de las competencias parentales” organizada por la Universidad Diego Portales y el SENAME.

GUÍA DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS Y LA RESILIENCIA PARENTAL

INDICE GENERAL:

INTRODUCCIÓN

Nivel I: Capacidades parentales

Unidad de evaluación 1: EVALUACIÓN DEL APEGO

1.1) LA VALORACIÓN DEL MODELO DE APEGO ADULTO

- 1.1. A. Evaluación del apego adulto a través del examen de las narrativas de los padres acerca de los acontecimientos de sus historias infantiles y familiares que influyen en las competencias parentales.
- 1.1. B. Evaluación de la salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar positiva o negativamente la relación con sus hijos e hijas.

1.2) EVALUACIÓN DEL APEGO DE LOS HIJOS A SUS PADRES A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

- 1.2.a) Valoración de la calidad de la relación los bebés de 0 a 12 meses con sus padres o cuidadores
- 1.2.b) Valoración de la calidad de las relaciones de los hijos e hijas de uno a dos años y medio de edad con sus padres o cuidadores.
- 1.2.c) Valoración de la calidad de las relaciones de los niños de edades comprendidas entre 2 años y medio y siete años con sus padres/cuidadores.
- 1.2.d) Valoración de la calidad de las relaciones de los niños mayores de 7 años con sus padres /cuidadores.

Unidad de evaluación 2: EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA

- 2.1)** Análisis de la vivencia del evaluador/a en sus interacciones con los padres.
- 2.2)** Evaluación de las capacidades empáticas del adulto por medio del examen de sus niveles de impulsividad y autocontrol.

- 2.3) Evaluación de las capacidades empáticas por medio de la observación participante (adaptación del IRI).
- 2.4) Evaluación de las capacidades a aceptar las responsabilidades de los padres en lo que acontece a sus hijos.

Nivel II: Habilidades parentales

Unidad de evaluación 3: MODELOS ACTUALES DE CRIANZA

- 3.1) Examen de habilidades parentales actuales con bebés y niños menores de dos años.
- 3.2) Examen de habilidades parentales con niños de dos años y más.
- 3.3) Examen de las habilidades parentales de satisfacer las necesidades intelectuales y educativas de sus hijos mayores de dos años.

Unidad de evaluación 4: RECURSOS Y APOYOS DE LAS REDES FAMILIARES Y SOCIALES

- 4.1) Evaluación de las características de las relaciones sociales de los padres con su comunidad: capacidades de funcionar en redes sociales.
- 4.2) Evaluación de la capacidad de los padres de solicitar y beneficiarse de organismos y profesionales.

Nivel III. Impacto de las incompetencias parentales en los hijos e hijas.

Unidad de evaluación 5: EL IMPACTO DE LAS INCOMPETENCIAS PARENTALES EN LOS HIJOS E HIJAS

Nivel IV. Evaluación de los contextos sociales y familiares que influyen en el ejercicio de la parentalidad social.

Unidad de Evaluación 6: EVALUACIÓN DE LOS CONTEXTOS SOCIALES Y FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL EJERCICIO DE LA PARENTALIDAD SOCIAL

Nivel V. Presentación de los resultados de la evaluación de las competencias parentales.

INTRODUCCIÓN

Esta guía tiene como finalidad evaluar las competencias de las madres y padres considerándolos como la fuente principal de cuidados para asegurar la satisfacción de las necesidades infantiles en una familia.

Nuestra experiencia de varios años en programas de prevención y tratamientos de las consecuencias de los malos tratos, nos fueron creando la necesidad de aportar una herramienta para evaluar las competencias de los padres. En nuestro trabajo constatamos las grandes dificultades que los profesionales tenían en ponerse de acuerdo por ejemplo, a la hora de realizar una medida de protección a un bebé, niño o una niña, para decidir sobre su custodia en caso de separación de la pareja o cambiar una medida de visita en caso de niños protegidos. Esto, debido a la gran diversidad de criterios que están en juego. Esta conflictividad que siempre perjudica a los niños, nos motivó elaborar esta Guía para ayudar a los profesionales de la infancia, en especial a los implicados en la protección infantil, en la salud mental y en los tribunales civiles, de menores y de la familia. Esta Guía es nuestra contribución para que los profesionales que tengan la gran responsabilidad de adoptar medidas que conciernen a los niños u organizar un plan de intervención para ayudar a las familias, puedan hacerlo basándose en lo que la investigación clínica y científica ha aportado.

Nuestras constataciones del sufrimiento de los niños y de las niñas cada vez que se intenta diagnosticar o descartar la existencia de malos tratos y sus causas a través de sus testimonios, han reforzado aún más este proyecto. Hemos sido testigos de verdaderos interrogatorios para presionar a los niños o niñas a que señalen, el por qué, el cómo y los nombres de los responsables de sus lesiones. El centrar el diagnóstico de los malos tratos principalmente en lo que el niño o la niña muestra o dice, en vez de evaluar las capacidades de los adultos, nos parece una intervención injusta y que a menudo re victimiza a los niños. Que un niño reconozca maltratado por sus padres, ya es psicológicamente muy difícil. Lo es aún más, cuando éste se da cuenta que se le obliga a delatar a sus propios padres. En este mismo sentido, en los casos de separación se le pide que se pronuncie con quién le gustaría vivir, se le somete a

un dilema casi imposible de resolver. Por lo tanto, es más adecuado y éticamente más justo para los niños y niñas, validar la existencia de malos tratos a través de una evaluación de la calidad de los cuidados que los padres o cuidadores prodigan a los niños. Lo anterior por ejemplo, debe ser el pilar básico a la hora de decidir de dejar un niño en su medio familiar, o al contrario, ofrecerle un medio de acogida. La adecuación de la medida es fundamental no sólo para garantizar siempre la protección del niño o de la niña, sino también, y sobre todo, su desarrollo.

Esta guía tiene también como propósito contribuir a la reflexión de todas las personas que se plantean lo que implica ser una madre o padre adecuado, y al mismo tiempo, evaluar el grado de adecuación que permite asegurar el desarrollo sano de los hijos e hijas.

La valoración de las competencias parentales a través de esta Guía, nos permitirá conocer las características del contexto en que desenvuelven los padres, las interacciones de los actores involucrados, sus historias de vida, las consecuencias que experimentan actualmente debido a la violencia vivida, los recursos sociales e institucionales de los que disponen, etc. Al mismo tiempo, valora los riesgos que puedan estar viviendo los niños/as a raíz de las incompetencias parentales de algunos adultos de la familia y que resultan significativos o influyentes en su cuidado y crianza.

Este proceso de evaluación proporcionará la elaboración de un diagnóstico detallado y completo, proporcionando una base sólida y consistente que facilitará las decisiones a la hora de intervenir y escoger los cursos de acción más pertinentes y eficaces a partir de la realidad de cada caso y así asegurar la calidad de la intervención posterior. Esta perspectiva de evaluación implica una redefinición de las situaciones de malos tratos infantiles, al considerarlos como consecuencias de la incapacidad o incompetencia de los adultos de brindar buenos tratos a sus hijos/as. Es decir, desde esta posición, los malos tratos infantiles emergen cuando no existen recursos suficientes para asegurar los buenos tratos que cualquier niño/a se merece.

Esencialmente, la etapa diagnóstica en el marco de esta Guía, implica el abordaje y entendimiento de las capacidades y habilidades parentales del cuidador y las consecuencias que sus prácticas tienen en el niño/a, teniendo como telón de fondo la relación – interacción entre ambos y considerando su historia y las características particulares de la situación actual. El foco del diagnóstico (o la unidad diagnóstica) se entiende como la estructura compleja de significados, relaciones e interacciones a observar y evaluar en el marco del diagnóstico.

Las fases y procedimientos que se plantean buscan identificar y evaluar los recursos existentes en los adultos y su relación con el niño/a, identificando las situaciones de riesgo y vulneración que se puedan estar viviendo.

Existen distintas formas de realizar un diagnóstico, pero el que consideramos más pertinente al fenómeno de la parentalidad y acorde a los objetivos perseguidos, pone énfasis en la totalidad, en la exploración del individuo en relación directa con su contexto. Se basa en un paradigma que pone énfasis en la retroalimentación y en la interacción y que lo han denominado como circular, sistémico, cibernético o ecológico.

Desde este paradigma, hay que visualizar al cuidador/a y su relación con el niño en un contexto, insertos en un espacio físico y temporal específico e interactuando con una red social más amplia.

El diagnóstico sistémico propuesto busca contextualizar el tema de las competencias - incompetencias parentales- para ello debe conocer cómo han sido y cómo son las relaciones entre el niño/a, el adulto cuidador y la familia en general, en el aquí y ahora. De esta manera, es posible observar cómo a través de este diagnóstico para evaluar las competencias parentales pasamos del cuidador y sus características propias, a ver y evaluar sus competencias parentales en relación al niño/a y a la red social de la cual forma parte.

Las fuentes que han dado origen a esta guía son: nuestra propia experiencia clínica y la de otros profesionales con quien hemos tenido el privilegio de trabajar. Se suman a éstas, el contenido de conversaciones con padres y madres en el marco de diferentes actividades de promoción de buenos tratos infantiles y el acceso a diferentes investigaciones que se refieren directa o indirectamente al tema. Una de las investigaciones que más nos ayudó es la del grupo de Investigación de Toronto: *Parenting Capacity Assessment Project*, quienes publicaron en noviembre de 1993 un primer modelo para evaluar competencias parentales. El material de esta investigación nos fue proporcionado generosamente, en unas jornadas sobre el mismo tema en la ciudad de Quebec en 1998.

Esta guía pretende ser un aporte para contribuir al bienestar integral de niños, que por desgracia, les toca vivir en el seno de familias cuyos padres por sus tragedias infantiles y la falta de apoyo de su comunidad, no desarrollaron las competencias para cuidarles, protegerles ni asegurarles un desarrollo sano y que, además, en muchas ocasiones les provocan daños irreversibles. Hacer frente a la tarea de evaluar las competencias de estos padres, y a partir de datos objetivos, proponer las mejores medidas para el niño y programas de rehabilitación parental que parezcan los más adecuados, nos parece en la actualidad una muestra de valentía, pero sobre todo de solidaridad con todos los implicados. Esta Guía que proponemos, es una

forma de organizar la información para mejorar las capacidades de los profesionales a ayudar a los niños y a sus padres. A los niños, para asegurarles el derecho a una vida sana donde sean siempre bien tratados, a los padres, para apoyarles en la adquisición de competencias que por las injusticias de la vida no pudieron adquirir. Un modelo de intervención basado en la evaluación de las competencias parentales, nos parece también un recurso fundamental para la prevención. En efecto, proporcionar recursos a los padres para que mejoren su parentalidad, es al mismo tiempo facilitar a los hijos, modelos más sanos para la crianza de sus futuros hijos. Si a pesar de los recursos proporcionados, los padres no pueden mejorar sus competencias, tenemos la posibilidad de ofrecer a sus hijos una acogida familiar o residencial para asegurarles un desarrollo sano como personas. Si además se complementa el acompañamiento de estos niños con experiencias familiares, esto podrá facilitar la adquisición de modelos de crianza que les permita en un futuro ser padres y madres bien tratantes. Desde otra perspectiva, esta guía pretende ayudar para disminuir la intensidad y la duración de los períodos de inestabilidad en que muchos niños se encuentran a la espera de medidas de acogida definitivas. Hemos conocido casos de niños que han pasado meses e incluso años, entre el momento en que se han detectado los malos tratos y en el que se han tomado las medidas para protegerles. Por lo tanto, pretendemos que las informaciones recogidas a través de esta Guía, permitan disminuir los períodos de inestabilidad y de “peloteo” en que muchos niños pueden encontrarse. El no disponer de instrumentos para recoger e interpretar las múltiples informaciones que se disponen, puede ocasionar que los niños queden estancados en instituciones de acogida transitorias. Estas situaciones, además de no permitir el nacimiento y la continuidad de los vínculos de apego que los niños necesitan, no siempre aseguran los cuidados que requieren para desarrollarse. El caso más dramático es el de los bebés que en vez de encontrarse en el seno de una familia, pasan meses o sus primeros dos años a la espera de una medida administrativa o judicial.

Por último, esta Guía se inscribe dentro de nuestro paradigma teórico-práctico destinado a promover el bienestar infantil a través de los buenos tratos a los niños. Por esto, puede ser considerado como un antídoto a los malos tratos familiares, pero también a la violencia institucional y social.

La utilización de este instrumento se inserta en una filosofía cuyos objetivos fundamentales son:

- Proporcionar la mejor protección posible a los niños y niñas a fin de evitar un daño irreversible a sus procesos de crecimiento y desarrollo. Esto tiene especial importancia en los bebés y

lactantes cuya vulnerabilidad a las carencias y al estrés por situaciones de violencia pueden provocarles daños irreparables.

- Proteger las capacidades de los niños a apearse de una forma selectiva a personas significativas.

- Brindar relaciones de cuidados, protección y educación ya sea sustitutiva, complementaria o de apoyo a las de sus padres biológicos. Es decir, promover y garantizar una relación sana y funcional con sus progenitores, pero también cuando esto no sea posible, con otras figuras de apego de sus redes sociales, como educadores de centro, padres de acogida, etc. Lo único que justifica una ruptura de vínculo es cuando ésta daña u obstaculiza el desarrollo y el bienestar infantil.

- Reducir al mínimo el período que los niños y niñas se encuentran en una situación de inestabilidad. Esto les impide reconstruir un proyecto personal y la posibilidad de reparar las heridas provocadas por los malos tratos.

- Apoyar a los niños y niñas en su derecho a beneficiarse de todos los recursos educativos y terapéuticos indispensables para la reparación del daño sufrido por los malos tratos.

- Hacer todo lo posible por ofrecer a los padres los recursos educativos y terapéuticos para la rehabilitación de sus competencias parentales.

Esta Guía subraya la idea que, como profesionales de la infancia nunca podemos perder de vista: “el sufrimiento infantil es en gran parte resultado de la incompetencia del mundo adulto en satisfacer las necesidades de los niños y niñas, y en garantizarles sus derechos”. Esta toma de conciencia nos parece fundamental a la hora de comprender este sufrimiento y aportar la ayuda adecuada para superarlo.

El uso de instrumentos para evaluar las competencias parentales, permite la utilización de criterios técnicos a la hora de elegir las medidas más adecuadas y oportunas para proteger a un niño o a una niña víctima de malos tratos. Por lo tanto, estos procedimientos no sólo aseguran más objetividad, sino que además descargan al niño o a la niña de tener que delatar a sus padres.

La resistencia a evaluar a los padres.

El integrar dentro de la metodología de validación, el examen de las competencias de los adultos, ya sean padres biológicos u otros cuidadores puede verse influenciado por lo que hemos llamado los fenómenos auto-referenciales adultistas. Esto, probablemente debido a que nuestra estructura y pertenencia al mundo adulto nos puede despertar resistencias a la hora de examinar las competencias de los padres. Para evitar los elementos conflictivos que pueden acarrear estos

exámenes, podemos preferir seguir exigiendo a los niños que nos den la información pertinente para poder ayudarles y protegerles.

Esta guía no pretende reemplazar otros modelos de validación de la parentalidad, al contrario, pretende enriquecerse de ellos, al mismo tiempo de contribuir a una mejora allí donde se estime conveniente. Tampoco debería que ser considerada como un instrumento infalible a través del cual se obtendrán respuestas exactas y clarividentes para la toma de decisiones. Este instrumento es sólo una Guía para mejorar la metodología de validación o diagnóstico, pero sobre todo un nuevo pretexto para seguir conversando y compartiendo experiencias y prácticas.

Recomendamos que esta guía no sea introducida de una forma precipitada en vuestras prácticas, porque puede ser contraproducente. Primero hay que familiarizarse con sus conceptos, asimilarlos y luego acomodarlos con lo que ya sabemos; sólo recién puede ser útil para vuestras prácticas, y para eso se requiere tiempo.

Bienestar infantil y competencias parentales.

El buen trato infantil es el resultado de un proceso complejo determinado por la interacción de diferentes niveles representados en la ecuación, presentada en el texto precedente. En ella, intentamos demostrar que el buen trato como resultado final es más que la suma de los esfuerzos individuales de los padres y de los miembros de una familia. El bienestar infantil es sobre todo la consecuencia de los esfuerzos y recursos coordinados que una comunidad pone al servicio del desarrollo integral de todos sus niños y niñas.

En esta fórmula, el bienestar infantil es producto del buen trato que el niño recibe, y éste a su vez es el resultado de la disposición de unas competencias parentales que permitan a los adultos responsables responder adecuadamente a las necesidades de los niños. Para que esto pueda producirse, deben existir, además, recursos comunitarios que ayuden a cubrir las necesidades de los adultos y de los niños.

En el caso de familias cuyos padres no poseen las competencias parentales y como consecuencia dañan a sus hijos, los organismos de protección de cada nación tienen el deber de desarrollar, por un lado, programas específicos para rehabilitar las competencias parentales y, por otro, evaluar las necesidades especiales de los niños dañados por estas incompetencias. Esto, para proporcionar no sólo una protección adecuada, sino programas terapéuticos para ayudarles a recuperarse del daño sufrido.

Un modelo de bienestar infantil que considere como finalidad el buen trato y las competencias parentales como uno de los pilares para conseguirlo, debería por tanto responder a dos desafíos:

1. ¿Cómo evaluar y generar cambios cualitativos y cuantitativos en las competencias de las figuras parentales?
2. ¿Cómo cubrir las necesidades especiales de estos niños, consecuencia de la incompetencia de sus padres, además de satisfacer sus necesidades habituales inherentes a su desarrollo?

Estas preguntas incluyen otras muchas, entre otras:

- ¿Cuáles son las competencias parentales actuales?
- ¿Cuáles son las posibilidades de modificar esas competencias parentales?
- ¿Qué propuesta plantear si esas competencias parentales son irrecuperables?
- ¿Cuál es el daño actual visible del niño?
- ¿Cuál es el nivel de daño en los trastornos del desarrollo (daño invisible)?
- ¿Cuál es la “patología social” de la familia? ¿Cómo se inserta la familia en las redes sociales (nivel de apertura de sus fronteras: funcionamiento cerrado versus funcionamiento caótico)?

La Guía de Evaluación de las Competencias Parentales que ofrecemos aquí, es una forma de buscar la información para responder a estas preguntas y a otras que se puedan ir presentando.

Validación de la responsabilidad parental y subjetividad de los profesionales.

La Guía presente puede ser también considerada como un instrumento para manejar los componentes subjetivos de los profesionales que tienen que proponer y ejecutar las medidas de protección de un niño o una niña.

En efecto, nuestra experiencia nos ha conducido gradualmente a tomar consciencia de la necesidad de encontrar un modelo de toma de decisiones que, entre otras cosas, pudiera protegernos de nuestra propia subjetividad. Una de las ideas que más ha contribuido a la mejora de las intervenciones en el campo de lo social y también de lo terapéutico es la de aceptar que los

evaluadores de los fenómenos y comportamientos humanos no son independientes de los hechos observados. En otras palabras, cualquier diagnóstico no sólo informa de las personas o sistemas estudiados, sino también de la vivencia del observador. Por lo tanto, el desafío a la hora de evaluar las competencias de los padres de una familia es poder manejar los aspectos subjetivos de la observación. En este sentido, este instrumento pretende ser una especie de mapa para centrar la observación en aquellos aspectos que nos parecen los más relevantes para los niños. Ayudándonos así a recordarnos de una forma permanente, que si evaluamos a los padres, es en función de las necesidades de los niños. Esto para proponer las medidas que pudieran ser las más coherentes a largo y corto plazo.

Las vivencias de los profesionales confrontados al sufrimiento infantil

Nadie puede desconocer que el contenido de los malos tratos infantiles moviliza en los profesionales una cantidad importante de emociones y afectos difíciles de manejar, muchas de ellas confusas y contradictorias, lo que puede afectar gravemente la evaluación. Por una parte, está el sufrimiento de los niños y niñas resultado de los malos tratos y o conflictos conyugales, por otra parte, el de los padres a partir de sus historias de vida traumáticas, frustraciones y carencias particulares. Estos contextos emocionalmente conflictivos pueden determinar por parte de los profesionales una de las siguientes respuestas:

1) Identificación exagerada con los padres, a tal punto de transformarse en defensor de estos, minimizando los efectos dañinos sobre los niños de las incompetencias de sus padres. Mientras más alejado están los profesionales de la vivencia de los niños, más grande es el riesgo de caer en esta actitud. Como ejemplo de esta situación, están los casos de profesionales de instancias administrativas y/o judiciales que, influenciados por el discurso de los padres y sin conocer a los niños y en contra de las opiniones de otros profesionales o cuidadores en torno al niño, toman decisiones que les perjudican gravemente.

El caso de psicólogos o psiquiatras que sobre-identificándose con sus pacientes, les apoyan en sus demandas de recuperar a sus hijos y oponerse a una medida de protección como una forma de mantener o construir una alianza terapéutica con ellos, es otro ejemplo de este mismo fenómeno. En muchas ocasiones, los profesionales responsables de determinar las medidas de protección de los niños están tan influenciados con la idea de no provocar sufrimientos o la ira de los padres, que pueden optar por dejar a los niños en sus familias, aun en casos de malos tratos graves. Con esta actitud se prolonga el sufrimiento de los niños y se cierran

las puertas a la posibilidad de una crisis social constructiva que podría introducir cambios en las dinámicas familiares de malos tratos. (Barudy J. 1998)

Otra ilustración de estos fenómenos “de protección” de los padres, es cuando se les hacen exigencias de cambios que nada tienen que ver con una mejora de sus capacidades parentales o parentales. Desgraciadamente, es demasiado habitual que se les pida una serie de tareas o mejoras respecto a la higiene de la casa, hacer una terapia de pareja, encontrar trabajo, cesar el consumo de drogas o ir al psiquiatra, como condición para el retorno de los hijos a la familia. En todos estos casos existe una confusión sobre el sentido de la demanda, seguramente ligada a los aspectos conflictivos que acarrear medidas que frustran los deseos de los adultos. En algunos casos, los padres presentan mejoras en sus situaciones sociales, en sus relaciones de pareja o en sus relaciones con las drogas. Que esto ocurra no es extraño, puesto que, por una parte, los padres están recibiendo ayuda, y por otra, que el factor gatillador que los descompensa no existe, es decir, la presencia de sus hijos, pues están siendo cuidados por otros. Una toma de decisión en este contexto puede provocar el retorno de los hijos a la casa sin que sus padres hayan sido ayudados en una mejora real en función de sus competencias parentales. La vuelta de los niños a casa, provoca con bastante frecuencia una nueva descompensación de los padres y de los niños, con la consecuente nueva separación de los hijos de su familia y un nuevo internamiento. La mayoría de las veces esto se realiza en un centro de acogida o familia diferente al anterior, dinámica que cuando se repite varias veces, lleva a los niños a ser víctimas del “síndrome del peloteo” cuya consecuencia dramática es la “atrofia” de las posibilidades de apego de estos niños, acarreando consecuencias nefastas a su identidad, confianza relacional, posibilidades de aprendizaje, etc., y más a largo plazo, problemas serios en su conyugalidad y parentalidad.

2) actitud negativa y culpabilizante con uno o ambos padres. Estas vivencias son a menudo responsables del riesgo de una amplificación de las incompetencias de uno o ambos padres, que en los casos más extremos se expresa como una diabolización de estos. Esta actitud negativa puede conducir a una retirada precipitada y en malas condiciones para los niños, como también impedir el proceso para motivar a los progenitores para que participen en proyectos de rehabilitación parental y a la futura reintegración de los niños a la familia. Esta actitud de los profesionales también interfiere, cuando existe una medida de visita, que ésta se desarrolle de una manera constructiva para los niños. En los casos más graves que hemos conocido, directores de instituciones de acogida o padres acogedores, han influenciado negativamente en la reconstrucción de una vinculación sana de los hijos con sus padres biológicos, denigrándoles e incorporando a los niños en dinámicas de seducción. Todo esto para obtener una tutela

permanente, apropiarse o adoptar a los niños, para resolver problemas personales, de pareja, familiares o de protagonismo social.

3) Identificación con los niños en contra de sus padres. El dolor de los niños maltratados, sobre todo cuando son pequeños provoca una reacción emocional de tristeza, rabia e indignación en cualquier profesional que trabaje en este campo. Esta reacción emocional puede ser considerada legítima e incluso útil para la intervención cuando ésta es empática con la realidad del niño. Esto implica que los profesionales consideren la complejidad de la situación en la que emergieron los malos tratos y sobre todo, la necesidad y el derecho que tienen los niños a mantener una vinculación con los que les dieron la vida. Cuando esta reacción emocional es de piedad o de compasión excesiva y no empática con el niño, las necesidades y sus vínculos pasan a un segundo plano porque son reemplazados por estrategias de salvación y/o castigos hacia sus padres. Esta postura, complementaria a la anterior, puede que resuelva el desajuste emocional del profesional, pero perjudica a los niños. El profesional a través de un proceso proyectivo puede suplantar al niño y operar desde sus propias percepciones y sufrimientos. Esto conlleva a un nuevo proceso de cosificación de éstos y a una toma de decisiones que puede, entre otras cosas, minimizar la importancia que para los hijos tienen sus padres y la pertenencia a una familia, sumándose a su sufrimiento la angustia de una posición de anomia forzada por los criterios y representaciones de los interventores.

4) Actitud negativa y culpabilizante hacia los niños. Los conflictos que conllevan los diferentes niveles de intervención para proteger a los niños, puede que conduzcan a algunos profesionales a olvidar que muchos de niños viven años en situaciones de malos tratos, antes que éstas sean detectadas y se les intente ayudar. En esos contextos, ellos no tienen otra alternativa que sobrevivir adaptándose al abuso de poder y a la violencia. Cuando no reciben una ayuda precoz y eficaz, pueden desarrollar estrategias de “autodefensa” como agredir a los demás o agredirse, o presentar comportamientos disruptivos, dificultades de aprendizaje, precocidad o promiscuidad sexual, etc., y/o cuando son mayores maltratar a su pareja y/o a sus propios hijos.

El daño producido por los malos tratos no sólo se refiere a los diferentes traumatismos que el niño o la niña sufre, sino también a obstáculos importantes a sus procesos de crecimiento y desarrollo cerebral y mental, así como un obstáculo a que sean buenas personas. Por otro lado, sabemos que el sufrimiento y los traumatismos de los niños y las niñas maltratados se expresa en una variedad de problemas y trastornos en alguna o todas las áreas de su desarrollo. Sin embargo, determinados profesionales de cualquiera de las áreas de la intervención, no pueden traducir esos trastornos como mensajes desesperados de sufrimiento de los niños,

reforzando la designación familiar y social, que son ellos los que hacen sufrir a sus padres y no lo contrario. Es probable que estas representaciones se expresen por el poco interés de algunos profesionales por el sufrimiento infantil o como manifestación de una alianza con los padres, camuflada por discursos educativos, como la necesidad de límites o la restauración de la autoridad. Esta actitud esconde muchas, una dificultad de los profesionales en manejar sus emociones o en diferenciar el manejo del caso con sus vivencias personales, ideologías o creencias.

La evaluación de competencias parentales para garantizar una intervención coherente centrada en los niños y niñas

A medida que hemos ido avanzando y acumulando experiencia y conocimiento, constatamos los múltiples desafíos que implica la tarea de protección infantil. Porque ésta implica entre otras cosas una detección precoz, valiente y comprometida del sufrimiento infantil, pero además, procedimientos de validación o diagnóstico de malos tratos, los cuales deben tomar en cuenta no sólo el daño en los niños, sino también los recursos resilientes existentes para asegurar realmente una mejora de las condiciones de vida para ellos.

Cualquier intervención destinada a ayudar a un niño o niña víctima de la violencia de los adultos en su familia puede provocarle sufrimiento. Esto es casi inevitable puesto que se está interviniendo en una parte importante de su mundo, “su cuerpo familiar”. Las acciones de protección pueden compararse metafóricamente a las intervenciones quirúrgicas que un niño debe sufrir a causa de un trastorno en su cuerpo. No porque las operaciones sean dolorosas son necesariamente traumáticas, si lo son es porque algún factor iatrogénico, como la falta de un acompañamiento psico-social adecuado que complica la elaboración del sufrimiento de la intervención.

Desgraciadamente, en protección infantil son muchos los efectos iatrogénicos que los niños y niñas pueden sufrir, haciendo que el sufrimiento de la intervención se transforme en un traumatismo que se agrega a otros sufridos en sus familias. Casi siempre las víctimas infantiles no tienen la posibilidad de denunciar y corregir las incoherencias y las injusticias de las intervenciones que intentan ayudarles. En general, están a la merced de los adultos y la mayoría de las veces, deben asumir la responsabilidad del dolor provocado por los errores de los profesionales. En relación a esto, uno de los objetivos terapéuticos de las intervenciones de protección debiera ser el permitir que los niños sean siempre sujetos de las intervenciones, teniendo la posibilidad de transformar las vivencias traumáticas en experiencias elaborables. Para esto deben ser ayudados a tomar consciencia, no sólo de las dinámicas abusivas

intrafamiliares que les han hecho daño, sino también de las incoherencias de los sistemas de protección y judiciales, que tienen la responsabilidad de ayudarles, así como de las malas prácticas de los profesionales.

Por lo tanto, otras de las motivaciones para elaborar este instrumento de evaluación de las competencias parentales, ha sido el poder también contribuir a disminuir los traumatismos provocados por nuestras intervenciones, por lo menos a dos niveles: primero, disminuir el peso de la responsabilidad atribuida a los niños de tener que denunciar a través de su relato o de sus comportamientos, los malos tratos que están sufriendo por parte de personas tan significativas – como sus propios padres- de los cuales son dependientes para mantenerse vivos y desarrollarse sanamente. Es importante reconocer que una parte de las dificultades de la validación del maltrato infantil es consecuencia de las características singulares de las dinámicas familiares y sociales en que éste se produce, no es menos cierto que a menudo los profesionales no cuentan con la formación adecuada, ni tampoco con la posibilidad de supervisión ni mucho menos con un acompañamiento que evalúe el impacto de sus valoraciones. Así, numerosas son las situaciones en que este proceso de validación es insuficiente a raíz de que la mayoría de los casos de malos tratos no pueden objetivarse a través de signos exteriores, y las víctimas, por el tipo de relación impuesta por sus padres que les maltratan no están en condiciones de relatar realmente lo que les ocurre en el seno familiar.

En este contexto de dificultades, los profesionales no sólo deben contar con la formación que los haga legítimamente competentes, sino además apoyados desde modelos teórico-prácticos en el ejercicio de sus funciones, tomando en consideración que sus diagnósticos deben no solamente permitir la toma de una decisión en lo que se refiere a la medida de protección más adecuada, sino también la prescripción de un proyecto terapéutico para reparar el daño en las víctimas, así como un programa de rehabilitación de los padres basado particularmente en la recuperación de las competencias parentales. Como ya lo hemos señalado, las carencias actuales a este respecto, traen como consecuencia numerosos casos de niños que permanecen largo tiempo en una situación de desatención mientras los profesionales encargados de su protección encuentran los elementos “objetivos” para validar la existencia de malos tratos. Por ello, son aún muchos los niños y niñas que permanecen períodos prolongados en la situación que les daña, sin recursos para hacer frente a la violencia de sus padres. Cuando la medida de protección al fin llega y se propone un alejamiento de la víctima de su respectiva familia, faltan espacios intermediarios de conversación para ayudarle a integrar qué es lo que se está proponiendo, que aunque llega demasiado tarde, es un espacio donde se le reconoce como víctima de una situación de violencia en su familia y de una disfunción del sistema social.

El niño(a) ingresa a menudo a los recursos de acogimiento con la vivencia y la representación que él o ella es culpable de los problemas en la casa o, lo que es más grave, asumiendo la culpa del sufrimiento de sus padres. Es evidente que esto refuerza los mecanismos de culpabilización inculcados por los padres abusadores, así como los procesos de designación social de “niño problema” debido a sus trastornos conductuales, por ejemplo, en la escuela. De esta manera, el círculo vicioso se va cerrando alrededor de la víctima quien poco a poco puede ser percibida como la responsable y culpable de lo que ha ocurrido.

Desgraciadamente, no se han integrado con la suficiente prisa los conocimientos y experiencias que la investigación clínica ha proporcionado. Por esta razón, a la falta de recursos financieros se suma la existencia de prácticas sociales educativas y terapéuticas que no siempre responden de una forma adecuada y coherente a las necesidades especiales de los niños víctimas de malos tratos, ni tampoco al imperativo de contrarrestar el daño bio-psicosocial provocado por estas situaciones de violencia.

Evaluar las capacidades parentales implica en primer lugar, generar conversaciones que permitan a los padres hablar de sí mismos, de sus experiencias y de sus dificultades, habiendo tomado el tiempo de obtener un mínimo de consenso sobre la finalidad de esta evaluación. Es decir, lograr en un clima de respeto y diálogo que los padres examinados entiendan que ésta es una intervención destinada a obtener la información necesaria para ofrecer a sus hijos e hijas las mejores condiciones de vida, y a ellos la ayuda necesaria para que puedan cumplir el papel de padres que les corresponda según sus capacidades.

Este proceso evaluativo tiene que considerarse como parte de una intervención social destinada a mejorar las condiciones de los hijos y prevenir o reparar sus las consecuencias de los malos tratos. En este sentido, existen posibilidades de obtener el acuerdo de los padres de participar en ella, puesto que la finalidad de su función como padre o madre contiene esta finalidad.

Desde el punto de vista de los profesionales y como ya lo hemos afirmado (Barudy J.2001), cualquier intervención social tiene una finalidad terapéutica, por lo que ésta debe crear un espacio relacional desde el cual «los profesionales debemos movilizar nuestros recursos para (...) construir contextos de confianza y seguridad». Ahora bien, esta definición de una intervención, en este caso, destinada a evaluar las capacidades y la resiliencia parental, no excluye la posibilidad del desvelamiento de verdades dolorosas y de nuevos significados de las experiencias de los padres. Pero, experienciarlo en ámbito relacional afectivo, empático y de respeto de ellos como personas, abre la posibilidad de cambios sucesivos y en cadena no sólo de sus discursos, sino también de sus vivencias y funcionamiento como padres. Esto puede

manifestarse por la emergencia de nuevas posturas, no sólo en lo que se refiere al trato con sus hijos e hijas, sino a una mayor disponibilidad a colaborar y participar de las propuestas para nuevas alternativas de vida y crianza para sus hijos e hijas.

La aplicación de la Guía, abre la posibilidad de incentivar y facilitar conversaciones que aborden el origen de la aceptación y el rechazo de ciertos comportamientos en relación con las historias de vida con sus propios padres que a su vez explican, sin desresponsabilizarlos, la o las causas de sus dificultades de criar y educar a sus hijos. En los casos más severos sus prácticas negligentes, del uso de la violencia física para educar, las transgresiones sexuales o el maltrato psicológico.

La metodología de aplicación de esta guía es la observación participante, es decir, adquirir información y conocimiento sobre la fenomenología personal y las prácticas de los padres, madres o cuidadores a través del acompañamiento evaluativo con ellos. Esto para ayudarles entre otros, a la recuperación de sus *memorias históricas*, y a la toma de conciencia que las dificultades actuales se conectan con sus propios sufrimientos infantiles, siendo estos el resultado de una injusticia relacional familiar y social. Por tanto, participar en la co-construcción desde el reconocimiento de sus propias dificultades parentales a nuevas narrativas que expliquen el sentido de su propio sufrimiento y el de sus hijos e hijas, es una forma de superar estas injusticias.

Cada madre, padre o cuidador en proceso de evaluación de sus competencias parentales, podrá participar en una exploración -con un profesional guía y facilitador de esta exploración- sobre efectos y consecuencias en sus hijos e hijas de sus comportamientos, discursos y reacciones, abriéndose nuevas posibilidades para comprender sus sufrimientos, así como para analizar el origen y los contextos que los sustentan. Por esto podemos considerar que la aplicación de la Guía es parte de una investigación/reflexión por parte de los padres. Investigación que se refiere a visualizar sus modelos relacionales y de crianza con sus hijos, al mismo tiempo que les permite procesar la aplicación de la Guía como una intervención orientada a sostener su propio bienestar, el de los miembros de su familia y el de sus hijos e hijas en particular.

Teóricamente, es función de los profesionales de la infancia u otros, facilitar la producción de prácticas asociativas de red para ayudar a los padres y madres a modificar los escenarios donde se producen los malos tratos a sus hijos o hijas. La Guía es un instrumento para animar una práctica de red en el que pueden intervenir además del evaluador y el padre o la

madre evaluada, otros profesionales que intervienen en el caso. Por ello, esta propuesta facilita construir un diagnóstico de competencia o incompetencia parental a partir de la activación de una red de conversaciones, que permitirá que se observe con mayor nitidez las capacidades prácticas y las dificultades que poseen los padres para satisfacer las necesidades de sus hijos.

