

MALTRATO INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN CON PERSPECTIVA DE APEGO

Presentado por:

LAURA CAROLINA JIMÉNEZ PÉREZ

Asesora:

DIANA MARCELA BEDOYA GALLEGO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
UNIMINUTO SECCIONAL ANTIOQUIA-CHOCÓ
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BELLO, COLOMBIA
2019

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	5
Planteamiento del problema.....	6
Justificación	16
Objetivos.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Marco conceptual.....	17
Diseño metodológico	25
Fuentes documentales.	25
Instrumento.....	26
Procedimiento.....	27
Criterios éticos de investigación.	28
Resultados	30
Resultados globales.....	30
<i>Salud mental materna.</i>	30
<i>Condición de riesgo.</i>	35
<i>Desarrollo infantil.</i>	41
Abordaje teórico.....	44
Tendencias metodológicas.	45
Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	57
Conclusiones.....	59
Referencias.....	61
Apéndice.....	68
Apéndice 1. Ficha de ingreso de información	68

Tablas

Tabla 1: Salud mental materna.....	32
Tabla 2: Condición de riesgo	36
Tabla 3: Desarrollo infantil	42
Tabla 4: Tendencias metodológicas	48
Tabla 5: Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	57

Figuras

Figura 1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SING	23
Figura 2. Flujograma de búsqueda	24

Resumen: Teniendo en cuenta las cifras en aumento que se reportan cada año sobre casos de maltrato infantil y el hecho de que este fenómeno sea considerado como un problema de salud pública (OMS, 2009); se realiza una búsqueda de revisiones sistemáticas que den cuenta de la forma cómo se ha intervenido el maltrato infantil y se encuentran revisiones sistemáticas orientadas a describir los componentes de los programas de crianza basados en la evidencia (Temcheff, Letarte, Boutin & Macil, 2018) y a la revisión de literatura encontrada en el periodo 2008-2014 (Pisani-Altamirano & Martins-Linhares, 2016), lo que sugiere que no hay investigación reciente sobre el tema, por tanto, se realiza la revisión sistemática de 23 estudios orientados a la intervención del maltrato infantil desde 2014 a 2018 que tengan una perspectiva de apego y hayan sido dirigidos a madres o la diada madre-hijo. Se encuentran resultados relacionados con la salud mental materna, la condición de riesgo, el desarrollo infantil, el abordaje teórico, las tendencias metodológicas y los niveles de evidencia y grados de recomendación según el Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SING – propuesto por Primo (2003).

Abstract: Taking into account the increasing figures that are reported each year on cases of child abuse and the fact that this phenomenon is considered a public health problem (WHO, 2009); a search is made of systematic reviews that account for the way in which child maltreatment has been intervened and there are systematic reviews aimed at describing the components of evidence-based parenting programs (Temcheff, Letarte, Boutin & Macil, 2018) and the review of literature found in the period 2008-2014 (Pisani-Altamirano & Martins-Linhares, 2016), which suggests that there is no recent research on the subject, therefore, the systematic review of 23 studies oriented to the intervention of child abuse from 2014 to 2018 that have an attachment perspective and have been directed to mothers

or the mother-child dyad. Results are found related to maternal mental health, risk status, child development, theoretical approach, methodological trends and levels of evidence and degrees of recommendation according to the Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SING - proposed by Primo (2003).

Palabras clave: maltrato infantil, apego, revisión sistemática.

Keywords: child maltreatment, attachment, systematic review.

Introducción

El presente proyecto nace en el Semillero de Investigación en Clínica Psicológica, el cual, a su vez, está adscrito al Grupo de Investigación en Clínica Psicológica del Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Corporación Universitaria Minuto de Dios sede Bello. Es a partir de su ejecución que se busca dar respuesta al interrogante sobre cómo se está interviniendo el maltrato infantil, por esto se propone entonces la realización de una Revisión Sistemática (RS) que dé cuenta de aquellos programas de intervención dirigidos a las madres y que además estén direccionados bajo una perspectiva de apego. Así pues, se examinan 23 estudios realizados entre los años 2014 y 2018.

La información recolectada en los estudios se plasma en una ficha de ingreso la cual permite la identificación de varios aspectos, tales como objetivos, diseños, tendencias teóricas, instrumentos de recolección de la información, procedimientos de análisis y resultados de dichos estudios, los cuales permiten determinar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de cada uno de ellos.

Posteriormente, se presentan los resultados en función de cuatro categorías, a saber: resultados globales de los estudios, abordaje teórico, tendencias metodológicas y los niveles de evidencia y grados de recomendación.

