
*GRADED CARE
PROFILE, UNA
HERRAMIENTA PARA
CASOS DE
NEGLIGENCIA
INFANTIL*

*GRADED CARE PROFILE, A
TOOL FOR CHILD
NEGLECT CASES*



Antonio Luis Molina Expósito
Rocío López Moreno
María Luisa Rodríguez Sánchez
*Equipo de Tratamiento Familiar del Excmo.
Ayuntamiento de Baena
(Córdoba - España)*

email: antoniol.molina@ayto-baena.es

RESUMEN

Este artículo plantea que la herramienta Graded Care Profile (GCP) es útil en el contexto español para mejorar el trabajo con familias donde se han detectado situaciones de negligencia infantil. Identificamos características de la relación entre profesionales y familia que limitan la eficacia de programas basados en la evidencia. Siguiendo propuestas de la Evidencia basada en la práctica proponemos la relación entre profesionales y familia como factor que puede mejorar la eficacia de cualquier intervención. En este sentido, identificamos elementos de la relación entre profesionales y familia que llevan al rechazo de la intervención utilizando conceptos de Michel

ABSTRACT

The aim of this paper is to state that the tool *Graded Care Profile* (GCP) is useful in the Spanish context for improving the work with families engaged in child neglect situations. We identify characteristics of the practitioners and family interaction that result in the decrease of efficacy of Evidence based programs. We support the practitioners-family interaction as a variable that enhance the efficacy of any intervention, following the Practice based evidence as reference. So, we identify, using Michel Foucault concepts, aspects of the relation

Foucault, en especial las relaciones de poder. Planteamos el Perfil de Niveles de Cuidados (nombre de la adaptación española del GCP) como herramienta que ayude a salvar la distancia entre investigación y práctica profesional, así como una oportunidad para trabajar la alianza terapéutica de manera complementaria a otras técnicas o instrumentos. Para llegar a esta conclusión se parte de información cualitativa aportada por profesionales que trabajan con familias con menores en situación de riesgo. Los resultados confirman que es una herramienta de aplicación asequible y que puede mejorar la estructuración de la formulación, el seguimiento del caso y los acuerdos con la familia a la que se atiende: las personas que participaron en el estudio afirmaron que la validez aparente era adecuada y que su principal ventaja era la estructuración/organización de la evaluación/tratamiento/informes. Resaltamos que el instrumento toma como objeto de evaluación la relación entre persona cuidadora y menor, compatible con una perspectiva de parentalidad positiva, y da protagonismo al punto de vista del/la menor como criterio para decidir si los cuidados son de calidad, cubren sus necesidades y se les da prioridad. Es necesario llevar a cabo más investigación para conocer las propiedades psicométricas de la adaptación española y el punto de vista de las familias respecto al instrumento.

PALABRAS CLAVE

Negligencia Infantil; Evaluación; Graded Care Profile; Perfil de Niveles de Cuidados.

that lead the family to reject the professional intervention. We propose the Perfil de Niveles de Cuidados (name of the Spanish version of the GCP) as a helpful tool for overcoming the gap between research and practitioners. Even as an opportunity to tackle with the working alliance as a complementary approach with other methods or tools. To get to this conclusion, we apply qualitative information from professionals working with families with at risk children. The results show that the tool is easy to use and can enhance the formulation planning, the monitoring of the case and the consensus with the family we are treating: the group of practitioners participating in this study asserted the apparent validity is good and the main advantage is how it structures/organizes the assessment/treatment/reports. We highlight that the tool considers the care-child relation as the objective of assessment, is suitable for a positive parenting perspective and takes the child point of view to decide about the quality of the care, if it meets her/his needs and if he/she is the priority. More investigation is needed to know the psychometric properties of the Spanish version and the opinion of the families about the tool.

KEYWORDS

Child Neglect; Assessment; Graded Care Profile; Levels of Care Profile.

INTRODUCCIÓN

El trabajo con casos de negligencia infantil puede ser desafiante y en muchas ocasiones frustrante. No ayuda que la investigación repita la negligencia en cuanto a los estudios disponibles sobre esta problemática. Pese a que el maltrato físico o el abuso sexual generan más atención y alarma social, la negligencia es el tipo más común (Erikson, Labella & Egeland, 2018). Si tomamos como ejemplo el informe publicado en 2019 por el Observatorio de la Infancia de España, de los casos notificados de sospecha de maltrato infantil en este país durante el año 2018, el tipo más frecuente es la negligencia, que supone más del 50%. El metanálisis realizado por Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn (2012) constata una escasez sorprendente de estudios sobre la incidencia de la negligencia. Llegan a la conclusión de que hay una “negligencia de la negligencia infantil” en la investigación.