En el discurso y sobre todo en la pragmática de los padres o adultos significativos que rodean a los niños, pueden encontrarse evidencias de «una parentalidad sana, competente y bien tratante» a «una parentalidad incompetente y mal tratante» (Barudy y Dantagnan, 2005), en sus diferentes formas. Esto permite establecer el impacto que esto tiene para los hijos e hijas a través de cuatro categorías utilizadas en esta Guía:

- A. **Situación muy preocupante para el niño.**
- B. **Situación preocupante.**
- C. **Situación parcialmente preocupante.**
- D. **Situación no preocupante: padres con recursos suficientes.**
- E. **Informaciones contradictorias y poco concluyentes.**

El Sentido ético de la evaluación de las competencias parentales.

La dimensión ética de los profesionales es la garantía que permite asegurar que en las situaciones donde los niños y niñas sufren malos tratos como consecuencia de los diferentes grados de incompetencias de sus padres, siempre se organizará la intervención en torno a la protección de los niños y niñas. De esto se sobreentiende que «el foco de la intervención no es conservar la familia en tanto institución, sino restablecer una dinámica de respeto y de protección de todas las personas, fundamentalmente, de los más vulnerables (Barudy J. Dantagnan M 2005)»

Interrumpir los malos tratos, para luego preservar a los miembros más vulnerables, son las condiciones mínimas de una intervención que se despliega desde la óptica de una cultura del buen trato. En consecuencia, es tarea de la intervención inculcar un aprendizaje significativo orientado al respeto de las diferencias, las reglas y la negociación. Restablecer la dinámica de respeto y de protección es, en definitiva, un modo de generar en los miembros de la familia intervenida un adecuado sentimiento de pertenencia y autonomía.

Esta guía se inscribe como un instrumento de un proceso integral de intervención destinada a establecer una dinámica de buenos tratos en las relaciones entre padres e hijos, pero también a reparar el daño en los hijos e hijas y apoyar, y rehabilitar cuando sea posible, las

competencias parentales de los progenitores y/ o otros cuidadores. Este proceso terapéutico integral tiene, por tanto, una triple finalidad:

1. Contribuir a la reparación del daño traumático (físico, psicológico y social) y sus consecuencias negativas en los procesos de aprendizaje y desarrollo. Cabe destacar que, los malos tratos infantiles producen daño, no sólo por las carencias o agresiones concretas, sino también porque quienes les dañan son sus padres u otro adulto significativo, y por la ausencia de factores protectores. En este sentido, cuando el niño o niña es ayudado a integrar que la causa de los malos tratos que sufre no tiene que ver con él con ella, sino con el hecho que su madre o padre no tuvieron la oportunidad de aprender a querer ni a tratar bien a sus hijos, es un modo de leer la realidad que abre puertas a nuevos significados. Más adelante, esto puede ser un recurso de resiliencia y también a modo de prevención de la repetición de malas prácticas cuando este hijo o hija se transforme en padre o madre.
2. Prevenir y contrarrestar el daño iatrogénico de las intervenciones de protección tardías o inadecuadas. Se denomina iatrogénico a «toda alteración del estado del paciente producida por quien está a cargo de la ejecución de la intervención».

Los daños iatrogénicos son aquellos que han sido provocados por los interventores o bien por el tratamiento o las intervenciones (ya sea por una mala planificación, un cierre mal trabajado o negligencia de todo tipo). En consecuencia, es responsabilidad de los profesionales analizar continuamente los efectos de sus intervenciones, tanto en forma como en contenido.

3. Facilitar y potenciar las capacidades de resiliencia de los niños y los padres. Los profesionales nunca deben perder de vista que sus intervenciones dirigidas tanto a los niños como las dirigidas a sus padres, les deben aportar apoyo afectivo e instrumental además de generar un espacio adecuado para transformar constructivamente las situaciones vividas, a partir de sus recursos y fortalezas.

NIVEL I:

CAPACIDADES PARENTALES

FUNDAMENTALES

Introducción:

Esta sección es la que sin ninguna duda puede provocar más dificultad al observador/a porque se pide que use sus percepciones para examinar y evaluar cualitativamente las capacidades parentales fundamentales de una madre o un padre, es decir, *el apego y la empatía*, como también determinar de qué manera sus historias infantiles les han influenciado para ejercerlas. Al mismo tiempo saber cuáles y cómo ciertas características individuales de los padres y de las madres, pueden favorecer o afectar sus posibilidades para ofrecer a sus hijos e hijas los cuidados, la protección, la educación y la socialización que necesitan y tienen derecho para desarrollarse sanamente.

La realización de esta parte del examen implica una reflexión a dos niveles:

- A nivel metodológico. A este respecto, debemos tener claro que nadie que estudia las características individuales de otra persona, en este caso de un padre, una madre u otro cuidador, tiene el derecho a la arrogancia de pretender que sus juicios -resultado de sus observaciones- son neutrales y objetivos. Diferentes estudios que afortunadamente han revolucionado las ciencias humanas, han mostrado que el observador o la observadora forma también parte del fenómeno observado (Maturana H., Varela F., 1984). Por lo tanto, los resultados obtenidos a través de los instrumentos propuestos en esta sección, son informaciones que no sólo se refieren a la persona examinada, sino también hablan de la persona que ejerce de examinador/a. A este respecto y para evitar que el resultado de estos exámenes se transforme en armas totalitarias para estigmatizar a seres humanos, los profesionales tendrán siempre la capacidad de analizar críticamente sus percepciones, considerando que sus pertenencias sociales, familiares y culturales, no son las mismas que la de los sujetos examinados. Además, es indispensable que el resultado de sus

observaciones sean comunicadas y reflexionadas con otros profesionales y sobre todo con las personas examinadas.

- A nivel de finalidad: La segunda reflexión es para tener siempre en cuenta que este examen, como todos los demás que componen esta Guía, tiene como finalidad asegurar a los niños y a las niñas la satisfacción de sus necesidades y el respeto de sus derechos como personas. Los profesionales de la infancia nunca deben olvidar que los sujetos de sus intervenciones son los niños y las niñas.

El examen de las características personales de las madres y de los padres, que pueden tener una influencia importante en el trato que les dan a sus hijos, no pone en tela de juicio su condición de personas. Lo que se trata de evaluar son las prácticas de estas personas como madres o padres para luego, según sea el caso, ofrecerles la ayuda adecuada para fomentar cambios de esas prácticas, a fin de rehabilitar sus capacidades parentales.

El examinador/a no debe olvidar nunca que el principio ético fundamental que debe animar sus prácticas es la del respeto incondicional de las personas y de sus derechos. Por lo tanto, deberá considerar que todas las personas son siempre seres humanos dignos de respeto, independiente de sus prácticas, Si estas personas hacen lo que hacen o no hacen lo que deben, es porque están determinados estructuralmente, no solamente por su organismo, sino sobre todo por el cúmulo de experiencias que constituyen sus historias de vida; todo esto es lo que condiciona sus prácticas sociales y sus prácticas como padres. En la parte más teórica de este libro hemos entregado los argumentos necesarios para demostrar que, aun la organización del cerebro y por tanto de la mente, depende de la calidad de las relaciones interpersonales, éstas a su vez dependen de los contextos sociales, económicos y culturales en las que se establecen.

Para cada madre o padre implicado en situaciones de desprotección y de maltrato, sus historias de vida acumulan experiencias de carencias, malos tratos y abusos sexuales durante su infancia, no sólo dentro de su familia, sino también en el sistema social, incluso en servicios e instituciones que tenían la finalidad de ayudarlos y protegerlos como niños.

Metodología:

Esta sección está compuesta por dos unidades de evaluación. Cada una de ellas se desglosa en distintas áreas indicadas en los índices correspondientes.

- Unidad de evaluación 1: Evaluación del apego.
- Unidad de evaluación 2: Evaluación de la empatía.

Unidad de evaluación 1: EVALUACIÓN DEL APEGO

Índice:

1.1) LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE APEGO ADULTO

1. 1. A. Evaluación de las narrativas de los padres sobre los acontecimientos de sus historias infantiles y familiares que influyen en las competencias parentales.

Ficha 1

1. 1. B. Evaluación de salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar negativamente la relación sus hijos e hijas.

Área 1: Recursos personales que influyen las competencias parentales. Fichas 2

Área 2: Trastornos y problemas de comportamiento que afectan las competencias parentales. Fichas 3

Área 3: Efectos de los diferentes trastornos de la personalidad de los padres en sus competencias parentales. Fichas 4

1. 2) EVALUACIÓN DEL APEGO DE LOS HIJOS A SUS PADRES A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

1. 2. A Evaluación de la calidad de la relación de los bebés de 0 a 12 meses con padres o cuidador/es. Fichas 5

1. 2. B Evaluación de la calidad de la relación de los hijos de edades comprendidas entre uno y dos años y medio con sus padres o cuidador/es.

1) Antes de la separación: Fichas 6

2) En el momento de la separación: Fichas 7

3) Al regreso del cuidador/a: Fichas 8

1. 2. C Valoración de la calidad de la relación de los hijos de edades comprendidas entre 2 años y medio y siete años con sus padres o cuidadores.

Área 1: Regulación de la distancia: Fichas 9

Área 2: La orientación del cuerpo: Ficha 10

Área 3: Contenido y forma del diálogo: Ficha 11

Área 4: Clima emocional: Ficha 12

Área 5: Reacciones al reencuentro con el cuidador/a: Ficha 13

1. **2. D Valoración de la calidad de las relaciones de los niños de más de siete años con sus padres o cuidadores.** Ficha 14

1.1. LA VALORACIÓN DEL MODELO DE APEGO ADULTO

Evaluación sección 1.1.A:

Evaluación de las narrativas de los padres sobre los acontecimientos de sus historias infantiles y familiares que influyen sus competencias parentales.

Metodología:

Esta sección pretende explorar la historia personal de las madres y de los padres para ayudarles a evocar sus recuerdos infantiles y familiares. Basándose en los contenidos teóricos del capítulo III de este libro. Se trata de reconstruir en ellos sus experiencias como hijas o hijos, en lo que se refiere a los cuidados, protección, educación y socialización que recibieron. Además, se intenta explorar sus creencias o representaciones personales para determinar cómo creen ellos que sus experiencias en su familia de origen pueden estar afectando sus emociones y sus comportamientos como padres.

El instrumento que se propone es un cuestionario para facilitar la conversación con los padres. Las preguntas que se proponen son en parte el resultado de nuestras prácticas y por otra parte corresponden a una adaptación de la Entrevista de Apego Adulto (EVA) *Adult Attachment Interview* (AAI) (George C., Kaplan N., Main M., 1996)

Lo que se pretende recoger en esta entrevista es una descripción subjetiva de los recuerdos del padre o de la madre, sobre su propia relación con sus progenitores.

Como se expone en profundidad en la primera parte de este libro, la entrevista es valorada a través de una transcripción y el análisis del contenido de las verbalizaciones de los entrevistados con el objetivo de:

- a) Conocer las experiencias de infancia o de la adolescencia de las madres, padres u otros cuidadores.
- b) Evaluar el estado mental y estilo discursivo de la madre, padre u otro cuidador entrevistado. Por ejemplo, evaluar la coherencia entre el discurso, el tono de la voz y los gestos en el momento de las respuestas. Detectar la existencia de una idealización o al contrario una diabolización de sus figuras de apego, así como amnesias, rabia activa o latente, miedos y angustias por pérdidas no elaboradas, negación, traumas no elaborados, falta de capacidad reflexiva, de empatía, y/o rigidez en el pensamiento de los entrevistados. Para facilitar el proceso de evaluación se propone una lista de respuestas de riesgos para que el entrevistador /a las compare con las respuestas obtenidas.
- c) Conocer el estado mental de los padres con respecto a sus experiencias de apego. Las respuestas de una madre o de un padre a las preguntas sobre sus experiencias de infancia, reflejan también el estado de su mente en relación al apego con sus hijos o hijas.

La finalidad de esta entrevista, es que a través del diálogo, el evaluador ofrezca un espacio relacional que pueda permitir que la madre y el padre u otros cuidadores, puedan relatar separadamente los aspectos más relevantes de sus respectivas historias infantiles y adolescentes, permitiéndoles evocar si es posible las experiencias de malos tratos físicos, negligencia, violencia psicológica que hayan podido sufrir, así como de los abusos sexuales intra y extra familiares. Además de esto, se pretende ofrecer a los padres la posibilidad de reconocer y hablar de experiencias dolorosas de pérdidas y rupturas que hayan conocido.

La exploración de los recuerdos que los padres conservan de sus experiencias con sus figuras de apego, tanto del ámbito familiar como social, puede también servir como elemento para entender sus dificultades y ayudarles como padres.

Por cada contenido significativo que los padres proporcionen de sus vidas, el examinador/a deberá pedirles que expliquen cómo creen ellos que estas experiencias les afectan en el presente en sus relaciones con sus hijos. Las respuestas a estas preguntas son indicadores interesantes para evaluar el peso de los traumatismos infantiles en la práctica parental. Mientras más conscientes estén los padres del daño que sus propios padres les hicieron cuando niños, más recursos tendrán para intentar evitar hacerles el mismo daño a sus hijos. Al contrario, cuando idealizan sus relaciones con sus padres, negando el daño que les hicieron o cuando reconocen haber sufrido malos tratos, pero niegan que esto les haya afectado, aumenta la probabilidad de haber maltratado o maltratar a sus hijos.

Las diferentes experiencias de malos tratos en la infancia de los padres que no han sido elaboradas, constituyen factores de riesgo para los hijos, sobre todo cuando por falta de apoyo terapéutico, estos siguen secuestrados a las emociones provocadas por las experiencias del pasado. La presencia y los comportamientos de los hijos reactivan en muchas ocasiones estas emociones provocando diferentes tipos de malos tratos.

Esta parte del examen pretende también evaluar las capacidades y recursos que los padres poseen para manejar las consecuencias de sus propios malos tratos, protegiendo o no a sus hijos de estos sufrimientos. La exploración de las vivencias de los padres deberá permitir establecer los mecanismos fundamentales que éstos han o están utilizando para manejar los sufrimientos del pasado. La información recogida deberá señalar si estos mecanismos son, por ejemplo, del orden: de la negación, la disociación o del orden del perdón, la exoneración y la reconciliación con resolución de los conflictos.

Las conversaciones estructuradas con los padres podrán permitir al examinador/a, conocer las fuerzas de resistencia y los recursos que estos padres han debido desarrollar para sobrevivir a sus historias dramáticas y penosas.

En este sentido, las preguntas se orientarán también a determinar el contenido positivo o negativo de sus experiencias conyugales, así como la existencia o no de experiencias de apoyo social, que puedan haber jugado un papel significativo en el desarrollo de estos recursos positivos. Diferentes experiencias muestran que cuando un padre o una madre maltratada en su infancia, constituye con su pareja una relación estable y sana que corresponde a lo que Boris Cyrulnik (2005) llama “*El amor que cura*”, o que conocieron la solidaridad de personas o grupos en sus redes naturales, tienen mayor posibilidad de reparar naturalmente sus traumatismos de infancia, desarrollar lo que llamamos: resiliencia secundaria. Insistimos en la importancia de que esta entrevista se realice siempre en un clima de respeto, apoyo y contención emocional al padre o a la madre. Se trata de brindarles, el tiempo necesario para que puedan no sólo responder a las preguntas, sino elaborar las emociones que puedan emerger de las respuestas.

Evaluación sección 1.1.A:

Evaluación de las narrativas de los padres sobre los acontecimientos de sus historias infantiles y familiares que influyen en las competencias parentales

Nombre del niño/a:.....Ficha N°:.....

Nombre y parentesco del cuidador.....

Nombre del examinador.....Fecha

Nota: *Aplicar este examen a todos los cuidadores.*

1. Si su padre estuviera aquí, ¿Qué diría de usted y de la situación que está viviendo?

2. Si su madre estuviera aquí, ¿Qué diría de usted y de la situación que está viviendo?

3. Mencione cinco palabras que describan su relación con su madre cuando usted era pequeño:

Palabras elegidas:

¿Por qué eligió estas palabras?:

4. Mencione cinco palabras que describan su relación con su padre cuando usted era pequeño:

Palabras elegidas:

¿Por qué eligió estas palabras?:

5. Si alguien que le hubiera conocido cuando era niño/a estuviera aquí: ¿Qué diría sobre la forma en que sus padres lo trataban a usted?

- ¿Esta persona diría que a usted le cuidaban o no, le pegaban o no, lo humillaban o al contrario, que le querían o no?

6. ¿Tiene usted recuerdos de que le hayan pegado si se portaba mal o cometía errores? (si la respuesta es No continúe dirijase a la pregunta 12)

- ¿Quién le pegaba?
- ¿Cómo le pegaba?
- ¿Se acuerda de la edad que tenía en ese entonces?

7. ¿Cree usted que mereció o no las palizas que le dieron?

8. ¿Solían amenazarle con una paliza, si no se portaba bien o desobedecía?

¿Quién lo hacía más frecuentemente?

¿Se acuerda a qué edad y hasta qué edad?

9. ¿Cree que le afecta en su vida de adulto el hecho de que le hayan pegado cuando era niño/a? ¿Cómo le afecta?

10. ¿Cree que le afecta en la educación de sus hijos/as el hecho de que le hayan pegado cuando era niño/a? ¿Cómo le afecta?

¿Le ayuda eso ahora en la educación de sus hijos?

¿Le crea problemas en la educación de sus hijos?

11. ¿Cree usted que el hecho de que le hayan pegado cuando niño/a, le ha ayudado en algo en la vida?

12. ¿Sintió alguna vez que alguien de su familia o de fuera de ella le faltaba el respeto, se exhibía o le manoseaba sexualmente? (si la respuesta es No diríjase a la pregunta 15)

SI NO

13. En caso de respuesta afirmativa:

¿Se acuerda quién fue?

¿Le cuesta hablar de aquello?

¿Qué edad tenía?

¿Pudo compartirlo con alguien, si no ¿Por qué?

¿Cuántas veces ocurrió?

¿Qué ocurrió?

¿Alguien se enteró?

¿Cómo reaccionaron los que lo supieron?

Si el autor fue uno de vuestros padres, ¿Cuál fue la reacción del otro?

¿Qué le dijo o hizo esa persona que le abusó para obligarle a guardar el secreto durante tanto tiempo?

¿Cuáles son los riesgos de contarle ahora?

14. ¿Cómo le afecta en su vida de adulto/a el hecho de haber sido víctima de abuso sexual?

15. ¿Vivió en algún momento fuera de su casa cuando era niño/a? (Conteste las siguientes preguntas en caso afirmativo).

¿Le toco vivir con alguien de su familia que no eran sus padres?

SI NO

¿Le llevaron a un centro de acogida?

SI NO

¿Vivió en una familia de acogida?

SI NO

¿Fue adoptada/o?

SI NO

Si la respuesta es SI en alguna de las preguntas anteriores

¿Se acuerda qué edad tenía?

¿Supo por qué?

¿Cuántas veces?

¿Se acuerda de cómo vivió esa experiencia cuando era niño/a?

¿Se sintió abandonada?

¿Qué piensa de sus padres por esto?

¿Cómo lo trataron dónde le tocó vivir?

¿Hubo alguien que fue muy importante para usted cuando estuvo lejos de sus padres?

¿Qué recuerdos tiene?

¿Cómo ha influido esa experiencia en su vida?

16. ¿Perdió o fue separado de alguien que usted quería mucho cuando era niño/a? (Conteste las siguientes preguntas en caso afirmativo)

¿De quién se trata?

¿Qué edad tenía usted?

¿Cuál fue la causa de esta pérdida o separación?

¿Qué significó para su vida esta experiencia? ¿Cómo vivió y entendió lo que pasaba?

¿Qué piensa de los que le abandonaron?

¿Cuál es el impacto de una experiencia como ésta para un niño/a?

¿Quién se ocupó de usted en ese momento?

¿Cómo reaccionó a esa pérdida?

17. ¿Cómo le afecta en su vida adulta la experiencia de haber vivido siempre con su familia?

18. ¿Cómo cree que le influencia esa experiencia para su vida de adulto?

19. ¿Cómo cree que le influencia esa experiencia en la educación de sus hijos?

20. Cuando era niño/a:

- | | | |
|--|----|----|
| -¿Se sentía amado/a por sus padres? | SI | NO |
| -¿Pensó alguna vez que uno o ambos padres no deseaban que usted naciera? | SI | NO |
| -¿Sentía que formaba parte de una familia? | SI | NO |
| -¿Se sentía aceptado/a y querido/a por lo que usted era? | SI | NO |
| -¿Quiere hablar de esas experiencias? | | |

21. ¿Cuándo a usted le pasaba algo que le producía, por ejemplo, tristeza o miedo, se daban cuenta sus padres de lo que le pasaba?

¿Me puede hablar más de esto?

22. ¿Se recuerda si pasó hambre o frío cuando niño?

23. ¿Sus padres se preocupaban que usted fuera a la escuela y estudiara? ¿Le ayudaban con sus tareas?

24. ¿Cómo se sentía cuando era niño/a o adolescente? (acomplejado, alegre, triste, emprendedor, tímido, querido, etc.)

25. ¿Cómo se percibía cuando era pequeño/a? (feo, fuerte, bonita, graciosa, malo, estudioso, valiente, cobarde etc.)

26. ¿Cómo cree usted que todo lo que me acaba de contar le afecta en su vida actual de pareja y en la relación con sus hijos?

- El hecho de haber sido golpeado/a
- El hecho de haber sido abusado/a sexualmente
- El hecho de que no la hayan cuidado como se merecía

- El hecho de haber sido separado/a de su familia y de haber vivido en un centro o en una familia que no era la suya
- El hecho de haber sido abandonado/a
- El hecho de sentirse rechazado/a, no aceptado/a, no amado/a, como es

27. ¿Qué piensa y qué siente por sus padres actualmente?

28. ¿Qué tipo de relación tiene con sus padres?

¿Me puede dar detalles?

29. Si tiene hermanos/as ¿Suelen hablar de sus sufrimientos de niño/a?

Pauta para la interpretación de resultados de la sección 1.1.A:

Evaluación del apego adulto a través del examen de las narrativas de los padres acerca de los acontecimientos de sus historias infantiles y familiares que influyen en las competencias parentales.

Con la finalidad de valorar el impacto de las historias infantiles y familiares de los padres y las madres sobre sus competencias parentales, ofrecemos algunas indicaciones orientativas para registrar la información extraída de la entrevista semi-estructurada, a través de tres parámetros:

Parámetro A. Resiliencia parental

Parámetro B. Vulnerabilidad parentales

Parámetro C. Consciencia parental del daño sufrido.

Cada uno de estos parámetros desglosa una serie de indicadores que nos guían para conocer si la situación es muy preocupante, preocupante, parcialmente preocupante o no preocupante para el hijo/a de los padres examinados.

Instrucciones:

- Paso 1: Para la codificación de la información de los parámetros A y B, el examinador deberá seleccionar el ítem que más se corresponda a la situación descrita por el padre o la madre, de los cuatro que están detallados en cada uno de los parámetros.
- Paso 2: Para la codificación de la información del parámetro C, el examinador deberá seleccionar todos los ítems que se correspondan a la observación realizada durante la entrevista, de los 28 ítems que componen este parámetro (Adaptación del *Adult Attachment Interview protocol*; Mary B. Main).
- Paso 3: una vez seleccionados los ítems, presente los resultados e interprete en qué categoría se situaría el padre o la madre según la clasificación propuesta.

PARÁMETRO A. Indicadores de capacidad resiliente del padre o la madre:

1. Ha mantenido relaciones conyugales de forma estable y sana, y ha vivido experiencias de apoyo social durante su vida. Conocer la solidaridad de otras personas contribuye a generar recursos resilientes personales.
2. Ha mantenido, por lo menos, una relación conyugal o con una persona de su entorno social de forma sana y estable; teniendo la posibilidad, así, de desarrollar sus propios recursos.
3. Ha podido recibir el apoyo de algunas relaciones conyugales y/o sociales, pero se caracterizan como relaciones muy inestables y sin continuidad en el tiempo.
4. No ha podido tener relaciones conyugales de forma estable y sana, ni recibir experiencias de apoyo social durante su vida. Así, no ha recibido apoyo suficiente para poder desarrollar sus recursos personales.

PARÁMETRO B. Indicadores de vulnerabilidad del padre o la madre teniendo en cuenta las experiencias vividas:

5. La pauta general y continuada de cuidados recibidos durante su infancia fue protectora y bien tratante; aunque podría haber sufrido episodios muy concretos de castigo físico vivido como algo excepcional.
6. La pauta general de cuidados recibidos durante su infancia fue protectora y bien tratante; pero en momentos de crisis sus propios padres han podido descompensarse y maltratarle y/o descuidarlo.
7. Durante su infancia, ha sufrido episodios de malos tratos, debido a la descompensación de uno de los progenitores, combinados con prácticas parentales protectoras discontinuas.
8. Ha sido víctima de malos tratos, negligencia, y/o abandonos, de forma severa y continuada durante su infancia, con ausencia o déficit de factores de protección.

PARÁMETRO C. Indicadores de consciencia del daño sufrido del padre o la madre, de la elaboración emocional que ha realizado de sus experiencias pasadas, y de la consciencia del impacto de las experiencias vividas en la actualidad.

9. Presenta facilidad para acceder al conocimiento biográfico general.
10. Puede ofrecer detalles autobiográficos que muestran autenticidad del relato y un buen conocimiento de sí mismo.
11. Participa del discurso de una forma colaboradora y coherente.
12. Examina los recuerdos de experiencias relacionadas con el apego.
13. Tiene habilidad para reflexionar sobre los procesos mentales mientras produce las narraciones.
14. Facilidad para hablar objetivamente del pasado y para ver a los propios progenitores como influyentes en su desarrollo.
15. Puede equilibrar los aspectos positivos y negativos de las experiencias vividas y reflexionar sobre el modo en que le afectaron en su juventud y su fase adulta.
16. Pérdida de contacto visual.

17. Muestra signos y síntomas de incomodidad: se muestra nervioso/a, cambia de postura, mueve las manos, suda, etc.
18. Defensivo en su manera de responder, se percibe molesto por las preguntas. Y puede atribuir malas intenciones en los entrevistadores.
19. Respuestas que denotan preocupación o añoranza constante por el pasado.
20. El sentido de identidad personal parece débil o confuso.
21. Minimiza las experiencias infantiles negativas o dolorosas o su impacto en su vida actual o en su parentalidad. (por ejemplo, menciona o resalta sólo los aspectos positivos).
22. Se muestra autosuficiente, minimizando la importancia de las relaciones interpersonales.
23. Utiliza en forma recurrente expresiones como “una vida normal, padres normales, niño normal, lo normal, como a todos, como en todas las familias, etc.
24. Muestra frialdad o rigidez de pensamiento al hablar del modo en que fue criado o del modo que concibe la parentalidad. Solamente una versión (la de él o ella) de la realidad es posible y no puede ser falsa.
25. No sabe o no tiene claro cómo su historia infantil puede repercutir en su parentalidad. (ni en lo que respecta a los elementos positivos ni negativos).
26. Labilidad emocional, muestra signos claros de angustia, llora, reclama.
27. Se explaya en detalles en sus descripciones las cuales relata con mucha carga emocional.
28. Dificultad de hablar de sus relaciones tempranas.
29. Activa y deliberadamente evita hablar del pasado y se focaliza en el presente o en otros aspectos de su niñez, por ejemplo: cambia de tema o no recuerda.
30. Presenta un relato de infancia idealizado o perfecto (todo fue maravilloso).
31. Idealiza a los padres o a uno de ellos (intenta mostrar una imagen de “super” padres) y tiene dificultad de reconocer sus dificultades o limitaciones y del impacto en sus relaciones actuales interpersonales y futura parentalidad.
32. Se muestra crítico con la conducta de sus padres en su infancia, pero su descripción es sobre todo racional. No hay lenguaje emocional respecto a sus propios sentimientos o el impacto que éstas conductas le produjeron o le producen. No hay implicación emocional.
33. Respuestas incoherentes, un discurso desintegrado, poco claro, confuso, con contradicciones o poco creíble.
34. La forma en que los entrevistados responden hacen sentir incómodo al entrevistador. Sensación de no ser escuchado o aceptado en su rol. No hay sintonía emocional.
35. Concibe las conductas de sus padres como imperdonables. Los padres son o fueron intrínsecamente malos. Intenta demostrar que su parentalidad será exactamente lo

contrario. No hay empatía (ponerse en el lugar de sus padres) ni explicación que permita darle un sentido a la incompetencia de sus padres.

36. Representación de los padre/s como generadores de miedo y terror. Padres atemorizantes o descripción de un ambiente familiar en que ha imperado el miedo o terror.

37. Falta de conciencia moral o acrítico en el modo que juzga la conducta abusiva de los padres. Por ejemplo: no se reconoce como víctima, justifica a los padres, se ríe o normaliza sus conductas abusivas.

Resultados:

Una vez marcados los ítems correspondientes, ver en qué categoría se sitúa la mayoría de ellos, para distinguir si la situación de los hijos/as es: no preocupante, parcialmente preocupante, preocupante o muy preocupante.

Situación no preocupante:

Ítem 1

Ítem 5

Ítems del 9 al 15

Situación parcialmente preocupante:

Ítem 2

Ítem 6

Ítems del 16 al 23

Situación preocupante:

Ítem 3

Ítem 7

Ítems del 24 al 33

Situación muy preocupante:

Ítem 4

Ítem 8

Ítems del 34 al 37

Conclusiones de la evaluación sección 1.1.A:

Evaluación sección 1.1.B:

Evaluación de la salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar positiva o negativamente la relación con sus hijos o hijas.

Esta sección debe permitir conocer los principales recursos de los padres que contribuyen a sus competencias parentales o a su mejoramiento, pero también si existen trastornos de personalidad susceptibles de dañar la eficacia de sus desempeños parentales. Es importante tratar de evaluar, en qué medida los trastornos mentales de una persona afectan concretamente sus competencias parentales en relación a un hijo o a un grupo de hijos determinados.

Este punto es particularmente importante puesto que no siempre existe una relación lineal entre la competencia parental y la capacidad mental de una persona. Ciertas personas que parecen muy perturbadas, juegan un rol parental asombrosamente eficaz, mientras que otras que parecen no tener ningún problema mental, pueden ser padres muy destructores.

Sin embargo, con el fin de evitar cualquier polarización en los puntos de vista, debemos recordar que un padre o una madre por su enfermedad mental y/o como consecuencia de su tratamiento, puede verse alterada en sus habilidades para satisfacer las necesidades esenciales del desarrollo de sus hijos. Así por ejemplo, la separación por un ingreso en un hospital psiquiátrico,

o los efectos de una crisis psicótica con agitación o un repliegue sobre sí mismo a causa de una depresión, pueden afectar significativamente a los niños. Por lo tanto, a la hora de evaluar el peso de los trastornos y los problemas de comportamiento de los padres para el ejercicio de la parentalidad, debemos considerar lo siguiente:

- a) Los trastornos de la salud mental introducen desafíos particulares para los hijos e hijas, pero no siempre están asociados de una manera mecánica a una incompetencia parental severa y crónica que altera de una manera grave las habilidades parentales. Dependiendo de la cronicidad, el modelo que mejor responde a las necesidades y derechos de los hijos es de una parentalidad o parentalidad parcial o co-parentalidad,
- b) En general, el impacto de una enfermedad mental de uno o ambos padres en la calidad de sus competencias parentales dependerá:
 - Del tipo de enfermedad, es decir, de sus síntomas y de su diagnóstico.
 - La presencia o ausencia de la pareja, capaz o no de compensar los efectos de la enfermedad y del tratamiento del padre afectado.
 - La edad y el estado del desarrollo de los niños; por ejemplo, lo que perturba a un bebé o a un niño pequeño, como la discontinuidad de los cuidados, la falta de estimulación o es estrés, puede ser menos dañino para un adolescente, que ya puede comprender que los comportamientos “extraños” de su padre o de su madre no son su culpa.
- c) A la hora de evaluar los efectos de una enfermedad mental, es importante considerar también la dimensión histórica, la manera que estos trastornos han afectado la relación padres e hijos a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la evaluación deberá indicar si los comportamientos problemáticos o los trastornos mentales han estado siempre presentes, o si aparecen en forma cíclica como consecuencia de una crisis o descompensación de los padres. En todo caso, la relación entre los modelos de apego adulto y la psicopatología parental es un indicador importante a la hora de determinar el grado de preocupación para los hijos. Por ejemplo, una madre con un modelo de apego adulto no resuelto desorganizado y una toxicomanía, generalmente presenta una incompetencia parental crónica severa e irreversible, con una situación muy preocupante para los hijos o hijas. Estos niños tendrían el derecho de ser protegidos desde el nacimiento para evitar una desorganización y/o una atrofia cerebral.
- d) Por último, hay que considerar los recursos profesionales e institucionales existentes, alrededor de la madre o del padre y la capacidad de los profesionales para sumir un

papel en el modelo de parentalidad compartida o comunitaria, a la que hacíamos alusión en el capítulo sobre la parentalidad social.

Metodología:

Esta parte del examen está organizada en tres áreas:

- Área 1: Recursos personales que influyen las capacidades parentales. Esta área nos permitirá conocer más de cerca los recursos positivos de la persona, sus conocimientos, experiencias y prácticas que juegan o pueden jugar un papel positivo en el ejercicio de la parentalidad.
- Área 2: Trastornos y problemas de comportamiento que afectan las competencias parentales. Esta área refiere a la exploración de los diversos comportamientos y discursos que pueden afectar la función parental de una forma negativa.
- Área 3: Efectos de los diferentes trastornos de la personalidad de los padres en sus competencias parentales.

Instrucciones:

Todos los tópicos que conforman esta parte del examen pueden ser más o menos accesibles a una observación directa. Algunos podrán ser observados directamente por el examinador/a y otros deberán ser recogidos de informes de otros profesionales que tratan a los padres. Como el examinador/a lo podrá constatar al usar este examen, existe una serie de enunciados descriptivos que serán más fáciles de constatar, como explosiones de cólera, abuso de drogas o alcohol, pérdida de conocimiento, etc. Mientras otros enunciados, tales como: “comprensivo”, “baja autoestima” o “deseos de cambiar para solucionar sus problemas”, son características mucho más difíciles de estimar, lo que su presencia o ausencia pueden ser inferidos directamente de otras informaciones. Como en cualquier proceso diagnóstico, mientras más se recurra a juicios personales, más grande es la necesidad de apoyar esos juicios con el máximo de informaciones concomitantes y otras verificaciones.

Esto debería ser una base metodológica para cualquier evaluación, si no se tiene acceso a las personas implicadas, el examinador/a debe ser extremadamente prudente en sus afirmaciones e incorporar en su reflexión sobre su método de trabajo, las investigaciones sobre el fenómeno de la auto referencia y las representaciones sociales. Además, la examinadora/or debe recordar

en todo momento que se está evaluando una situación personal única y singular. Los prejuicios o ideas generales, sobre cómo un trastorno mental puede afectar las competencias parentales, deben ser revisados a la luz de los conocimientos sobre representaciones sociales y construcción de la realidad.

Por ejemplo, es frecuente que se generalice y se afirme que las personas con déficits intelectuales, que despectivamente se les llama “cortitos”, tienen o tendrán problemas insolubles para ejercer su función parental y, por lo tanto, habría que excluirlos de esta tarea. Esto no tendría que ser necesariamente así, pues es arbitrario e injusto. Con lo que hemos expuesto en el capítulo sobre el desarrollo del cerebro y la mente, podemos afirmar que un número significativo de personas con déficits intelectuales, lo son debido a una ausencia de cuidados, alimentación y estimulación adecuada. Fueron niños y niñas que los sistemas de protección no detectaron o les brindaron una protección inadecuada. Nuestro modelo no niega el riesgo de la existencia de incompetencias parentales, en adultos con estos problemas, pero defiende que la parentalidad social es una obligación del conjunto de una comunidad, por lo que estos padres y madres tienen derecho a participar con sus posibilidades y recursos en un proyecto de parentalidad comunitaria.

Por otra lado, como los hemos señalado anteriormente, cuando se trata de evaluar el impacto real de la enfermedad mental en la función parental y el daño que ésta podría provocar en el desarrollo de los niños, el examinador deberá entrevistar a los padres, observarlos en su cotidianidad con sus hijos y/o dejarse asesorar, si es necesario, por profesionales de la salud mental, que tengan competencias en este ámbito.

Para la evaluación de esta sección, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Evalúe el área 1 y 2 respondiendo con: “SÍ”, “NO” o “D” (discutible o dudoso) en la casilla izquierda de cada enunciado.

Paso 2: Evalúe el área 3 sólo en caso de que existan trastornos de la personalidad de los padres, con el fin de explorar sus efectos en las competencias parentales.