Finalmente, la RS permite concluir que la mayoría de los estudios están dirigidos a atender las condiciones de riesgo (pobreza, conflicto trabajo-familia, exposición a la violencia, a experiencias traumáticas y maternidad temprana), así mismo, se evidencia una tendencia metodológica de carácter experimental y cuasi experimental. Sin embargo, no se evidencian claridades en cuanto a las tendencias teóricas y la definición de variables de intervención en cada uno de los estudios, lo que permite sugerir, para futuras investigaciones, mejor delimitación y mayor claridad en estos aspectos.

Planteamiento del problema

El maltrato infantil ha sido un fenómeno que ha llamado la atención de todas las personas, de una u otra forma, en una u otra medida; múltiples organizaciones alrededor del mundo han focalizado su atención y sus esfuerzos en tratar de reducir las tasas de casos reportados a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2009, define el maltrato infantil como:

Cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

(p. 9).

En esta misma línea, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 19 lo define como:

Toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. (UNICEF, 2001, p. 14).

Adicionalmente, es relevante mencionar que el maltrato infantil no ocurre en un contexto determinado y son múltiples los actores involucrados. Según la OMS (2009) entre las personas que lo perpetran se encuentran los padres o miembros de la familia, cuidadores, amigos, conocidos, personas investidas de autoridad, empleadores, desconocidos, profesionales sanitarios y otros niños. Asimismo, se hace una diferenciación en los tipos de maltrato infantil según el tipo de violencia que se ejerza contra el menor; la OMS (2009) distingue cuatro tipos de maltrato infantil, a saber, abusos físicos, abusos sexuales, abusos emocionales y psicológicos, y de desatención. Respecto a la desatención, se tiene que esta comprende tanto hechos aislados como el reiterado desinterés por parte de padres o cuidadores con respecto al bienestar del niño, incluso cuando están en condiciones de ofrecérselo (OMS, 2009).

Lo dicho hasta el momento permite sugerir que no hay un único factor que explique la violencia, sin embargo, hay una serie de factores de riesgo que son comunes a la aparición de episodios de maltrato infantil, entre los que se encuentran, las desigualdades económicas, niveles excesivos de consumo de alcohol, aislamiento familiar, exclusión social y altos niveles de desempleo (OMS, 2009). Adicionalmente, entre los factores individuales asociados a padres y cuidadores, la OMS (2009) señala que se agrava el riesgo de maltrato infantil cuando el progenitor o el cuidador del niño tiene dificultades para establecer vínculos afectivos con este, fue maltratado en su infancia, aprueba y practica el castigo físico como método disciplinar y padece problemas de salud física y/o mental.

Por otra parte, existen factores de riesgo relacionados con el niño, esto no implica que el niño sea responsable por el maltrato que recibe, sino que, según la OMS (2009), el papel del cuidador podría complicarse cuando el niño ha sido un hijo no deseado o no responde a las expectativas que se tenían sobre él antes de su nacimiento; por el hecho de haber nacido prematuro y llorar constantemente, tener alguna discapacidad física y/o mental, poseer rasgos físicos que resultan repulsivos para los padres, ser hijo de un parto múltiple o tener hermanos que acaparan la atención de los padres, y presentar comportamientos peligrosos hacia los adultos, los demás niños, animales o hacia sí mismo.

Así las cosas, al revisar datos que permiten analizar la manifestación visible del fenómeno, se encuentra que, aunque no hay cifras exactas de los casos reportados a nivel mundial sobre maltrato infantil, hay suficiente evidencia para considerar este fenómeno como un problema de salud pública (OMS, 2009). En un estudio realizado por UNICEF (2001) se identifica que para el año 2000 las cifras de homicidio infantil ascendieron a un aproximado de 57 mil personas y, según los datos del Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas (ONU, 2006), cada año se reportan entre 133 millones y 275 millones de casos de maltrato infantil dentro de los hogares, lugar que se supone debería ser de protección y resguardo para los niños. En lo que se refiere a América Latina, según las estimaciones, alrededor de 6 millones de niños son víctimas de violencia (UNICEF, 2001).

Así mismo, en un estudio realizado en Paraguay por UNICEF (2001) sobre las cifras de maltrato infantil, se encuentra que:

El 61% de los niños, niñas y adolescentes encuestados reportaron haber recibido algún tipo de maltrato, ya sea del padre, la madre o por ambos.

Mientras que el 39% indicó ser tratado sin violencia. El tipo de maltrato que más ocurre es la violencia física grave (35%), seguida por la violencia física

leve (13%) y la psicológica, que tiene el mismo porcentaje (13%) (...). En todos los tipos de familias, el maltrato más común es el físico grave, que sucede con más frecuencia en las familias extendidas (37,8%) y nucleares (35,9%). Por otro lado, los niños, niñas y adolescentes que viven con otros parientes, son los que reportan menos violencia en general y presentan el menor porcentaje del tipo físico grave. (p.30).