Probablemente, quien quisiera asegurarse de que su trabajo con casos de negligencia infantil tiene la máxima eficacia posible atendiendo a la investigación disponible, se acercaría a alguno de los pocos programas validados específicamente para este tipo de maltrato. Sin embargo, la mayoría muestra numerosas limitaciones para su aplicación en un servicio que atienda a familias dependiendo de su nivel de riesgo y no del tipo de riesgo. Molina (2014) analizó qué programas basados en la evidencia podrían aplicarse en un servicio público de atención a familias con menores en situación de riesgo (Equipos de Tratamiento Familiar en Andalucía-España). De los variados motivos que impiden adoptar programas basados en la evidencia para el trabajo con familias en un contexto español, resaltamos el hecho de que la evidencia recogida en otro contexto (por ejemplo, EE. UU.) no sirve para su aplicación en otro, como España. Por ejemplo, un programa con tanta evidencia sobre su eficacia como la Terapia Multisistémica (Henggeler et al., 2009) se comprobó no ser eficaz en Suecia (Sundell, Hansson, Löfholm, Olsson, Gustle, & Kadesjö, 2008). Esto no significa que no tuviera efectos positivos, sino que esos efectos no eran superiores al servicio considerado como el convencional en ese país.

También cabe resaltar que se ha dedicado poco esfuerzo a buscar el modo de mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir los abandonos, algo especialmente importante cuando se trabaja con negligencia infantil. Probablemente, se ha prestado

poca atención a estos aspectos porque no son necesarios para demostrar la eficacia de un programa, y porque esta frustración se percibe de manera más intensa en el trabajo directo con familias.

Desde la psicoterapia individual se han criticado las incongruencias y limitaciones de la *Práctica Basada en la Evidencia* proponiendo la complementariedad de una *Evidencia Basada en la Práctica* (Green & Latchford, 2012). Esta aproximación plantea que la práctica genera datos que pueden aportar evidencia sobre qué variables de la intervención permiten aumentar la eficacia. Se superaría así el estancamiento al que se está llegando desde la *Práctica Basada en la Evidencia*: las investigaciones sirven para demostrar que una terapia tiene eficacia, pero cuando se comparan terapias el resultado es que aportan la misma cantidad de cambio. Por lo tanto, no sirve para saber qué práctica es más eficaz en cada caso. Asimismo, los requisitos que demanda un proceso para aportar evidencia sobre la eficacia de un programa hacen que haya distancias significativas entre la investigación y la práctica profesional. Distancias tan significativas como para que en ocasiones parezca que se traten de realidades diferentes (Dattillio, Piercy & Davis, 2014).

Las propuestas de la *Evidencia Basada en la Práctica* no se han desarrollado aún en el contexto de intervención en maltrato infantil con una madurez equiparable al tratamiento individual. Por ejemplo, las investigaciones con diseño de caso único con familias con menores en situación de riesgo son una rareza. Tampoco hay proyectos en nuestro contexto, al menos no que las personas que escriben este artículo conozcan, que promuevan la creación de bases de datos generados a partir de la práctica para que se puedan utilizar en investigaciones.

Una de las acciones que plantea la *Evidencia Basada en la Práctica* para mejorar la eficacia de la psicoterapia es monitorizar la relación entre paciente y terapeuta, puesto que es una de las variables que más influye en la eficacia del tratamiento, sea cual sea el marco teórico de referencia (Green & Latchford, 2012; Andrade, 2019).

Disponemos de instrumentos para evaluar y monitorizar la alianza terapéutica con familias tan interesantes como el Sistema para la Observación de las Alianzas en la Terapia Familiar (SOATIF) (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009), que está diseñado para el trabajo con cualquier abordaje familiar.

Sin embargo, para trabajar con negligencia infantil hay que contar con variables específicas de un contexto en el que son frecuentes: situaciones de vulnerabilidad social, derivaciones para el tratamiento donde puede existir algún grado de coerción por parte del sistema público de protección infantil y familias que perciben a las personas que representan a la institución que les ofrece la ayuda como una amenaza a su integridad. Estas variables añaden barreras al establecimiento de la alianza terapéutica que hay que resolver antes de realizar los planteamientos propios del trabajo con una unidad familiar que solicita ayuda desde una situación social no desfavorecida.