Paso 3: Resuma a modo de conclusión, si existen recursos personales que influyen positivamente las competencias parentales, y por otra parte, si existen trastornos mentales y de comportamiento que afectan negativamente el desarrollo de los hijos/as.

Ficha 2

Evaluación sección 1.1.B

Evaluación de la salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar positiva o negativamente la relación con sus hijos o hijas.

Área 1: Recursos personales que influyen las competencias parentales.

Nombre del niño/a:.....Ficha N°:.....
Nombre del cuidador:.....
Fecha de la evaluación:.....
Nombre del examinador:.....

Nota: *aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.*

*Responda en la casilla derecha de cada enunciado, con: **Sí, No o D** (discutible o dudoso) según lo observado en el cuidador/a.*

Recursos personales:

a) Organizada/o	
b) Reflexivo/a	
c) Flexible	
d) Capaz de resolver problemas	
e) Habilidades para comunicar	
f) Habilidades para negociar	
g) Comprensivo/a	
h) Con deseos de cambiar para resolver sus problemas	
i) Decidido/a	
j) Autocontrol	
k) Humor estable	
l) Optimista	
m) Sentido del humor	
n) Responsable	

Ficha 3

Sección Evaluación 1.1.B

Evaluación de la salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar positiva o negativamente la relación con sus hijos o hijas.

Área 2: Trastornos mentales y problemas de comportamiento que afectan las competencias parentales.

Nombre del cuidador:.....

Nombre del examinador:.....

Nota: aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.

Responda en la casilla derecha de cada enunciado, con: **Sí, No o D** (discutible o dudoso) según lo observado en el cuidador/a

1) Depresión:

a) Constantemente desdichado/a, triste, solo/a, abatido/a	
b) Apático/a, encerrado/a en sí mismo/a	
c) Cansancio y pérdida de energía	
d) Pérdida de motivación y entusiasmo	
e) Trastornos del sueño	
f) Mal apetito y pérdida de peso	
g) Piensa o habla de suicidio	
h) Sentimiento de culpa intenso y persistente	
i) Tentativas de suicidio	
j) Ideas suicidas a repetición	
k) Sentimiento de impotencia y de desamparo	

2) Trastornos de Ansiedad

a) Ansiedad generalizada	
b) Permanentemente inquieto/a	

c) Obsesiones, “rumiaciones”	
d) Comportamientos compulsivos o existencia de rituales	
e) Preocupaciones anormalmente fuertes	
f) Crisis de pánico	
g) Fobias: miedos “absurdos” o inquietudes fijas	
h) Claustrofobia: pánico en los espacios cerrados	
i) Agorafobia: pánico en los espacios abiertos	
j) No puede abandonar su casa sin panicar	

3) Trastornos del humor

a) Cambios repetidos y marcados del humor	
b) Irritabilidad creciente	
c) Agitación	
d) Anormalmente eufórico	

4) Comportamientos agresivos:

a) Crisis de cólera	
b) Pérdida de control debido a la rabia	
c) Violencia verbal	
d) Violencia física	
e) Violencia psicológica	
f) Violencia sexual	

5) Superioridad y perfeccionismo:

a) Críticas constantes y exageradas hacia los demás	
b) Expectativas excesivas y rígidas en relación a sí mismo y a los demás	
c) Dominante y controlador/a	
d) Susceptible, hipersensible a las críticas	

6) Abuso de alcohol y drogas:

a) Abuso de alcohol (bebedor/a excesivo/a sin dependencia orgánica)	
b) Alcohólico/a: dependencia orgánica	
c) Dependencia a medicamentos (ansiolíticos, codeína, Rohypnol, otros)	
d) Dependencia a “drogas suaves”	
e) Dependencia a drogas duras	
f) Antecedentes familiares de alcoholismo o de toxicomanías.	

7) Ideas delirantes, alucinaciones y/o delirio de persecución:

Convicción exagerada e inalterable de:	
a) Ser perseguido/a	
b) Que los demás hablan de él o ella	
c) Ser espionado/a	
d) Recibir mensajes especiales	
e) Recibir órdenes de fuentes inverosímiles y misteriosas	
f) Poseer poderes grandiosos	
g) Oír voces que los otros no pueden escuchar	
h) Ver cosas que los otros no pueden ver	

8) Trastornos de juicio:

a) Indecisión extrema	
b) Repetición de decisiones inútiles e inapropiadas	
c) Falta de decisiones útiles e imprescindibles	
d) Juicios e hipótesis ilógicos a propósito de las intenciones de un niño o de los niños.	

9) Síntomas físicos o neurológicos suplementarios:

a) Hambre permanente	
----------------------	--

b) Anorexia (pérdida significativa de peso, cese de la menstruación)	
c) Bulimia (ingestión excesiva de los alimentos con vómitos repetidos)	
d) Desmayos, pérdida de consciencia	
e) Crisis convulsivas	
f) Amnesia, trastornos de memoria	

**10) Trastornos relacionales consigo mismo
y con los demás:**

a) Relaciones interpersonales intensas, pasionales de corta duración, inestables	
b) Incapacidad de mantener relaciones amables	
c) Intensamente egocéntrico/a y manipulador/a	
d) Utiliza a los demás sin ningún respeto	
e) Autoestima muy baja	
f) Necesidad insaciable de afecto y atención	
g) Incapacidad de reconocer sus propias emociones y sentimientos	
h) Dependiente y pasivo/a frente a los demás	
i) Exageradamente independiente de los otros	

11) Ausencia aparente de inteligencia:

a) Comprensión limitada	
b) Incapacidad de predecir los acontecimientos y prever los peligros	
c) Capacidad limitada para aprender	
d) Juicio limitado	
e) Otras características a señalar	

Resultado:

De las once tipos de problemas detectados, mencione cuál o cuáles son los que predominan, en orden prioritario:

1°:

2°:

3°:

Ficha 4

Evaluación sección 1.1.B:

Evaluación de la salud mental de los padres y los problemas personales que pueden afectar positiva o negativamente la relación con sus hijos o hijas.

Área 3: Efecto de los diferentes trastornos de la personalidad de los padres en sus competencias parentales

Nombre del niño/a:

Nombre del cuidador:

Nombre del examinador:

Ficha N°

Fecha de la evaluación:

Nota: *esta área está destinada a revisar los efectos de los trastornos señalados anteriormente en el área 2. Es importante diferenciar, por ejemplo, aquellos trastornos que son crónicos de aquellos que se presentan en forma de crisis periódica.*

1. El tipo de trastornos que esta persona presenta son de evolución:
 - a) Crónica y permanente _____
 - b) Cíclica (con periodos de crisis) _____

2. Fecha de inicio de los trastornos detectados: _____
 - Tiempo de duración de las crisis periódicas en el último año: _____ días / meses

3. Necesidad de atención médica:
 - Hospitalización: SI_____ No_____
 - Diagnóstico establecido:
 - Duración:
 - Fecha/s:
 - Atención ambulatoria:
 - Periodicidad:
 - Tipo de tratamiento recomendado:
 - El tratamiento: fue realizado_____ rechazado_____ interrumpido_____

4. Teniendo en cuenta el tipo de trastornos que afecta al adulto ¿Cómo podrían afectarle para participar en un programa de desarrollo de competencias parentales?

5. ¿Cuál es el impacto de estos trastornos a los niños?
 - ¿Cómo reaccionan ante el adulto afectado?

 - ¿Qué explicación tiene el niño/a sobre los trastornos del adulto que le cuida?

6. ¿Cuál es el impacto de estos trastornos en su cónyuge?

- 7 Si el adulto afectado ha estado o está en tratamiento ¿Tiene ello un efecto favorable sobre las competencias parentales?

8. ¿Existe en el hogar otro adulto capaz y disponible para compensar los efectos de los trastornos del adulto en los niños?

- 9 ¿Qué recursos profesionales e institucionales competentes existen para desarrollar un programa de parentalidad social comunitaria que asegure calidad y permanencia en los cuidados de los niños/a del adulto afectado?

Conclusiones de la evaluación sección 1.1.B:

Nota: Teniendo en cuenta la información obtenida, respecto a los recursos parentales (área 1), tipo de trastornos padecidos (área 2) y su impacto en el medio familiar (área 3), el examinador/a deberá intentar proyectarse en el futuro y establecer en qué medida los trastornos de este padre o madre han afectado o afectarán el desarrollo de los niños.

1.2) EVALUACIÓN DEL APEGO DE LOS HIJOS A SUS PADRES A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

INTRODUCCION:

Uno de los requisitos fundamentales para asegurar el buen trato de los niños es que el vínculo de los padres con sus hijos sea sano. La existencia de relaciones sanas entre padres e hijos dependen en buena parte del cómo se produjeron los procesos de apego. Numerosos autores a partir de Bowlby (1969, 1973,1980) han insistido en la importancia de un apego sano como un factor de prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil, (López F. 1993; Barudy J. 1997; Cyrulnik B., 1993).

Como ha sido expuesto en la primera parte de este libro, consideramos al apego como el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores, a través de un proceso relacional que para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz de los progenitores...), pero que apenas ocurrido el nacimiento rápidamente se impregna según la reacción del adulto de una afectividad que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida – sobre todo infantiles- de la madre y secundariamente del padre. El apego es lo que produce los lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad caracterizada por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. En otras palabras, el apego une a hijos y padres en el espacio y en el tiempo, lo que se manifiesta sobre todo durante la infancia por la tendencia a mantener una proximidad física, y cuya expresión vivencial o subjetiva cuando este apego es sano, es la sensación de seguridad. (Ortiz, M.J. 1993). El establecimiento del apego permite, no sólo que el niño discrimine a partir de un momento de su desarrollo a familiares y extraños, sino también que disponga de una representación interna de sus figuras de apego, como disponibles, pero separada de sí mismo pudiendo evocarlas en

cualquier circunstancia. Por esta razón el niño o niña reaccionará normalmente con ansiedad ante la separación o la ausencia de su figura de apego (principalmente la materna o su substituta) calmándose y mostrando alegría en el reencuentro. La interiorización de una figura estable y disponible, pero separada de sí mismo le permite al niño o a la niña de utilizarla como base de seguridad para explorar su entorno y los extraños. Es esta seguridad la que facilitará la diferenciación necesaria para llegar a ser un adulto capaz de ofrecer en su turno una vinculación de apego sano a sus propias crías.

Un apego sano evoca sentimientos de pertenencia a una relación donde el niño se siente aceptado y en confianza. Los padres interiorizados como fuente de seguridad, permitirá a su hijo explorar su entorno, construyendo poco a poco su red psico-socio afectiva. Cuando esta relación de apego se ha construido sanamente la separación del niño de sus padres provocará en éste signos de ansiedad acrecentados acompañados de una demanda de reunirse con ellos.

Es a partir del primer año de vida del niño que podemos considerar si las diferentes fases del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva a las figuras parentales, asegurándole adecuadamente la seguridad de base que tendrá como corolario el desarrollo paulatino de la confianza necesaria para explorar su mundo, así como para relacionarse con otras personas.

El apego es por lo tanto fundamental para el establecimiento de la seguridad de base a partir de la cual el niño llegará a ser un sujeto social capaz de vincularse y aprender en la relación con los demás. La calidad del apego también influenciará la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como, el desarrollo de su empatía para manejar impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia a través del desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir, la formación de una consciencia ética, así como el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles como las separaciones, pérdidas y rupturas.

Además, sabemos que si un niño o niña no ha tenido la posibilidad de establecer un apego primario o selectivo de calidad en el curso de su primer año o a lo máximo en los dos primeros años de vida, él o ella tendrán siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales que podrán dañar gravemente sus capacidades de vincularse positivamente a los demás así como a obtener buenos resultados en los procesos de aprendizaje especialmente en el ámbito escolar. Como lo hemos expuesto en otros trabajos, existe una relación directa entre trastornos del apego, conyugalidad y parentalidad incompetente. Así, a partir de nuestras investigaciones

clínicas hemos podido argumentar que todas las formas de violencia intrafamiliares tienen como base un trastorno del apego. (Barudy y col. 1998,1999).

Apego y parentalidad

La existencia de competencias parentales está en estrecha relación con las experiencias de apego que los padres conocieron en su infancia. Estas son la base que según su contenido les permitirán una vinculación constructiva o destructiva con sus crías. Si las experiencias de apego fueran siempre constructivas, ellas permitirían que cada sujeto desarrolle capacidades no sólo para hacer frente a las vicisitudes de la existencia, sino para asegurar una parentalidad sana a sus descendientes. Vinculando esto al concepto de resiliencia, las investigaciones muestran que uno de los factores más relevantes en el desarrollo de ésta, es haber conocido por lo menos una experiencia de apego suficientemente sana (Guedeney A., 1998, Altimir et col., 1999).

Parentalidad y trastornos del Apego

Según las consecuencias para el niño, la clínica de los trastornos del apego distingue dos formas de apego: el apego seguro y el inseguro en este último se distinguen dos modalidades: el apego inseguro ansioso-ambivalente y el apego inseguro evitativo. Un tercer tipo de trastorno del apego fue descrito con posterioridad y corresponde al apego inseguro desorganizado (Main y Solomon 1990). Los diferentes tipos de apego pueden evidenciarse a partir de la edad de un año, a través del procedimiento conocido como el de la Situación extraña (Ainsworth y Bell 1970, 1978). En el capítulo 3 de la primera parte de este Libro, hemos descrito en forma más detallada los modos que los niños organizan su conducta con relación a sus figuras parentales especialmente la materna. Sin embargo, mencionaremos aquí estos modos o estilos de apego de los niños a sus padres a modo de resumen, para luego centrarnos en su evaluación.

El apego seguro:

Los niños que presentan un tipo de apego seguro, llamados “niños del grupo B”, se alejan de la madre para explorar la sala y los juguetes después de un corto período de familiarización; no se inquietan ostensiblemente por la separación, pero su exploración disminuye momentáneamente. Cuando la madre regresa, la reciben con alegría, buscando activamente la interacción con ella y tornando progresivamente a la conducta de exploración.

El apego seguro es aquel que evoca sentimientos de pertenencia, de aceptación de sí mismo y de confianza de base. En este caso, las figuras de apego son una fuente de seguridad a partir de la cual el niño o la niña obtienen la confianza para establecer relaciones sanas y atreverse a explorar el medio ambiente. Los niños que tienen un apego seguro son hijos de padres suficientemente competentes.

El apego inseguro:

Los investigadores distinguieron dos tipos de apego inseguro: ansioso-ambivalente y evitativo

a) Los niños con **apego ansioso-ambivalente** tienen miedo de las personas desconocidas, ejercen una exploración mínima de su entorno, aun antes que su madre abandone el cuarto; la presencia de ésta después de una corta ausencia no los calma, y manifiestan una actitud ambivalente. Pueden reaccionar hacia su madre con cólera, rechazando el contacto o la interacción y enseguida buscar ansiosamente el contacto.

Los padres de los niños que presentan esta modalidad de apego presentan diferentes grados de incompetencias parentales, por lo que producen discursos y comportamientos negligentes tanto en el ámbito de los cuidados corporales como en los psico-socioafectivos. En general las madres o los padres no responden adecuadamente a las señales de los niños a través de las cuales manifiestan sus necesidades, y aunque en general no les pegan ni les rechazan. Por otra parte, estos niños han sufrido a menudo separaciones y rupturas precoces con personas y elementos significativos de su entorno, lo que explica también el carácter ansioso y desconfiado de sus modelos relacionales.

b) Los niños con un modelo de **apego evitativo** tienden a evitar y/o a rechazar el contacto con sus padres. Así por ejemplo estos niños tienden a ignorar o esquivar a su madre, mostrándose indiferentes o fríos, tanto antes como después de la separación, presentan más señales de miedo y de desconfianza delante de sus progenitores que delante de personas extrañas o no muestran ninguna diferencia significativa en sus comportamientos en presencia de sus madres o de desconocidos.

Los padres de hijos con este modelo de apego, presentan en general diversos tipos de incompetencias muy a menudo severas y crónicas. Así, por ejemplo las madres de estos niños “huidizos y rechazantes” no sólo son insensibles a las comunicaciones y demandas del niño, sino que además impiden o bloquean activamente los esfuerzos de éste para acceder a ellas.

En las familias maltratadoras en las que los padres por sus incompetencias golpean y rechazan psicológicamente a sus hijos, encontramos con más frecuencia niños con apego de este tipo “huidizo y rechazante”. Los comportamientos evitativos corresponden a menudo a una estrategia defensiva del niño para afrontar las amenazas de respuestas hostiles y agresivas, golpes, insultos y rechazo de sus padres. Desgraciadamente, estas reacciones no siempre lo protegen, porque son interpretadas por los padres como signos de rechazo y de agresión. Los padres responden entonces con más violencia estableciendo de esta manera una espiral trágica de consecuencias lamentables para el niño.

c) Los niños que presentan un trastorno de **apego desorganizado**, presentan modelos relacionales caracterizados por el carácter caótico de estos, es decir, son cambiantes y además indiscriminados; esto último quiere decir que estos niños con la misma facilidad que se apegan a una persona, se desapegan de ella para apegarse de otra, pero siempre de una manera superficial y muchas veces sin tomar realmente en cuenta las necesidades del otro.

El contenido de las experiencias traumáticas de estos niños, sumado con múltiples experiencias de separaciones y rupturas, les ha predispuestos a desarrollar modelos de vinculaciones predominantemente “utilitarias” con el mundo adulto, con el fin de protegerse de la frustración y la vulnerabilidad frente al poder de los adultos.

Niños y niñas que han sido víctimas de lo que llamamos el “síndrome del peloteo” presentan a menudo este modelo de apego. Los niños que presentan este modelo se relacionan con los adultos de una forma desorganizada y cambiante. Así, por ejemplo, en presencia de sus progenitores o cuidadores pueden presentar por momentos signos de agitación o lo contrario, de inmovilidad, o mostrar signos visibles de miedo y desconfianza y luego presentar comportamientos agresivos y provocadores. También puede ocurrir que por momentos el niño presente comportamientos de evitación evidentes, para luego presentar comportamientos provocadores y agresivos. Las niñas y niños abusados sexualmente por tiempos prolongados y al interior de sus familias pueden también presentar este modelo de apego. Este estudio será consagrado al examen de la calidad del apego tanto en los momentos de equilibrio como en los momentos en que el niño está ansioso por alguna circunstancia. Las pautas del examen que se proponen se nutren de la información recogida del estudio de la constitución de los modelos relacionales entre padres e hijos tal como han sido señalados por la teoría y la investigación sobre el apego.

Determinar la naturaleza de estos procesos nos dará un cúmulo de informaciones clínicas no sólo sobre el contenido de las relaciones parento-filiales. El apego es una de las experiencias

fundamentales que determinarán los modelos relacionales futuros entre padres e hijos, por lo tanto, su contenido es un indicador de primer orden de competencia parental. Así, por ejemplo, cuando un niño en edad preescolar presenta repetidamente comportamientos de miedo, resistiéndose a acercarse de uno o los dos padres, lo más probable es que estamos frente a un indicador de trastorno del apego y por lo tanto de una vinculación de mala calidad entre este niño/a y sus progenitores. Esto a su vez señala la existencia de una incompetencia parental.

Metodología:

Esta parte del examen consiste en observar y evaluar las características predominantes de la relación cuidador-niño/a. Se trata de evaluar las reacciones corrientes y habituales del niño en una situación familiar y confortable para él, de preferencia en su entorno natural. En lo que respecta a los bebés hasta de un año, las observaciones se centrarán de preferencia en las reacciones de éstos a su entorno. En los niños a partir del año, interesa principalmente evaluar la manera en que el niño y el cuidador (madre/padre) interactúan, sobre todo en situaciones en donde éstos intentan responder a las necesidades del niño o cuando el niño está frustrado y /o contrariado. En los niños de dos años y medio hasta siete años, la observación se focalizará en el comportamiento que presentan los niños en la interacción con el padre o la madre. Para los niños mayores de 7 se explorarán sus representaciones y vivencias que tienen de sus cuidadores más significativos, a través de una entrevista.

No dejamos de insistir que todo profesional que se implique en tarea de observar participativamente a un niño o niña, a fin de evaluar algo tan complejo como son sus relaciones afectivas, tenga conocimiento sobre el desarrollo normal de un niño/a en sus diferentes edades. Este conocimiento es necesario sobre todo porque los bebés y lactantes evolucionan y cambian de una forma muy rápida en el primer año de vida. Así por ejemplo, lo que es normal al mes o al segundo mes constituirá un signo de perturbación grave al cuarto u octavo mes. En lo posible, la evaluación deberá ser el resultado de varias observaciones, o si esto no es posible deberá intentarse por lo menos, el comparar lo observado con lo registrado en informes de otros observadores fiables. En esta primera parte de la evaluación se propondrán pautas diferentes de examen según la edad de los niños: en esta sección se entregan elementos para investigar las características predominantes- tanto en el ámbito cuantitativo como cualitativo- de la relación entre el cuidador (madre y/o padre) y el niño/a. Una parte importante de este examen está orientada a una estimación clínica de la calidad de la vinculación entre padres e hijos.

El examen evalúa la calidad de la relación de los niños con sus padres o cuidadores, según cuatro grupos de edades:

- 1.2.A** Valoración de la calidad de las relaciones de padres con bebés de 0 a 12 meses.
- 1.2.B** Valoración de la calidad de las relaciones de los padres con sus hijos de 12 meses hasta dos años y medio.
- 1.2.C** Valoración de la calidad de las relaciones de los padres con sus hijos de dos años y medio hasta cinco años.
- 1.2.D** Valoración de la calidad de las relaciones de los padres con sus hijos de más de cinco años.

Evaluación sección 1.2:

Evaluación del apego de los hijos a sus padres a través de la observación participante

1.2.A: Valoración de la calidad de la relación de los bebés de 0 a 12 meses con sus padres/cuidadores

Esta parte del examen está dirigida a examinar a través de una observación participante los comportamientos de los lactantes como indicadores de la calidad de la relación de sus padres con ellos. A diferencia de los niños mayores de un año, aquí no utilizaremos la observación directa y orientada de los procesos de apego, pues éste está todavía en vías de formación. Podemos hablar aquí de una observación indirecta de este proceso a través de los indicadores indirectos que nos entrega la observación de los bebés. En caso que se estime conveniente, es recomendable que el examinador/a pueda gozar de la ayuda de una persona con más conocimientos en el desarrollo normal de los bebés. Como ejemplo, si es un educador/a que realiza la observación puede ser asesorada por un o una psicóloga infantil con experiencia.

Para este examen se propone observar comportamientos que corresponden a seis de las áreas más predominantes del desarrollo de un bebé, con la figura de apego primaria y/o cuidador/a principal.

Área 1. La reacción del bebé a su entorno en los estados de vigilia.

Área 2. El seguimiento visual.

Área 3: La desviación de la mirada.

Área 4. El ofrecer los brazos.

Área 5. Los signos de sufrimiento en presencia de un adulto significativo.

Área 6. La capacidad a vocalizar y/o a reaccionar a las vocalizaciones de otras personas.

Ficha 5

Evaluación sección 1.2.A:

Examen de la calidad de la relación de los bebés de 0 a 1 año con sus padres o cuidadores

Nombre del bebé: Edad:

Nombre del cuidador y parentesco con el bebé:

Nombre del examinador:

Fecha del examen:

Nota: Señalar una de las respuestas posibles Si, NO o D (discutible o dudoso) a cada enunciado, según lo observado.

Área 1:

Estados de vigilia y las reacciones a la estimulación del bebé.

La falta de interés o de reacción a una estimulación que podría ser normal para un bebé de días o de algunas semanas, puede ser indicador de una relación gravemente perturbada entre su figura de apego y el bebé.

Parámetros a observar:

- | | SI | NO | D |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- El bebé no muestra casi ningún interés o reacción a su entorno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- Cuando está acostado se mantiene inmóvil, parece desinteresado y desconectado de lo que le rodea. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- No explora su cuerpo ni su entorno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Área 2:

El seguimiento visual

“La capacidad de un bebé de seguir con la mirada los movimientos de un adulto es una de las primeras manifestaciones conductuales de sus capacidades relacionales”.

La existencia de este comportamiento depende de los procesos madurativos del bebé, así como de la presencia de una madre o cuidador/a que interactúa frecuentemente y adecuadamente con éste. Cuando el bebé participa de una relación suficientemente sana, la capacidad de seguir con la mirada al adulto con el que interactúa, está cada vez más presente a medida que se acerca a su primer año de vida.

Parámetro a observar:

- | | SI | NO | D |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. El bebé evita seguir visualmente al adulto que le cuida (madre o padre). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El bebé evita seguir visualmente cualquier adulto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Área 3:

Desviar la mirada.

Todos los bebés desvían a veces la mirada, aun en los casos que exista una buena relación con sus cuidadores. Los padres competentes aprovechan este cambio para adaptar sus interacciones con el bebé. Cuando el desviar la mirada se transforma en algo permanente, esto puede ser revelador de trastornos de la relación de los cuidadores con el bebé.

Parámetro a observar:

	SI	NO	D
1. El bebé desvía la mirada cada vez que su figura de apego (padre y/o madre) entra en su campo visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El bebé desvía la mirada cada vez que cualquier persona entra en su campo visual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área 4:

Ofrecer los brazos para que lo tomen.

El bebé tiende los brazos para que lo tomen a partir de los 6 meses. Este comportamiento da información sobre el desarrollo de la capacidad del bebé para reconocer a sus padres, de la calidad del apego existente, así como de la capacidad de los padres a responder de una forma adecuada a las demandas del bebé. Es importante observar no sólo lo que pasa en el momento, sino también que hace el niño o niña antes de ofrecer sus brazos. La ausencia de esta conducta es un indicador de un trastorno severo de la relación madre-hijo.

Parámetro a observar:

	SI	NO	D
1. El bebé ofrece sus brazos a su madre para que le tome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El bebé ofrece sus brazos a su padre para que le tome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El bebé ofrece los brazos al examinador para que lo tome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El bebé se arrima al adulto que lo toma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área 5:

La existencia de signos de sufrimiento y de miedo del bebé en presencia de su madre y/o su padre.

Es un indicador de un trastorno importante de la relación de los cuidadores con el bebé. Es importante anotar el contexto en el cual estas reacciones se observan:

Parámetro a observar:

	SI	NO	D
1. El bebé muestra signos evidentes de tensión y de miedo en presencia de su madre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El bebé muestra signos evidentes de tensión y de miedo en presencia de su padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando su madre/padre se le acerca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El bebé muestra signos evidentes de tensión y de miedo en presencia de cualquier adulto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área 6:

Ausencia de vocalización espontánea o de reacción espontánea o de reacción a la vocalización de otras personas.

Un estímulo sonoro humano deberá llamar la atención de un bebé a partir de la primera semana de vida, siempre que éste no tenga hambre, no esté cansado o molesto por otras causas. Por otra parte, los bebés comienzan a balbucear y a veces gritar espontáneamente a partir del segundo mes de vida. Estas vocalizaciones son raramente espontáneas durante el primer mes, pero a partir del tercer mes son cada vez más frecuentes y en respuesta a los estímulos de los demás. La ausencia de vocalizaciones, una vez descartada la sordera, es un indicador importante de la existencia de un trastorno del desarrollo del bebé, lo más probable por falta de estimulación de sus cuidadores.

Parámetro a observar:

	SI	NO	D
El bebé reacciona a los estímulos sonoros <u>(no existe sordera)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El bebé reacciona a las vocalizaciones de su madre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El bebé reacciona a las vocalizaciones de su padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El bebé reacciona a las vocalizaciones de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El bebé vocaliza espontáneamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado:

- De acuerdo a las áreas evaluadas en función del tiempo que tiene el bebé, ¿Están ausentes o disminuidas las conductas esperadas? (interés en el entorno, seguimiento visual, ofrecer los brazos para ser alzado, vocalizaciones).

- A partir de los diferentes aspectos examinados. ¿Qué niveles de estrés y de inseguridad existe entre los cuidadores (padre/madre u otro) y el bebé?

Conclusión de la evaluación sección 1.2.A:

Teniendo en cuenta los resultados de todas las áreas observadas, señale en qué se caracteriza la calidad de la relación del bebé con su cuidador/a:

Evaluación sección 1.2:

Evaluación del apego de los hijos a sus padres a través de la observación participante

1.2.B: Valoración de la calidad de las relaciones de los hijos de edades comprendidas entre uno y dos años y medio con sus padres.

Metodología:

El instrumento de examen en esta sección 1.2.B será la observación directa de la relación de los padres con sus hijos dirigiendo nuestra atención a los comportamientos infantiles frente a diferentes situaciones creadas por el examinador/a. Para esto se observará el comportamiento de los niños en situaciones que pueden ser similares a “la situación extraña” propuesta por Ainsworth y Bell (1970) que fue descrita anteriormente. Lo observado será comparado con una lista de premisas propuestas y el resultado permitirá hacerse una idea de la calidad del apego y por ende el tipo de relación hijos – madre/padre.

Los diferentes pasos de este examen tienen como eje *la observación participante* de las reacciones de los hijos a sus padres en una situación donde éstos se sientan cómodos. Se debe realizar como mínimo dos sesiones de observación, para evitar sacar conclusiones de situaciones atípicas. Se trata de reunir en un local adecuado al niño con uno de sus padres (primero la figura principal de apego, generalmente la madre, luego el otro), y el profesional examinador.

Fases del examen:

- 1) Antes de la separación: encuentro de todos los participantes.

En el primer momento se reúnen todos los implicados (madre/padre, niño) para permitir que el éste se adapte a la situación, se hacen las primeras observaciones sobre la relación entre el niño/a y su progenitor/a, la relación con el extraño (investigador) y con el entorno (capacidad de exploración). Se eligen y subrayan las descripciones propuestas en los cuadros que mejor coincidan con lo observado.

- 2) El momento de la separación:

Se solicita al progenitor/a abandonar la sala dejando al niño/a solo/a con el examinador. Se observan las reacciones del niño/a en el momento de la partida.

- 3) El momento del retorno del progenitor (donde todos se reencuentran):

Como en la primera fase, en esta segunda y tercera también se eligen las descripciones propuestas que mejor correspondan con lo observado.

Nota:

Antes de concluir un resultado definitivo, se debe repetir por lo menos una vez más el examen, de preferencia otro día, para estar seguro que las descripciones de los comportamientos elegidos correspondan realmente al modo corriente de interacción hijos y padres. Por otra parte, usted podría comparar sus propias observaciones con las de otros observadores válidos, por ejemplo, padres de acogida, educadores, profesionales de salud e incluso otros miembros de la familia.

Instrucciones:

Paso 1: En las siguientes fichas se proponen diferentes descripciones de comportamientos posibles que pueden caracterizar la interacción entre los hijos y sus padres. Estos comportamientos han sido distribuidos en cuatro grupos (I, II, III, IV). El o la examinadora deberán marcar con una cruz las descripciones que les parezcan las más coincidentes con sus observaciones.

Paso 2: Se suma el número de descripciones seleccionadas en cada sección y se obtiene aquella que al contar con el número más elevado de descripciones marcadas, indica el modelo predominante de relación niños/a-madre o padre.

Paso 3: Se compara el resultado con lo descrito al final de las fichas.

Ficha 6

Evaluación sección 1.2.B: Valoración de la calidad de la relación de los niños de edades comprendidas entre 1 año y 2 años y medio con sus padres/cuidadores.

1) Antes de la separación

Nombre del niño/a Edad..... Fecha del examen.....

Nombre del cuidador y parentesco con el niño..... Nombre del examinador/ a

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El progenitor/cuidador y el niño están relajados y cómodos el uno con el otro. Parecen sentir algo singular el uno por el otro. <input type="checkbox"/> El niño explora libremente su entorno, mirando de vez en cuando a su cuidador. <input type="checkbox"/> El niño solicita activamente apoyo y consuelo de su progenitor cuando está contrariado. <input type="checkbox"/> El niño pide y le gustan los contactos físicos con su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño es más sociable con su cuidador/a que con el examinador. <input type="checkbox"/> El niño busca con preferencia más ayuda de su cuidador/a que del examinador. <input type="checkbox"/> El niño reacciona con interés a las señales del examinador, pero antes mira o se acerca a su progenitor/cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño parece preocupado por lo que hace su cuidador/a, y explora poco su entorno. <input type="checkbox"/> El niño se "pega" a su cuidador/a y es incapaz de despegarse de él, incluso poco a poco. <input type="checkbox"/> Ignora o rechaza al examinador, o se aleja de él. <input type="checkbox"/> El niño presenta comportamientos inmaduros y o regresivos en presencia de su cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño muestra poca atención a su cuidador/a y/o presenta signos evidentes de temerle. <input type="checkbox"/> Se aleja rápidamente de su cuidador/a, explorando el entorno, "Como si no tuviera miedo de nada". <input type="checkbox"/> El niño se muestra más sociable con el examinador que con su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño se muestra extremadamente solícito con el examinador buscando y gustándole los contactos físicos con él o ella, pero no así con su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Busca principalmente ayuda de su examinador en lugar de la de su cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a muestra inquietud o llama a su cuidador/a si este se aleja, pero si se acerca, lo rechaza. <input type="checkbox"/> En medio de un acceso de cólera o de llantos, el niño/a se queda inmóvil y/o impide que se le acerquen. <input type="checkbox"/> Los comportamientos del niño/a son hiperactivos y caóticos, evitando el contacto por momentos o pudiendo ser invasivos. <input type="checkbox"/> El niño/a se sienta impasiblemente en las rodillas de su cuidador/a largo tiempo, evitando el contacto visual e ignorando sus gestos amistosos. <input type="checkbox"/> El niño/a desvía frecuentemente la mirada cuando su cuidador/a se dirige a él/ella, si éste insiste, el niño puede reaccionar de una forma imprevisible.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 7

Evaluación sección 1.2.B: Valoración de la calidad de la relación de niños de edades comprendidas entre 1 y 2 años y medio con sus padres/cuidadores

2. En el momento de la separación.

Nombre del niño:Examinador/a:.....

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a no se inquieta o lo hace levemente en el momento de la separación de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Si el niño/a se inquieta busca espontáneamente el contacto con su cuidador/a buscando seguridad y explicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a se inquieta, llora o se enoja al presentir la partida de su madre o padre <input type="checkbox"/> Cuando este parte, el niño/a busca a su cuidador/a con signos desesperados. <input type="checkbox"/> El niño/a puede llorar sin consuelo mostrando signos de rabia, miedo e impotencia <input type="checkbox"/> El llanto del niño/a aumenta cuando el examinador/a intenta consolarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a muestra diferentes grados de indiferencia a la partida de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a parece relajado y presenta más interés en lo que pasa en la sala después de la partida de su cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuando el cuidador/a se va, el niño/a se aísla. Puede mantenerse así, aunque parezca que tiene miedo o está contrariado. <input type="checkbox"/> El niño/a puede acercarse a su examinador/a, pero de repente se detiene y/o comienza "una rabieta". <input type="checkbox"/> O bien se muestra postrado y deprimido, manteniéndose a distancia <input type="checkbox"/> El niño/a puede distraerse solo y luego de un largo periodo de juego donde el niño parecía satisfecho, de repente llora, o muestra una mezcla de rabia y de pena sin motivo aparente. <input type="checkbox"/> El niño/a se acerca a su examinador/a, para alejarse antes de tocarlo sin motivo aparente.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 8

Evaluación sección 1.2.B: Valoración de la calidad de la relación de los niños de edades comprendidas entre 1 y 2 años y medio con sus padres/cuidadores

3) Al regreso del cuidador/a.

Nombre del niño: Examinador/a:.....

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a acoge de una manera positiva, a su cuidador/a que vuelve. <input type="checkbox"/> Si el niño/a mostró pena en el momento de la separación, ahora está alegre y en contacto con su cuidador/a que ha vuelto. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La reacción del niño/a es ambivalente a la vuelta de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Tiende los brazos, pero si el cuidador/a lo toma, el niño quiere bajarse. Se apega a su cuidador/a al tiempo que la empuja o la rechaza. <input type="checkbox"/> El niño/a es incapaz de consolarse a pesar que su cuidador/a ha vuelto y/o rechaza ser consolado manifestando signos evidentes de rabia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a ignora a su cuidador/a que ha vuelto <input type="checkbox"/> El niño/a vuelve a parecer inquieto y temeroso después de la vuelta de su cuidador/a <input type="checkbox"/> El niño/a provoca al cuidador/a que ha vuelto. <input type="checkbox"/> El niño/a responde con cautela a las invitaciones de cuidador/a. 	<p>1. <u>Signos de Petrificación.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a interrumpe su actividad normal o su comportamiento agitado y se queda inmóvil durante 20 segundos o más (no se mueve y/o su rostro se muestra vacío y/o fijo). <p>2.- <u>Signos visibles y directos de desconfianza.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muestra desconfianza y miedo intenso a la vuelta de su cuidador/a, cuando le llama o se le acerca. <input type="checkbox"/> Muestra de temor en el rostro cuando su cuidador/a lo toma en sus brazos. <input type="checkbox"/> Huye de su cuidador/a cuando éste vuelve. <input type="checkbox"/> Su actitud es de hipervigilancia y de alerta permanente, sobre todo si éste/a se coloca detrás de él. <p>3.-<u>Signos de desorganización y desorientación.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presenta sus brazos al examinador para que lo tome cuando su cuidador/a vuelve. <input type="checkbox"/> Se tapa la cara o coloca sus manos cerca o delante de su rostro. <input type="checkbox"/> Acompaña a su cuidador/a a la puerta, sonriendo como si se despidiera. <input type="checkbox"/> Reacciones afectivas confusas, desordenadas, (se aleja, ríe, llora, está confuso, se acerca...).
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 1.2.B:

1) *Una mayoría de puntos para el grupo I:* si la mayoría de las observaciones corresponden a lo enunciado en la columna I esto indica con muchas probabilidades que el tipo de vinculación entre el niño o la niña con los padres o cuidadores corresponda a un: **apego seguro (tipo B)**. Esto supone una relación cuidador- niño/a positiva y por lo tanto un indicador de competencias parentales **suficientemente adecuadas**, de las que resultará un desarrollo suficientemente sano para el niño/a.