Adicionalmente, en Chile, las cifras para el año 2012 evidenciaron que el 71% de los niños recibe algún tipo de violencia por parte de sus progenitores, de los cuales un 51.5% sufre algún tipo de violencia física y el 25.9% de los niños sufre violencia física grave (UNICEF, 2012).

Por otra parte, en lo que respecta a Colombia, se tiene que, en un estudio realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), emitido por el Observatorio del Bienestar de la Niñez en su Boletín número 15 de 2015, para el año 2012 se identificaron 12,173 casos de violencia intrafamiliar que incluían niños, niñas y adolescentes como los principales afectados, donde la privación y la negligencia ocuparon la mayor participación, seguido de abuso sexual y la violencia física y psicológica, evidenciándose que el 53% y el 47% del total de casos corresponde al sexo femenino y al masculino, respectivamente (ICBF, 2015).

En cuanto a los agresores, se encuentra que para el año 2012, en el 45,4% del total de los casos reportados, el agresor principal era la madre, seguida del padre con un 18,9% y otros familiares que alcanzan un 10,6% del total. Por otro lado, en lo concerniente al lugar donde ocurren los hechos, se encontró que el 86,7% de los eventos ocurren dentro de la casa, el 5,8% en vías públicas y el 2,3% restante ocurre en la escuela (ICBF, 2015).

En esta misma línea, para el año 2016 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 26.473 casos de violencia intrafamiliar, donde el 38,08% de las víctimas fueron los niños, niñas y adolescentes; los eventos que se presentaron con mayor frecuencia se relacionaron con menores cuya edad oscilaba entre los 10 y 14 años, lo que representa un 33,33% del total de víctimas. Adicionalmente, en cuanto al tipo de agresor, se encuentra que para el año 2016 la participación de padres y madres en los eventos violentos fue similar, con un 29,92% y 28,19% respectivamente (INMLCF, 2017). Llama la atención la diferencia que se encuentra respecto a la participación de los padres como agresores en los datos del año 2012 en relación a los datos del año 2016, pues se evidencia un aumento de casos reportados en relación al padre y, por el contrario, una disminución de casos donde la madre es la agresora.

Ahora bien, tras la revisión de antecedentes de investigación acerca del maltrato infantil se encuentra que, el estudio realizado por Arce, Castellanos, Castellanos, Reyes & Mustelier (2012) sobre los factores psicosociales del maltrato infantil en niños escolares encontró que, en cuanto al tipo de maltrato que habían recibido, predominó el maltrato físico en un 78,1% de los casos (25 niños del total), seguido por el maltrato verbal con un 59,3% (19 niños) y 3,1% para los casos de desatención por parte de los cuidadores (1 niño). Adicionalmente, este estudio señala que la madre es la agresora principal, ya que en un 71,8% de los casos, los niños indicaron que esta era la mayor causante de violencia física.

En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, Bolívar-Arango, Convers-Durán y Moreno-Méndez (2014) encontraron que existe una relación relevante entre la historia de malos tratos que los cuidadores experimentaron en su infancia y el desencadenamiento de comportamientos agresivos con sus propios hijos; así mismo, se hace referencia a la corta

edad de la madre al momento del nacimiento de sus hijos y al bajo nivel educativo de esta. También se señala que los estilos de crianza negligente, la evitación y la agresión operan como mecanismos para la solución de conflictos y eventos estresantes, tales como, el desempleo, el desplazamiento y la pobreza (Bolívar-Arango, Convers-Durán & Moreno-Méndez, 2014).

Además de esto, si se examinan las consecuencias a nivel individual y social que trae consigo el maltrato infantil, se encuentra que este tiene repercusiones graves en la salud mental de sus víctimas. En un estudio realizado por Fernández et al. (2018) sobre los distintos factores de riesgo que derivan la depresión mayor, se encontró que la experiencia de maltrato físico se asocia a las características clínicas diferenciales en los pacientes con este diagnóstico, al respecto los autores afirman:

En relación con los objetivos planteados, los resultados indican que el maltrato físico en la infancia en pacientes con depresión mayor se asocia a una mayor puntuación en las escalas de Depresión, Ideación paranoide, Sensibilidad interpersonal y Psicoticismo del SCL-90-R, a una mayor frecuencia de planificación y conducta suicida a lo largo de la vida, a mayor intensidad de la experiencia de autodesprecio/culpabilidad, a antecedentes personales de episodios depresivos, al cumplimiento de los criterios clínicos del trastorno límite de la personalidad y a puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de los patrones disfuncionales de la personalidad paranoide, depresivo y por dependencia del SCID-II-Q. (p. 82).