Para tomar medidas que suavicen esas barreras es útil identificar cómo un servicio público, o relacionado con él, de atención a menores en situación de negligencia se asemeja a un mecanismo de vigilancia, tal y como describe Michael Foucault (1978), y cómo es la relación de poder que establecemos con la familia que atendemos. Esto es importante porque la falta de adherencia de la familia puede entenderse como el resultado del rechazo o rebelión frente a la influencia que ejercemos para determinar su comportamiento y/o el discurso que pretende definir su subjetividad (Foucault, 1990). Así, por ejemplo, identificarles como malos padres o madres. Replantear esta relación de poder para reducir el desequilibrio, y por tanto el rechazo, pasa por cambiar cómo se racionaliza esa relación.

MacKinnon (1998) utiliza este marco de referencia para analizar, a través de las prácticas discursivas presentes en la relación entre profesionales y familias, por qué es tan difícil trabajar con casos de maltrato infantil. Esta autora aplica conceptos de Michel Foucault para proponer un método basado en la genealogía del poder (*Genealogy Method*). Busca así comprender acciones individuales problemáticas (comportamientos de abuso, por ejemplo) de una persona de la unidad familiar como reacción opuesta a discursos dominantes que definen la subjetividad, conectando de esta manera el nivel individual, el familiar y el social.

Los instrumentos de evaluación disponibles suelen acentuar ese efecto de rechazo/rebelión en la relación de poder porque tienen un lenguaje técnico que clasifica a las personas con quienes trabajamos y confirman que son inadecuadas.

El *Perfil de Niveles de Cuidados* (PNC) ofrece una oportunidad para cambiar cómo se racionaliza nuestra relación con la familia. En primer lugar, toma la interacción como objeto de evaluación al centrarse en los cuidados que la persona cuidadora principal da al o la menor.

En segundo lugar, permite identificar puntos fuertes en los cuidados proporcionados, reconociendo a las personas cuidadores como competentes y previniendo que las áreas de cuidados a mejorar definan a las personas cuidadoras. Es una oportunidad para utilizar los componentes del dialogo con personas cuidadoras que señala Pitillas (2018) que forman parte de programas con evidencia demostrada como *Primera Alianza* (Pitillas & Berástegui, 2018) o *The Circle of Security Intervention* (Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2014). También para aplicar técnicas de dialogo que propone la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2013) por citar otro programa basado en la evidencia.

Por último, si ayuda a estructurar la intervención, a mejorar la comunicación entre familia y profesionales, estaremos reduciendo que la primera parte perciba a la segunda como una amenaza difusa que vigila de forma impredecible y acercándonos a una negociación de objetivos de trabajo. Es decir, estaremos reduciendo el efecto panóptico descrito por Foucault (1978), a la vez que mejorando la planificación del caso.

Estas tres ventajas son independientes de que no conozcamos aún las características psicométricas del PNC. De hecho, si pretendemos usarla para mejorar nuestra planificación del caso y mejorar la relación con la familia, sería más importante en esta fase que profesionales que trabajan con casos de negligencia infantil reconocieran estas ventajas para el trabajo diario.

El instrumento

Srivastava desarrolló en 1995 la herramienta *Graded Care Profile* (GCP) intentando dar respuesta a las siguientes necesidades:

- Facilitar una evaluación comprensiva de la negligencia
- Ayuda a estructurar la intervención y comprobar el ritmo de los cambios

en situaciones de negligencia infantil.

- Servir de comunicación entre servicios y entidades en estos casos.

Se disponen de datos sobre su calidad psicométrica y su facilidad de aplicación (Srivastava & Polnay, 1997). Asimismo, la evaluación nacional de su uso en el Reino Unido (Johnson & Cotmore, 2015), país de origen de la herramienta, llega a conclusiones que apoyan su utilidad en el trabajo con familias con menores en situación de riesgo. Ese estudio resalta las siguientes características del GCP que coinciden con prácticas de evaluación eficaces en el contexto de intervención que nos ocupa:

- Tiene en cuenta el impacto de los comportamientos de las personas cuidadoras en el niño o niña.
- Se centra en la relación persona adulta y menor.
- Tiene en cuenta el punto de vista de la niña o el niño.

El GCP consta de un total de 29 ítems que se agrupan en 13 subáreas y 4 áreas de cuidado (física, seguridad, vinculación y estima). Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que se tiene en cuenta el grado en el que se cubren las necesidades infantiles, la implicación de la persona cuidadora en el cuidado o la calidad del cuidado.