2) *Una mayoría de puntos para el grupo II:* si la mayoría de las observaciones corresponden a lo enunciado en la columna II, esto indica que el tipo de vinculación más probable sea un: **apego inseguro, ansioso-ambivalente (tipo C)**. Esto supone que el o los cuidadores han estado con mucha frecuencia preocupados y ansiosos. Presentan dificultades para manejar la agresividad y/o presentan trastornos depresivos. Por estas y otras razones, es probable que hayan sometido a sus hijos a momentos de separación. Esto ha contaminado sus relaciones con sus hijos y por lo tanto, afectado negativamente la constitución de los vínculos de apego de estos. En este caso, la relación es menos sana porque conlleva más riesgo de tensiones para el niño o la niña y por ende, riesgo también en su desarrollo. Los padres involucrados en este tipo de apego pueden presentar problemas en el ejercicio de su función parental. Ellos pueden presentar grados moderados de incompetencia parental en general. No todos los niños víctimas de este tipo de apego ansioso-ambivalente presentarán problemas graves, pero un porcentaje podrá presentar una tendencia a comportamientos ansiosos y/o de oposición con sus padres o adultos de su entorno.

3) *Una mayoría de puntos para el grupo III:* si la mayoría de las observaciones coinciden con los postulados de la columna III, estamos en presencia de un: **apego inseguro de tipo evitativo (tipo A)**. Esto significa probablemente que los padres o los cuidadores han descuidado gravemente y crónicamente a sus hijos o hijas, lo que ha llevado a estos a replegarse sobre sí mismos y desarrollar un modelo relacional caracterizado por el miedo y la desconfianza. Además, se puede suponer la existencia constante de tensiones en las relaciones familiares, con una alta probabilidad de violencia conyugal y/o de maltrato físico y psicológico de los hijos.

Este modo de apego es un indicador de dificultades e incompetencias en el ejercicio de la función parental. Los padres o cuidadores presentan en estos casos, grados moderados y a veces severos de incompetencia parental, a menudo de evolución crónica.

Puede ser que algunos niños confrontados a este modo de vinculación no manifestarán trastornos importantes, pero la mayoría de ellos presentarán diferentes formas de sufrimiento infantil manifestado por comportamientos agresivos y provocadores, dificultades de aprendizaje, retrasos del desarrollo, dificultades de relación, entre otros.

4) Una mayoría de puntos para el grupo IV: si la mayoría de las observaciones coinciden con los postulados de la columna IV, estamos en presencia de un modo de relación adulto niño/a caótico y desorganizado que corresponde a lo que ha sido descrito como: **apego desorganizado**.

La existencia de este tipo de patrón supone que el cuidador/a presenta problemas graves en la relación a su hijo/a, seguramente lo descuida y/o les maltrata físicamente y/o psicológicamente, existiendo un riesgo de abusos sexuales. Por lo tanto, este tipo de apego es un indicador de incompetencia parental severa y lo más probable crónica. Todos los niños víctimas de este tipo de apego presentan trastornos importantes en su desarrollo, así como diferentes manifestaciones actuales de sufrimiento y daño. Estos niños corresponden generalmente a hijos de padres que a su vez presentan múltiples problemas y carencias. Muchos de ellos son miembros de familias multi problemática y multi carencial.

Son estos niños y niñas los atendidos frecuentemente por los servicios de protección infantil y cuando son detectados tardíamente y/o ayudados inadecuadamente, presentan manifestaciones psicotraumáticas severas, trastornos conductuales y de aprendizaje también severos, que en muchas ocasiones, en la pre-adolescencia y en la adolescencia, pueden expresarse por trastornos psicopatológicos severos, depresión, psicosis, consumo de drogas, agresiones físicas y sexuales.

Resultados:

Total de puntos obtenidos:

- 1) **Grupo I** =
- 2) **Grupo II** =
- 3) **Grupo III** =
- 4) **Grupo IV** =

Conclusiones de la evaluación sección 1.2.B:

Evaluación sección 1.2.C:

Valoración de la calidad de la relación de los niños de edades comprendidas entre 2 años y medio y siete años con sus padres/cuidadores.

Metodología:

El instrumento de examen en esta sección 1.2.C será la observación directa de la relación de los padres con sus hijos dirigiendo nuestra atención a aquellos comportamientos infantiles que por su contenido nos pueden permitir evaluar la calidad de los aportes, que los padres entregan a sus hijos que por sus edades, están adquiriendo niveles progresivos de autonomía.

Las diferentes etapas de este examen tienen también como eje *la observación participante* dirigiendo la atención a los comportamientos que presentan los niños en las interacciones naturales con uno o ambos padres. La observación deberá permitir evaluar el modo que los padres también responden e interactúan con sus hijos, si aseguran una relación de calidad con sus hijos, en esta fase evolutiva.

Para organizar la observación se propone el examen de cinco áreas relacionales:

Área 1: La regulación de la distancia: es decir, la forma en que el niño o la niña define la relación con sus padres, para mantenerse junto a ellos, al mismo tiempo que se permite explorar el mundo que le rodea.

Área 2: La orientación del cuerpo: se trata de observar cómo el niño o la niña utiliza su cuerpo para asegurarse una relación de proximidad con sus progenitores, o al contrario, para protegerse a través de la postura corporal de una probable amenaza de estos.

Área 3: El contenido y la forma de los diálogos de los niños con sus padres: el cómo y el contenido de los diálogos espontáneos de los niños con sus padres son indicadores útiles para evaluar la seguridad y confianza que los padres están aportando a sus hijos.

Área 4: El clima o ambiente emocional: éste es un indicador importante de la tendencia general de los padres a tratar bien a sus hijos o al contrario, el hacerles daño. El ambiente emocional, nos señala la tendencia al “afinamiento” o al “desafinamiento afectivo” existente entre los padres y sus hijos.

Área 5: Las reacciones de los niños en el reencuentro con sus padres después de momentos de separación: éstas indican el grado de seguridad de base que los padres han podido o no procurar a sus hijos a partir de sus competencias.

Instrucciones:

Paso 1: En las siguientes fichas, se proponen diferentes descripciones de comportamientos posibles que pueden caracterizar la interacción entre los padres y sus hijos. Estos comportamientos han sido clasificados en cuatro grupos (I, II, III, IV). El o la examinadora deberá marcar con una cruz las descripciones que le parezcan las más coincidentes con sus observaciones.

Paso 2: Sumar el número de descripciones seleccionadas en cada columna. Realizar esta operación para cada área (Fichas 9 a 13)

Paso 3: Completar el cuadro de los resultados para obtener el modelo predominante de relación del niño/a a su cuidador.

Paso 4: Concluir cuál es el modelo predominante de relación del niño/a al cuidador/a.

Ficha 9

Evaluación sección 1.2.C: Valoración de la calidad de la relación entre los padres/cuidadores y niños/as entre dos años y medio y siete años.

Área 1: Regulación de la distancia.

Nombre del niño/aEdad.....

Fecha del examen

Nombre del cuidador/a y parentesco con el niño/a:

Nombre del examinador/a

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<input type="checkbox"/> El niño muestra un contacto espontáneo y relajado con su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a se relaciona sin agresividad con sus padres. <input type="checkbox"/> El niño/a se aleja si algo le interesa, pero vuelve espontáneamente o si su cuidador/a lo llama. <input type="checkbox"/> Ausencia de conductas provocadoras.	<input type="checkbox"/> El niño/a se relaciona de una forma ambivalente con sus padres, por momentos los invade y por otros los rechaza. <input type="checkbox"/> El niño/a, se demora en obedecer o hace lo contrario de lo que le piden sus cuidadores. <input type="checkbox"/> El niño/a se muestra al principio alejado del examinador/a, para luego repetir el mismo patrón que con sus padres.	<input type="checkbox"/> El niño/a se mantiene casi en permanencia alejado de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a se muestra reticente para acercarse a sus padres cuando le llaman. <input type="checkbox"/> El niño/a se acerca a ellos bajo amenaza y con miedo. <input type="checkbox"/> El niño/a se acerca a su cuidador/a por motivos interesados. (por ejemplo si éste le ofrece un bombón). <input type="checkbox"/> El niño/a se acerca con más facilidad al examinador/a que a sus padres.	<input type="checkbox"/> El niño/a presenta un modelo de relación inestable y cambiante, puede acercarse y alejarse de sus padres sin motivo aparente. <input type="checkbox"/> El niño/a se muestra indiferente a la proximidad y al contacto. <input type="checkbox"/> El niño/a se acerca a su cuidador/a de una forma hostil, dominadora o controladora <input type="checkbox"/> El niño/a provoca y hostiga frecuentemente a sus padres. <input type="checkbox"/> Ausencia de timidez incluso con personas desconocidas. <input type="checkbox"/> El niño/a casi nunca reclama a sus cuidadores si tiene alguna dificultad, como puede ser arreglar un juguete o si se le pierde algo. <input type="checkbox"/> El niño/a se las arregla solo en caso de necesidad y/dificultad
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 10

Evaluación sección 1.2.C: Valoración de la calidad de la relación de los niños/as de dos años y medio a siete años con sus padres/cuidadores

Área 2: Orientación del cuerpo.

Nombre del niño/a..... Examinador/a:

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El cuerpo del niño/a se orienta frecuentemente hacia su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a se inclina hacia su cuidador/a cuando éste interactúa directamente con él/ella. <input type="checkbox"/> Cuando la ocasión se presenta, el niño/a puede disponer su cuerpo para quedar cara a cara, muy cercano a su cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La orientación del cuerpo del niño/a puede oscilar según las circunstancias, desde una evitación moderada de su cuidador/a hasta una inclinación permanente hacia él o ella. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con la orientación de su cuerpo, el niño/a muestra que elude la mayor parte del tiempo a su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Cuando está frente a su cuidador/a, el cuerpo del niño/a se orienta hacia ellos para responder a sus demandas. <input type="checkbox"/> Cuando los padres se alejan. La orientación del cuerpo también se aleja de ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aunque el niño/a se encuentra cara a cara con su cuidador/a, él o ella orientan su cuerpo en todos los sentidos menos en dirección a la de ellos.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 11

Evaluación Sección 1.2.C: Valoración de la calidad de la relación de los niños/as entre dos años y medio siete años con sus padres/cuidadores

Área 3: Contenido y forma del diálogo

Nombre del niño/a..... Examinador/a:

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a inicia y mantiene una interacción a través del lenguaje corporal (gestos, actitudes,...) y la palabra. <input type="checkbox"/> Sus palabras son personales, naturales, a veces íntimas. <input type="checkbox"/> Invita a su cuidador/a a incorporarse al diálogo que sostiene con otros niños o adultos. <input type="checkbox"/> El niño/a en los diálogos con su cuidador muestra interés por las actividades, pensamientos y sentimientos de éstos. <input type="checkbox"/> El niño/a habla con facilidad de su mundo imaginario y de sus fantasías con sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a presenta una tendencia a sollozar cuando habla con su cuidador. <input type="checkbox"/> El niño/a habla sin interrupción a su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Las palabras y los gestos del niño/a pueden ser negativas, irritar a sus padres y a veces ser claramente hostiles. <input type="checkbox"/> Las palabras y los gestos utilizados por el niño/a concentran permanentemente la atención de los padres. <input type="checkbox"/> El niño/a habla de sus fantasías con sus padres con exageración y/o dramatizando su contenido. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a habla y gesticula muy poco en presencia de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a comienza raramente el diálogo con sus padres. <input type="checkbox"/> Cuando el niño/a se atreve a contar algo a sus padres sus palabras son impersonales y a menudo desprovistas de afectos. <input type="checkbox"/> El niño/a casi nunca le pide a su cuidador/a que le cuente un cuento o que juegue con él o con ella. <input type="checkbox"/> El niño/a nunca habla de sus fantasías y deseos con sus padres ni comparte su mundo imaginario. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a dialoga con sus cuidadores/as usando palabras y gestos inadecuados para su edad. <input type="checkbox"/> Sus diálogos son amenazantes, culpabilizadores y/o dominantes. <input type="checkbox"/> El niño/a presenta una tendencia a rechazar el diálogo con sus cuidadores. <input type="checkbox"/> En ocasiones el niño/a se presenta exageradamente hablador. <input type="checkbox"/> A menudo habla en monólogos. <input type="checkbox"/> No se interesa por el contenido ni los afectos expresados de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El discurso y los gestos del niño/a cuando habla con su cuidador/a aparecen como incoherentes e incongruentes. <input type="checkbox"/> El niño/a comparte sus fantasías, pero éstas son extrañas, tenebrosas y/o desorganizadas.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 12

Evaluación Sección 1.2.C: Valoración de la calidad de la relación de los niños/as entre dos años y medio siete años con sus padres/cuidadores

Área 4: El clima o ambiente emocional

Nombre del niño/a..... Examinador/a:

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuando el niño/a está con su cuidador/a, se respira un ambiente emocional agradable sano. <input type="checkbox"/> Los afectos circulan libremente, el ambiente no es ni muy animado, pero tampoco apagado. <input type="checkbox"/> El ambiente es calmado y confortable. <input type="checkbox"/> Los afectos del niño/a están en concordancia con los de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> Los desacuerdos entre niño/a y cuidador/a se negocian con un mínimo de contrariedad. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El clima emocional entre cuidador y niño/a tiende hacia los extremos. <input type="checkbox"/> Por momentos existe una armonía casi idílica, en otros, la tensión relacional es enorme. <input type="checkbox"/> El niño/a está irritable, negativo y presenta "berrinches". <input type="checkbox"/> El niño/a presenta una falsa alegría, su sonrisa parece artificial, destinada a contentar a su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a en presencia de su cuidador/a está a menudo en estado de alerta como si temiera ser abandonado por éste. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El clima emocional es tenso y frío. <input type="checkbox"/> En presencia del cuidador/a el niño/a es desconfiado y está a la defensiva, <input type="checkbox"/> El niño/a intenta controlar por todos los medios la expresión de sus afectos. <input type="checkbox"/> Si el cuidador/a le fuerza el contacto, el niño/a puede reaccionar con nerviosismo (risas, agitación,...), como si no se sintiera cómodo. <input type="checkbox"/> El ambiente emocional mejora cuando el niño/a no está en presencia de su cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los afectos del niño/a no corresponden a aquellos del cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a actúa como si buscara mejorar el ambiente y el humor de su cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a hace lo posible por alegrar el ambiente o a "enfriarlo" con un comportamiento negativo. <input type="checkbox"/> El niño/a es hostil como si intentara dominar y/o castigar a sus cuidador. <input type="checkbox"/> El niño/a se muestra inquieto, excitado, provocador, por lo que el ambiente es tenso y confuso. <input type="checkbox"/> El niño/a está depresivo, confuso y/o receloso.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Ficha 13

Evaluación Sección 1.2.C: Valoración de la calidad de la relación de los niños/as entre dos años y medio siete años con sus padres/cuidadores

Área 5: Reacciones de los niños en el reencuentro con sus padres después de una separación

Nombre del niño/a..... Examinador/a:

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a acoge a su cuidador/a con alegría manifiesta. <input type="checkbox"/> El niño/a se muestra interesado y contento con lo que su cuidador le dice o trae. <input type="checkbox"/> El niño/a cuenta espontáneamente a su cuidador/a lo que ha hecho durante su ausencia. <input type="checkbox"/> Si sus padres deben irse de nuevo el niño/a presenta signos de tristeza, pero se calma si los padres o la persona que se queda con él/ella le explican el por qué y cuándo volverán. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La reacción del niño/a es ambivalente en el momento de encontrarse. <input type="checkbox"/> El niño/a muestra primero alegría, luego llora y/o se pone agresivo. <input type="checkbox"/> El niño/a se pega al cuidador/a que ha vuelto y se niega a separarse de él o ella. <input type="checkbox"/> Cualquier ocasión le sirve al niño/a para llamar la atención del padre que ha vuelto. <input type="checkbox"/> El niño/a se descompensa, llora desconsoladamente y/o presenta una crisis de cólera si su cuidador se vuelve a marchar. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasa un buen rato antes que el niño/a mire a su cuidador/a después de volver a verle. <input type="checkbox"/> El niño/a parece asustado desde la vuelta del cuidador. <input type="checkbox"/> El niño/a parece petrificado desde la vuelta del cuidador/a. <input type="checkbox"/> Los movimientos del niño/a se mantienen en un nivel mínimo desde la vuelta del cuidador/a. <input type="checkbox"/> El niño/a interactúa con el examinador como buscando su protección. <input type="checkbox"/> El niño/a parece mucho más relajado si su cuidador/a vuelve a partir. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño/a se excita, presentando comportamientos disruptivos, caóticos e incoherentes en el momento del contacto con el cuidador/a que vuelve. <input type="checkbox"/> El niño/a se retrae, se encierra en sí mismo y/o no habla. <input type="checkbox"/> El niño/a se comporta como si su cuidador/a que vuelve o que lo visita, son unos desconocidos. <input type="checkbox"/> El niño/a no cambia sus comportamientos si su cuidador vuelve a partir.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 1.2.C:

Resultado:

Total de puntos obtenidos:

ÁREAS DE OBSERVACIÓN	Grupo I Seguro	Grupo II Ansioso-Amb.	Grupo III Evitativo	Grupo IV Desorganizado
1. Regulación de la distancia				
2. Orientación del cuerpo				
3. Contenido y Forma del diálogo				
4. Clima emocional				
5. Reacciones al reencuentro.				
TOTALES				

1) Una mayoría de puntos para el grupo I: si la mayoría de las observaciones corresponden a lo enunciado en la columna I, esto indica con muchas probabilidades que el tipo de vinculación del niño/a con su cuidador/a y corresponda a un: **apego seguro (tipo B)**. Esto supone una relación cuidador- niño/a positiva y por lo tanto un indicador de competencias parentales **suficientemente adecuadas**, de las que resultará un desarrollo suficientemente sano para el niño/a.

2) Una mayoría de puntos para el grupo II: si la mayoría de las observaciones corresponden a lo enunciado en la columna II, esto indica que el tipo de vinculación más probable sea un: **apego inseguro, ansioso-ambivalente (tipo C)**. Esto supone que el o los cuidadores han estado con mucha frecuencia preocupados y ansiosos. Presentan dificultades para manejar la agresividad y/o presentan trastornos depresivos. Por estas y otras razones, es probable que hayan sometido a sus hijos a momentos de separación. Esto ha contaminado sus relaciones con sus hijos y por lo tanto, afectado negativamente la constitución de los vínculos de apego de estos. En este caso la relación es menos sana porque conlleva más riesgo de tensiones para el niño, y por ende de trastornos de su desarrollo. Los padres involucrados en este tipo de apego pueden presentar problemas en el ejercicio de su función parental. Ellos pueden presentar grados moderados de

incompetencia parental. No todos los niños víctimas con este tipo de apego ansioso-ambivalente presentarán problemas graves, pero, un porcentaje podrá presentar una tendencia a comportamientos ansiosos y/o de oposición con sus padres o adultos de su entorno.

3) Una mayoría de puntos para el grupo III: si la mayoría de las observaciones coinciden con los postulados de la columna III estamos en presencia de un: **apego inseguro evitativo (tipo A)**. Esto significa probablemente que los padres o los cuidadores han descuidado gravemente y crónicamente a sus hijos, lo que ha llevado a estos a replegarse sobre sí mismos y desarrollar un modelo relacional caracterizado por el miedo y la desconfianza. Además, se puede suponer la existencia constante de tensiones en las relaciones familiares, con una alta probabilidad de violencia conyugal y/o de maltrato físico y psicológico de los hijos.

Este modo de apego es un indicador de dificultades e incompetencias en el ejercicio de la función parental. Los padres o cuidadores presentan en estos casos grados moderados y a veces severos de incompetencia parental, a menudo de evolución crónica.

Puede ser que algunos niños confrontados a este modo de vinculación no manifiesten trastornos importantes, pero la mayoría de ellos presentan diferentes formas de sufrimiento infantil manifestado por comportamientos agresivos y provocadores, dificultades de aprendizaje, retrasos del desarrollo y dificultades de relación, entre otros.

4) Una mayoría de puntos para el grupo IV: si la mayoría de las observaciones coinciden con los postulados de la columna cuatro, estamos en presencia de un modo de relación adulto niño/a caótico y desorganizado que corresponde a lo que ha sido descrito como: **apego desorganizado**.

La existencia de este tipo de patrón supone que el o los cuidadores presentan problemas graves en la relación con sus hijos, seguramente los descuidan y/o les maltratan físicamente y/o sexualmente y/o psicológicamente. Por lo tanto, este tipo de apego es un indicador de incompetencia parental severa y crónica. Todos los niños víctimas de este tipo de apego presentan trastornos importantes en su desarrollo, así como diferentes manifestaciones actuales de sufrimiento y daño. Estos niños corresponden generalmente a hijos de padres que a su vez presentan múltiples problemas y carencias y son muchas veces miembros de familias multiproblemáticas y multicarenciales.

Son estos niños los atendidos frecuentemente por los servicios de protección infantil y cuando son detectados tardíamente y/o ayudados inadecuadamente, presentan graves problemas de conducta y aprendizaje, trastornos psico-traumáticos que en muchas ocasiones y sobre todo en la pre-adolescencia y en la adolescencia, se expresarán por trastornos psicopatológicos

severos como depresión, psicosis, consumo de drogas, agresiones físicas y sexuales y/o conductas autolesivas.

Conclusiones de la evaluación sección 1.2.C:

A modo de resumen, según los resultados obtenidos ¿Cuál es el modelo predominante de relación que existe entre el niño/a y su cuidador/a?

Evaluación sección 1.2.D:

Valoración de la calidad de las relaciones de los niños mayores de cinco o siete años con sus cuidadores. *Valoración de las relaciones familiares*

Introducción:

A partir de los cuatro o cinco años, las características predominantes de las relaciones entre los niños y sus padres u otros cuidadores, están a menudo influenciadas por un conjunto de actitudes y comportamientos resultado de las interacciones cotidianas que se han producido durante años entre los diferentes miembros de la familia. Las modalidades de adaptación del niño/a a las diferentes situaciones de malos tratos es un ejemplo de los factores que pueden hacer pensar en un bienestar aparente de las relaciones familiares. Por ejemplo, un niño de cinco años o más puede querer estar o volver con su madre o su padre, a pesar que le han maltratado gravemente. Esto debe entenderse más bien como una manifestación de sus necesidades de apego y pertenencia, pero en ningún caso, como un indicador de competencia parental.

En esta sección, proponemos una lista de preguntas destinadas en primer lugar, a facilitar un proceso de conversación con los niños, y en segundo lugar, a explorar las vivencias de éstos hacia sus cuidadores más significativos.

Es importante que el examinador o examinadora recuerde siempre que la finalidad de esta Guía de evaluación es ser un instrumento que facilite realizar un examen clínico de forma estructurada y coherente. Por lo tanto, los resultados obtenidos con esta listas de preguntas son solamente una aproximación a la vivencia del niño o de la niña, con relación a sus cuidadores en un momento y en un contexto determinado. La información obtenida sumada a otras, nos permite acercarnos al mundo del infante protegiéndonos del riesgo de nuestras interpretaciones adultistas.

Como todos los instrumentos que forman parte de esta guía, esta lista de preguntas es una herramienta clínica que nos ayuda a plantear hipótesis que deben ser contrastadas con otras informaciones que la guía nos ha entregado, así como con toda otra información sobre el niño/a y su contexto de vida.

Por último, debemos recordar que los niños que examinamos, al encontrarse en una posición de inestabilidad y de “ser observados”, sus respuestas pueden cambiar de un

encuentro a otro, puesto que sus sentimientos también pueden variar, o en otros casos, intentarán camuflar o cubrir sus verdaderos sentimientos en relación a sus cuidadores, influenciados por sus expectativas, ilusiones, mentiras de sus cuidadores, presiones y chantajes de todo tipo, etc.

El examinador/a deberá tener siempre en cuenta que los niños podrían haber vivido durante años bajo las amenazas de sus progenitores, que les obligaban a guardar silencio y mantener en secreto lo que pasaba en la familia, al mismo tiempo que, a través de los mensajes acusadores y culpabilizantes, les han hecho responsables y culpables de los malos tratos.

Metodología:

La metodología del examen consiste en presentar al niño/a una serie de preguntas en la que éste/a deberá elegir a qué persona de su entorno familiar y social hacen referencia, ya sea positiva o negativamente. El niño/a puede responder nombrando a la persona o indicando una tarjeta con su nombre. El uso de las tarjetas, por un lado, permite al niño y al examinador seleccionar previamente a dos o más cuidadores principales en la vida del niño, así como otras personas significativas de su contexto de vida. Por otro lado, permite incluir una tarjeta con el nombre de señor/señora Nadie, en caso de que alguna pregunta no haga referencia a ninguno de los cuidador/es. Esta metodología es una adaptación de la técnica realizada por James Anthony (1985) para explorar en los niños sus percepciones sobre las interacciones familiares. Aunque las respuestas a este cuestionario no nos permiten concluir con absoluta certeza la vivencia real del niño hacia esas personas, sí nos pueden dar pistas para nuestra hipótesis.

Nunca insistiremos demasiado sobre la necesidad que el examinador comprenda y conozca las dificultades relacionales en que los niños se encuentran. Esto implica una formación y un trabajo personal para aceptar el horror invisible e impensable de los diferentes tipos de maltrato, así como de las diferentes manifestaciones del sufrimiento infantil provocado por estas experiencias. El niño/a sólo tendrá posibilidades de acercarse a la realidad de lo vivido, si se le ofrece una relación de seguridad basada en la autenticidad, la empatía y el respeto. En esta parte del examen como en todas las otras, el resultado dependerá de la calidad de la relación que el investigador/a sea capaz de ofrecer, así como de la posibilidad de contar con el tiempo necesario para este examen. Las preguntas de este cuestionario pueden dividirse y ser incluidas en dos encuentros diferentes con el niño, eso permitirá aclarar ciertas respuestas de un primer encuentro.

Instrucciones:

Esta parte del examen tiene como objetivo explorar la calidad del apego de niños mayores de cinco o siete años, según se estime conveniente, principalmente, con sus cuidadores principales – progenitores- pero también con otras personas significativas para él o ella, de su familia y/o o de su entorno social. En la aplicación del cuestionario sólo están presentes el niño/a y examinador/a.

El procedimiento es el siguiente:

Paso 1: Después de presentarse, dígame que usted ha preparado una actividad para conocerle mejor. Para ello puede ir explicando de qué se trata, siguiendo los pasos de este procedimiento.

Paso 2: Nombre con la ayuda del niño/a, las personas que son parte de su familia (Si el niño omite a alguien, recuérdesele, pero registre posteriormente este hecho). Dé la oportunidad al niño de agregar a este grupo selecto, otro y otra/s persona/s que le parezca significativa de su entorno familiar y/o social.

Paso 3: Invite al niño/a a que le ayude a escribir en pequeñas tarjetas (tamaño presentación) los nombres de este grupo selecto, o dibuje sus siluetas. Asigne una tarjeta por persona hasta una máximo de 5. Luego explique al niño que agregará otra con el nombre de: señor/señora Nadie, al set de tarjetas y luego espárzalas sobre la mesa. Así el niño/a podrá también optar por esta tarjeta como respuesta.

Paso 4: Explique al niño/a que usted le hará una serie de preguntas que deberá responder con una de las tarjetas. Presentar como ejemplo: “¿Si yo te pido que me digas quién dice las cosas más divertidas, quién dirías tú que es: tu mamá, tu papá, tu hermano, el marido de tu mamá, el Sr. o Sra Nadie?”. Si el niño/a responde: “yo”, registre su respuesta, señalando con un punto ese ítem, y vuelva a preguntar: ¿Quién más? Si el niño/a nombra a más de una persona, se le pedirá a cuál de ellas pone en primer lugar. (Se registrarán todas las respuestas y el orden de prioridad) Si el niño no quiere responder, pase a otra pregunta y déjele para más tarde; también puede ofrecer un descanso e intente continuar. Si el niño continúa negándose, no insista y registre su impresión de la observación. Por el contrario, si el niño/a agrega detalles o argumenta su respuesta, permítaselo porque eso enriquecerá nuestro intercambio y exploración.

Paso 5: Haga al niño/a las diferentes preguntas propuestas en la ficha y anote sus respuestas. Las preguntas precedidas por un número están dirigidas a obtener información

sobre la calidad de la relación. Las preguntas precedidas por una letra están destinadas a provocar una discontinuidad en el interrogatorio para prevenir que el niño responda mecánicamente.

Paso 6: Agrupe las respuestas obtenidas considerando las dimensiones evaluadas de los ítems de la entrevista. Usted puede, por ejemplo, poner la letra M (madre), sobre el número del ítem y así distinguir cuáles y cuántas dimensiones positivas y negativas están asociadas a esta persona.

Paso 7: Anote los resultados e intérpretelos con las precauciones señaladas en la introducción.

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 1.2.c

El cuestionario pretende explorar la calidad de las relaciones familiares en los niños mayores de 5 ó 7 años, según se estime conveniente. Las preguntas intentan explorar las representaciones y percepciones que tiene el niño/a de sus cuidadores, ya sean positivas o negativas. Se espera que el resultado de este cuestionario sea concordante a vuestra hipótesis y apoye el resto de la información ya obtenida a través de los padres o cuidadores. Sin embargo, puede que esto no ocurra. En ese caso, si el resultado refleja percepciones positivas de uno o más cuidadores que no concuerdan con el resto de la información obtenida de la Guía, quizás se podría pensar en la dificultad que tiene el niño/a de ver su realidad tal cual es, o también en su necesidad de proteger y no traicionar a sus figuras parentales. Toda esta información puede ser relevante

1. Percepciones Positivas:

A) Seguridad, Protección: 5, 22, 27, 34.

B) Cuidados: 2, 4, 19, 20

C) Accesibilidad/Disponibilidad: 12, 25, 35

D) Afecto, Comprensión, Confianza: 17, 24, 26, 29, 31, 33

E) Placer/ Experiencia lúdica: 1, 3, 8, 11, 21

2. Percepciones Negativas:

F) Rabia/: 6, 9, 13, 18

G) Intromisión: 28, 32

H) Distancia/Desconfianza: 7, 10, 14, 15,

I) Debilidad: 16, 23, 30

Ficha 14

Evaluación sección 1.2.D:

Valoración de la calidad de la relación de los niños mayores de siete años con sus padres/cuidadores

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador que lo trae:

Fecha del examen:

Parentesco con el niño/a:

Nombre del examinador/a:

➤ **Valoración de las relaciones familiares:**

Cuidadores evaluados:.....

- a) Quién hace la compra en tu familia?
 1. ¿Quién es la persona que más juega contigo?
 2. ¿Quién sabe cuál es la comida que menos te gusta comer?
 3. ¿Con quién te lo pasas mejor?
 4. ¿Quién se preocupa por tus cosas del cole?
- b) ¿Quién tiene el pelo más largo de todos?
 5. ¿Con quién te dan ganas de estar cuando estas triste y no te sientes bien?
 6. ¿Quién a veces se enfada tanto que quiere gritar a alguien?
 7. ¿Con quién es que más te cuesta hablar de tus cosas?
 8. ¿A quién le gusta hacer cosas contigo?
- c) ¿Quién es el más alto de todos?
 9. ¿Quién es la persona que te hace sentir más enfadado/a a veces?
 10. ¿Quién es el que menos te escucha cuando tú tienes alguna cosa que decir?
 11. ¿Quién es el más serio contigo?
 12. Si tienes deberes o tareas de la escuela, ¿Quién te ayudaría?
 13. ¿Quién es el que tiene menos paciencia contigo?
- d) ¿A quién no le gusta la leche en tu familia?
 14. ¿Quién está demasiado ocupado para jugar contigo?
 15. ¿Quién a veces te engaña?

16. ¿Quién es la persona que más necesita ayuda?
 17. Si haces algo que no está bien ¿Quién es la persona que menos se molestaría?
 18. ¿Quién es la persona que más rápido se enfada?
 19. ¿Quién te sirve la cena?
 20. ¿Quién te corrige cuando haces algo que no está bien?
 21. ¿Con quién te gustaría pasar un día en la playa?
- e) ¿A quién le gustan mucho las pizzas?
22. Si tuvieras que viajar a una isla y allí no hay nadie, ¿Con quién te irías?
 23. ¿Quién parece más nervioso cuando hay problemas en casa?
 24. Si estás preocupado o triste ¿Quién crees tú que primero que se daría cuenta?
 25. ¿Quién es la persona que te explica mejor las cosas?
 26. Si haces algo que está muy muy bien ¿Quién te felicitaría?
 27. ¿Imagínate que es de noche y estás en tu cama, comienzan truenos y relámpagos fuertes y te asustas, ¿A quién llamarías?
 28. Supongamos que estás haciendo algo difícil, pero no quieres que te ayuden, ¿Quién insistiría en ayudarte de todas formas?
- f) ¿Quién mira más la televisión en tu familia?
29. ¿A quién le encanta darte abrazos o mimos?
 30. ¿Quién es la persona que más se enferma?
 31. Cuando alguna cosa te molesta ¿A quién se lo dices?
 32. ¿Quién se mete con tus cosas a veces?
 33. Si te pasara algo que te preocupa mucho y nadie sabe, ¿A quién se lo contarías primero?
 34. Cuando tienes miedo, por ejemplo, si tienes una pesadilla (sueños malos) ¿A quién le cuentas?
 35. ¿Quién es la persona que pasa más tiempo contigo?
- g) ¿Quién es el más cosquilloso en tu familia?
- h) ¿A quién le gustan más las fresas en tu casa?

Resultados:

Personas significativas	Percepciones Positivas					Percepciones Negativas			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Papá									
Mamá									
Abuela									
Sr./Sra. Nadie									
Otros:									

Conclusiones de la evaluación sección 1.2.D:

Unidad de evaluación 2:

EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA

Índice:

Introducción

- 2.1) Análisis de la vivencia del evaluador/a en su interacción con el padre o madre. [Ficha 15](#)**
- 2.2) Evaluación de las capacidades empáticas del adulto por medio del examen de sus niveles de impulsividad y autocontrol. [Ficha 16](#)**
- 2.3) Evaluación de las capacidades empáticas por medio de la observación participante (adaptación del IRI). [Ficha 17](#)**
- 2.4) Evaluación de la capacidad de aceptar la responsabilidad de los padres en lo que acontece a sus hijos. [Ficha 18](#)**

Introducción

La capacidad de una persona para manejar su mundo emocional, poniéndolo al servicio de relaciones interpersonales constructivas, corresponde a lo que se conoce hoy como inteligencia emocional. El ejercicio de la parentalidad requiere este manejo emocional, por lo tanto, para ser una madre o padre suficientemente adecuado hay que tener suficiente inteligencia emocional. Esto implica la capacidad de poder reconocer sus emociones, es decir, poder discriminar en qué registro emocional se está funcionando, por ejemplo, el del miedo, la rabia, la tristeza, la alegría, etc. El otro componente de esta inteligencia es poder aceptar las emociones como naturales, para luego canalizarlas constructivamente mediante comportamientos y discursos que las apacigüen. Esto forma parte a su vez del complejo proceso de conocerse y a sí mismo y de tener una vivencia positiva consigo mismo, es decir, una autoestima elevada. El aprendizaje del manejo constructivo de las emociones - elemento fundamental de la inteligencia emocional - depende de la forma en que el niño/a es tratado por los adultos significativos que le rodean. La forma en que los padres tratan a sus hijos jugará un papel fundamental en este aprendizaje, en la medida que éstos en sus interacciones con sus hijos están continuamente enviando mensajes de aceptación o de rechazo sobre lo que el niño/a siente, piensa o hace. Si la práctica parental es de buenos tratos el niño/a recibirá principalmente mensajes de aceptación, entre otros, de su experiencia emocional y por lo tanto más posibilidades tendrán de conocerse emocionalmente.