Adicionalmente, se encuentra que el maltrato infantil también trae consecuencias a nivel del desarrollo cerebral y neurológico del niño; en un estudio realizado por Amores-Villalba y Mateos-Mateos (2017) sobre el perfil neuropsicológico de las víctimas de

maltrato infantil, se pudo observar que los niños maltratados se caracterizaron por alteraciones en la memoria, la atención, la regulación emocional, la cognición social, el desarrollo intelectual, la capacidad viso-espacial, y las funciones ejecutivas. Así mismo, los autores encontraron consecuencias en la prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes que se relacionan directamente con fallos en la regulación emocional. Estas consecuencias, además, acarrearán consigo repercusiones en el desarrollo normal del niño y de sus actividades, es decir,

(...) los problemas neuropsicológicos secundarios al maltrato se relacionan de manera directa con las dificultades que encuentran estos niños a la hora de adaptarse a la escuela, bien sea por cuestiones académicas de corte intelectual, como por los problemas socio-emocionales a la hora de relacionarse con los compañeros. Los problemas de empatía, la tendencia a experimentar emociones negativas, la reactividad emocional, la mayor percepción de hostilidad en los otros, el comportamiento impulsivo, las limitaciones en los dominios intelectuales y la mayor probabilidad de ejercer violencia en la vida adulta demuestran un trastorno del desarrollo de tipo bio-psico-social, puesto que el maltrato ha provocado que habilidades psicosociales de base neurológica no se desarrollen en condiciones óptimas, condicionando la capacidad de adaptación y desempeño actual y futura. (p. 86).

Por otro lado, además de las consecuencias que recaen sobre las víctimas de maltrato infantil, existen consecuencias relacionadas con el impacto económico que un problema como este sugiere para los países; solventar las necesidades económicas que se producen en relación al maltrato infantil, probablemente, sea una tarea de los agentes

gubernamentales ya que las cifras cada vez aumentan más. En un estudio realizado por Loredó-Abdalá (2016) sobre el impacto económico del maltrato infantil, se exponen algunas de las cifras que hacen más tangible este fenómeno, por ejemplo, para el año 2010, en Estados Unidos, el costo promedio por tiempo de vida de una víctima de maltrato infantil que no murió en el episodio fue de 210,012 dólares en total, mientras que el costo estimado por víctimas fatales fue de 1, 272,900 dólares. Por su parte, en Alemania, los costos de atención a las distintas modalidades de maltrato infantil ascendió a un total de 11.1 billones de euros; y en lo que respecta a México, se encuentra que las cifras son de aproximadamente 20 mil millones de pesos anuales y que, para el año 2050, esa cifra ascenderá a unos 147,839 millones de pesos que tendrá que invertir el Gobierno Federal sino se invierte antes en recursos para la prevención, atención e intervención de esta problemática (Loredó-Abdalá 2016).

Sin embargo, en cuanto a la intervención y las medidas que se han tomado para disminuir la incidencia de casos de maltrato infantil, por lo menos en esta parte del mundo, los estudios sugieren que estas medidas no han sido suficientes. En un estudio realizado por Muñiz, Nieves & Rivera (2016) sobre el análisis de las medidas gubernamentales que se han tomado en Puerto Rico para el manejo de casos de maltrato infantil en la isla, concluye que no se evidencian cambios significativos en cuanto a las estadísticas presentadas por el Departamento de la Familia, pese a los esfuerzos y la creación de programas orientados a la prevención e intervención del maltrato los autores sugieren que, programas como ADFAN (División de la Administración de Familias y Niños) y el Departamento de Servicios Sociales son necesarios, sin embargo, su dimensión individualista y fiscalizadora no ha sido suficiente para entender la complejidad del fenómeno y actuar desde la estructura familiar,

por ello, se hace pertinente la implementación de un enfoque diferente para que la eficacia y la eficiencia en el manejo de casos de maltrato infantil sea aún mayor.

En este mismo orden de ideas, en relación a las necesidades que se evidencian sobre las intervenciones del maltrato infantil, se encuentra que, en México, por ejemplo, a partir de los años 90 y por la prevalencia de casos clínicos en los que se manifestaban episodios de abuso sexual o daño físico hacia los niños y niñas, se estableció la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, dentro del Instituto Nacional de Pediatría, donde sus objetivos principales se centraron en la asistencia, investigación y docencia del maltrato orientada a proteger a las víctimas y a sus familias (Loredo-Abdalá, Villanueva-Clift, Aguilar-Ceniceros & Casas-Muñoz, 2016).