Para cumplimentar el instrumento es necesario realizar visita domiciliaria y conocer los hábitos de la unidad familiar. Siempre que sea posible, se aconseja responder a los ítems de forma conjunta con la familia para conseguir otra finalidad del GCP: comunicación con la familia. De esta manera se asegura que la persona cuidadora conozca cuáles son los criterios profesionales para valorar el nivel de un cuidado determinado, cuáles son los puntos fuertes existentes y cuáles son los cuidados que si cambian harían mejorar la calidad de vida del menor. Esta característica facilita la construcción de la alianza terapéutica entre familia y profesionales. Así mismo, conecta a la herramienta con la Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva.

En el presente estudio se buscó conocer y dar respuesta a los siguientes elementos:

- Facilidad de uso del Perfil de Niveles de Cuidados, adaptación española de la escala GCP, tomando como referencia el tiempo necesario para responder al instrumento.
- Aportaciones del instrumento que profesionales de un contexto español identifican para trabajar con casos de negligencia infantil.

MÉTODO

Se realizó una traducción inicial del GCP que luego puso en común con un total de 30 profesionales de diferentes ámbitos: servicios sociales comunitarios, seguimiento de acogimientos familiares y trabajo con familias con menores en riesgo. Los perfiles profesionales incluían: educación social, trabajo social y psicología. Durante esta fase se hicieron los cambios necesarios para asegurar que el instrumento tenía en cuenta las particularidades de un contexto español. Se realizaron las consultas necesarias con el autor de la prueba original, Srivastava, para asegurar la fidelidad de la adaptación cuando se realizaba algún cambio, o bien por dudas sobre la aplicación de ítems específicos.

Se organizó una jornada formativa, el día 25/6/2019 al que asistieron profesionales que trabajaban con situaciones de riesgo infantil. Todas las personas asistieron voluntariamente por el interés en conocer el instrumento. Procedían de cuatro provincias distintas de Andalucía, tanto de ámbitos rurales como urbanos.

En la Tabla 1 se presenta un resumen de las características de las personas asistentes que realizaron el Perfil de Niveles de Cuidados y el cuestionario que recogía datos sobre el perfil profesional, el trabajo realizado con la unidad familiar y las opiniones sobre la herramienta.

En la tabla 2 se presentan las características de los menores sobre los que se realizaron los Perfiles. De los 54 perfiles recogidos, en 46 de ellos se había realizado visita domiciliaria de las cuales en 35 habían estado presentes persona cuidadora y menor. Se obtuvieron 51 respuestas a la pregunta de si se había realizado alguna sesión, entrevista o actividad conjunta persona cuidadora-menor. La respuesta fue afirmativa en 42 casos.

Tabla 1. Características de las personas profesionales participantes (n=27)

Variabes	Frecuencia
Género	
Mujeres	23
Hombres	4
Profesión	
Trabajo Social	11
Psicología	8
Educación Social	6
Otras	2

	Media	Desviación Típica	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad (años)	42,93	8,84	43	26	61
Experiencia (años)	13,79	5,87	14	1,5	27
Tiempo con el caso (meses)	11,83	9,65	12	1	60

Tabla 2. Características de los/las menores que las personas participantes evaluaron (n=54)

Variabes	Frecuencia
Género	
Niñas	31
Niños	23

	Media	Desviación Típica	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	7,37	4,88	6,5	0,33	16

La jornada formativa consistió en una presentación y explicación del Perfil de Niveles de Cuidados (adaptación del GCP) que duró 1,5 horas. A continuación, las personas asistentes realizaron un Perfil teniendo en mente un caso sobre el que

estuvieran trabajando en la actualidad. Tras la aclaración de dudas se pidió que cumplimentaran un segundo perfil con otro caso que conocieran. En caso de profesionales que formaran parte del mismo equipo de intervención, se les pidió que acordaran qué casos iban a estudiar pero que no intercambiaran opiniones durante su cumplimentación. En ambos casos se pidió que anotaran la hora a la que iniciaban y la hora a la que terminaban.

Al finalizar rellenaron un cuestionario en el que se recogían sus opiniones y datos adicionales sobre los casos de los que habían realizado el Perfil de Niveles de Cuidados. En cuanto a sus opiniones, se les pidió que valoraran su nivel de acuerdo, en una escala de Likert de 1 a 5, respecto a dos afirmaciones sobre la utilidad de la herramienta y otras dos sobre su validez aparente. También se les preguntaba, de forma abierta, qué fortaleza y qué debilidad identificaban en el instrumento. Esta información se clasificó en categorías para conocer la frecuencia con la que aparecían.