La empatía es otro de los componentes de la inteligencia emocional y un recurso indispensable para el ejercicio de una parentalidad sana. La empatía es la capacidad de comprender las emociones de los demás, y de poder responder en consonancia con estos sentimientos. En otras palabras, la empatía es la capacidad de *ponerse en los zapatos del otro*, manejando sus propias emociones e impulsos para enviar un mensaje de comprensión y de reconocimiento de la legitimidad del otro.

Por lo tanto, la capacidad empática de una madre o un padre está íntimamente relacionada con la capacidad de reconocer, aceptar y manejar sus emociones, lo que al mismo tiempo le abre el camino para comprender y manejar las vivencias emocionales de sus hijos. El ejercicio de una parentalidad sana, está en estrecha relación con la adquisición de esta capacidad. Esto es lo que permite a una madre o un padre no solamente comprender o aceptar el mundo emocional de sus hijos, sino además manejar sus propias emociones e impulsos, para responder adecuadamente a sus necesidades.

Como ha sido tratado en la primera parte de este libro, diferentes investigaciones han mostrado la relación estrecha entre el desarrollo de la empatía y la experiencia en la infancia temprana de una relación de apego sano y seguro.

Daniel Stern y otros investigadores se han interesado por los minúsculos y repetidos intercambios de comunicación que tienen lugar entre los padres y sus bebés, en los procesos de apego sano. Estas observaciones han demostrado que el aprendizaje fundamental de la empatía tiene lugar en esos momentos de íntima proximidad. Los momentos claves son aquellos en los que el niño/a constata que sus emociones son captadas, aceptadas y correspondidas por el adulto. A este proceso, Stern lo denomina de “**sintonización**” (Stern D. 1988). Es a través de este proceso que la madre transmite a su bebé la sensación de que ella sabe como él se siente. Un ejemplo de esto es cuando un bebé llora, y la madre lo toma casi de inmediato y lo consuela hablándole con un tono de voz y con gestos en sintonía con lo que le parece que es la emoción que produce el llanto, que puede ser la tristeza, el miedo u otra emoción. Se trata de lo mismo, cuando un bebé emite suaves chillidos de goce y la madre confirma su alegría haciéndole cariño, arrullándole o imitando sus sonidos.

Este tipo de interacciones en las que la respuesta de la madre se ajusta al nivel de excitación emocional del bebé, proporciona al niño la reconfortante sensación de hallarse emocionalmente conectado y comprendido por su madre. Por lo tanto, es la continua exposición a momentos de armonía o de desarmonía emocional entre los padres - fundamentalmente la madre- y el bebé lo que permitirá o no el desarrollo de la empatía. Es a través de la repetición de momentos de sintonía emocional que el niño desarrolla la sensación de que los demás pueden y quieren compartir sus emociones y sentimientos.

Esta sensación será la base para adquirir la habilidad recíproca, es decir, la de adaptar sus emociones y su comunicación para ofrecer al otro una sensación de aceptación y comprensión. Cuando un niño ha conocido una relación de apego sano y seguro que le ha permitido vivir la experiencia de “sintonización”, tendrá todas las posibilidades de sentirse emocionalmente comprendido y, por ende, desarrollará la capacidad de ponerse en el lugar del otro, es decir, será empático. Esto, a su vez, será la base de su altruismo que le permitirá en su turno como joven y como adulto, manejar sus emociones, impulsos y pulsiones para no dañar a nadie y, en el caso de sus relaciones significativas, cuidar de los otros para ser cuidado.

Diferentes autores se han ocupado del desarrollo de la empatía en el desarrollo infantil, cuando el contacto relacional es de un apego sano y seguro y la interacción emocional predominante es la de sintonización. Ya los bebés se muestran afectados cuando oyen el

llanto de otro niño. Esta reacción ha sido considerada como el primer signo de empatía (Goleman D., 1996).

Otros ejemplos se encuentran en la más temprana infancia cuando los niños/as han conocido una historia de buenos tratos. Por ejemplo, una niña de sólo nueve meses que ha sido bien tratada, al ver caer a otro niño, le pueden aflorar lágrimas de sus ojos y buscar refugio en el regazo de su cuidadora buscando consuelo como si fuera ella misma quien se hubiera caído. Un niño entre quince y dieciocho meses puede ofrecerle su peluche a su amigo que llora de tristeza u ofrecerle su chupete.

Después del primer año, cuando los niños bien tratados han afianzado la noción de sí mismos y se viven como una entidad separada de los demás, tratan de calmar de un modo más activo el desconsuelo de otro niño ofreciéndole su peluche u otro objeto importante para ellos. A la edad de dos años, los niños comenzarán a integrar que los sentimientos ajenos son diferentes a los propios y así se vuelven más sensibles a las indicaciones que les permiten conocer cuáles son realmente los sentimientos de los demás. Es en este momento que pueden comenzar a controlar sus impulsos, para ayudar a un niño que llora por algo que ha sucedido entre ellos, acercándose a éste para consolarlo.

En fases más tardías de su desarrollo, si las condiciones familiares, sociales y culturales lo han fomentado, los niños pueden alcanzar un nivel más avanzado de empatía. En este caso, son capaces de percibir el malestar del otro, más allá de la situación inmediata y comprender que determinadas situaciones personales o vitales pueden hacer sufrir a un semejante, lo que constituye la base del respeto por los que son más débiles y más vulnerables que él.

Esta experiencia es, a la vez, la base del compromiso social con los más pobres, los oprimidos, los minusválidos, etc., pero también de la capacidad de sentirse responsable de sus comportamientos para controlarlos, si éstos pueden ocasionar daño a alguien subordinado y/o dependiente de él. La empatía así desarrollada, es lo que protege a la mayoría de los adultos humanos de hacer daño a sus crías, facilitando dominios emocionales que les predispone a cuidarlos y protegerlos.

Desgraciadamente las historias de vida y las historias familiares de la mayoría de los padres que maltratan a sus hijos, no les predispusieron para que desarrollaran esta empatía. Cuando los padres son incapaces de sintonizar emocionalmente con sus hijos, es decir, presentan trastornos de la empatía, no controlan ni sus impulsos ni sus comportamientos, creando situaciones especialmente abrumadoras para los niños. Además, si esto se repite continuamente, el niño/a tendrá a su vez serias dificultades para aprender a manejar sus

emociones y desarrollar empatía. Cuando los padres fracasan reiteradamente en mostrar empatía hacia una determinada gama de emociones de su hijo – ya sea la risa, el llanto, la necesidad de ser abrazado, etc.- éste dejará de expresar e incluso dejará de sentir este tipo de emociones. Es muy posible que de este modo, muchas emociones comiencen a desvanecerse de su repertorio organísmico y, por ende, no sea capaz de reconocerlas en los ámbitos relacionales, y una vez adulto como padre o madre, no pueda tampoco reconocer y respetar las emociones de sus hijos.

Por lo tanto, el costo de la falta de empatía de los padres hacia sus hijos puede ser muy alto para el desarrollo de competencias parentales. La mayoría de los padres, que descuidan y maltratan a sus hijos, son a su vez hijos de padres que presentaban trastornos de la empatía. Carentes de esa capacidad no pueden colocarse en el lugar de sus hijos como sujetos y por lo tanto carecen de ese freno fundamental de sus pulsiones e impulsos. Sentir con otro es cuidar de él y en este sentido lo contrario de la empatía es la negligencia, los malos tratos en general, los abusos sexuales. En esta perspectiva también podemos decir que la empatía es el componente emocional de la ética y también de la moral.

El hecho de poder ponerse en la piel de una posible víctima, el hecho de poder compartir la angustia de quienes sufren, de quienes están en peligro, es lo que no sólo protege al sujeto de su propia violencia, sino que además le impulsa a ayudarlo, cuidarlo, protegerle. Por lo tanto, la parentalidad sana y competente depende de esta capacidad empática porque es la base del altruismo familiar y social.

Evaluación sección 2.1:

Análisis de la vivencia del examinador/a en su interacción con el cuidador/a.

Metodología:

Esta parte del examen proporciona un marco de referencia para analizar las capacidades empáticas de los padres, así como los recursos que tienen para manejar su impulsividad en función de la presencia de los niños y sus tareas como padres. Si estas capacidades son eficaces, ellas permitirán al adulto colocarse en el lugar de sus hijos y encontrar una solución interna o negociada con ellos a los problemas que la parentalidad les plantea. Cuando esto no es posible, los padres presentan una tendencia a reaccionar frecuentemente a las tensiones y al estrés inherente a la función parental, con reacciones impulsivas para controlar la situación y/o manifestaciones emocionales exageradas e imprevistas, expresión de un mal manejo de sus sentimientos.

Instrucciones:

Para realizar esta parte del examen, el examinador/a dirigirá de tanto en tanto su atención a sus vivencias provocadas por el diálogo con la madre o el padre. Si bien es cierto esto no mide exactamente la empatía de los cuidadores, es un indicador indirecto de aquella, ya que toda relación es un proceso circular que da informaciones sobre las habilidades empáticas de los participantes en ella.

Se deberá elegir cuál de las descripciones propuestas corresponde más fielmente a sus vivencias en la interacción con el padre y/o la madre.

Ficha 15

Evaluación sección 2.1:

Análisis de la vivencia del examinador/a en su interacción con el cuidador/a.

Nombre del niño/a

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *aplicar este examen a cada cuidador implicado.*

- A) Tuve la sensación de que la mayor parte del tiempo yo era transparente para mi interlocutor/a, era como si no existiera o lo que yo dijera no tuviera ninguna relevancia. En ningún momento pareció interesarle ni mi persona, ni cuál era mi papel, ni menos mi mandato, sólo existía un solo interlocutor en la relación: él o ella.
- B) Mi interlocutor/a podía a veces comunicar conmigo mostrando interés por lo que yo decía, e incluso ocasionalmente sintonizaba con mis afectos, pero sólo si lo que yo decía cosas que lo podían gratificar. Cuando se sentía cuestionado/a o incomprendido/a, lo que yo decía carecía de interés para él o ella.
- C) Mi interlocutor/a se interesaba por mi persona e intentaba comprender mi posición, pero tenía dificultades para expresármelo a través de sus palabras o de sus gestos. Le faltaban habilidades para comunicarme lo que estaba pensando o sintiendo de lo que yo le transmitía.
- D) Me sentí cómodo con esta persona, al principio un poco tenso/a. Él/ella me transmitió rápidamente que comprendía y aceptaba mi papel. A pesar de nuestras diferencias, me sentí respetado/a como persona durante todo el tiempo, al mismo tiempo, las dificultades de esta personas me han conmovido. Tengo ganas de apoyarle.

Resultados: esta persona provocó en mí las vivencias resumidas en la premisa:

A____, B____, C____, D.____

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 2.1

- Si su vivencia ha sido parecida en lo anunciado en la posibilidad A, puede ser un indicador de que su interlocutor presente un trastorno grave de empatía. Es probable que no pueda colocarse en el lugar del otro. Si usted como adulto ha vivido esto, imagínese cómo puede ser para los niños. Después de considerar los factores ligados a la entrevista, que pueden explicar en parte lo ocurrido, confronte estos resultados con las informaciones recogidas en otras secciones del examen.
- Si su vivencia corresponde a lo anunciado en la posibilidad B, es probable que su interlocutor/a tenga una gran dificultad a ser empático porque su historia personal la condiciona a interpretar lo que usted dice o muestra sólo en función de sus propias experiencias emocionales, tanto del presente como del pasado. Confronte sus experiencias con los resultados de otras secciones de la Guía y si existen otros elementos que confirman su vivencia e intente imaginar cómo puede ser la de los hijos de esta persona.
- Si su vivencia corresponde a la posibilidad C, es probable que su interlocutor/a tenga capacidades empáticas suficientemente adecuadas, pero que su historia de socialización no le permitió desarrollar habilidades para comunicar con el otro, ni para actuar para calmar las emociones del otro, sobre todo cuando éstas son de preocupación, temor, sufrimiento o de rabia. Al comparar sus vivencias con los resultados de otras exploraciones, ponga atención si esto le ocurre también con sus hijos.
- Si su vivencia corresponde a la posibilidad D, y los interlocutores no han descuidado ni hecho daño intencionalmente a sus hijos, lo más probable es que sus interlocutores no tengan ningún problema con la empatía. Es casi seguro que su principal problema es de ser pobres y/o excluidos sociales y/o de ser víctimas de una catástrofe humanitaria/natural. Todo esto les impide, por una falta de recursos materiales, responder a las necesidades de sus hijos.

Conclusiones de la evaluación sección 2.1:

Evaluación sección 2.2

Evaluación de la capacidad empática del cuidador/a a través del examen de su impulsividad y de su capacidad de controlarse.

Metodología:

Esta área pretende evaluar la capacidad de control de un padre o de una madre en lo que se refiere a sus emociones, pulsiones e impulsos en presencia de sus hijos. La lista de preguntas presentadas a continuación, están destinadas a explorar su capacidad de controlarse en el contexto de una relación con un niño, así como sus habilidades para manejar la tensión y el estrés inherentes al desempeño de las funciones parentales.

Los padres con poca capacidad de controlarse tienen tendencia a “explotar”, o a pasar al acto en una situación de tensión o estrés. Su falta de empatía y su escasa habilidad para manejar las emociones que la situación les provoca, les conducen a encontrar una salida inmediata a lo que les molesta.

Por esta razón, por ejemplo, cuando un hijo pequeño llora y el padre o la madre no soporta su llanto, en vez de intentar comprender por qué el niño llora y proponer una solución al problema que lo hace llorar, le pega o lo amenaza para hacerle callar. Sus dificultades le impiden también pensar en pedir ayuda a alguien para encontrar otra alternativa que la de actuar hostilmente. Esta falta de control está muy a menudo asociada a malos tratos físicos y psicológicos.

Instrucciones:

Paso 1: Anote frente a cada enunciado la puntuación directa, es decir, el número (del 1 al 5) que describe mejor lo observado. En el lado izquierdo de las celdillas dobles, escriba esta puntuación directa. Si no dispone de información, agregue NS (No lo sé).

Paso2: Invierta la puntuación directa de los enunciados señalados (*c, d, e, f y j*) con doble celdilla, por ejemplo, 1 se invierte en 5 (*1-5; 2-4; 3=*) anotándola en el lado derecho de la celdilla y luego sume todas éstas con las demás puntuaciones directas, es decir, *a, b, j, h, i* para obtener el resultado final.

Paso 3: Analice las puntuaciones (ya invertidas) siguiendo la pauta de interpretación de los resultados.

Ficha 16

Evaluación sección 2.2

Evaluación de la capacidad empática del cuidador a través del examen de su impulsividad y de sus capacidades de controlarse.

Nombre del niño/a.

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: una vez obtenga la puntuación directa de cada pregunta, recién puntúe a la inversa los enunciados de las celdillas dobles, (1-5; 2-4; 3=) y sume para obtener el resultado final.

Use las anotaciones siguientes para cada una de las preguntas formuladas:

1 = Siempre, 2 = Generalmente, 3 = A veces, 4 = Raramente, 5 = Nunca, NS = No lo sé

a) El adulto se siente a menudo desbordado, a punto de explotar o de pasar al acto?		
b) Cuando el adulto está molesto con el niño/a o los niños, actúa de una forma automática sin reflexionar?		
c) ¿El adulto es capaz de reconocer sus sentimientos antes de actuar?		
d) ¿El adulto puede considerar la posibilidad que alguien le ayude antes de actuar?		
e) ¿El adulto puede considerar diferentes alternativas de solución para lo que lo perturba antes de actuar?		
f) ¿El adulto puede contar de una manera regular con alguien que le ayude o le apoye (cónyuge, sus padres, sus hijos mayores, amigo/a, terapeuta o un trabajador social) cuando lo necesite para mantener el control?		
g) ¿El adulto se relaciona con alguien en su vida cotidiana que le irrita y por su presencia o sus actuaciones, le hace disminuir su capacidad de controlarse?		
h) ¿El adulto participa de una relación permanente donde su cónyuge se descontrola regularmente arrastrándolo a él/ella, quien también pierde el control?		
i) Cuando el adulto está molesto o tenso por el comportamiento de uno o varios de sus hijos, tiende a paralizarse o se muestra incapaz de enfrentarse a la situación		
j) ¿El adulto se controla mejor desde hace tres o seis meses?		

Resultados:

Suma total _____

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 2.2

Puntaje máximo obtenido: 50 (**A mayor puntaje, mayor capacidad empática**)

Puntaje mínimo obtenido: 10 (**A menor puntaje, menor capacidad empática**)

Puntaje obtenido: _____

Nota: Las siguientes observaciones están basadas en las puntuaciones ya corregidas, es decir, con la inversión de la puntuación de los enunciados ya realizada.

- Las preguntas a), b), c), d) están destinadas a hacerse una idea del tiempo que pasa entre el estímulo que molesta al adulto y el momento que responde impulsivamente.
 - Un puntaje alto es un indicador de su capacidad para controlarse, es decir, del tiempo que se da para mentalizar la situación, reconocer sus emociones y elaborar la respuesta más adecuada para enfrentar el “problema” que provoca su molestia.
 - Si el puntaje es bajo podemos estar en presencia de un adulto con muy poca capacidad de control, con poca empatía y con un riesgo de hacer daño a sus hijos.
- Las preguntas e) f), g), h), exploran la presencia o ausencia de recursos alternativos y/o apoyo social, a través de personas que pueden ayudar o empeorar el control de los impulsos.
 - Un puntaje alto en f) indica la capacidad de pedir ayuda y encontrarla para evitar dañar a alguien y, por ende, de capacidades parentales. Un puntaje bajo indica dificultad para pedir ayuda como un recurso para no perder el control.
 - Un puntaje bajo en g) y h) probablemente indica escasa capacidad para enfrentar el estrés relacional, con riesgos de dejarse contaminar por las reacciones de los otros y perder el control dañando así a sus hijos. Esta situación está presente a menudo, por ejemplo, cuando existe un conflicto de pareja y en los casos más graves de violencia machista en la pareja.

➤ Las preguntas i) y j)

- Un puntaje bajo en i) correspondería probablemente a un adulto con recursos empáticos, pero carente de modelos de actuación, es decir, se paraliza porque no sabe cómo hacer frente a los problemas y/o tiene miedo de dañar a sus hijos, como consecuencia de su propia historia de maltrato. A diferencia de los padres impulsivos donde el origen de sus problemas es la falta de empatía, estos padres presentan más posibilidades de cambio si se les proporciona la ayuda necesaria.
- El postulado j) permite verificar si el adulto posee la plasticidad necesaria para aprender a controlarse. Este punto es incluido en el examen, con el objetivo de evaluar la utilidad de una intervención.

Conclusiones de los resultados de la evaluación sección 2.2

Evaluación sección 2.3:

Evaluación de las capacidades empáticas por medio de la observación participante.

(Adaptación del I.R.I.: *Interpersonal Reactivity Index*. Davis, 1980)

Metodología:

En esta parte del examen se pretende evaluar las capacidades empáticas de las madres y los padres, mediante la observación participante del evaluador.

Se analiza cómo las madres y los padres se desenvuelven en el contacto con otras personas: cuáles son sus vivencias o emociones en situaciones de desacuerdo con los demás, siendo testigo de desgracias que suceden a otras personas, en situaciones de emergencia... Y también busca conocer cuál es la vivencia de estas personas en contacto con la fantasía, como las novelas o las películas.

Si en estas situaciones las personas son capaces de comprender las perspectivas de los demás, ver las situaciones desde distintos puntos de vista, preocuparse por personas que viven desgracias... es probable que tengan suficiente capacidad empática como para colocarse en el lugar de sus hijos/as y encontrar opciones de actuación adecuadas para los desafíos que la parentalidad plantea. Si esto no es así, es probable que las madres o los padres tengan dificultad para comprender los mensajes que sus hijos/as les transmiten, y, lo que es peor, le pueden dar un significado inadecuado connotando negativamente la intención de éste, como: “*eso lo hace para molestarme*”, “*sólo quiere que me ponga nervioso/a*”...

Instrucciones:

Esta área explora cuatro niveles donde se puede reflejar la capacidad empática de las personas en distintas situaciones y en contacto con otras personas.

El examinador se basará en observaciones que haya realizado anteriormente en entrevistas con la madre o cuidador/a, en observaciones donde los padres están en contacto con otras personas, o preguntando a otros profesionales que hayan estado en contacto con ellos/as. Para la valoración de la sección: “Fantasía”, es probable que el examinador tenga que hacer preguntas directas al evaluado/a.

Paso 1: Anote frente a cada enunciado la puntuación directa, es decir, el número (del 1 al 5) que describe mejor lo observado. En el lado izquierdo de las celdillas dobles, escriba esta puntuación directa. Si no dispone de información, agregue NS (No lo sé).

Paso2: Invierta las puntuaciones directas de los enunciados señalados con doble celdilla, por ejemplo, 1 se invierte en 5, etc. (1-5; 2-4; 3=) y anótelas en el lado derecho de la celdilla y luego sume todas éstas con las demás puntuaciones directas, para obtener el resultado final.

Paso 3: Analice las puntuaciones (ya corregidas) siguiendo la pauta de interpretación de los resultados

Ficha 17

Evaluación sección 2.3

Valoración de la empatía parental mediante la observación participante.

Adaptación del I.R.I.: Interpersonal Reactivity Index
(Davis, 1980)

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador/a:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Use las claves siguientes para valorar cada uno de los ítems formulados:

1 Siempre 2 Generalmente 3 A veces 4 Raramente 5 Nunca NS No lo sé

Nota: en las celdillas dobles, la puntuación es a la inversa (1-5; 2-4; 3=).

Aceptar la perspectiva del otro	
a) Tiene dificultad para ver las cosas desde el punto de vista de los demás.	
b) En un desacuerdo con otros, trata de ver las cosas desde el punto de vista de los demás antes de tomar una decisión	
c) Intenta entender mejor a sus amigos imaginando cómo ven las cosas desde su perspectiva	
d) No suele escuchar los argumentos de las otras personas cuando cree que tiene la razón en algo	
e) Intenta considerar varias perspectivas en todas las cuestiones	
f) Trata de “ponerse en el pellejo” de las personas con las que está molesto	
g) Antes de criticar a alguien, intenta imaginar cómo se sentiría él si estuviera en su lugar	
Fantasía	
a) Sueña despierto y fantasea sobre cosas que podrían pasarle	
b) Al leer una novela realmente se siente “metido” en los sentimientos de sus personajes	
c) Es objetivo cuando ve una película o una obra de teatro y no se suele «meter» completamente en ella	
d) Es raro que se «meta» mucho en un buen libro o en una película	
e) Después de ver una obra de teatro o una película, se siente como si fuese uno de los protagonistas	
f) Cuando ve una buena película, puede ponerse muy fácilmente en el lugar del protagonista	
g) Cuando está leyendo una novela o historia interesante, imagina cómo se sentiría si le estuviera pasando lo que ocurre en la historia	

Preocupación empática		
a) Tiene sentimientos de compasión y preocupación hacia gente menos afortunada que él/ella.		
b) No le dan mucha lástima otras personas cuando tienen problemas.		
c) Cuando ve que alguien se aprovecha de otra persona, siente la necesidad de protegerle.		
d) Cuando ve que alguien se hace daño, tiende a permanecer tranquilo.		
e) Las desgracias de los otros no suelen angustiarle mucho.		
f) Cuando ve que alguien está siendo tratado injustamente, no suele sentir mucha pena por él.		
g) Le conmueven las cosas que ve que pasan.		
h) La describiría una persona bastante sensible.		
Incomodidad personal		
a) En situaciones de emergencia, se siente aprensivo e incómodo.		
b) Parece que se siente indefenso/a cuando está en medio de una situación muy emotiva.		
c) Le asusta estar en una situación emocional tensa		
d) Es bastante efectivo/a afrontando emergencias.		
e) Tiende a perder el control en las emergencias.		
f) Cuando ve a alguien en una emergencia que necesita ayuda, pierde el control.		

Resultados:

Suma total: _____

Pauta para la interpretación de los resultados de la sección 2.3

Puntaje máximo obtenido: 140 (**A mayor puntaje, menor capacidad empática**)

Puntaje mínimo obtenido: 28 (**A menor puntaje, mayor capacidad empática**)

Puntaje obtenido: _____

Nota: Las siguientes observaciones están basadas en las puntuaciones ya corregidas, es decir, con la inversión de la puntuación de los enunciados ya realizada. Por ejemplo: si la puntuación directa al ítem “Tiende a perder el control en las emergencias” es 1, con la puntuación invertida o corregida quedará en 5, por tanto, este ítem se analizará como puntaje alto.

- El objetivo de los ítems del apartado “**Aceptar la perspectiva del otro**”: es conocer la tendencia o habilidad de los sujetos para adoptar la perspectiva o punto de vista de otras personas.

- Bajo puntaje en los ítems b), c), e), f) y g) indican una buena capacidad para entender las perspectivas de los demás. Alto puntaje en estos ítems demostrarán gran dificultad de aceptar el punto de vista del otro.
 - Alto puntaje en los ítems a) y d) corresponden a personas con dificultad de adoptar los puntos de vista de los demás y, en consecuencia con poca capacidad empática. Un bajo puntaje indica capacidad reflexiva y empática.
- En el apartado: “**Fantasía**” se evalúa la tendencia de los sujetos a identificarse con personajes ficticios como personajes de libros o películas.
- Bajos puntaje en los ítems a), b), e), f) y g) demuestran la capacidad de la persona de identificarse en personajes ficticios, y por lo tanto con capacidad empática. Los puntajes bajos demuestran ausencia de esta capacidad.
 - Las personas con poca capacidad empática presentarán un puntaje elevado en los ítems c) y d).
- El apartado “**Preocupación empática**” es la tendencia de los sujetos a experimentar sentimientos de compasión y preocupación hacia otros.
- En personas con capacidad empática, los ítems a), c), g) y h) tendrán una puntuación baja, en cambio, los ítems b), d), e), y f) resultarán con una puntuación más bien alta.
- El apartado: “**Incomodidad personal**” se refiere a los sentimientos de incomodidad y ansiedad en situaciones donde las personas son testigos de experiencias negativas de los otros.
- A excepción del ítem d) todos los demás puntuarán altos si se trata de personas con poco control emocional, que se sienten fácilmente incómodos con la intimidad o tensión en las relaciones interpersonales.
 - Los puntajes bajos corresponden más bien a adultos con suficiente capacidad empática, que tiene gran posibilidad de ponerse en el lugar de sus hijos/as.

Conclusiones de la evaluación sección 2.3

Evaluación sección 2.4 :

Examen de las capacidades de los padres o cuidador/es a aceptar la responsabilidad en lo que acontece a sus hijos.

Introducción:

Determinar la capacidad de un padre o una madre de aceptar su responsabilidad en lo que acontece a sus hijos es un desafío, pero muy útil para la finalidad de esta Guía. A menudo, el examinador/a se enfrentará con incoherencias entre las manifestaciones de sufrimiento de los niños, las explicaciones de los padres y lo que éstos están dispuestos a hacer, para superar sus problemas y mejorar el trato a sus hijos.

Por otra parte, el sentido de responsabilidad de un adulto, es una característica individual resultado de procesos complejos donde la calidad del vínculo con sus propios padres, la empatía, la educación recibida, la confianza en sí mismo y la autoestima, juegan papeles fundamentales. Por tanto, la evaluación del sentido de responsabilidad de un padre o de una madre, nos permite examinar otro aspecto importante de las habilidades parentales, dándonos también información sobre otros aspectos de la personalidad del adulto. Una dimensión importante de las habilidades sociales, y por ende la parental, es la capacidad de una persona de reflexionar sobre sí misma y sobre las consecuencias de sus actos sin adoptar una actitud defensiva. En este caso, se trata de la capacidad de aceptar la responsabilidad de las consecuencias que los comportamientos como adultos puedan tener en los hijos y sobre todo, de querer reparar cuando sus comportamientos dañan o han dañado a los niños.

La evaluación de esas capacidades puede dificultarse por el contexto mismo del examen, puesto que los padres son “examinados” por alguien que representa una autoridad y que debe de determinar si son o no buenos padres. Este contexto de por sí puede incitarles a una negación de sus responsabilidades, además, a menudo esta posición está reforzada por el papel que juegan los abogados de los padres u otros profesionales identificados con ellos.

Cuando las circunstancias del examen son vividas como menos amenazadoras es más probable una mayor aceptación de la responsabilidad. Aún en estas condiciones, hay que mantener una cierta prudencia, ya que ellos pueden aceptar la responsabilidad verbalmente mientras que sus comportamientos y sus actitudes niegan esta aceptación. También puede darse el caso contrario, es decir, padres que no pueden admitirlo delante de un tercero, pero en sus actos muestran que tienen y aceptan la responsabilidad en sus dificultades y malos tratos.

Metodología.

El examen del sentido de la responsabilidad nos permite entre otros:

- 1) Estimar en qué medida el padre, la madre o ambos, son capaces de asumir la responsabilidad de sus actos, sin echarle la culpa a los demás, por ejemplo, a sus vecinos, profesionales, o a sus propios hijos.
- 2) Explorar si los padres pueden tener en cuenta los sentimientos y puntos de vista de los demás, o sencillamente los rechazan o los niegan. En este sentido, esta parte es una continuación del examen anterior sobre la empatía.
- 3) Establecer el nivel de “victimismo” de esta persona, es decir, su obstinación a verse como víctima, mostrando sólo preocupación por las molestias y la “humillación” que la intervención le significa sin entender el significado de ayuda que puede tener para sus hijos.
- 4) Examinar si la madre o el padre están motivados, aunque sea escasamente, a reflexionar sobre sus actos y a aceptar una intervención para ayudarles. Es poco probable que si los padres o cuidadores son incapaces de reconocer la existencia de los problemas a nivel de su función parental, acepten la ayuda que se les quiere ofrecer. Lo más probable que si ellos no pueden reconocer sus dificultades tampoco puedan reconocer que necesitan ayuda. El hacerlo confirmaría que tienen problemas.

Instrucciones:

Paso 1: El examinador/a deberá elegir entre los enunciados enumerados del 1 al 8, cuál refleja más fielmente la capacidad del cuidador de aceptar la responsabilidad de sus actos. Estos enunciados están presentados de una mayor a menor capacidad parental. Usted puede seleccionar más que un enunciado, pero no olvide señalar su orden de prioridad.

Paso 2: Reflexionar sobre los resultados de este examen y anotar sus conclusiones respecto a los recursos de estos padres en lo que se refiere el sentido de responsabilidad.

Ficha 18

Evaluación sección 2.4

Examen de las capacidades de los padres o cuidadores a aceptar la responsabilidad en lo que acontece a sus hijos.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *aplicar este examen a cada adulto implicado, especialmente a los padres.*

Para explorar el sentido de responsabilidad de su interlocutor, en relación a sus hijos, puede facilitar conversaciones específicas sobre lo detectado o sucedido y/o completar con antecedentes de otros profesionales u de otras situaciones en las que usted haya intervenido directamente.

Enunciado/s a elegir:

- a) Asume sus responsabilidades de una forma pertinente y tiene capacidad de modificar sus actitudes y sus comportamientos.
- b) Asume sus responsabilidades de una forma pertinente y puede modificar su comportamiento, pero no sus actitudes.
- c) Acepta sus responsabilidades de una forma pertinente y puede modificar sus actitudes, pero no su comportamiento.
- d) Niega verbalmente su responsabilidad, pero modifica efectivamente sus actitudes y comportamientos en respuesta a una intervención.
- e) Acepta verbalmente una responsabilidad, pero es incapaz de modificar sus actitudes y su comportamiento.
- f) Acepta la responsabilidad total de sus actos, muestra pesar y arrepentimiento. En ningún momento muestra que sus hijos tengan algo de culpa en lo que está pasando.
- g) Puede admitir deficiencias, incompetencias y problemas en su función parental, pero proyecta la responsabilidad en los demás (Ejemplo: los abuelos, suegros, los vecinos, la escuela, el servicio de protección infantil, etc.).

- h) El adulto rechaza verbalmente toda responsabilidad y muestra que no está dispuesto ni es capaz de modificar sus actitudes o sus comportamientos como respuesta a una intervención.

Resultados:

Enunciado que mejor refleja el sentido de responsabilidad del cuidador/a: _____

Enunciado en segunda prioridad: _____

PAUTA DE INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA SECCIÓN 2.4

Los postulados a) y h) corresponden a los dos polos extremos en lo que se refiere al sentido de responsabilidad de los padres. El a) refleja una capacidad para aceptar la responsabilidad, recurso fundamental para el ejercicio de la parentalidad.

Al contrario, el postulado h), señala una incapacidad de aceptar la responsabilidad y es un indicador que generalmente acompaña la incompetencia parental crónica, severa y muy a menudo irreversible.

Entre estos dos polos se sitúan niveles intermedios tanto a lo que se refiere a la negación de la responsabilidad, como en la utilización de mecanismos proyectivos para echarle la culpa a los demás. Estos postulados reflejan diferentes grados de incompetencia parental, y a partir de ello, permiten hacer una hipótesis para el pronóstico de posibilidades de recuperabilidad e irrecuperabilidad de éstas.

Conclusiones de la evaluación sección 2.3

NIVEL II:

HABILIDADES PARENTALES

Unidad de evaluación 3:

MODELOS ACTUALES DE CRIANZA

Índice:

Introducción

3.1) Examen de habilidades parentales actuales con bebés y niños menores de dos años.

- 3.1.A:** Valoración de la empatía y de las habilidades para calmar al bebé de 0 a 3 meses. **Ficha 19**
- 3.1. B:** Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades de apego del bebé entre 2 y 7 meses. **Ficha 20**
- 3.1. C:** Valoración de las habilidades parentales para ayudar al bebé a diferenciar las sensaciones corporales y las emociones entre los 3 y 10 meses. **Ficha 21**
- 3.1.D:** Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades afectivas del bebé de 0 a 1 año. **Ficha 22**
- 3.1.E:** Valoración de las habilidades parentales para estructurar el comportamiento de los niños entre 9 meses y 2 años. Estimular sus iniciativas y facilitar la interiorización del autocontrol conductual. **Ficha 23**

3.2) Examen de habilidades parentales con niños de dos años y más.

- 3.2.A :** Capacidad de responder a las necesidades básicas de los niños. **Ficha 24**
- 3.2.B :** Vinculación y respuesta afectiva de los padres. Adecuación de roles. **Ficha 25**
- 3.2.C :** Actitud con relación al niño/a. **Ficha 26**
- 3.2.D :** Capacidad de los padres a ver al niño como una persona diferente a ellos. **Ficha 27**
- 3.2.E :** Educación del niño. Capacidades de socialización. **Ficha 28**
- 3.2.F:** Resumen y resultados de las competencias parentales actuales: recursos parentales que pueden sustentar una posibilidad de cambio. **Ficha 29**

3.3) Examen de las habilidades parentales para satisfacer las necesidades intelectuales y educativas de sus hijos mayores de dos años. **Ficha 30**

Introducción:

La unidad de evaluación 3 ofrece un modelo para observar e interpretar de una forma metódica el contenido de las respuestas de los padres a las necesidades actuales de sus hijos. Las diferentes partes del examen permiten evaluar entre otros la calidad de la relación observada, a través de:

- a) La disponibilidad afectiva y la adecuación de las expectativas del cuidador/a.
- b) Las capacidades de poner límites a sus hijos de una forma constructiva y eficaz.
- c) La reacción del niño a estos límites.
- d) La observación de las formas en que el cuidador/a e hijo se influyen emocionalmente.
- e) Las capacidades del cuidador/a a responder a las necesidades intelectuales y educativas de los niños.

En otras palabras, esta evaluación pretende ayudar al evaluador/a a hacerse una idea de los recursos y debilidades de las habilidades parentales actuales, al mismo tiempo de estimar como éstas están afectando al niño/a. El examinador/a podrá, si sigue las fichas de evaluación propuestas, registrar sus observaciones de una manera sistemática y ordenada.

No siempre es fácil comprender lo que pasa realmente entre los padres y sus hijos, aún cuando la observación sea directa, por ejemplo, en la consulta, en el hogar o durante una visita, siempre hay dificultades a la hora de entender y dar un sentido a todo lo que pasa. Siempre pasan muchas cosas, por lo tanto, el desafío es saber elegir qué interacciones padres-hijos son significativas y cuáles no. También es importante explorar cuál es el significado de ellas y de qué manera el contexto de observación influencia lo que está pasando.

Esta sección se divide en 3 partes, según la edad del niño/a. Las diferentes preguntas están dirigidas a evaluar la pertinencia de la competencia parental actual.

3.1): Examen de habilidades parentales actuales con bebés y niños menores de dos años.

3.2): Examen de habilidades parentales con niños de dos años y más.

3.3): Examen de las habilidades parentales de satisfacer las necesidades intelectuales y educativas de sus hijos mayores de dos años.

Evaluación sección 3.1

Examen de las habilidades parentales actuales con bebés y niños menores de 2 años.