Asimismo, a partir de un estudio realizado por Grinberg (2015) sobre la percepción que se tiene del maltrato infantil desde tres ejes diferentes, a saber, la pediatría, el psicoanálisis y el derecho, se expone la necesidad de entender cómo los actores judiciales en Argentina intervienen sobre los casos reportados de violencia infantil, ya que ese conocimiento permitirá que las intervenciones relacionadas al tema puedan ser más eficaces; al respecto la autora argumenta que,

Explorar cómo esta categoría se difunde y reelabora localmente, en qué contexto, de la mano de qué actores, y cómo la misma ha llegado (a) nutrirse de determinados sentimientos y valoraciones morales, resulta a mi entender un paso necesario a la hora de comprender los modos en los que en la actualidad los profesionales que encarnan las instituciones judiciales y administrativas de protección clasifican, administran y gestionan cotidianamente el amplio abanico de las “vulneraciones de derechos de los niños” en el marco del nuevo sistema de protección integral, erigido sobre la

Ley 26061 de 2005 de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. (p.88).

De otro lado, en lo referente a las intervenciones que se han hecho para enfrentar este problema, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas que den cuenta de ello y se encontró que algunas de ellas están dirigidas a describir los componentes de los programas de crianza basados en la evidencia dirigidos a padres que han maltratado sus niños en edad escolar primaria o están en riesgo de hacerlo, así como a identificar los componentes que son comunes a estos programas (Temcheff, Letarte, Boutin & Marcil, 2018), sin embargo, estos no especifican el período de tiempo que se tuvo en cuenta para la identificación de los programas. Adicionalmente, se hallaron estudios dirigidos a revisar diferentes tipos de programas de visitas domiciliarias dirigidos a cuidadores de niños entre 0 y 5 años, donde se utilizaron técnicas de meta-análisis para determinar el impacto de factores de implementación, así como las características del estudio para predecir los resultados del programa (Casillas, Fauchier, Derkash & Garrido, 2015).

Cabe mencionar que en cuanto a los hallazgos relacionados con las búsquedas que den cuenta de programas de intervención basados en el apego en la relación madre-hijo, se encuentra que en el meta-análisis desarrollado por Bakermans-Kranenburg et. al (2003) se rastrearon setenta estudios que produjeron efectos relevantes para cambiar la crianza insensible y la inseguridad del apego infantil en familias con o sin, múltiples problemas, mostrando así la efectividad de varios tipos de intervenciones para aumentar la sensibilidad materna y, aunque en un menor grado, la seguridad del apego infantil (Bakermans-Kranenburg et. al., 2003).

Otros estudios fueron dirigidos a revisar la literatura encontrada entre los años 2008 y 2014 sobre violencia universal y programas de prevención de maltrato infantil dirigidos a

padres (Pisani-Altafim & Martins-Linhares, 2016), lo que sugiere que no hay investigación reciente sobre el tema.

Así las cosas y a partir del análisis de este panorama, de las cifras y de los costos que trae consigo el maltrato infantil, no sólo a nivel económico sino también a nivel social, político y de las posibilidades de vida que pueden tener los niños víctimas, se hace pertinente la pregunta sobre cómo se está interviniendo este fenómeno, por ello, el presente trabajo se centra en examinar críticamente estudios validados empíricamente sobre programas para niños en condición de riesgo, desarrollados bajo una perspectiva de apego, dirigidos a madres y que hayan sido publicados entre 2014 y 2018.

Justificación

A partir de la revisión de antecedentes sobre el maltrato infantil que se expuso anteriormente, se evidencia una necesidad investigativa por conocer cómo se está interviniendo y previniendo el fenómeno de maltrato infantil en los últimos cuatro años. Realizar esta investigación en términos de una revisión crítica sobre estudios validados empíricamente, es decir, prácticas basadas en la evidencia, las cuales suponen que favorecen mejores resultados, proporcionará una visión más amplia de lo que, hasta ahora, se ha presentado a la comunidad científica como posibles vías para disminuir los casos que diariamente se reportan sobre violencia, donde los niños y niñas son los más afectados. Además de esto, los estudios a revisar, serán estudios escritos en inglés, ya que la información se publica fundamentalmente en este idioma, lo que permitirá una mayor identificación de la información, en una forma más general y se tendrá un alcance más amplio de estudios publicados entre los años 2014 y 2018 en las diferentes bases de datos.

Adicionalmente, cabe señalar que la presente investigación nace a partir de la ejecución del proyecto de investigación Representaciones sociales de maltrato infantil en estudiantes madres universitarias, investigación realizada por el Semillero de Investigación en Psicología Clínica, el cual, a su vez, está adscrito al Grupo de Investigación en Clínica Psicológica del Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Corporación Universitaria Minuto de Dios sede Bello. Esta investigación será pieza fundamental para proporcionar posibles líneas de investigación relacionadas con el fenómeno objeto de estudio.

Objetivos

Objetivo general.

Examinar críticamente estudios validados empíricamente sobre programas de prevención e intervención del maltrato infantil, con perspectiva de apego, dirigidos a madres que se hayan publicado en habla inglesa entre 2014 y 2018.

Objetivos específicos.