RESULTADOS

El tiempo medio que se emplea para realizar el perfil coincide con el encontrado en la investigación de Srivastava & Polnay (1997): 20 minutos. En nuestro estudio, las personas que realizaron el 2º caso tardaron una media de 21 minutos, con una mediana de 20. En la Tabla 3 se presentan los resultados.

Tabla 3. Tiempo empleado en realizar el Perfil de Niveles de Cuidados

	Caso 1º	Caso 2º
N.º de formularios en los que se contabilizó el tiempo	24	15
Media	36:50	21:00
Mediana	33:20	20:00
Desviación Típica	14:48	5:42
Mínimo	16:00	15:00
Máximo	1:15:00	35:00

Se recogieron 24 cuestionarios sobre la calidad del instrumento. Los resultados de las preguntas, que contenían una escala Likert de 1 (en desacuerdo) a

5 (de acuerdo), se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencias de las puntuaciones obtenidas en cada apartado según escala 1 a 5, donde 1 es desacuerdo y 5 de acuerdo (n=24).

	1	2	3	4	5
Utilidad de la Herramienta					
Identifica áreas en las que se necesita más información para realizar una evaluación completa del caso.	0	0	1	16	7
Estructura los objetivos de intervención.	1	0	4	11	8
Validez aparente					
Mide el nivel de negligencia de las necesidades de un/una menor.	0	1	1	14	8
Mide los cambios en la situación de negligencia de un/una menor.	0	0	4	9	11

En cuanto a las respuestas abiertas, en el apartado de fortaleza del instrumento se recogieron 21 y en el de debilidad 18. Las categorías, no excluyentes, y las correspondientes frecuencias se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Fortalezas y debilidades del PNC.

Categorías de respuestas	Frecuencia
Fortaleza:	
Fácil de realizar.	1
Estructura/organiza la evaluación/tratamiento/informes.	11
Facilita la alianza terapéutica, mejora la comunicación la familia.	3
Favorece la objetividad/resultados concretos/claros.	4
Tienen en cuenta aspectos positivos/fortalezas de la familia.	2
Amplitud de aspectos que valora.	5
Debilidad:	
Proceso laborioso	1

Dificultad para valorar casos de adolescentes en algunas áreas de estima y sobre todo en seguridad, tener en cuenta/actualizar la supervisión para estas edades.	8
Es necesario incluir más áreas/clarificar más	2
No valora otros tipos de maltrato diferentes a la negligencia	3
No evalúa bien a bebés	1
Es poco específico	1

DISCUSIÓN

La herramienta es fácil de aplicar porque requiere, al igual que identificaron Srivastava & Polnay (1997), unos 20 minutos para cumplimentarla.

La mayoría de los profesionales consideran que el resultado que da la herramienta refleja de forma válida la situación de negligencia de una persona menor.

La adaptación española del *Graded Care Profile, Perfil de Niveles de Cuidados*, es valorada como una herramienta que mejora la evaluación de situaciones de negligencia infantil, la elección de objetivos para la intervención, el seguimiento y la comunicación de resultados. Las personas profesionales que participaron en el estudio también valoraron las oportunidades que ofrece para mejorar la comunicación con la familia. Esta aportación es relevante a la vista del mandato legal de consensuar, siempre que sea posible, el proyecto de intervención con la familia cuando hay riesgo para el/la menor, según la Ley 26/2015 (2015), en la modificación del apartado 4 del artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Algo importante para el manejo de casos es la posibilidad que ofrece el PNC de identificar de qué áreas de cuidados se necesita más información para obtener una visión completa. Independientemente de que esté por comprobar si las características psicométricas de esta adaptación son similares a las de la original, la herramienta nos permite comprobar si la recogida de información que se ha realizado es completa, en el caso de que puedan cumplimentarse todos los ítems, o si falta por conocer cómo

son algunos de los cuidados propios de la relación persona cuidadora-menor. Esto supone una fuente de información complementaria útil para la formulación del caso y la toma de decisiones.

La debilidad identificada con más frecuencia está relacionada con la relevancia de algunas áreas para menores preadolescentes. En efecto, la supervisión que necesita un menor de 4 años no es la misma que la que necesita uno de 14. Esto nos hace pensar que es conveniente incluir en la introducción e instrucciones del PNC especificaciones que tener en cuenta a la hora de valorar la situación de un o una adolescente, también cómo tener en cuenta la supervisión del uso de redes sociales u otro tipo de tecnología de la información.