Metodología:

Esta parte examina las habilidades parentales con niños de 0 a dos años. El evaluador observa la aptitud del cuidador a satisfacer aspectos esenciales de las necesidades emocionales del bebé agrupadas en cinco categorías:

3.1.A : Valoración de la empatía y de las habilidades para calmar al bebé de 0 a 3 meses.

3.1.B : Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades de apego del bebé entre dos y 7 meses.

3.1.C : Valoración de las habilidades parentales para ayudar al bebé a diferenciar las sensaciones corporales y las emociones entre los 3 y 10 meses.

3.1.D : Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades afectivas del bebé de 0 a 1 año.

3.1.E : Valoración de las habilidades parentales para estructurar el comportamiento de los niños, estimular sus iniciativas y facilitar la modulación de sus comportamientos para el bebé y niño/a entre 9 meses y 2 años.

Cada categoría corresponde a un rango de edad precisa, sin embargo, puede que exista una superposición entre las edades. Cada categoría da cinco escenarios posibles de comportamiento de los cuidadores, por lo que el examinador/a deberá marcar el número del escenario que mejor describe lo observado. Si el examinador considera que lo observado está entre dos escenarios, elegirá el número que está entre ambos. Ej. Si la descripción está entre 1 y 3, le corresponderá el 2.

Evaluación sección 3.1.

3.1.A : Valoración de la empatía y de las habilidades para calmar al bebé de 0 a 3 meses.

Metodología:

Este examen evalúa la capacidad de empatía y las destrezas del cuidador/a para calmar a su bebé, facilitando así su desarrollo de las capacidades de autocontrol. Por lo tanto, se observará o se reunirán las informaciones a través de fuentes indirectas sobre la capacidad del cuidador (madre, padre, etc.) de darse cuenta de las vivencias desagradables de su bebé, para intervenir impidiendo que éste sea inundado por sensaciones corporales intensamente desagradables, como el hambre, la sed, el frío, la ausencia de contacto físico u otras sensaciones desagradables.

Instrucciones:

Para guiar su observación:

Paso 1: Elija el escenario que mejor corresponda con la manera que el cuidador/a se ocupa de su niño/a observado por usted mismo o por informantes fidedignos.

Paso 2: Escriba el número correspondiente al escenario que mejor corresponda con lo observado. Sin embargo, si cree que los comportamientos parentales se sitúan entre dos escenarios, por ejemplo, 5 y 7, anote 6. Si el cuidador/a presenta un comportamiento cambiante, por ejemplo, a veces su comportamiento corresponde a los enunciados en el escenario 1, pero otras veces como en el 6 (Anote: “*principalmente 1, pero a veces 6*”).

Paso 3: Escriba las conclusiones de este examen.

Ficha 19

Evaluación sección 3.1

3.1.A : Valoración de la empatía y de las habilidades para calmar al bebé de 0 a 3 meses.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Escenario/s a elegir:

- 1) Raramente disponible para calmar al bebé.
 - Distante, encerrado/a en sí mismo, muy deprimido/a, preocupado/a, etc.
 - No se acerca al niño y no capta su interés:

- 3) Disponible de una manera irregular. Puede calmar al bebé por períodos cortos, o cuando el bebé está poco irritable:
 - Utiliza formas variadas (voz, mirada, mecerlo o tomarlo, etc.) u otras formas de respuestas afectivas para reconocer la individualidad del bebé.
 - Se interesa en el bebé de una manera intermitente.
 - Logra captar la atención del bebé, fuera de los momentos de comida.

- 5) Logra habitualmente calmar al bebé haciendo una interpretación adecuada de las señales del bebé y respondiendo adecuadamente.
 - Utiliza formas variadas: voz, mirada, mecerlo, tomarlo u otras formas de respuesta afectivas, reconociendo la individualidad del bebé.
 - Se acerca al bebé haciendo un gesto o usando un objeto (sonajero) para captar su interés.
 - Capta la atención del bebé de una forma relajada y concentrada: ayuda al bebé a servirse de su vista, a tocar, a escuchar y a moverse para explorar el cuerpo del cuidador y del mundo exterior.

- 7) Trata de calmar al bebé, pero no lo entiende.
- Muy inoportuna/o.
 - A veces sobre-estimulante.
 - Capta el interés del niño, pero lo excita o lo distrae con estímulos numerosos y/o demasiado intensos.
- 9) Demasiado estimulante o extremadamente caótica/o.
- Agobia frecuentemente al bebé con estímulos demasiado intensos y numerosos.
 - Obstaculiza la capacidad de auto regulación del bebé.

Resultado: 1 2 3 4 5 6 7 9

Conclusiones de la evaluación sección 3.1.A :

Evaluación sección 3.1

3.1.B : Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades de apego del bebé entre dos y siete meses.

Metodología:

En la sección anterior se insistió en la importancia de un apego sano y continuo para asegurar los buenos tratos que el bebé necesita para desarrollarse sanamente. En esta parte volvemos a interesarnos en este aspecto fundamental, pero centrando nuestra atención en la calidad de las respuestas parentales a la demanda de apego del bebé. Las informaciones obtenidas aquí deben cotejarse con las obtenidas en la unidad de valoración 1, sección 1.2.a. Si existe demasiada discordancia, habrá que proceder a un nuevo examen, y si el caso lo requiere, solicitar la ayuda de otro/a examinador/a más experimentado.

Para tener una idea lo más objetiva posible de la capacidad del cuidador/a a vincularse emocionalmente a sus hijos pequeños, se ha elegido observar y describir la capacidad del cuidador de responder afectivamente al bebé en los momentos en que está llorando o parece triste, así como su capacidad de ofrecer a su cría afligida apoyo donde pueda obtener consuelo.

Instrucciones:

Para guiar su observación proceda de la misma manera que en el área anterior:

Paso 1: Elija el escenario que mejor corresponda con la manera que el cuidador/a se ocupa de su bebé, observado por usted mismo o por informantes fidedignos.

Paso 2: Escriba el número correspondiente al escenario que mejor corresponda con lo observado. Sin embargo, si cree que los comportamientos parentales se sitúan entre dos escenarios, por ejemplo, 5 y 7, anote 6. Si el cuidador/a presenta un comportamiento cambiante, por ejemplo, a veces su comportamiento corresponde a los enunciados en el escenario 1, pero otras veces como en el 9 (Anote: “*principalmente 1, pero a veces 9*”).

Paso 3: Escriba las conclusiones de este examen.

Evaluación sección 3.1

3.1.B : Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades de apego del bebé entre dos y siete meses.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Escenario/s a elegir:

- 1) Raramente disponible desde el punto de vista afectivo
 - Reacciona de una forma automática y sin interés.
 - No mira ni toca al bebé, no le sonríe y no le habla.

- 3) Interés afectivo irregular.
 - Reacciona a veces, mirando al bebé o hablándole, le puede dar un beso o acariciarlo un poco. Puede limitarse a una sola forma de contacto, como sólo mirarle o solo hablarle.
 - Los escasos contactos afectivos pueden desaparecer si el cuidador/a está estresado.

- 5) Apego óptimo.
 - Vínculos afectivos profundos que se manifiestan por sonrisas, miradas, caricias, palabras.
 - El afecto se mantiene aún en momentos en que el bebé está llorando o irritado/a, como si le transmitiera aceptación incondicional.
 - La afectividad no está alterada por los cambios de humor, el estrés o la fatiga del cuidador.

- 7) Afectividad excesiva con relación al bebé.
 - El cuidador/a se muestra excesivamente interesado/a por el bebé, pero está muy ansioso y le sobreprotege.
 - . Ej.: le sonríe o le acaricia en exceso.
 - . Ej.: presenta una inquietud permanente con relación al bebé.

- 9) Vínculos afectivos caóticos y desestructurados.
 - Afectos invasivos e inoportunos.
 - Comportamientos afectivos (caricias, besos, abrazos, manoseos, etc.) exagerados que no toman en cuenta el estado de ánimo ni el humor del bebé.

Resultado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Conclusiones de la evaluación sección 3.1. B

Evaluación sección 3.1

3.1.C: Valoración de las habilidades parentales para ayudar al bebé a diferenciar las sensaciones corporales y las emociones entre los tres y diez meses.

Metodología:

Esta área evalúa la capacidad del cuidador de comunicar con su bebé, de tal manera que le ayuda a diferenciar sus necesidades corporales como el hambre y la sed, así como a discriminar sus deseos y necesidades emocionales: necesidad de proximidad, necesidad de ayuda, necesidad de contacto físico.

Instrucciones:

Para guiar su observación proceda de la misma manera que en el área anterior:

Paso 1: Elija el escenario que mejor corresponda con la manera que el cuidador/a se ocupa de su bebé, observado por usted mismo o por informantes fidedignos.

Paso 2: Escriba el número correspondiente al escenario que mejor corresponda con lo observado. Sin embargo, si cree que los comportamientos parentales se sitúan entre dos escenarios, por ejemplo, 5 y 7, anote 6. Si el cuidador/a presenta un comportamiento cambiante, por ejemplo, a veces su comportamiento corresponde a los enunciados en el escenario 1, pero otras veces como en el 9 (Anote: “*principalmente 1, pero a veces 9*”).

Paso 3: Escriba las conclusiones de este examen.

Evaluación sección 3.1

3.1.C : Valoración de las habilidades parentales para ayudar al bebé a diferenciar las sensaciones corporales y las emociones entre los tres y diez meses.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

1) Indiferencia a los mensajes comunicados por el bebé.

- No reconoce ni responde de ninguna manera a las señales del bebé, como sonrisas, miradas, vocalizaciones o cuando extiende sus brazos.

3) Respuesta intermitente o limitada.

- Reacciona adecuadamente sólo ocasionalmente.
- Reacciona sólo a una señal del bebé (por ejemplo a la sonrisa, pero no a las miradas).
- Interpreta de una forma totalmente errónea los mensajes del bebé. Ej.: los mensajes de afirmación, el llanto, la demanda de comida.

5) Reacción óptima.

Interpreta toda la gama de señales que el niño bebé comunica, respondiendo con empatía y de manera coherente:

- Interpreta adecuadamente los mensajes del bebé.
- Reacciona bien a las señales emocionales del bebé (miedo, cólera, placer, tristeza, etc.).
- Estimula una dependencia agradable.
- Mantiene una actitud de aceptación y de comprensión a las protestas y afirmaciones del bebé.
- Las respuestas son en general coherentes, conectadas con el estado de ánimo del bebé y se mantienen a pesar de los cambios del estado de ánimo del cuidador.

7) Las reacciones del cuidador son exageradas, frecuentes e inadecuadas, con una interpretación errónea de las señales del bebé.

- En los momentos de ansiedad el cuidador/a tiende a confundir sus propias emociones y sentimientos con los del bebé:
- Esta tendencia se limita a ciertos estados afectivos del cuidador/a.
- A ciertas emociones expresados por el bebé.
- A un estado de tensión, preocupación o estrés del cuidador.
- Puede reaccionar adecuadamente a las sonrisas del bebé, pero reacciona de una forma excesiva e inadecuada cuando el niño llora, obligándole a comer.

9) El cuidador interpreta mal las señales del bebé y reacciona de una forma excesiva e inadecuada.

- Presenta regularmente una reacción excesiva, inoportuna y caótica.
- Incapacidad permanente de interpretar las señales del bebé y de responder con empatía.
- Incoherencia extrema en sus reacciones.

Resultado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Conclusiones de la evaluación sección 3.1. C:

Ficha 22

Evaluación sección 3.1

3.1.D : Valoración de las habilidades parentales para responder a las necesidades afectivas del bebé de 0 a 1 año.

En la observación de la interacción del cuidador es importante constatar la manera y la frecuencia con que la madre, el padre u otro cuidador comunican afecto a su bebé.

- La madre, el padre u otro cuidador comunica cariño a su bebé mediante la expresión facial, vocalizaciones, gestos corporales y el contacto ocular:
 - a) A menudo y de una manera sintonizada
 - b) A menudo, pero sin sintonía
 - c) Raramente, pero con sintonía
 - d) Raramente, pero sin sintonía
 - e) Nunca. La comunicación afectiva es disruptiva y desordenada
 - f) A veces y la sintonización es aleatoria

Resultado:

Enunciado que mejor corresponde a lo observado: _____

Conclusiones de la evaluación sección 3.1. D:

Evaluación sección 3.1

3.1.E: Valoración de las habilidades parentales para estructurar el comportamiento del niño/a entre 9 meses y dos años. Estimular sus iniciativas y facilitar la interiorización del autocontrol.

Metodología

Esta parte del examen está destinada a evaluar la habilidad del cuidador/a para estimular la iniciativa de su niño/a, al mismo tiempo que su capacidad para lograr que éste integre las reglas necesarias para los comportamientos sociales. Una de las funciones relevantes de la parentalidad es lograr que los niños a medida que se van desarrollando, estructuren su comportamiento a fin de poder explorar y adaptarse a su entorno actuando de una forma constructiva. En otras palabras, el niño/a debe aprender a comportarse adecuadamente, respetándose a sí mismo, a su entorno natural, así como a su entorno humano. Permitir a los hijos la integración de las reglas indispensables para su buen funcionamiento social, requiere competencias singulares por parte de los padres o cuidadores. Por lo tanto, cuando estas habilidades están presentes, son indicadores importantes de competencia parental y de buen trato.

Instrucciones:

Para guiar su observación proceda de la misma manera que en el área anterior:

Paso 1: Elija el escenario que mejor corresponda con la manera que el cuidador/a se ocupa de su bebé, observado por usted mismo o por informantes fidedignos.

Paso 2: Escriba el número correspondiente al escenario que mejor corresponda con lo observado. Sin embargo, si cree que los comportamientos parentales se sitúan entre dos escenarios, por ejemplo, 5 y 7, anote 6.

Paso 3: Si el cuidador/a presenta un comportamiento cambiante, por ejemplo, a veces su comportamiento corresponde a los enunciados en el escenario 1, pero otras veces como en el 9 (Anote: “*principalmente 1, pero a veces 9*”).

Ficha 23

Evaluación sección 3.1

3.1.E: Examen de las capacidades de los cuidadores para estructurar el comportamiento de su hijo/a entre 9 meses y dos años.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Escenarios a elegir:

1) No disponible para ayudar a la estructuración del comportamiento.

- No está cerca del niño cuando éste lo/a necesita para aprender a estructurar sus comportamientos. Ej.: la madre o el padre no interviene o hace como si el niño/a no necesita de él.
- No acepta ninguna iniciativa del niño/a, aunque éstas sean oportunas.

3) Actúa estructurando la conducta de su hijo/a sólo cuando se siente bien.

- Reacciona de una forma educativa sólo en temas que le son gratificantes y que no le suponen estrés.
-Ejemplo: comenzará a jugar, juegos interactivos si le gustan, enseñándole afectuosamente a su hijo/a, pero si éste no le entiende a la primera, se enoja y/o suspende la actividad.
- Apoya selectivamente las iniciativas de su hijo o hija, que le convienen o interesan:
-Ejemplo: puede apoyar a su hijo varón en actividades deportivas, pero no interesarse si el niño le pide ayuda para armar un lego.
- La actuación educativa del padre/madre o cuidador se interrumpe si están enojados, tristes o estresados.

5) Actuación óptima.

- Puede actuar de una manera compleja y organizada, ayudando al niño/a a progresar en la estructuración de su comportamiento.
- Puede ayudar a su hijo/a a estructurar sus comportamientos ligados a situaciones tan diversas como la rabia, los celos, las separaciones, el egoísmo, el respeto de sí mismo, el respeto de las normas., la excitación sexual.
- Puede enseñar al niño/a con creatividad y oportunidad, diferentes temas aprovechando las preguntas y la curiosidad del niño, así como las situaciones que se crean en las interacciones con éste. Puede incluir, por ejemplo, temas tan diversos como: las relaciones con la naturaleza, los sentimientos, la muerte, la sexualidad, la diferencia de género, el abuso de poder de los más fuertes.

- El cuidador tiene recursos para enfrentar el estrés.
 - Acepta y respeta los sentimientos de su hijo/a frente a, por ejemplo, la frustración, situaciones que le atemorizan, etc.
 - Es capaz de acompañar a su hijo/a en sus iniciativas, con disponibilidad y autoridad.
 - Admira y refuerza positivamente las iniciativas de su hijo/s permitiendo que dirija la interacción por momentos, pero siempre poniendo límites claros para ayudar al desarrollo del autocontrol.
 - Permite los movimientos de separación, pero se muestra siempre disponible. Sabe cuándo y cómo intervenir si el niño lo desea y necesita
 -
- 7) Reacciona de una forma ligeramente o moderadamente incoherente, cuando los comportamientos del niño son complejos.
- Las reacciones del cuidador se hacen confusas y ligeramente desorganizadas cuando el niño debe realizar una actividad compleja.
 - . Por ejemplo, el niño quiere pasar de un juego a otro y no puede.
 - . El cuidador cambia de actividad demasiado rápido, lo que confunde y desorganiza al niño.
 - El cuidador/a presenta una tendencia a controlar excesivamente al niño/a bloqueando sus iniciativas.
 - El cuidador/a presenta comportamientos ansiosos e inoportunos.
- 9) El cuidador/a presenta reacciones caóticas o extremadamente dominantes a los comportamientos del niño/a.
- El comportamiento del cuidador/a es totalmente caótico e incoherente confundiendo y desorganizando las conductas del niño/a.
 - El cuidador/a no deja ninguna posibilidad de iniciativa al niño/a.
 - Utiliza fácilmente la fuerza física, incluso los golpes para ejercer el control.
 - Tendencia a dominar y tomar siempre la iniciativa en casi todas las áreas de comportamiento del niño/a.

Resultado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Conclusiones de la evaluación sección 3.1. E:

Evaluación sección 3.2:

Examen de las habilidades parentales con niños de 2 años o más.

Metodología:

Este examen está destinado a observar y evaluar el desempeño parental con niños mayores de dos años. Algunos aspectos de este examen también son válidos para completar el estudio de las habilidades de padres de niños entre 0 y 2 años.

Este examen está organizado en cinco categorías que corresponden a los requisitos básicos que los padres deberían poseer para asegurar el desarrollo y la salud de sus hijos pequeños. A continuación, se presenta la ficha 29 con las síntesis de los resultados obtenidos.

Las áreas a evaluar son las siguientes:

3.2.A : Capacidad de responder a las necesidades básicas de los niños.

3.2.B : Vinculación y respuesta afectiva de los padres. Adecuación de roles.

3.2.C : Actitud con relación al niño/a.

3.2.D : Capacidad de los padres a ver al niño como una persona diferente a ellos.

3.2.E : Educación del niño. Capacidades de socialización.

Instrucciones:

Paso 1: Evalúe la categoría 3.2.A (ficha 24) respondiendo con un “SÍ” un “NO” o una “D” (discutible, o dudoso).

Paso 2: Evalúe el resto de las categorías, de la ficha 25 a la 28. Cada una presenta una lista de las diferentes habilidades que componen una parentalidad suficientemente sana. Elija en orden de prioridad, de uno a tres enunciados que mejor describa/n lo observado.

Paso 3: Recoja los resultados de cada ficha y complete el resumen de las habilidades parentales actuales, respondiendo con un “SÍ” un “NO” o una “D” (discutible, o dudoso).

Paso 4: Resuma a modo de conclusión qué grado de gravedad presentan las incompetencias que presenta el adulto (si las hay) y establezca una primera hipótesis diagnóstica así como la posibilidad de reversibilidad según los resultados obtenidos. Se recomienda anotar todas aquellas observaciones que apoyen o contradigan la impresión que estos padres pueden haber

dejado a otros profesionales y que hayan determinado ciertas medidas. Esto es fundamental en caso de los litigios que tienen que dirimirse en los tribunales.

Ficha 24

Evaluación sección 3.2:

3.2.A: Examen de la capacidad de satisfacer las necesidades básicas de los niños.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: responder en la casilla derecha con: "SI", "NO" o "D" (discutible o dudoso de cada enunciado).

Necesidades básicas:

a). Alimentación adecuada:	
b). Vestimenta adecuada:	
c). Alojamiento adecuado:	
d). Cuidados médicos adecuados:	
e). Higiene adecuada:	
f). Seguridad adecuada, por lo menos con uno de los padres:	
g). Si el niño/a tiene necesidades especiales, se le proporcionan los cuidados adecuados:	

Resultado:

¿Existen necesidades básicas no satisfechas del niño? Describa:

¿Tiene dudas respecto a la satisfacción de necesidades básicas? Explique:

Ficha 25

Evaluación sección 3.2:

3.2.B: Examen de la capacidad de vincularse y responder afectivamente a su hijo/a.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *Aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.*

Esta área consta de dos sub-áreas. Seleccione como máximo tres enunciados que mejor describan lo observado, en orden de prioridad.

Sub-área 2a: Examen de las capacidades de vinculación y de respuestas afectivas del cuidador/a al niño.

- a). Tiene contactos físicos adecuados con el niño/a.
- b). Reacciona con un tono emocional adaptado cuando el niño busca el contacto.
- c). Atiende al niño/a.
- d). No responde afectivamente a las demandas del niño.
- e). Comunica al niño/a su placer por estar juntos.
- f). Responde a las peticiones y preguntas del niño.
- g). Permite el juego espontáneo.
- h). Molesta o controla el juego del niño.
- i). Deja al niño dirigir una situación de juego.
- j). Conoce las necesidades sociales del niño.
- k). Permite al niño participar en actividades de grupo.

Resultado:

Enunciado/s elegido en orden de prioridad:

1º:

2º:
3º:

Sub-área 2b.- Examen de la adecuación de roles.

- a).- El adulto rivaliza con el niño/a.
- b).- El adulto pide a su hijo/a ayudas inapropiadas para su edad.
- c).- El adulto considera al niño/a como a un igual.
- d).- El adulto responde a las preguntas y peticiones del niño de una forma adecuada a su madurez.
- e).- El adulto apoya y motiva al niño/a.

Resultado:

Enunciado elegido en orden de prioridad:

1º:
2º:

Ficha 26

Evaluación sección 3.2:

3.2.C. Examen de la actitud de los padres hacia sus hijos.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *Aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.*

Seleccione el o los enunciados que mejor describen la actitud del adulto:

- a). Se muestra amable y afectuoso con el niño/a.
- b). Se interesa poco en el niño/a.
- c). Está generalmente irritable con el niño/a.
- d). Muestra hostilidad y/o agresividad con el niño/a.
- e). Muestra una actitud de rechazo al niño.
- f). Es generalmente muy crítico en relación al niño/a.
- g). Muestra las cualidades positivas del niño/a.
- h). Es exigente con el niño/a y/o lo humilla.
- i). Tiene expectativas rígidas, irracionales o inapropiadas para la edad del niño/a.

Resultado:

Enunciado/s elegido en orden de prioridad:

1º:

2º:

3º:

Ficha 27

Evaluación sección 3.2:

3.2.D . Examen de la capacidad de los padres/cuidadores de concebir al niño/a como un sujeto con vida propia.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *Aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.*

Seleccione el o los enunciados que mejor describen lo observado en el adulto:

- a). Reconoce que las necesidades del niño no son idénticas a las suyas:
- b). Es incapaz de poner sus necesidades a un lado, para responder a las necesidades del niño.
- c). Reconoce que el niño/a posee sus propias razones para actuar como lo hace.
- d). Exige una relación exclusiva/posesiva con el niño/a.
- e). Necesita del niño/a para satisfacer sus propias necesidades.
- f). Justifica el comportamiento del niño atribuyéndose la causa.
- g). Justifica el comportamiento del adulto atribuyéndose la causa.
- h). Interrumpe constantemente al niño/a, o habla en su lugar.
- i). Atribuye al niño/a motivaciones totalmente inadecuadas.
- j). Permite al niño/a ver a sus amigos y/o contactos en el exterior de la familia.

Resultado:

Enunciado/s elegido en orden de prioridad:

1°:

2°:

3°:

Ficha 28

Evaluación sección 3.2:

3.2.E. Examen de la capacidad de los padres para educar a sus hijos.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *Aplicar este examen cada cuidador/a evaluado.*

Seleccione el o los enunciados que mejor describen lo observado en el adulto.

- a). Establece límites apropiados al niño/a.
- b). Mantiene los límites fijados.
- c). Corrige a su hijo/a si éste transgrede los límites y las normas con su conducta.
- d). Es flexible a la hora de reaccionar frente al niño.
- e). Negocia con éxito con el niño/a.
- f). Ayuda al niño/a a afrontar las consecuencias de sus actos de una manera coherente.
- g). Engaña al niño/a a la hora de resolver un conflicto o una dificultad.
- h). Proporciona explicaciones adaptadas a la edad del niño/a en relación a las consecuencias de sus actos.
- i). Tiene una profunda convicción de que es fundamental castigar físicamente a los niños para educarles.
- J). Tiene una profunda convicción de que es legítimo humillar a los hijos para que aprendan a respetar a los adultos.

Resultado:

Enunciado/s elegido/s en orden de prioridad:

- 1°:
- 2°:
- 3°:

Ficha 29

Evaluación sección 3.2:

3.2.F: Resumen de las habilidades parentales de los padres con niños de dos años y más:

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *responda en la casilla derecha con: "SI", "NO" o "D" (discutible o dudoso de cada enunciado).*

Habilidades parentales actuales del cuidador/a:

a). Capacidad de responder a las necesidades de base del niño/a (Área 1):	
b). Capacidad de responder a las necesidades especiales del niño/a	
c). Es afectuoso/a, es decir, es caluroso/a, sensible (Sub-área 2A):	
d). Asume un rol parental adecuado (Sub-área 2B):	
e). Tiene una actitud positiva hacia el niño (Área 3):	
f). Tiene capacidad para ver al niño como un sujeto diferente (Área 4):	
g). Muestra una capacidad de juicio y una destreza adecuada (Sub-áreas 2A, 2B; y Área 5):	
h). Es competente en su función de educador (Área 5):	
i) Es flexible y polivalente en sus competencias en lo que se refiere a la educación de su hijo/a (Área 5):	

Resultado:

¿Qué habilidades parentales mencionadas están ausentes o se muestran deficientes en el cuidador/a? Describa:

¿Tiene dudas respecto a la presencia de estas habilidades parentales en el cuidador/a?
Explique:

Conclusiones de la evaluación sección 3.2:

Establezca la primera hipótesis sobre el grado de incompetencia parental que presenta el cuidador/a evaluado y establezca su pronóstico de reversibilidad:

Evaluación sección 3.3:

Examen de las habilidades parentales actuales para satisfacer las necesidades intelectuales y educativas de hijos de dos años y más.

Metodología:

Distinguir las necesidades intelectuales de sus hijos es una tarea difícil porque implica, entre otras cosas, que los padres en su infancia han podido realizar satisfactoriamente sus propios derechos de acceso a la educación y a la cultura. Por lo tanto, esta parte es menos importante para el examen de las competencias parentales. Pero puede ser un instrumento útil a la hora de aceptar que las competencias intelectuales y culturales denuncian más claramente que otros factores, el rol de las desigualdades sociales en la génesis de una parte de las incompetencias de la función parental.

Instrucciones:

En la siguiente ficha, se presenta una lista de las diferentes habilidades parentales necesarias para satisfacer las necesidades que componen una parentalidad suficientemente sana.

Paso 1: Responda en la casilla de la derecha de cada enunciado, con un “SÍ” un “NO” o una “D” (discutible, o dudoso).

Paso 2: Establezca la primera hipótesis sobre si existen incompetencias parentales para satisfacer las necesidades intelectuales y educativas de los niños de dos años y más. Se recomienda anotar todas aquellas observaciones que apoyen o contradigan la impresión que este cuidador/a puede haber dejado a otros profesionales y que hayan determinado ciertas medidas.

Ficha 30

Evaluación sección 3.3:

Observación y examen de las habilidades parentales actuales para satisfacer las necesidades intelectuales e educativas de hijos mayores de dos años.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: Aplicar este examen a cada cuidador/a implicado.

Responda en la casilla derecha con: "SI", "NO" o "D" (discutible o dudoso de cada enunciado).

Habilidades parentales:

a) Conoce las necesidades intelectuales de su hijo/a en lo que se refiere a su edad y estado de desarrollo:	
b) Intenta estimular adecuadamente el lenguaje de su hijo/a:	
c) Procura una estimulación intelectual adecuada a su hijo/a:	
d) Proporciona materiales y fomenta actividades cognitivas a su hijo/a:	
e) Reconoce las dificultades intelectuales y/o de aprendizaje del lenguaje de su hijo/a:	
f) Tiene capacidad para proporcionar y/o obtener ayuda para estimular cognitivamente a sus hijos:	
g) Tiene recursos para facilitar el desarrollo del lenguaje o para apoyar a su hijo/a en sus problemas escolares:	
h) Presenta una actitud cooperadora con la escuela, en lugar de una actitud negativa o desinteresada:	
i) Asiste a las reuniones de padres convocadas por los maestros de su hijo/a:	
j) Hace caso de las indicaciones o mensajes enviados desde la escuela:	
k) Se preocupa de los deberes escolares de su hijo/a, apoyándole y/o pidiendo ayuda si es necesario:	

Resultado:

¿Qué habilidades parentales están ausentes o se muestran deficientes en el cuidador/a?
Describe:

¿Tiene dudas respecto a la presencia de estas habilidades parentales en el cuidador/a?
Explique:

Conclusiones de la evaluación sección 3.3:

Unidad de evaluación 4:

RECURSOS Y APOYOS DE LAS REDES FAMILIARES Y SOCIALES

Indice:

Introducción

4.1. Evaluación de las características de las relaciones sociales de los padres con su comunidad: habilidades para funcionar en redes sociales.

4.1. A : Valoración de la participación del cuidador/a en su red natural, incluyendo su familia extensa **Ficha 31**

4.1. B : Valoración de los niveles de cooperación de los padres con la red institucional. **Ficha 32**

4.1. C : Valoración de la presencia de comportamientos antisociales del cuidador/a **Ficha 33**

4.2 Evaluación de la habilidad de los padres de solicitar y beneficiarse de los servicios y la ayuda profesional.

4.2. A : Valoración de las habilidades de los padres para solicitar y beneficiarse de los servicios y de la ayuda profesional. **Ficha 34**

4.2. B : Valoración del impacto de las intervenciones institucionales y profesionales sobre la parentalidad **Ficha 35**

Introducción:

El ejercicio de una parentalidad suficientemente adecuada está también condicionada por las posibilidades que tengan los padres de participar en redes sociales donde puedan recibir y aportar a sus miembros tanto ayuda material como apoyo psico-socioemocional.

Así, por ejemplo, cuando los apoyos sociales, materiales o psico-socio afectivos, son suficientes, éstos pueden servir para manejar el estrés y la tensión tanto social como intrafamiliar que enfrentan los padres. Si una familia no dispone de apoyos sociales, ya sea por su dinámica interna o por la pobreza material y/o humana del entorno en que vive, o no está en condiciones de utilizar los apoyos disponibles, ésta no podrá hacer frente a los problemas y aliviar tensiones más crónicas.

En general, los padres que maltratan a sus hijos están insertos en redes familiares y sociales empobrecidas y disfuncionales. Sus relaciones con su entorno pueden ser caóticas, o al contrario, rígidas y estereotipadas.

Los fenómenos migratorios pueden jugar un papel en la emergencia de esta disfuncionalidad, porque la red social y familiar desaparece o se restringe. Mientras más inhóspita sea la sociedad de acogida, más grande es la posibilidad que las familias se encierren en sí mismas, lo que puede producir una amplificación del estrés y las tensiones intrafamiliares y un cierre total a las posibilidades de recibir apoyo e información del medio social. También puede ocurrir lo contrario, la familia como sistema puede reaccionar con una apertura total de sus fronteras familiares, y asimilarse en un medio que se impone como social y culturalmente superior. Este fenómeno facilita la confusión en el funcionamiento familiar, a menudo con un conflicto importante de costumbres y valores entre las generaciones. Esto puede traducirse por un funcionamiento familiar inadaptado, en el cual los miembros de la familia especialmente los hijos e hijas, sufren por el aumento del estrés y la tensión familiar; al mismo tiempo, no disponen de suficiente apoyo socio-afectivo de su entorno social.

No es extraño encontrar en familias en que los adultos decidieron emigrar, aun en generaciones anteriores, la existencia de madres y padres con grandes dificultades en el ejercicio de la parentalidad. Lo anterior es válido no sólo para las familias que cambian de continente o de país, sino también a las que conocen un proceso de migración interna, es decir, a la de una región a otra en el mismo país.

La realidad de vivir en redes sociales pobres y disfuncionales es también parte de la vida de muchas familias que conocen un proceso de transculturación, como son aquellas pertenecientes a minorías étnicas, por ejemplo, familias de raza gitana en España o familias de origen indígena en América Latina.

METODOLOGIA:

Esta sección está destinada a estudiar el cuerpo social y familiar de los padres. En otras palabras, los componentes del sí mismo social o yo-social. Se trata de evaluar la presencia o ausencia de fuentes de apoyo social para el ejercicio de la parentalidad: la red familiar nuclear (cónyuge, hijos, hermanos), la familia extensa (abuelos, tíos, primos, hermanos/as, etc.) y la red social cercana (amigos, vecinos, compañeros/as de trabajo).

Esta sección, por lo tanto, evalúa la disponibilidad de apoyo social y comunitario y la capacidad de los padres de recurrir a ese apoyo, y al mismo tiempo, la habilidad de participar en ellas para dar apoyo a otras familias. En parte, se evalúa también la capacidad de los adultos a participar en dinámicas de autoayuda.

Como decíamos anteriormente, el aislamiento social, el ostracismo y la alienación con respecto a la comunidad son factores que influyen negativamente en la parentalidad, pues no permiten ni el apoyo social ni la posibilidad de cambiar creencias y modelos educativos nocivos para los hijos. Un funcionamiento familiar caótico produce las mismas consecuencias.

Ciertas familias muestran una marcada tendencia a la desconfianza y a la hostilidad frente a sus vecinos y a los profesionales de las instituciones sociales. Otras, al contrario, con un funcionamiento más desorganizado los fagocitan, aprovechándose de todo lo que se les pueda aportar, sin que necesariamente esto beneficie a los hijos e hijas y sin ser capaces de retribuir con reconocimiento o aportes concretos a los demás.

Es importante a la hora del examen que el examinador/a tenga presente que estas reacciones pueden ser crónicas, es decir, una forma de funcionamiento familiar resultado de una transmisión transgeneracional o actual, consecuencia de una situación de crisis por acumulación de factores de estrés y/o de migración.

Esta sección pretende examinar los tres componentes fundamentales de la participación a su red social de una persona, en este caso de los padres.

- La participación de los padres en su red social natural, incluyendo su familia extensa.
- La participación en la red institucional y la relación de los padres con ésta.
- Los comportamientos antisociales de los padres: violencia extrafamiliar y criminalidad.

Instrucciones:

Paso 1: Para los cuadros 1, 2 y 3, responda en la casilla derecha de cada enunciado con: Sí, No o D (discutible o dudoso) según la información obtenida.

Paso 2: Complete el cuadro número 4 describiendo las influencias positivas y negativas de cada fuente de apoyo social, según la información obtenida.

Paso 3: A modo de resumen concluya qué grado de participación tiene el cuidador/a en su red social natural.

Ficha 31

Evaluación sección 4.1.

4.1.A: Examen de la participación de los padres en su red social natural, incluyendo su familia extensa:

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha del examen:

Nombre del examinador/a:

Nota: responder en la casilla derecha con: "SI", "NO" o "D" (discutible o dudoso) de cada enunciado según la información obtenida.

Utilizar una ficha separada para cada adulto examinado. El examen debe realizarse de preferencia en las conversaciones con los padres, si no a través de:

1) Fuentes de apoyo social disponibles para el cuidador/a:

a) Familia extensa	
b) Amigos	
c) Vecinos	
d) Grupos sociales (religiosos, clubs, centros de tiempo libre, etc.)	
e) Grupos de autoayuda	
f) Otros (precisar):	

2) Grupos o redes a los cuales el cuidador/a solicita apoyo:

a) Familia extensa	
b) Amigos	
c) Vecinos	
d) Grupos sociales (religiosos, clubs, centros de tiempo libre, etc.)	
e) Grupos de autoayuda	
f) Otros (precisar):	

3) Influencia de las fuentes de apoyo social sobre el niño/a y las competencias parentales de su cuidador:

Fuentes de apoyo social	Influencias positivas	Influencias negativas
a) Familia extensa		
b) Amigos		
c) Vecinos		
d) Grupos sociales		
e) Grupos de autoayuda		
f) Otros: (Precisar)		

Evaluación sección 4.1:

4.1.B. Examen de los niveles de cooperación de los padres con la red institucional

Nombre del niño:

Nº de Ficha:

Nombre del cuidador/a:

Fecha del examen:

Nombre del examinador/a:

Nota: *Evaluar la cooperación del cuidador/a (padre, madre,...) con las instituciones sociales y viceversa.*

Utilizar la siguiente nomenclatura:

1 = Generalmente poco cooperativo/a

2 = A veces poco cooperativo/a

3 = Cooperativo/a

4 = Muy cooperativo/a

5 = No se sabe

Para los fines de este examen se entiende por un comportamiento poco cooperativo con las instituciones sociales, aquellos caracterizados por:

- a) Conflictos frecuentes
- b) Exigencias extremas
- c) Sumisión exagerada
- d) Rompimientos repetidos de acuerdos y contratos

Revisar la actitud de cada cuidador en relación a las siguientes instituciones señaladas.