- Analizar la fundamentación teórica de los estudios incluidos en la revisión.
- Analizar el proceder metodológico y resultados globales arrojados en los estudios incluidos en la revisión.
- Identificar los niveles de evidencia que respaldan los estudios con base en el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SING-* (Primo, 2003).

Marco conceptual

A partir de los objetivos planteados para esta investigación y de las categorías de análisis que de allí se desprenden, se hace necesario el desarrollo conceptual de una serie de términos que permiten una mejor comprensión y delimitación de los temas abordados en la presente revisión sistemática.

En un primer lugar, al hacer una revisión del término intervención, se encuentran múltiples acepciones y definiciones desde diferentes puntos de vista, entre todos estos se encuentra también la psicología, que como área del conocimiento ha estudiado este término desde diferentes autores quienes han dado múltiples definiciones al respecto. Un posible acercamiento al término intervención se encuentra en Blanco y Rodríguez (2007) quienes definen que la intervención es entendida como “(...) una actividad presidida por la solución de un problema práctico que abordamos con la inexcusable e imprescindible ayuda de una determinada estructura conceptual” (p. 27).

Adicionalmente, los autores sostienen que, intervenir es planificar acciones para prevenir o reducir el impacto de un determinado problema, es buscar el compromiso activo y convencido de las personas y modificar el curso de un determinado acontecimiento para reconducirlo en otra dirección. No obstante, la intervención por sí sola no es suficiente herramienta, pues sugiere un trabajo con objetivos bastante amplios, por ello, hablar en términos de intervención psicosocial, permite un mejor acercamiento al objetivo que se propone alcanzar, en tanto que “los objetivos planteados en la Intervención Psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades” (Hernández & Valera, 2001, como se citó en Blanco & Rodríguez, 2007).

Asimismo, otra acepción sobre el concepto de intervención psicosocial hace alusión al objeto en el que se centra, es decir, al objetivo de promover bienestar y abordar necesidades o problemas sociales en un determinado contexto, ya que ambos, objeto y contexto, constituirán el eje central de la demanda de intervención (Blanco & Rodríguez, 2007). En otros términos, la intervención psicosocial es una actividad cuyo objetivo se centra en la solución de problemáticas sociales, donde se privilegia la participación de los intervenidos con los interventores en la construcción del cambio social y la emancipación (Alvis, 2009).

En esta misma línea, si se atiende a lo expuesto anteriormente, se puede identificar que la intervención está entendida también en términos de prevención, y para el propósito de esta investigación se hace pertinente abordar este concepto ya que se busca indagar y entender los estudios sobre programas que estén volcados, no sólo a la intervención, sino también hacia la prevención del maltrato infantil. Así entonces, la prevención desde la psicología de la salud se entiende como la relación entre dos conceptos previos, por un lado, se hace referencia a la preparación o acción anticipada y por otra, tiene como objetivo evitar daños o males inminentes (Santacreu, Márquez & Rubio, 1997). Además, la prevención también se refiere a “cualquier tipo de intervención psicológica y social que promueve o realza el funcionamiento emocional o reduce la incidencia y prevalencia de algún mal en la población en general” (Bower, 1969, citado en Rojas, 2018).

En esta misma línea y para complementar un poco más los desarrollos conceptuales en torno al concepto de prevención, se hace pertinente retomar la definición dada por Goldstone quien argumenta que “(...) la prevención constituye un conjunto de actividades dirigidas específicamente a identificar los grupos vulnerables de alto riesgo y para los que

pueden emprenderse medidas con el objetivo de evitar el comienzo de [un] problema”
(como se citó en Contino, 2016, p.11).

Ahora bien, en lo que respecta a los tipos de prevención, Santacreu, Márquez y Rubio (1997) sostienen que es posible:

(...) hablar de prevención primaria en el caso de que el tipo de intervención sea informar a la población de lo que nos indican los sistemas epidemiológicos de alarma o la investigación sobre salud, a los efectos de que los informados tomen sus propias decisiones y actúen en el sentido correcto. (p.7).

Por otro lado, al hablar de prevención secundaria, los autores mencionan que:

En el caso de la prevención secundaria el tipo de intervención es una actuación compleja generalmente organizada como un programa con objetivos y métodos definidos, que va más allá de la mera información, en el que se invierten considerables recursos y de los que se esperan unos resultados claros. (p.7).

Ahora bien, si el objetivo es el estudio de programas dirigidos a intervenir y/o prevenir el maltrato infantil, se hace necesaria la delimitación del concepto, sin embargo, para poder llegar a una mejor comprensión de lo que se entiende como maltrato infantil, en tanto categoría de análisis, se desarrolla en primer lugar la concepción que se tiene del niño y, posteriormente, las prácticas de crianza.