Resulta llamativa la gran coincidencia entre este estudio y el de Johnson & Cotmore (2015) en cuanto a las ventajas que profesionales reconocen en el uso del GCP, o su adaptación española PNC, en el trabajo con casos de negligencia infantil. Las limitaciones que se identifican en el caso español son menos numerosas. No obstante, la muestra de participantes en nuestro estudio fue más pequeña y la metodología fue distinta.

CONCLUSIONES

Este estudio constata que el PNC puede ser una herramienta útil para trabajar con casos de negligencia infantil. Es un punto de partida para continuar investigando sus características psicométricas.

Apoya de forma indirecta su influencia en la mejoría de la alianza terapéutica y en la adherencia al tratamiento de familias con menores en situación de negligencia al servir como oportunidad para redefinir la relación entre familia y profesionales en situaciones en las que la unidad familiar puede identificar como amenazante a la Institución que ofrece el tratamiento.

Conocer la opinión de profesionales que trabajan con casos de negligencia infantil puede servir para reducir la brecha entre el ámbito de investigación/académicos y el del trabajo profesional directo. Desarrollar las propuestas de la Evidencia basada en la práctica en el trabajo con situaciones de

riesgo infantil puede abrir posibilidades para mejorar nuestra eficacia, también con la negligencia infantil que es la causa mayoritaria de esos casos de riesgo.

El trabajo con negligencia infantil tiene características específicas que demandan cambiar cómo se racionaliza la relación entre profesionales y familia. Esto requiere que los instrumentos de evaluación deben colaborar en esta tarea utilizando un lenguaje y argumentaciones asequibles, que sirvan para estructurar y acordar con la familia la intervención, reconozcan sus potencialidades y esfuerzos, prevengan el enjuiciamiento y la clasificación de las personas cuidadoras. El PNC tiene en cuenta todo esto.

Es necesario conocer, al igual que se ha hecho con profesionales, cuál es la opinión de las familias sobre el PNC. Se podría así detectar los ítems que mejorarían en calidad corrigiendo su redacción y conseguir más información sobre cómo puede utilizarse para favorecer una buena alianza de trabajo.

REFERENCIAS

- Andrade, N. (2019). *Elementos eficaces en la relación terapéutica en psicoterapia individual*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Dattilio, F.M., Piercy, F.P. & Davis, S.D. (2014). The divide between “evidenced-based” approaches and practitioners of traditional theories of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 5–16. doi: 10.1111/jmft.12032
- Erickson, M. F., Labella, M.H & Egeland, B (2018) Child neglect. En Klika, J. B. & Conte, J. R. (eds.) *The APSAC handbook on child maltreatment* (4th ed.), 127-144. Los Angeles: SAGE.
- Foucault, M. (1978). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M.L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Green, D., & Latchford, G. (2012). *Maximising the benefits of psychotherapy: A practice-based evidence approach*. Chichester: Wiley & Sons.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (2009). *Multisystemic Therapy for antisocial behavior in children and adolescents*

- (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Johnson, R., & Cotmore, R. (2015). *National Evaluation of the Graded Care Profile*. London: NSPCC [recuperado de: <https://learning.nspcc.org.uk/services/library-catalogue/>].
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado 180, de 29 de julio de 2015, núm. 180 [disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/1/2015/07/28/26/con>].
- MacKinnon, L.K. (1998). *Trust & betrayal in the treatment of child abuse*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. Nueva York: Guilford Press.
- Molina Exposito, A.L. (2014) Aplicación de los programas basados en la evidencia al trabajo profesional con familias con menores en riesgo en España. *Apuntes de Psicología*, 32 (3), 229-234 [recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es>].
- Observatorio de la Infancia (2019). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Datos 2018 (Boletín 21). Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social [recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es>].
- Pitillas Salvá, C. (2018). Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 39-53 [disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/33199>]
- Pitillas, C. & Berástegui, A. (2018) *Primera alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Barcelona: Gedisa.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2014). *The circle of security intervention*. New York: Guilford Press.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M.H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 345-355. doi:10.1007/s00127-012-0549-y
- Srivastava, O.P. & Polnay. L. (1997). Field trial of graded care profile (GCP) scale: a new measure of care. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 337-340 [recuperado de: <https://adc.bmj.com/>].
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C.A., Olsson, T., Gustle, L., & Kadesjö, C. (2008). The transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family*

Psychology, 22, 550. DOI: 10.1037/a0012790

Unión Europea. Recomendación (2006)19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva [recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/documentacion.htm>].