Indicar en caso de 1) “generalmente poco cooperativo” y 2) “a veces poco cooperativo” en qué consiste la falta de cooperación. Trate también de evaluar la actitud de la institución. Ejemplo, si un padre es generalmente poco cooperativo con conflictos frecuentes y ruptura de acuerdos, y la institución es cooperativa, marcar de la manera siguiente:

Actitud del padre: 1 a y d

Actitud de la institución escuela: 3

Examen cuidador 1:

Actitud de la Institución:

Trabajo:
Escuela:
Servicios Sociales:
Servicio de Protección:
Policía:
Servicios de Salud:
Centro de Salud Mental:
Otros (precisar)

Actitud del cuidador:

Examen cuidador 2:

Actitud de la Institución:

Trabajo:
Escuela:
Servicios Sociales:
Servicios de Protección Infantil:
Policía:
Servicios de Salud:
Centro de Salud Mental:
Otros (precisar):

Actitud del cuidador:

➤ Pertenencia a una banda organizada:

➤ Condenas y permanencias en prisión:

Resultado:

Conclusiones de la evaluación sección 4.1:

Según los resultados obtenidos de las fichas 31, 32 y 33. ¿Cuáles son las características más relevantes de las relaciones sociales de los padres con su comunidad?

Evaluación sección 4.2:

Evaluación de la capacidad de los padres de solicitar y beneficiarse de los servicios y de la ayuda profesional.

Introducción:

Esta sección está destinada a explorar la historia de las relaciones de los padres con los servicios institucionales y/o profesionales.

A diferencia de la sección anterior que servía para determinar la presencia o ausencia de fuentes de apoyo social, a través del examen de la calidad de las alianzas sociales, esta sección entrega instrumentos para comprender la forma en que los padres utilizan los recursos profesionales existentes en su comunidad.

Muy a menudo, los padres que requieren una valoración de las competencias parentales para determinar si sus hijos necesitan protección, han recibido o reciben atención de muchos y diversos organismos y profesionales.

Muchas veces, éstos han entregado a los padres sus puntos de vista sobre el origen de los problemas familiares y han indicado diferentes formas de tratamiento. Poder comprender la forma en que los padres han percibido tales lecturas y la forma que han seguido los tratamientos indicados, nos permite obtener indicadores importantes para evaluar las habilidades parentales, tanto en lo que se refiere a sus capacidades para utilizar estos servicios, como de sus posibilidades de introducir cambios a partir de la ayuda ofrecida.

Esta sección entrega también información sobre las posibilidades de los padres de participar en una alianza terapéutica y de la existencia o no en el ámbito profesional de recursos y competencias (técnicas, estrategias, actitudes) para facilitar estas alianzas. Por lo tanto, la información recogida permite también evaluar la adecuación de las intervenciones profesionales.

Esta sección está compuesta de dos secciones:

4.2.A: Evaluación de la capacidad de los padres a beneficiarse de la ayuda profesional.

4.2.B: Evaluación del impacto de las intervenciones sociales, educativas o terapéuticas sobre la parentalidad.

Ficha 34

Evaluación sección 4.2:

4.2.A Evaluación de las capacidades de los padres de solicitar y beneficiarse de los servicios y de la ayuda profesional

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Nota: Usar una ficha por cada cuidador/ implicado.

Servicios u ayuda profesional:

➤ Servicios y organismos:

Servicios y organismos: Fechas:

2.

3.

4.

5.

➤ Nombre del Servicio/Profesional evaluador:

1) Momento de la demanda de ayuda

Pasado:

Presente:

Fechas)

(Fechas)

2) Demanda voluntaria.....

Demanda obligada.....

3) Duración de la ayuda/ intervención:

4) Frecuencia de la atención / intervención:

5) Evaluación del impacto de esta ayuda / intervención:

(Marcar con una cruz lo que corresponda)

Impacto de la ayuda	Cuidador	Profesional
Muy útil		

Útil		
Poco útil		
Perjudicial		
Muy perjudicial		
Dificultad de evaluar		

6) Cambios positivos o negativos resultado de la atención / intervención.

Visión del cuidador:

- 1.
- 2.
- 3.

Visión del profesional:

- 1.
- 2.
- 3.

7) Evaluación de la alianza terapéutica. (Marque una **x** según vuestra información en cada conjunto de enunciados)

- a) Asistencia puntual y regular a las sesiones.
 Asistencia irregular, impuntual o anulaciones frecuentes de las sesiones.
 Sin información.
- b) Sinceridad y confianza en la relación con el profesional.
 Desconfianza y actitudes defensivas con el profesional.
 Sin información.
- c) Demostraciones de motivación y cooperación.
 Muestras de resistencia, hostilidad y/o tendencia a manipular al profesional y a su servicio.
 Sin información.
- d) Acepta las indicaciones y realiza las tareas encomendadas entre las sesiones.

- No acepta indicaciones o hace como sí, y no cumple ni las indicaciones ni las tareas encomendadas.
- Rompe con el contrato de colaboración.
- Sin información.

- e) Proporciona con buena voluntad todas las informaciones que permiten al profesional ayudarlo/a.
- Muestra reticencia de entregar información, sobre todo en lo que se refiere a hablar de sí mismo y sus comportamientos.
- Sin información.

- f) Está interesada/o en reflexionar sobre sus problemas y las responsabilidades personales en la producción de éstos.
- Mala disposición a reflexionar sobre sus actuaciones en los problemas.
- Sin información.

- g) Existencia de resultados visibles de las sesiones de ayuda.
- Ausencia de resultados visibles de las sesiones de ayuda.
- Sin información.

8) Resultados de la evaluación de la capacidad de construir una alianza terapéutica, tomando en cuenta las relaciones del cuidador con todos los servicios examinados. (Marque una)

- Excelente _____
- Buena _____
- Con límites _____
- Mediocre _____
- No se sabe _____

9) Evaluación de la calidad de la ayuda y de los servicios recibidos por los padres. (Marque una x según vuestra información en cada conjunto de enunciados)

- a) Adecuación de la frecuencia y duración de las sesiones o visitas en relación a la gravedad de la situación.

- Sesiones poco frecuentes e irregulares en relación a la gravedad y complejidad del caso.
- Sin información

- b) Respeto de las fechas y horas de las visitas/sesiones. Pocas anulaciones.
- Anulaciones frecuentes de las sesiones o visitas de los profesionales. (trabajador social, terapeuta, médico, etc.).
 - Sin información.

- c) Los profesionales fueron competentes para abordar en las sesiones y/o aún los todo tipo de temas, aun los más conflictivos y difíciles.
- Los profesionales no ahondaron los temas conflictivos y difíciles en las sesiones y/o visitas.
 - Sin información.

- c) La ayuda fue adecuada.
- La ayuda fue inadecuada.
 - La ayuda provocó aun más daño y sufrimiento.
 - Sin información.

En los dos próximos enunciados responder: **Sí** o **No**.

- d) Las citas propuestas fueron sólo en la oficina del profesional, aunque encuentros fuera de la oficina también hubieran servido.
- e) La ayuda y el apoyo profesional tomó en cuenta las realidades culturales, étnicas, sociales y lingüísticas.

Evaluación general del funcionamiento y de la calidad de los servicios ofrecidos:

Excelente:

Bueno:

Limitado:

Mediocre:

Sin información:

Evaluación sección 4.2:

4.2.B: Evaluación del impacto de las intervenciones institucionales y profesionales sobre la parentalidad.

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

a) Teniendo en cuenta los antecedentes, ¿Los padres están en condiciones de ocuparse de sus hijos para satisfacer sus necesidades sin una intervención o apoyo permanente de los profesionales?

Sí _____

No _____

Sin información _____

Explicar por qué:

b) ¿Los padres necesitan una ayuda permanente de uno o de varios organismos para hacer frente a las exigencias cotidianas de la parentalidad?

Sí _____

No _____

Sin información _____

Explicar por qué:

c) Según su opinión ¿Es realista suponer un cambio de los comportamientos parentales, a pesar de las intervenciones precedentes, si se agregan nuevas intervenciones?

Sí _____

No _____

Sin información _____

En el caso de sí, explicar y proponer nuevas intervenciones.

d) Considerando lo evaluado ¿Cree usted que es adecuado modificar la situación de los niños?

Sí _____

No _____

Sin información _____

Explicar el por qué:

Conclusiones de la evaluación sección 4.1:

Según las respuesta obtenidas de las fichas 34y 35 ¿Cuál es la capacidad de los padres de solicitar y beneficiarse de los servicios y de la ayuda profesional?

NIVEL III.

EVALUACION DEL IMPACTO DE LAS INCOMPETENCIAS PARENTALES EN LOS HIJOS E HIJAS

Unidad de evaluación 5:

EL IMPACTO DE LAS INCOMPETENCIAS PARENTALES EN LOS HIJOS E HIJAS

Indice:

Introducción:

5.1: Los trastornos del apego consecuencia de las incompetencias parentales.

Ficha 36

5.2: El impacto en los hijos e hijas de los procesos traumáticos consecuencia de los malos tratos. Ficha 37

5.3: Los trastornos del desarrollo consecuencia de las incompetencias parentales:

Ficha 38

INTRODUCCION

La evaluación de los indicadores de sufrimiento infantil atribuibles a las incompetencias parentales, a partir de la edad pre-escolar hasta adolescentes, se focalizará en la presencia de síntomas y problemas pertenecientes a tres parámetros: apego, trauma y desarrollo. Como ya hemos argumentado y basándonos en los avances de la neurociencia en relación a la organización cerebral, los malos tratos infantiles son experiencias con un contenido altamente traumático, sobre todo cuando ocurren en edades tempranas, tanto el apego como el desarrollo evolutivo dinámicamente entrelazados se ven afectados. Cada uno de estos parámetros presenta ciertas características que nos permiten evaluar si el niño o niña presenta indicadores de sufrimiento y de daño relacionados con las incompetencias parentales de sus cuidadores. A través de esta pauta, el examinador/a podrá detectar más fácilmente en los niños, indicadores de daño en la capacidad de vinculación, indicadores de daño resultado de los procesos traumáticos producidos por los malos tratos. y por último, indicadores de sufrimiento y daño infantil en su nivel de desarrollo.

Los siguientes indicadores que presentamos en esta guía deben ser considerados como una ayuda complementaria a vuestra observación natural y sentido común cuando nos encontramos frente a un niño, niña y adolescente. Es importante considerar que uno ó más indicadores en cada uno de estos parámetros, no siempre son concluyentes de un trastorno del apego, de un traumatismo o de un retraso, o en los casos más severos, de un trastorno en el desarrollo, como consecuencia de experiencias de violencia o negligencia. Algunos de estos indicadores pueden ser manifestación de un problema orgánico o incluso, de una enfermedad o situación pasajera. Por esta razón, todos estos indicadores deben ser comprendidos en su contexto, considerando los resultados obtenidos de los otros elementos de esta guía de valoración.

La utilización de estas fichas deberá ser paralela o posterior a la evaluación de los cuidadores, así usted podrá obtener mayor información para completarlas. Una vez utilizada las fichas, usted podrá obtener una visión más amplia de la presencia de indicadores de sufrimiento infantil debido a los malos tratos en el niño/a, para luego concluir respecto a la necesidad de una intervención terapéutica y/o interdisciplinaria.

5.1. LOS TRASTORNOS DEL APEGO CONSECUENCIA DE LAS INCOMPETENCIAS PARENTALES.

Sin desconocer que la evaluación del apego y su tipología en los niños es una tarea compleja que requiere ciertas condiciones así como una formación clínica rigurosa,

presentamos para fines de esta guía, un conjunto de indicadores que nos hacen pensar en la presencia de un trastorno del apego o de un apego traumático. Aquí utilizaremos la Ficha 36: Indicadores de Trastorno del Apego basada en los trabajos de Levi & Orlans, 1998; Nancy Thomas, 1997 y N. Peter Rygaard, 2005.

Metodología:

Los indicadores de trastorno de apego contemplan una serie de síntomas que hacen referencia a los siguientes dominios: conductual, cognitivo, social, corporal y moral. Usted deberá señalar su presencia según la información obtenida a través de su observación o de otras fuentes de información (padres, colegio, etc.)

Evaluación sección 5. 1:

Los trastornos del apego consecuencia de las incompetencias parentales

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Nota: *Marque con una cruz los indicadores presentes según la información obtenida:*

1.	Se muestra excesivamente apegado y demandante de atención
3.	No hace contacto visual mientras usted le conversa, más bien sigue la mirada a lo que se mueve, sea o no importante
4.	Presenta rabietas frecuentes y persistentes, algunas veces aparentemente fuera de su control. (aunque el adulto lo coge no le es fácil calmarse)
5.	Tiene dificultad para controlar sus impulsos (actos hiperactivos frecuentemente), extremadamente desafiante y enfadado.
6.	No muestra o experimenta dolor si se cae (dificultad para sentir dolor, frío o calor)
7.	Toca o rasca sus heridas hasta hacerse sangrar sin expresar dolor
8.	Incapaz de ocuparse de sí mismo de una manera positiva sin involucrar a otros
9.	Se resiste a ser tomado
10.	Demanda afecto de un modo exigente o controlador
11.	No muestra signos de culpabilidad ni vergüenza cuando hace algo inadecuado o indebido
12.	Le atrae hacer alguna actividad en forma arriesgada (ej: cuando monta en bici, patinete, etc.)
13.	No siente temor, no se anticipa al peligro y puede implicarse en cualquier actividad peligrosa
14.	No responde a instrucciones verbales, si no se levanta la voz.
15.	Se muestra afectuoso indiscriminadamente, algunas veces con extraños.
16.	Parece táctilmente defensivo (parece más bien tenso que relajado la mayoría del tiempo)
17.	Problemas en el desarrollo del lenguaje y problemas de coordinación motora.
18.	Hiperactividad evidente
19.	Se muestra excesivamente retraído/a evitando las interacciones sociales.
20.	Es victimizado fácilmente por otros.
21.	Puede ser cruel con los animales: puede incluir bromas, asalto físico, tortura o provocarle la muerte ritualizadamente.
22.	Muy preocupado con temas de la muerte, sangre o fuego
23.	Parece un niño/a nervioso, irritable
24.	No es afectuoso con sus pares: relaciones conflictivas o pobres (dificultad de hacer amigos y mantenerlos, mandón en su juego con los demás).
25.	Demuestra afecto indiscriminado con extraños, va hacia ellos y llega a ser afectivamente invasivo/a con ellos o pide ir a casa de ellos.
26.	Parece disfrutar haciendo daño a otros y deliberadamente rompe o daña cosas
27.	Roba en su casa, de modo que fácilmente puede ser descubierto/a
28.	Miente en cosas obvias sin razón aparente, cuando fácilmente podría decir la verdad
29.	Responde con largos argumentos cuando se le pide hacer algo
30.	Retraso en su aprendizaje: a menudo con un nivel inferior en la escuela
31.	Presenta dificultad para asociar causa-efecto: se sorprende cuando otros está molestos por sus acciones.
32.	Su modo de relacionarse es explotando, manipulando, controlando o mandando a los demás.
33.	Se percibe a sí mismo como víctima o desprotegido.
34.	Parece tener un sentido de grandiosidad o de ser muy importante.
35.	Presenta cambios marcados de humor (pasa de un registro emocional a otro al momento)

36.	Acapara o se atiborra de comida: tiene hábitos de comida inusuales (como papel, pegamento, pintura, basura, etc.)	
37.	Actúa como inocente, pretendiendo que todo está bien cuando hace algo inadecuado	
38.	Hace preguntas disparatadas o parlotea sin parar	
39.	Hace demandas inapropiadas: trata de conseguir atención exigiendo las cosas en vez de pedir las, es afectuoso sólo cuando quiere algo.	
40.	Presenta conductas sexuales inapropiadas: puede mostrarse sexualmente provocador con pares o adultos, se masturba en público.	
41.	Tiene dificultad para aceptar reglas y límites.	
42.	A menudo discute por mucho tiempo.	
43.	No parece aprender de los errores	
44.	Se accidenta fácilmente (dañándose físicamente)	
45.	Prefiere ver películas o cómics violentos	

Evaluación sección 5. 2

EL IMPACTO EN LOS HIJOS E HIJAS DE LOS PROCESOS TRAUMÁTICOS CONSECUENCIA DE LOS MALOS TRATOS:

Para aproximarnos a hacer una evaluación comprensiva sobre los posibles efectos traumáticos de las incompetencias parentales en los niños y niñas, debemos incluir el máximo de conocimiento del niño, a partir no sólo de la entrevista y observación directa, sino de múltiples fuentes de información y de múltiples contextos. Esto nos permitirá recoger una información más precisa respecto a síntomas y reacciones que son propias de una respuesta a los procesos traumáticos.

Muchos niños traumatizados pueden presentar de una manera obvia ciertos síntomas característicos de un TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático) sin embargo, muchos no revelan el impacto de su historia traumática de una manera tan clara y obvia. Recientemente, se intenta incluir en la Clasificación Diagnóstica DSM-IV, una nueva categoría diagnóstica TEPT –C (Trastorno de Estrés Post Traumático Complejo), que describe mucho mejor y en profundidad los efectos del trauma en la ausencia de un cuidado consistente en los niños y adolescentes. Esta categoría incluye aspectos relacionados con autoconcepto, modulación emocional, control de impulsos, disociación, efectos físicos/fisiológicos y control conductual (Cook et al, 2005). Esta categoría corresponde mejor a la conceptualización que hemos usado en nuestro modelo, es decir considerar, las consecuencias de los diferentes malos tratos como procesos traumáticos (Barudy J. Dantagnan M, 2005).

A partir de los resultados clínicos y estadísticos recientes, incluimos en la Ficha 37 una serie de indicadores de daño traumático en niños y niñas, basados en esta nueva mirada sobre la evaluación del trauma.

Metodología:

Existen muchas escalas y entrevistas para la evaluación del trauma infantil, la medición de los síntomas traumáticos pueden diferir en contenido, forma, rango de edad, duración y enfoque, por ejemplo, para los profesionales o equipos de atención a la infancia que tienen la posibilidad de hacer una evaluación clínica más completa en este parámetro,

recomendamos la aplicación del TSCT-C (Trauma Symtoms Checklist for Children, de J. Briere, 1996).

Evaluación sección 5.2:

El impacto en los hijos e hijas de los procesos traumáticos consecuencia de los malos tratos.

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador:

Nota: *Marque con una cruz los indicadores que están presentes según la información obtenida:*

INDICADORES DE TRAUMATISMO EN LOS NIÑOS	PRESENTE									
1. Puede expresar malestar físico o quejarse de dolores cuando no hay explicación médica.										
2. Su juego es monótono y repetitivo.										
3. Al enfadarse pierde el control y le es difícil calmarse (llega a agredir o agredirse)										
4. Parece excesivamente inquieto/a, agitado/a o desorganizado/a										
5. Se muestra hipervigilante, en estado de alerta o a la defensiva en la interacción con los demás.										
6. <u>Si es menor de 6 años:</u> se muestra diferente a como era antes. Ha perdido alguna de las destrezas o logros de su etapa de desarrollo previamente adquiridos y/o presenta síntomas anteriormente ausentes. (marque sólo una vez si este ítem está presente y señale subrayando los ítems descritos). <table border="1" data-bbox="331 1189 1197 1559"><tbody><tr><td>• No come bien y relajado como antes</td></tr><tr><td>• No duerme bien como antes</td></tr><tr><td>• Se orina o defeca en su ropa durante el día y/o la noche (especificar).</td></tr><tr><td>• Se muestra socialmente inhibido/a</td></tr><tr><td>• No quiere estar sólo/a</td></tr><tr><td>• Se muestra menos autónomo/a de lo que era (miedo de ir al baño sólo/a, miedo de noche u otros miedos)</td></tr><tr><td>• Presenta conductas regresivas como por ejemplo, llora al tener cualquier percance o problema que en otro momento pudo haber solucionado.</td></tr><tr><td>• Ha disminuido su comunicación verbal</td></tr><tr><td>• OTROS:</td></tr></tbody></table>	• No come bien y relajado como antes	• No duerme bien como antes	• Se orina o defeca en su ropa durante el día y/o la noche (especificar).	• Se muestra socialmente inhibido/a	• No quiere estar sólo/a	• Se muestra menos autónomo/a de lo que era (miedo de ir al baño sólo/a, miedo de noche u otros miedos)	• Presenta conductas regresivas como por ejemplo, llora al tener cualquier percance o problema que en otro momento pudo haber solucionado.	• Ha disminuido su comunicación verbal	• OTROS:	
• No come bien y relajado como antes										
• No duerme bien como antes										
• Se orina o defeca en su ropa durante el día y/o la noche (especificar).										
• Se muestra socialmente inhibido/a										
• No quiere estar sólo/a										
• Se muestra menos autónomo/a de lo que era (miedo de ir al baño sólo/a, miedo de noche u otros miedos)										
• Presenta conductas regresivas como por ejemplo, llora al tener cualquier percance o problema que en otro momento pudo haber solucionado.										
• Ha disminuido su comunicación verbal										
• OTROS:										
7. Se balancea mucho tiempo o se autoestimula										
8. Presenta conductas sexuales agresivas										
9. Parece un niño triste o infeliz										
10. Presenta una desorganización de sus ritmos biológicos: apetito/sueño/alimentación										
11. Tiene dificultad para relacionarse con sus pares (se aísla o entra en relaciones conflictivas)										
12. Presenta dificultades en su rendimiento escolar (fracaso escolar, dificultad de atención y concentración, dificultad de aprendizaje)										
13. Parece como si estuviera en trance, algunas veces con movimientos de los ojos involuntarios										
14. Parece alejado de la realidad (pérdidas frecuentes de contacto con la realidad).										
15. Ve u oye cosas que no existen										
16. Cuando se refiere a sí mismo, lo hace en 3ª persona, él/ ella o nosotros.										

17. Su estado de ánimo cambia abruptamente.	
18. Presenta juegos coprofágicos (manipula las heces)	
19. El niño/a se agrede a sí mismo, haciéndose daño o poniéndose en peligro	
20. Presenta miedos irracionales.	

Comentarios:

Evaluación sección 5.3:

LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO CONSECUENCIA DE LAS INCOMPETENCIAS PARENTALES:

Uno de los supuestos que sustenta la evaluación del impacto de las experiencias de violencia o negligencia en el niño o niña es que ésta debe basarse en el desarrollo evolutivo. El conocimiento del desarrollo sano de un niño o niña debe ser punto de partida para los profesionales que tienen la tarea de evaluar el sufrimiento infantil. Es este conocimiento que nos ayudará responder a la pregunta: ¿Esta conducta que observamos en el niño es un problema que nos debe preocupar, o es lo esperado a su edad?

Aunque los niños que han padecido malos tratos en las fases tempranas de su desarrollo, presentan indicadores de sufrimiento paralelamente en los tres parámetros utilizados en esta guía, es en el parámetro del desarrollo donde podemos observar la manifestación más clara y evidente de sufrimiento de los niños y niñas víctimas de incompetencias parentales, específicamente cuando corresponden a situaciones preocupantes y muy preocupantes respecto a los criterios de la incompetencia de la parentalidad. En este sentido, las experiencias de apegos traumáticos y trauma temprano, pueden manifestarse en un cúmulo de déficit funcionales que no le permiten al niño lograr las tareas propias de las diferentes fases del desarrollo evolutivo.

Metodología:

Para la evaluación de este parámetro utilizaremos dos secciones:

5.3.1 Indicadores de un desarrollo inadecuado o en riesgo en bebés de 0 a 3 años

5.3.2 Indicadores de Déficit en la Integración Cognitiva, Afectiva y Conductual del o a partir del Modelo Integral del Desarrollo (Kusche & Greenberg, 1989).

El modelo integral del desarrollo nos permite explorar aspectos de la conducta, emoción y cognición esperados en las diferentes fases del desarrollo evolutivo, a saber, 0-18 meses, 18-36 meses, 3-6 años, 6-12 años y 12 años en adelante, a través de algunos indicadores. La integración de estos elementos conformada particularmente en los primeros cinco años de vida conlleva importantes implicaciones en el funcionamiento emocional y psicológico a lo largo de la vida. Este modelo (ABCD model of Kusche & Greenberg, 1993) apoya la premisa que cuando un niño o niña es bien tratada, el logro de esta integración se

manifestará en su conducta y su regulación interna, ambas producto de una autoconciencia y modulación emocional, de un adecuado control de los impulsos y una comprensión social-afectiva. Los niños y niñas víctimas de incompetencias parentales presentan a menudo un déficit importante en estos aspectos propios de un desarrollo sano.

Instrucciones:

Paso 1: Para la evaluación de la ficha 38, sólo debe marcar los indicadores correspondientes a la edad del bebé o el niño/a según lo detectado en su observación.

Paso 2: Para la evaluación de la ficha 39, elija la columna correspondiente a la edad del niño/a y encierre en un círculo los ítems ya señalados que están presentes. Si estos ítems están ausentes, diríjase a la columna anterior y lea los ítems correspondientes, así hasta llegar a los ítems que mejor caracterizan al niño/a. Así usted podrá observar en qué nivel de desarrollo (franja de edad) él o ella se encuentra. En estos casos, la ausencia de las características propias de la franja de edad correspondiente al niño/a debe ser sinónimo de preocupación debido al desfase o retraso de su nivel de desarrollo.

Paso 3: Para completar la ficha 40, recoja la información de las fichas anteriores de esta unidad y así podrá obtener una síntesis global del estado del niño.

Ficha 38

Evaluación sección 5.3:

5.3.1: Indicadores de Desarrollo Deficiente en niños y niñas de 0 a 3 años

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Nota: Elija la franja de edad del niño/a y marque si existen indicadores de déficit.

Ficha 39

Indicadores de un Desarrollo Deficiente	Presente
2 MESES: <input type="checkbox"/> No levanta la cabeza boca abajo <input type="checkbox"/> No fija la mirada <input type="checkbox"/> No sujeta la cabeza boca arriba <input type="checkbox"/> No demuestra atención por la madre	
6 -8 MESES: <input type="checkbox"/> No mantiene un objeto con la mano <input type="checkbox"/> No se sienta sin apoyo <input type="checkbox"/> No busca un objeto caído <input type="checkbox"/> No se ríe	
12 MESES: <input type="checkbox"/> No busca objetos escondidos <input type="checkbox"/> No camina con apoyo de ambas manos <input type="checkbox"/> No gatea <input type="checkbox"/> No repite sílabas como pa-pa, ma-ma <input type="checkbox"/> No hace el movimiento de pinza para coger algo	
18 MESES: <input type="checkbox"/> No camina solo <input type="checkbox"/> No dice palabras sueltas <input type="checkbox"/> No atiende órdenes verbales o gestuales	
2 AÑOS: <input type="checkbox"/> No sube o baja escaleras <input type="checkbox"/> No hace o repite frases de 2 palabras <input type="checkbox"/> No entiende órdenes verbales	
2 ½ AÑOS: <input type="checkbox"/> No salta en ambos pies <input type="checkbox"/> No da vuelta las páginas de un libro <input type="checkbox"/> No establece contacto visual <input type="checkbox"/> No juega con otros niños <input type="checkbox"/> No tiene interés en mostrar sus juguetes	
3 AÑOS: <input type="checkbox"/> No conoce su nombre completo <input type="checkbox"/> No dibuja círculos <input type="checkbox"/> Es incapaz de pararse en un pie durante unos segundos <input type="checkbox"/> No hace torres de 8 cubos <input type="checkbox"/> No se le entiende los que habla	

Evaluación sección 5.3:

5.3.2: Indicadores de Déficit en la Integración Cognitiva, Afectiva y Conductual del o a partir del Modelo Integral del Desarrollo (Kusche & Greenberg, 1989)

✓ = Característica propia de esta fase de edad.

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Características que se presentan la mayoría de las veces	0 – 18 meses	18-36 meses	3 – 6 años	6 – 12 años	12 años adelante
Muestra su excitabilidad y sus necesidades a través de llantos, movimientos agitados de brazos y piernas.	✓				
Continúa mostrando su excitabilidad y deseos a través del llanto, pero comienza a utilizar el lenguaje: (ej: no, ven, mama, papa, teta, agua). Hace pataletas o berrinches para comunicar su frustración o deseos no satisfechos.		✓ ✓			
Utiliza el lenguaje para comunicar sus emociones, puede contar lo que le pasa, durante o después de un incidente. Comienza a etiquetar las emociones y las reconoce en sí mismo y los demás (p.ej: mi mamá está enfadada, tengo miedo del perro). Su excitabilidad y sus deseos no satisfechos pueden mediarse a través de las palabras, aunque algunas veces aún continúa comunicándolas por el llanto o los berriches. Comienza a reflexionar para solucionar problemas p.ej: pide ayuda en buena manera, es creativo, propone o busca alternativas.			✓ ✓ ✓ ✓		
Puede utilizar el lenguaje para expresar ideas o pensamientos. Muestra cierta habilidad para reflexionar sobre un plan secuencial de acción (intención, consecuencias, tiempos, etc.) Predice las consecuencias de su propia conducta. Etiqueta claramente las emociones y las reconoce en sí mismo y en los demás (es consciente de cómo se está sintiendo). Utiliza la reflexión para solucionar problemas. Puede ver las cosas del punto de vista de su interlocutor y soluciona los conflictos reflexionando y ofreciendo alternativas.				✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓
Toma diferentes perspectivas de una situación (puede ver las cosas desde varias perspectivas) Puede hacer diferentes hipótesis de un hecho o situación, sin encerrarse en sólo una explicación (puede integrar lo real y lo posible).					✓ ✓

Ficha 40

Evaluación sección 5.4:

SÍNTESIS DE INDICADORES DE SUFRIMIENTO INFANTIL

Nombre del niño:

Edad:

Nombre del cuidador:

Fecha de la evaluación:

Nombre del examinador/a:

Parámetros:

I. APEGO

➤ ¿Presenta el niño/a indicadores de sufrimiento infantil respecto al APEGO?

Si ____ No ____

Si la respuesta es afirmativa, mencione los que le parecen de mayor preocupación:

- | | |
|----|-----|
| 1. | 7. |
| 2. | 8. |
| 3. | 9. |
| 4. | 10. |
| 5. | |

II. TRAUMA

➤ ¿Presenta el niño/a indicadores de traumatismo infantil?

Si ____ No ____

Si la respuesta es afirmativa, mencione los que le parecen de mayor preocupación:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

III. DESARROLLO

Si el niño en menor de 3 años:

- Presenta algún o algunos indicadores de déficit en el desarrollo?

Si ____ No ____

Si la respuesta es afirmativa, mencione los que le parecen de mayor preocupación

- 1.
- 2.

Si el niño/ es mayor de 3 años:

- Según el modelo integral del desarrollo, ¿Presenta el niño/a las características propias de su fase de desarrollo? Si ____ No ____

Si la respuesta es negativa, según los resultados obtenidos: ¿Cuál es la franja de edad (emocional, cognitiva, conductual) a la que el niño pertenece?

0-18m ____ 18-36m ____ 3-6 a ____ 6-12 a ____ \geq 12 ____

Conclusiones de la evaluación sección 5:

NIVEL IV:

**FACTORES CONTEXTUALES QUE
INFLUENCIAN LAS COMPETENCIAS
PARENTALES**

Unidad de evaluación 6:

EVALUACION DEL IMPACTO DE LA INMIGRACION EN EL EJERCICIO DE LA PARENTALIDAD SOCIAL

Introducción:

Es ineludible constatar que una parte de la población de nuestro planeta sigue, hoy como en el pasado, confrontada a las enormes desigualdades sociales. Estas se sitúan dentro de los países y entre países ricos y países pobres. Esto junto a las guerras, al terrorismo de Estado, la represión política, los genocidios, las violaciones sistemáticas de los derechos humanos, crean contextos de estrés y de inseguridad social que explican las opciones de familias enteras de inmigrar con la esperanza de una vida mejor. En la época presente, el contexto geopolítico internacional y el modelo de globalización económica no hace más que acrecentar el enorme foso que separa a las familias que viven en contextos de inseguridad social y económica de aquellas que perteneciendo a los sectores más favorecidos tiene por lo menos una estabilidad en esta área. En diferentes partes de este libro y en una publicación anterior (Barudy J. Marquebreucq. 2006) hemos sostenido que la inmigración puede crear una crisis en lo que se refiere al ejercicio de la parentalidad, y en los casos en que los padres y las madres ya presentaban diferentes niveles de incompetencia parental estas se ven agravadas con la inmigración. Si bien es cierto ella abre nuevas posibilidades para reconstruir un proyecto social, no es menos cierto que dejar su entorno natural y trasplantarse a otro desconocido es fuente de estrés y sufrimiento. En todo proceso migratorio, es inevitable que los implicados, en particular las madres y los padres, así como los hijos e hijas, vivan experiencias de duelo, soledad, desarraigo, y una crisis de identidad. Todo esto puede afectar sobre todo las habilidades parentales y en los casos donde ya existían problemas de relación con los hijos o hijas, agravar las incapacidades parentales. Esta parte de la guía se propone un cuestionario para explorar el impacto más significativo de la inmigración en la familia y en la parentalidad.

Metodología:

A través del cuestionario propuesto se intenta que los profesionales establezcan un diálogo con los padres y madres inmigrantes sobre las causas y el impacto de la inmigración en la parentalidad.

Ficha 39

Evaluación de factores adversos para la parentalidad dependientes de la inmigración.

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

¿Cómo era la vida familiar antes de la migración?

- a) Cuáles eran los aspectos positivos
 - b) Cuáles eran los aspectos negativos.
 - c) Cómo se sentía la familia como parte de su comunidad de origen.
-
- 1) ¿Cuáles fueron las causas que llevaron a la familia a dejar su país o lugar de origen?
 - a) La decisión fue voluntaria o involuntaria
 - b) ¿Fue ocasionada por la guerra?, ¿Por una situación de represión política? ¿Por una situación de represión política? ¿Dificultades económicas?, ¿Paro?, ¿Pobreza?, ¿Hambruna?.
 - 2) ¿Qué personas o cosas significativas se viven como pérdidas?
 - 3) ¿Qué tipo de vida se imaginaba que iban a vivir antes de llegar a su nuevo país o ciudad?

- 4) ¿Llegaron todos juntos? Si no, quiénes llegaron primero y quiénes después.

- 5) ¿Qué tipo de problemas han tenido que enfrentar en el nuevo ambiente?
 - a) Problemas económicos y/o de vivienda
 - b) Problemas de comunicación
 - c) Problemas de discriminación o de prejuicios (sociales, religiosos, clasistas u otros).
 - d) Problemas debido a una pérdida de estatu social y/o profesional.
 - e) Problemas derivados de una diferencia de costumbres y/o valores culturales.

- 6) Problemas de adaptación?, ¿Alguien de la familia ha tenido más problemas?

- 7) Qué diferencia han notado con la forma en que los padres de aquí educan a sus hijos o hijas?

- 8) Han notado diferencias en la forma de estar en familia en esta situación de estar lejos de los suyos?

9) SI SE LE OCURREN OTRAS PREGUNTAS BIENVENIDAS

Unidad de evaluación 2:

EVALUACION DEL IMPACTO DE LOS FACTORES DE ESTRÉS PROVENIENTES DEL ENTORNO SOCIAL EN LA PARENTALIDAD

La falta o la deficiencia en los buenos tratos que sufren los niños y niñas en una sociedad determinada son los resultados de los diferentes grados de incompetencia de sus padres, pero también la de todo el mundo adulto que ha sido incapaz de asegurar la satisfacción de las necesidades y la protección de los derechos infantiles.

Aunque la genética y la biología determinen los límites de la estructura del ser humano por ende de los padres y de las madres, a lo largo de toda la primera parte de este libro hemos entregado argumentos científicos para mostrar la importancia del entorno social y cultura en la configuración de lo que hemos llamado la parentalidad social. Este entorno deja huellas en las vivencias infantiles, algunas dolorosas y traumáticas pero otras reparadoras y resilientes. Las experiencias de haber sido hijo o hija de una madre y de un padre determina una parte importante de las capacidades y habilidades parentales actuales. Pero también los contextos sociales, culturales, económicos e incluso la políticos, influyen la vida de un niño o de una niña y su “formación de futa madre o padre”.