En efecto, la concepción del niño, tal y como hoy se conoce es producto de una evolución en los estudios que se han ocupado de darle un lugar, al respecto, Pizzo (s.f.), sostiene que:

(...) es producto de una historia de construcción de esta noción. De hecho, los niños –en un sentido etario– existieron en todas las sociedades desde los inicios de la humanidad, lo que se ha transformado es cómo se concibe al niño en distintos momentos de la historia y contextos culturales. En 1960, Philippe Ariès publica en Francia su ya clásico estudio “El niño y la vida familiar en el antiguo régimen” donde postula que la noción de infancia tal como la concebimos hoy no existía en la Edad Media. Pensar la infancia como categoría social diferente de los adultos es el resultado de una lenta y progresiva elaboración que se inicia en el siglo XVII y se consolida francamente en el XIX.” (p.1)

Adicionalmente, la autora señala que es sólo a partir de la Modernidad que se considera a la niñez con características diferenciadas de otras etapas de la vida; es a partir de la publicación de la obra “Emilio” de Rousseau en 1762 donde aparece la figura del niño con intereses diferenciados a los de los adultos, distinguiéndose así diferentes etapas en el desarrollo de los hombres (Pizzo, s.f.).

En esta misma línea, es pertinente mencionar que los intereses por el estudio del niño, inicialmente se expresaron en estudios descriptivos y, progresivamente, se fueron convirtiendo en la elaboración de teorías que buscaban explicar las distintas dimensiones del desarrollo infantil (Pizzo, s.f.).

En relación a estas teorías, uno de los avances ha sido el desarrollo de lo que se ha percibido como crianza, ya que este concepto ha estado siempre ligado a lo que se entiende como niñez, es decir, algunas prácticas de crianza en épocas pasadas que eran avaladas culturalmente y hoy se desconocen como tal puesto que la imagen y la percepción del niño no es la misma que se tenía siglos atrás.

De todos modos, la crianza se puede entender como el entrenamiento y formación de los niños o por sus padres o sus sustitutos, o como los conocimientos, creencias y actitudes que los padres asumen en relación a la salud, la nutrición y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar (Eraso, Bravo & Delgado, 2006, como se citó en Izzedin & Pachajoa, 2009).

Además, la crianza implica tres procesos psicosociales, a saber, las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza (Izzedin & Pachajoa, 2009).

En primer lugar, las pautas de crianza se relacionan con las normas que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos, siendo estas portadoras de significaciones sociales. En segundo lugar, se entiende por prácticas de crianza aquellas que se ubican en el contexto de las relaciones entre los miembros de la familia y donde los padres juegan un papel muy importante en la educación de sus hijos. Finalmente, las creencias se refieren al conocimiento que se tiene sobre cómo criar a un niño y a las explicaciones de los padres sobre la forma como encauzan las acciones de sus hijos (Izzedin & Pachajoa, 2009).

Para ejemplificar estas consideraciones, DeMause (1991), citado en Izzedin y Pachajoa (2009), hace una descripción sobre la historia de la infancia desde la antigüedad hasta la actualidad siguiendo los modelos de crianza de infanticidio, abandono, ambivalencia, intrusión, socialización y ayuda.

En este sentido, el infanticidio era una práctica de la antigüedad hasta el siglo IV que se realizaba porque los padres no sabían cómo proseguir con el cuidado de sus hijos. Más adelante, en los siglos IV al XIII, los niños eran internados en monasterios, conventos, entregados a otras familias o se realizaban cualquier tipo de prácticas que implicaran situaciones de abandono afectivo. Tiempo después, durante los siglos XIV al XVI, la

ambivalencia era la forma de criar a los hijos, entendida esta como el deber de los padres de educar a sus hijos, utilizando en algunas ocasiones manuales de instrucción infantil y se hacía uso de todo tipo de castigos físicos y psicológicos. Más tarde, en el siglo XVIII, los padres tenían una mayor proximidad con sus hijos, utilizaban los castigos en menor medida y se empezaba a considerar al niño como un adulto en miniatura o incompleto; este modelo es conocido como intrusión. Posteriormente, se inicia el proceso de socialización, durante el siglo XIX hasta mediados del XX, donde los padres guían al hijo con el objetivo de socializarlo y que se adapte, adicionalmente, en este periodo, el niño es concebido como mano de obra barata y un bien al que se le explota. Y, por último, es desde mediados del siglo XX que nace el modelo de ayuda, donde hay una empatía con el hijo y se entiende que es él quien sabe mejor que sus padres cuáles son sus necesidades (Izzedin & Pachajoa, 2009).