Es por ello que cualquier tentativa de explicar la singularidad de la forma de ser madre o padre, sobre todo cuando estos maltratan a sus hijos o hijas, como mera expresión de factores innatos y/o de estructura individual de estos, es una forma reductora de comprender la complejidad y la dificultad de ejercer esta función. Aun más es recrear una situación de injusticia porque como lo hemos argumentado, los padres incompetentes fueron e la gran mayoría de los casos hijos e hijas de padres y madres también competentes, que no fueron protegidos por la sociedad.

Investigaciones no faltan para mostrar el papel crítico de un ambiente social adverso para la salud y el desarrollo humano en general y el desarrollo de la parentalidad en particular. Nuestra lectura explicativa de la existencia de los malos tratos infantiles toma como uno de los ejes principales las incompetencias parentales, pero señala y reconoce el papel nocivo de los entornos sociales. Donde muchas familias tienen que sobrevivir en contextos de carencias extremas y múltiples factores de estrés resultado de la pobreza, muchas veces la miseria y la exclusión social. Por otra parte, en lo que se refiere al ejercicio de la parentalidad social hemos insistido también que los entornos caracterizados por la acumulación de las riquezas materiales presentan el riesgo de transformar las relaciones familiares y sociales en meros

formalismos, que privan a los niños de la afectividad, la educación y el apoyo social que necesitan para crecer sanamente(Barudy 1998, 1999)..

.A pesar de lo enunciado, la integración gradual en la cultura del concepto que los niños y las niñas son sujetos con derechos, por lo menos contenidos en la convención internacional de derechos del niño y de la niña, mantiene la esperanza en que los adultos seamos capaces de crear otro mundo para todos, y en particular para la infancia.

Porque la existencia de un contexto de buen trato para todos los niños y niñas depende también de las políticas públicas que aseguren la equidad a todas las familias a través de la redistribución de la riqueza. Junto con esto, la existencia de una educación para la no violencia y la equidad, así como de políticas sociales basadas en el bienestar de la población, en particular la de los niños y niñas, el respeto de los derechos humanos, y el desarrollo de programas destinados a la promoción de formas no violentas de resolución de conflictos intrafamiliares y sociales, así como la promoción de los buenos tratos.

Esta unidad de evaluación tiene como objetivo, el obtener el mínimo de información necesaria para detectar los factores sociales adversos par el ejercicio de la parentalidad social.

Metodología

Para explorar estos aspectos se proponen una lista de factores serie de factores sociales, cuya presencia, es indicador de estrés social. El o la investigadora debe indicar señalar en cada factor Si, No o No sabemos (N.S).

Ficha 41

Examen de las condiciones de vivienda y alojamiento

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S).

Condiciones de vivienda	SI	NO	N.S.
a) Ausencia de vivienda			
b) Hacinamiento			
c) Ausencia de muebles, muebles inadecuados.....			
d) Riesgos de accidentes			
e) Problemas de salubridad e higiene			
f) Riesgo de derrumbes			
g) Largos periodos de espera para obtener			

alojamiento.			
h)Expulsiones			
i) Cambios de domicilios frecuentes (más de dos último año)			
j) Otros			

Precisar el impacto de estos factores en las competencias parentales:

Ficha 42

Examen de las condiciones económicas

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

Situación económica	SI	NO	N.S.
a) Asistidos económicamente			
b) Deudas			
c) Postergación de gastos esenciales (ropa, médico, etc.)			
d) Adquisición de objetos superfluos			
e) Otros			

Precisar cómo estos factores impactan en las competencias parentales:

Ficha 43

Examen de las condiciones laborales de los padre o cuidadores

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

Situación profesional o laboral	SI	NO	N.S.
a) Paro			
b) Trabajo ocasional/mal pagado			
c) Trabajo en turnos con horarios irregulares			
d) Conflictos laborales			
e) Largos desplazamientos			
f) Otros			

Precisar el impacto de estos factores en las competencias parentales.

Ficha 44

Examen de las características del barrio

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

Características del barrio	Si	No	N.S.
a) Altos índices de criminalidad			
b) Fuerte densidad del población			
c) Pobreza			
d) Marginalidad			
e) Ausencia de instalaciones recreativas y servicios			

f) Ausencia de transportes adecuados			
g) Falta de escuelas			
h) Otros			

Precisar cómo estos factores afectan las competencias parentales:

Ficha 45

Examen de la existencia de conflictos con la justicia

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

Problemas jurídicos	SI	NO	N.S.
a) Conflictos por la guarda y visitas a los niños			
b) Conflictos con los servicios de protección infantil.			
c) Acusaciones criminales en curso			

d) Liberación reciente de la cárcel			
e) Otros			

Precisar el impacto de estos factores en las competencias parentales:

Unidad de evaluación 3:

EVALUACION DEL IMPACTO DE LOS FACTORES DE ESTRÉS INTRAFAMILIAR EN LA PARENTALIDAD

Introducción.

Como todo sistema humano la familia para cumplir con su finalidad debe interactuar con el entorno, influenciarlo y dejarse influenciar por él, esto explica su vulnerabilidad frente al estrés social. Pero también el funcionamiento de la familia genera diferentes tipos de estrés que en ocasiones por su intensidad y duración agota los recursos naturales de la familia para hacerles frente, provocando ya sea los trastornos en el funcionamiento de los sub sistemas y sus finalidades Por lo tanto el estrés intrafamiliar puede perturbar las competencias parentales , y si este es de alta intensidad y crónico provocar daño a los miembros de la familia en particular a los niños y niñas .

Metodología

Para explorar el impacto del estrés intrafamiliar se proponen una lista de factores que tienen que ver con el funcionamiento familiar cuya presencia, puede indicar una situación de estrés familiar.

Ficha 45

Examen de los problemas de salud del padre o de la madre.

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S

Problemas de salud de los adultos	SI	NO	N.S.
a) Enfermedades crónicas debilitantes			
b) Enfermedades graves (amenazantes para la vida)			
c) Restricciones físicas			
d) Higiene deficiente			
e) Enfermedades transmisibles graves			

f) Dolor agudo			
g) trastornos mentales			
h) Abuso de drogas, alcohol, medicamentos			
i) Otros			

Precisar el impacto de estos factores en las competencias parentales.

Ficha 46

Examen de los problemas de salud de los niños y niñas

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

Problemas de los niños	SI	NO	N.S.
a) Ausencia de guardería			
b) Embarazo no deseado			
c) Nacimientos			
d) Número de niños y lapso de tiempo que les			

separa.			
e) Separación del niño de uno de sus padres.			
f) Número de adultos que asumen un rol parental			
g) Ausencia de apoyo de familia extensa, apoyo deficiente y/o conflictivo			
h) Dificultades físicas, comportamentales, emocionales, de desarrollo, etc. Del niño.			
i) Enfermedad crónica y/o minusvalías			
j) Otras.			

Precisar el impacto en las competencias parentales de estos factores

Ficha 47

Examen de factores de estrés relacionados con conflictos intrafamiliares

Nombre del niño (a):

Nombre del padre

Nombre de la madre

Nombre del cuidador/a

Nombre de de la entrevistador/a ,

Fecha de evaluación

Nota: Indicar en cada factor SI, NO o NO SABEMOS (N.S)

	SÍ	NO	N.S.
Relaciones entre adultos			
a) Problemas conyugales			
b) Violencia en la pareja			
c) Aislamiento y falta de apoyo mutuo			
d) Fallecimiento de un pariente			

e) Separación reciente			
f) Nueva pareja			
g) Padrastro o madrastra			
h) Antecedentes de denuncias por malos tratos o negligencia.			
i) Analfabetismo			
j) Otros.			

Precisar el impacto en las competencias parentales de estos factores:

Comentarios y resumen de la evaluación de los efectos de la combinación de los factores de estrés y familiar en las competencias parentales:

**PRESENTACIÓN DE LOS
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
DE LAS COMPETENCIAS
PARENTALES**

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS PARENTALES

El resultado de la evaluación debe de ser una síntesis del conjunto de información obtenida a través de los exámenes propuestos en las diferentes secciones y áreas de esta guía, sin olvidar nunca que esta información constituye un todo con otros elementos obtenidos de las evaluaciones clínicas tanto de los diferentes sujetos participantes del problema, como de los sistemas (familia, red social, instituciones) implicados.

La recolección adecuada de la información permite una base de datos suficientes para apoyar un juicio razonable sobre las competencias parentales.

Es importante recordar que el resultado de esta evaluación está destinado, por una parte a:

- 1) Proponer las medidas más adecuadas para asegurar la satisfacción de las necesidades de los hijos de estos padres.
- 2) Organizar con los padres el programa más idóneos para apoyarles cuando es posible a desarrollar las competencias y habilidades parentales que les faltan para el ejercicio de una parentalidad suficientemente competente.

Los datos obtenidos deberían permitir sacar un número importante de conclusiones destinadas a cumplir dichas finalidades.

Presentación de los resultados.

El instrumento de evaluación fundamental empleado en este examen es la observación del examinador. Esta observación es participante en la medida que ningún examinador puede

considerarse ajeno a los procesos que observa, por lo tanto, la fuente principal de información es la experiencia del examinador en relación a lo observado. Dado que sus observaciones son cotejadas con otras fuentes de información y con la observación de otras personas, éstas son válidas y operacionales para los objetivos de esta guía de evaluación. Como además la finalidad de la evaluación es contribuir al bienestar infantil a través de la promoción de buenos tratos, hemos elegido la fórmula siguiente para presentar los resultados.

- A) Situación muy preocupante para el niño.**
- B) Situación preocupante.**
- C) Situación parcialmente preocupante.**
- D) Situación no preocupante: padres con recursos suficientes**
- E) Informaciones contradictorias y poco concluyentes.**

Esta nomenclatura deberá ser utilizada para comunicar los resultados de todas las partes del examen que constituyen las secciones y las áreas. El resultado final será una apreciación del conjunto de los resultados obtenidos:

A) SITUACION MUY PREOCUPANTE PARA EL NIÑO/A.

Esta situación corresponde a aquella que resulta de datos que indican que los padres evaluados presentan una incompetencia parental severa y crónica. Es decir, las diferentes valoraciones indican que existe para los hijos, uno o más de los siguientes factores agresivos:

1. Un riesgo real para la seguridad de los hijos en la actualidad que se expresa por malos tratos físicos, negligencia y/o violencia psicológica y sexual.
2. Deficiencias severas en el ejercicio de la parentalidad caracterizadas por incapacidad y obstáculos mayores por parte de los padres para relacionarse con sus hijos asegurándoles la satisfacción de sus necesidades y un desarrollo sano.
3. Factores relevantes que afectan negativamente la salud mental de los niños en su vida actual.
4. En lo que se refiere a los padres, los resultados muestran que éstos presentan un cúmulo de características individuales, actitudes y comportamientos que influyen negativamente sus competencias parentales; además muestra que estos padres se relacionan muy mal con su red social y son totalmente dependientes de los profesionales para asegurar cuidados a sus hijos, y que existen pocas posibilidades de una mejoría significativa a mediano plazo.

Ejes para la intervención

A nivel de la intervención, es importante distinguir si los padres evaluados, pertenecen a uno de estos dos grupos de padres, según su capacidad de establecer una relación terapéutica y aprovechar la ayuda profesional:

- a) Padres que son permeables a las ayudas profesionales y capaces de establecer una alianza terapéutica, con los cuales se puede esperar una recuperabilidad parcial de sus competencias parentales.

- b) Padres que son impermeables a las ayudas profesionales e incapaces de establecer una alianza terapéutica. Con ellos se debería considerar la hipótesis de que presentan una incompetencia parental irreversible.

Contenidos de la intervención

a) Padres permeables a la ayuda profesional:

En estos casos se trata de estructurar un programa a largo plazo que debería estar constituido por lo menos con los proyectos siguientes:

1. Un proyecto socio-educativo para el “aprendizaje” de una parentalidad suficientemente adecuada
2. Un proyecto de tutelaje y apoyo permanente de la familia por parte de los trabajadores familiares con el objetivo de completar a los padres en el ejercicio de la parentalidad (Lezana J. M. 1999).
3. Un proyecto de acogimiento institucional y/o familiar de los niños, mientras se desarrolle el proyecto educativo y terapéutico de los padres. Éste debe de ser mantenido en el tiempo como recurso complementario a la vida familiar en momentos de crisis o como lugar de vida permanente asociado con visitas de los padres biológicos. Esto siguiendo el modelo de “Co-parentalidad” o “Parentalidad Comunitaria” o de “Tribalización” (Barudy J. 1998,1999).
4. Un proyecto reparativo de apoyo terapéutico para los niños. Las experiencias infantiles resultado de las incompetencias parentales que se expresan por los diferentes tipos de malos tratos, deben ser considerados como traumatismos para los niños, por lo tanto es necesario ofrecerles una ayuda psicoterapéutica como complemento al trabajo educativo y al de estimulación necesario para recuperar un desarrollo infantil normal. Como hemos mencionado anteriormente, nuestras experiencias nos han demostrado que para muchos niños, a sus traumatismos familiares se agregan otros provocados por las intervenciones profesionales inadecuadas. Nos referimos aquí, por ejemplo, a la detección tardía del sufrimiento, a la demora en la toma de medidas para proteger a los niños, a las rupturas de vínculos resultado de un internamiento intempestivo, sin preparación ni acompañamiento posterior. Esto último es parte de lo que hemos llamado el “Síndrome del peloteo”, que corresponde a los cambios abruptos del lugar de vida del niño/a provocados, por ejemplo, por razones administrativas o por exagerada identificación con los discursos adultistas de los padres. Sencillamente por falta de integración en los Servicios de Protección de instrumentos que, como los propuestos en esta guía, permiten fijar criterios técnicos para tomar las medidas de protección evitando el subjetivismo de la ignorancia.
5. Programas terapéuticos para los padres. Como ya hemos señalado al estudiar las características individuales de los padres, las

incompetencias parentales son una de las expresiones más dramáticas de historias de vida de adultos que acumulan en su infancia y adolescencia experiencias de negligencia, malos tratos físicos, separaciones y rupturas, así como abusos psicológicos y sexuales. A estas experiencias traumáticas en el área familiar, la mayoría de ellos fueron víctimas de la indiferencia social que no permitió que fueran detectados como niños maltratados y protegidos como ahora se intenta hacer con sus hijos. El ofrecer recursos terapéuticos a estos padres no es solamente una necesidad en función de los derechos de los niños a gozar de una parentalidad sana, sino también es un derecho que tienen estos padres en la medida de la deuda social que se tiene con ellos por no haberles ayudado cuando niños.

b) Padres impermeables a la ayuda profesional.

Para este segundo grupo la intervención debe centrarse en los proyectos que a continuación se detallan:

1. Proyectos de acompañamiento de los padres biológicos para mantener la vinculación con sus hijos a través de visitas y prevenir el traumatismo del abandono en los hijos. Cuando las visitas no sean indicadas o no se produzcan por dificultades de los padres, es importante co-construir con los niños un relato sobre su historia familiar, y una explicación sobre el por qué de su situación, que lo libere del peso de la confusión y de la culpabilidad. Este proyecto debe mantenerse en el tiempo y en él deben implicarse todos aquellos que jugarán un rol substitutivo de la función parental (educadores de centros, padres de acogida, etc.).
2. Proyecto de Acogimiento Familiar Permanente, Adopción Solidaria, o Acogimiento institucional familiarizante para los niños. Una vez constatada la irrecuperabilidad de las competencias parentales. El desafío es ofrecer a los niños una “parentalidad social” permanente capaz de reconocer la importancia de los vínculos biológicos determinados por la consanguinidad y la herencia, no sólo la biológica, sino la narrativa. Las personas que pueden jugar este papel son miembros de la familia extensa o padres de acogida o profesionales de centros de acogida.

Se trata de ofrecer a los niños los cuidados parentales de personas que puedan ofrecerle lo necesario para asegurarles un desarrollo sano a través de una pragmática parental que satisfaga sus necesidades y que al mismo tiempo respete su pertenencia biológica a otra historia. Estos padres sociales son complementarios a los padres biológicos, y para poder cumplir su función deben ofrecerse como figuras de apego “familiarizantes”. Esto quiere decir que deberán ser capaces de vincularse realmente con los niños en un compromiso compatible con lo que hemos llamado “altruismo social” o “solidaridad vinculante”. Esto implica ser capaces de ofrecer una relación de apego de calidad y a largo plazo que signifique un compromiso con el futuro de estos niños, hasta que puedan adquirir la autonomía necesaria para integrarse como jóvenes adultos en su comunidad.

Diferentes experiencias positivas existen en este sentido, tanto en lo que se refiere a programas de acogimiento familiar permanente como en microcentros con estructuras familiarizantes, algunos de ellos trabajan en colaboración con familias de apoyo, que “apadrinan” a los niños acogidos y, a veces a sus padres, para ofrecerles apoyo psico-socio-afectivo complementario a lo que se les aporta en el centro y en sus familias de origen.

Este modelo de la parentalidad social o “tribalización” se ejerce de una forma comunitaria a través de diferentes personas que son capaces de ofrecer vínculos familiarizantes a los niños. Siempre en un clima de respeto y de solidaridad con las dificultades y sufrimientos de los padres biológicos que no les permiten desgraciadamente ejercer la función parental de sus hijos.

3. Programas de apoyo terapéuticos para los niños con una doble finalidad:

- a) La reparación del daño provocado por sus experiencias de maltrato familiar e institucional.
- b) Un acompañamiento que les permita equilibrarse en esta complicada situación de doble o múltiples pertenencias (a su familia biológica, centro de acogida, padres de acogida, familias, amigos, etc.). Así como elaborar las separaciones y facilitar los procesos de duelo tanto de las pérdidas reales, como de los proyectos imaginarios que los niños elaboran.

B) SITUACION PREOCUPANTE PARA EL NIÑO/A

Esta situación corresponde a aquella en que las informaciones recolectadas nos llevan a postular que los padres examinados presentan grados moderados de incompetencias parentales y que se presentan en formas periódicas.

En general, y sobre todo en los períodos de descompensación, la situación familiar está caracterizada por:

Riesgos moderados para la seguridad de los niños en el presente. En los momentos de descompensación de uno o de los dos padres, estos pueden maltratar físicamente a sus hijos, descuidarles o someterlos a diferentes grados de violencia psicológica.

1. Deficiencias moderadas en el ejercicio de la parentalidad, que pueden agravarse en los períodos de descompensación (crisis conyugal, alcoholismo, descompensación psiquiátrica, etc.) al punto que las necesidades básicas de los niños no son aseguradas, con el riesgo de trastornos en sus desarrollos.
2. Riesgos moderados para la salud mental de los niños.
3. En relación a los padres, estos presentan una cantidad significativa de características individuales, actitudes y comportamientos que les impiden ejercer plenamente sus funciones parentales. Esto puede agravarse en los períodos de descompensación. Pero a diferencia de los padres del primer grupo estos presentan mejores relaciones con sus redes naturales, tanto familia extensa como su red social, además presentan actitudes más abiertas hacia la ayuda profesional y tienen recursos para establecer una alianza terapéutica. Por tanto, son padres abiertos y colaboradores con las intervenciones de ayuda, pero que presentan una tendencia a vinculaciones de dependencia crónica con servicios y profesionales para poder ejercer la función parental. Con intervenciones apropiadas pueden adquirir niveles

adecuados de autonomía, pero siempre necesitan apoyo exterior, sobre todo en los períodos de descompensación.

Contenidos de la intervención

Las familias que tienen padres con las características enumeradas requieren un programa con proyectos similares al del grupo que presentaba incompetencias severas y crónicas, pero que son permeables a la ayuda profesional. La duración de estos programas debe considerarse de uno a cuatro años para esperar resultados favorables.

Programa de intervención:

1. Proyecto socio-educativo destinado a la rehabilitación y la promoción si es posible, una parentalidad competente.
2. Un proyecto de acompañamiento familiar a apoyo a la parentalidad a través de trabajadores familiares especialmente en los periodos de descompensación.
3. Acogimientos periódicos y temporales de los hijos, sobre todo en periodos de descompensación de los padres (acogimiento familiar y/o institucional) o para prevenir las descompensaciones.
4. Apoyo terapéutico para los niños para la reparación del daño sufrido en la misma óptica de lo anunciado anteriormente, pero sumándole un nuevo eje de trabajo que facilite a los hijos comprender los problemas y enfermedades de sus padres, para que entiendan el por qué estos pueden ser competentes sólo cuando están compensados.
5. Atención medico psiquiátrica para los padres. Las finalidades de apoyo terapéutico para estos padres son las mismas que las enunciadas para los grupos anteriores, pero sumándole un tratamiento psiquiátrico específico para los trastornos mentales de estos padres.

C) SITUACION PARCIALMENTE PREOCUPANTE PARA LOS NIÑOS/AS

Aquí la información aportada permite formular como hipótesis que existen ya sean factores preocupantes en uno o varios de los exámenes realizados, que pueden dificultar la parentalidad y/o una situación de crisis familiar que compromete las capacidades parentales de los padres.

En los dos casos podríamos hablar de familias con padres transitoriamente incompetentes, que conservan niveles importantes de autonomía para el ejercicio de la parentalidad, y que sólo son dependientes en momentos de crisis. Estos padres están insertos en redes sociales y familiares suficientemente sanas y cuando lo necesitan están abiertos a colaborar con los profesionales y los organismos de ayuda.

En relación a los niños, en primer lugar no conocen grandes riesgos para su seguridad. Segundo, los padres tienen una capacidad para relacionarse con sus hijos y llegan a satisfacer sus necesidades. Tercero, no existen riesgos para la salud mental de estos niños.

Mientras más numerosos sean los factores preocupantes y/o más intensa sea la crisis familiar, mayor deberá ser la prudencia de los examinadores, pudiendo ser necesario nuevas

evaluaciones para asegurarse si la parentalidad ejercida responde a las condiciones mínimas, capaces de satisfacer las necesidades de los niños y evitar el daño de sus desarrollos.

Contenidos de la intervención para familias con padres transitoriamente incompetentes:

Estos padres necesitan y tienen derecho a un programa en el que se consideren por lo menos los proyectos siguientes:

1. Proyecto de apoyo a la parentalidad: se trata de apoyar a los padres a superar las dificultades y problemas que le dificultan una parentalidad suficientemente competente. O en el caso de una situación de crisis (Catástrofes naturales, guerras, inmigración clandestina, acumulación de estresores intrafamiliares), aportar apoyo socio-afectivo y materiales para que puedan mantener o recuperar sus competencias parentales. Un ejemplo de apoyo pueden ser la ayuda de trabajadores familiares y/o de grupos de autoayuda.
2. Proyectos de apoyo a la familia: dirigidos a apoyar el equilibrio familiar o a recuperarlo si éste se ha perdido. Esto a través de aportes como, por ejemplo, el de la colaboración de un trabajador familiar y de los recursos del entorno, aportando él o ella misma apoyo social, y en tanto observador/a participante, garantizar el buen trato a los niños.
3. Proyecto de Acogimiento temporal de los niños: Este acogimiento tiene como objetivo garantizar a los niños los cuidados que necesitan y la protección mientras dura la crisis. Al mismo tiempo descargar temporalmente a los padres de las tareas parentales, para que puedan destinar toda su energía y sus recursos a superar la crisis y/o a encontrar una solución a sus problemas.
4. Proyecto de acogimiento terapéutico para los niños. A diferencia de las situaciones descritas anteriormente, aquí se trata de proporcionar apoyo psicológico mientras dure la crisis familiar. Esto para que los niños puedan ser ayudados a comprender lo que está pasando en su contexto familiar y puedan simbolizar la realidad elaborando las dificultades sin sentimientos de culpa o de desamparo.

En general las intervenciones pueden durar entre 3 a 12 meses.

D) SITUACION NO PREOCUPANTE: PADRES CON SUFICIENTES RECURSOS

En este caso las diferentes secciones de la guía nos han permitido constatar que tanto la madre como el padre poseen competencias parentales suficientemente adecuadas para ejercer la parentalidad de una forma autónoma, pero en interdependencia con los miembros que conforman su red social.

Este resultado se obtiene cuando se evalúan las competencias de padres que son examinados no con el propósito de tomar una medida de protección respecto a sus hijos, si no porque desean asumir una función de padres de acogida y/o se proponen para adoptar un niño/a.

También se puede obtener con mayor frecuencia cuando se examinan padres que están en litigio por la custodia de sus hijos.

Los resultados no tienen por qué ser totalmente perfectos, pero ellos señalarán cuáles son los recursos manifiestos de estos padres para ocuparse de sus hijos y cuáles son los puntos más débiles que pueden, sobre todo en momentos de estrés, obstaculizar la función parental.

E) INFORMACIONES CONTRADICTORIAS Y POCO CONCLUYENTES

Si los resultados son contradictorios y confusos es probable que no se ha podido obtener información suficiente para la evaluación. Esto puede ocurrir con algunas secciones y cuando ocurre en todas es probable que el evaluador/a le falte competencia y no haya podido crear las condiciones relacionales para obtener la información. En todos los casos, es mejor repetir la aplicación de esta guía, esta vez con un profesional que tenga más experiencia y que pueda enseñar al que tiene menos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acarin, N. (2001). *El cerebro del rey*. RBA. Barcelona.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C. Walters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.- A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M. Parkes, J. Stevenson- Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-186). London: Routledge.
- Aitken, K.J. & Trevarthen, C (1997). Self-other organization in human psychological development. *Development and psychopathology* ,9,653-678. Cambridge.
- Beebe, B., & Lachman, E. M. (1988). Mother- infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology* (Vol. 3, pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Barudy Jorge (2008) *agregar conferencia al congreso mundial de infancia*
- Barudy, J. (2009). Conferencia Presentación Jornadas Europeas sobre Resiliencia. Instituto Francés de Barcelona, 19 y 20 de marzo de 2009.
- Barudy J., Dantagnan, M. (2006). *Los Buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona. Gedisa
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation and anger*. New York: Basic Books.

- Canton Duarte, J., M.Rosario Cortés Arboleda “El apego del niño a sus cuidadores. Alianza Editorial. Madrid. 2000.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Chistianson, S.A. (Ed.). (1992). *Handbook of emotion and memory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cicchetti, D., & Rogosch, E.A. (1997a). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-816.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental psychology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.
- Coon, D. (2004). “Fundamentos de psicología” Editorial Thomson. México
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes’ error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Dallos Rudi (1996) Sistemas De Creencias Familiares. Terapia Y Cambio. Ed Paidos Barcelona.*
- DeHass, M., Bakermans-Kranenburg, M., & van Ijzendoorn, M.H. (1994). The Adult Attachment Interview and questionnaires for attachment style, temperament and memories of parental behaviour. *Journal of Genetic Psychology*, 125, 471-486.
- Evrard Ph. (2008). *Perinatal brain damage from pathogenesis to neuroprotection*. London. John Libbey Eurotext.
- Fearon y Mansell (2001) Feeney, J., Patricia Noller “Apego Adulto” Desclée de Brouwer . Bilbao, 2001.
- Field, T. (1985). Attachments as psychobiological attunement: Being on the same wavelength. In M. Reite & T. Field (Eds.), *The psychobiology of attachment and separation* (pp.415-454). Orlando, FL: Academic Press.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991a). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant- mother attachment at one year of age. *Child development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Goleman,D.(1996) *Inteligencia Emocional*, Kairós, Barcelona.

- Gómez de Terreros., Serrano Urbano I., Martínez Martín MC. “Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles” *Cuadernos de Medicina Forense* 2006; 12 (43-44):21-37.
- Grice, H.P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J.L. Moran (Eds.), *Syntax and semantics III: Speech acts* (pp.41-58). New York: Academic Press.
- Heath, R.G. (1975) *Maternal –social deprivation and abnormal brain development: Disorders of emotional and social behavior*. En Prescott, J. Read, M. y Coursin, D (1975). *Brain Function and malnutrition*. New York. John Wiley 1975
- Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview. A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.395-433). New York: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (1999). Unresolved/disorganized responses to trauma in nonmaltreating parent: Previously unexamined risk factor for offspring. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 4.
- Hesse, E., & Main, M. (in press). Disorganization in infant and adult attachment: Descriptions, correlates and implications for developmental psychopathology. *Journal of the absorption in offspring*. *Developmental Science*, 1, 299-305.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kjerstin Almqvist y Andres G. Broberg (2003) **Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations**
Referencia: Attachment & Human Development, 1469-2988, Volume 5, Issue 4, 2003, Pages 367 – 380
- Lagercrantz, H., Hanson Mark, Evrard Philippe, *The Newborn Brain* “ Ed Cambridge Unoversity Press, 2002.
- Lamus, (1999). **Pedir a emi**
- Landa Petralanda, V. M. C. Trigueros Manzano, Jesús A. García García, Idoia Gaminde Inda (2005) “Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, , Vol. 35, N°. 7, 2005, pags. 353-358.

- Lichtenstein Phelps, J., Belsky, J., & Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10, 21-38.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in etiology of dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Lyon G., Evrard Ph. "Neuropediatria), Editorial Masson 1999
- Lyons- Ruth, K., & Jacobwitz, D. (1999). Attachment disorganization: Un resolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York: Guilford Press.
- Lyons- Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behaviour in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 397-412.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Moffet, S. (2007) *El enigma del cerebro*. Barcelona. Robinbook.
- Moscovici, 1988, cit. en Avendaño, Krause & Winkler, 1993
- Mugny, 1981). **Pedir a emi**

- Nelson, K. (1993b). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science* 2, 1-8.
- Ochs, E., & Capps, L. (1996). Narrating the self. *Annual Review of Anthropology*, 25, 19-43.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfeld, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-880.
- Olds, D., Henderson, C.R., jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on childrens criminal and antisocial behaviour: 15- year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Panksepp J (1998). *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press.
- Rygaard N. (2008). *El niño abandonado*. Barcelona. Gedisa 2008
- Schuengel, C., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Blom, M. (1997). *Frightening, frightened, and dissociated behaviour, unresolved loss and infant disorganization*. Paper presents at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Siegel, D. J. (1995a). Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 93-122.
- Siegel, D.J. (1996a). Cognition, memory, and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 509-536.
- Siegel D. (2007) “*La mente en desarrollo*”. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Spangler, G., & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. **Poner Traducción en español.**
- Valverde 1996 **(Completar)**
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

- Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescent and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp.135-170). New York: Guilford Press.
- Wheeler, M.A., Stuss, D.T., & Tuiving, E. (1997). Toward a Theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Zeitlin, S.B., & McNally, R. J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.

1. Acarin N. (2001). *El cerebro del rey..* RBA. Barcelona
2. Ainsworth, M 1962. Necesidad del cuidado materno. Una reasignación de sus efectos. Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. Bowlby, J (1951) *Maternal Care and Mental Health*, Organización Mundial de la Salud (OMS).
4. AINSWORTH, M., (1978) *Patterns of Attachment*. Citado en: Solomon & George, *attachment desorganization*, ed. Guilford press, New York, 1999.
5. Aron A.M. y col. (2002) *Violencia en la familia* . Editorial Galdoc, Santiago de Chile.
6. Aitken, K.J y Trevarthen, C (1997) Self-other organization in human psychological development. *Development and psychopathology* ,9,653-678. Cambridge
- 7.
8. Barudy J., Dantagnan M. (2006). *Los Buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona. Gedisa

- 9.
10. Barudy Jorge (2009) Presentacion jornadas europeas sobre resiliencia Barcelona
Berger P.L., Luckman Th. (1986), "La construcción Social de la realidad" Amorrortu Editores. Mejico.
11. Bowlby J.,(1998) " El apego" Paidos , Ibérica , Barcelona
12. Canton Duarte Jose, M.Rosario Cortés Arboleda " El apego del niño a sus cuidadores. Alianza Editorial. Madrid. 2000
13. Coon Dennis (2004) " Fundamentos de psicología" Editorial Thomson . Mexico
14. **Coopersmith, S (1967). ...; "The antecedents of Self-Esteem". W. H. Freeman and Co., 1967. ...**
15. Los alimentos afectivos. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1994
16. Evrard Ph. (2008). *Perinatal brain damage from pathogenesis to neuroprotection*. London. John Libbey Eurotext
17. Feeney Judith , Patricia Noller "Apego Adulto" Desclée de Brouwer . Bilbao, 2001
18. Fearon y Mansell (2001)
19. Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*, ed. M. Balint (trans. E. Mosbacher). London: Karnac Books, 1980, pp. 156-167.
20. **Fonagy, P, Steele , H. Steele , M . (1999) Maternal representations off attachment.....
Pag 506 Siegel
21. Fonagy, P. y col (1995). Attachment, the reflexive self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. Citado en: Goldberg, Muir, R.& Kerr, J. (Eds) Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives. Analytic Press, New York. 1995.
22. Gardiner JM. Episodic memory and autothetic consciousness: a first-person approach. En: Baddeley A, Conway M, Aggleton J. (eds) Episodic Memory. Oxford: Oxford University Press, 2001, pp: 11-30.
23. Garbarino, J.y col., The psychological battered child. (1996), Jossey Basss publishers , San Francisco.
24. GOLEMAN, D.(1996) " Inteligencia Emocional" Ed. Kairós. Barcelona.
25. GOLEMAN, D.(2006) " Inteligencia Social" Ed. Kairós. Barcelona.
26. Gómez de Terreros., Serrano Urbano I., Martínez Martín MC. "Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles" *Cuad Med Forense 2006; 12(43-44):21-37*
27. Heath, R.G. (1975) *Maternal –social deprivation and abnormal brain development: Disorders of emotional and social behavior*. En Prescott, J. Read, M. y Coursin, D (1975). Brain Function and malnutrition. New York. John Wiley 1975.
28. Hesse,. E. Main, M., 1999 Unresolved/disorganized responses to trauma in nonmaltreating parents : Previously unexamined risk factor for offspring. *Psychoanalytic Inquiry*, 10,4.

29. Keck, G. y Kupecky, R., (1995) *Adopting the Hurt Child*, Colorado Spring, CO: Piñon Press.
30. *Kjerstin Almqvist; Anders G. Broberg* (2003) Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations *Attachment & Human Development*, 1469-2988, Volume 5, Issue 4, 2003, Pages 367 – 380
- 31.
32. Lagercrantz, Hugio Hanson Mark, Evrard Philippe, *The Newborn Brain* “ Ed Cambridge University Press, 2002
33. Landa Petralanda, V., M. C. Trigueros Manzano, Jesús A. García García, Idoia Gaminde Inda (2005) “Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, , Vol. 35, N.º. 7, 2005, pags. 353-358
34. Main M., Goldwyn, R. 1984 “Adult attachment scoring and classification systems” Unpublished manuscript, University of California at Berkeley
- 35.
36. Manciaux M., Vanistendael S., Lecomte J., Cyrulnick B., “La resiliencia: estado de la cuestión”. En: “La resiliencia resistir y rechazarse” Ed. Gedisa. Barcelona. 2003.
37. Moffet S. (2007) *El enigma del cerebro*. Barcelona. Robinbook.
- 38.
- 39.
40. Lyon G., Evrard Ph. “Neuropediatria), Editorial Masson 1999
- 41.
42. Panksepp J (1998). *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press.
43. Rygaard N. (2008). *El niño abandonado*. Barcelona. Gedisa 2008.
44. Siegel D. (2007) “*La mente en desarrollo*”. Bilbao. Desclée de Brouwer.
45. Moscovici, 1988, cit. en Avendaño, Krause & Winkler, 1993.
46. Valverde 1996
47. Van der Kolk, B.A. y col., (1996) “Traumatic stress . Thr effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press.
48. WATZLAWICK, P. y col “ Teoría de la comunicación humana. Interacciones , patologías y paradojas, Hered , Barcelona

49. Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview. A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.
50. Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.395-433). New York: Guilford Press.
51. Hesse, E., & Main, M. (1999). Unresolved/disorganized responses to trauma in nonmaltreating parent: Previously unexamined risk factor for offspring. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 4.
52. Hesse, E., & Main, M. (in press). Disorganization in infant and adult attachment: Descriptions, correlates and implications for developmental psychopathology. *Journal of the absorption in offspring. Developmental Science*, 1, 299-305.
53. Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
54. Lyons- Ruth, K., & Jacobwitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York: Guilford Press.
55. Lyons- Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behaviour in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk- related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 397-412.
56. Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
57. Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.
58. Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
59. Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

60. Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.121-160). Chicago: University of Chicago Press.
61. Nelson, K. (1993b). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science* 2, 1-8.
62. Ochs, E., & Capps, L. (1996). Narrating the self. *Annual Review of Anthropology*, 25, 19-43.
63. Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfeld, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-880.
64. Olds, D., Henderson, C.R., jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on childrens criminal and antisocial behaviour: 15- year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
65. Schuengel, C., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Blom, M. (1997). *Frightening, frightened, and dissociated behaviour, unresolved loss and infant disorganization*. Paper presents at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
66. Siegel, D.J. (1996a). Cognition, memory, and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 509-536.
67. Spangler, G., & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
68. Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. Traducción en español.
69. Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
70. Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescent and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.

71. Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp.135-170). New York: Guilford Press.
72. Wheeler, M.A., Stuss, D.T., & Tuiving, E. (1997). Toward a Theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.