Con respecto a este último modelo, se permite entonces señalar que lo que hoy se percibe y se acepta culturalmente como prácticas de crianza ha sido producto de esa evolución y en ese sentido, es a partir de esa aceptación, de lo que “está bien” en la forma de cómo criar y tratar a los niños y niñas que se desprenden categorías como la del maltrato infantil, sin embargo, para usos de esta investigación, se retoma lo que se expresó en apartados anteriores, donde se hace alusión al término de maltrato infantil y se sostiene que, según la OMS (2009), es entendido como:

Cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

(p. 9).

En este sentido y después de hacer un análisis de la información que se ha dado al respecto, se puede evidenciar que en todos los desarrollos conceptuales se sitúa a los padres en un lugar importante con relación al niño, por tanto, conocer de una manera más detallada cómo se fundamentan los procesos de apego en la relación que el niño y la madre establecen se hace pertinente, toda vez que es a partir de ahí que se desarrollan eventos donde puede aparecer el maltrato infantil.

Por lo tanto, y en tercer lugar, retomando lo planteado por Bowlby en su teoría sobre el apego, se entiende que esta se concibió como una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con determinadas personas a lo largo de la vida (Garrido-Rojas, 2006).

Para Bowlby (1986), el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. (Garrido-Rojas, 2006, p. 494).

Sumado a esto, las primeras investigaciones sobre las diferencias individuales del apego fueron llevadas a cabo por Ainsworth quien distingue tres estilos de apego, a saber, el apego seguro, el apego ansioso ambivalente y el apego ansioso evitativo.

Sobre el apego seguro, señala que las emociones más frecuentes de los niños son la angustia ante la separación del cuidador y la calma cuando este regresa y es en la interacción con el cuidador donde revelan la calidez, confianza y seguridad (Garrido-Rojas, 2006).

Por su parte, en el apego ansioso ambivalente el sentimiento de angustia es exacerbado ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando

este regresa, en esta interacción son relevantes los sentimientos de ambivalencia, enojo y preocupación (Garrido-Rojas, 2006).

Con respecto al apego ansioso evitativo, se tiene que las emociones más frecuentes en los bebés son la ausencia de angustia y de enojo por la reparación del cuidador y la indiferencia cuando este vuelve, en este tipo de interacción relevan la distancia y la evitación (Garrido-Rojas, 2006).

Así las cosas, es importante señalar que es a partir de la concepción teórica de los conceptos de intervención, prevención, niñez, crianza, maltrato infantil y apego que se hará lectura de los estudios sobre programas de intervención y prevención del maltrato infantil dirigidos a padres que se hayan publicado entre el 2014 y el 2018.

Diseño metodológico

El texto presenta los resultados obtenidos a partir de la revisión sistemática (RS), que según lo planteado por Manterola et., al (2013) se define como la síntesis de la evidencia disponible en relación a un tema de investigación determinado, donde los estudios son analizados tanto de forma cuantitativa como cualitativa, para posteriormente sistematizar y resumir la información recolectada y así poderla presentar a la comunidad científica. De manera particular, la presente RS da cuenta del nivel de evidencia y el grado de recomendación hallado en los estudios que presentan programas de intervención dirigidos a las condiciones de riesgo de maltrato en la díada madre-hijo, con una perspectiva de apego; se tuvo en cuenta puntualmente, resultados globales, tendencias y discusión teórica, y metodología y tipos de diseño.

Fuentes documentales.

La búsqueda de los estudios revisados y presentados en esta RS fue conducida en las bases de datos Web of Science, NCBI (PubMed), Springer, Cambridge Core, PsycNet APA, Scopus. Los filtros que fueron empleados en cada una de las búsquedas y que permitieron depurar aún más la información contemplaron: reportes de investigación publicados en idioma inglés entre los años 2014 y 2018. Los criterios de inclusión para los estudios fueron los siguientes: 1. Estudios sobre programas de intervención validados empíricamente, 2. Estudios dirigidos a madres o a la díada madre-hijo, 3. Estudios realizados bajo una perspectiva de apego. Todas las referencias y anotaciones importantes de los estudios encontrados fueron incluidas en una matriz de sistematización.

Instrumento.

El *Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SING-* (como se citó en Primo, 2003), se seleccionó como instrumento para realizar el análisis y valoración de los reportes de investigación identificados. Se considera la pertinencia de este instrumento dada la posibilidad que ofrece para hacer énfasis en aspectos metodológicos y de diseño (Fernández & Villada, 2015). De acuerdo con la SING, los criterios que deben considerarse para definir el nivel de evidencia y grado de recomendación de un estudio son:

Figura 1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SING

Niveles de evidencia	Grados de recomendación
I.a La evidencia científica procede de revisiones sistemáticas, meta-análisis, de experimentos controlados y aleatorios.	A: corresponde a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe evidencia ‘buena’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
I.b La evidencia científica procede de, al menos, un experimento controlado y aleatorio.	B: corresponde a los niveles de evidencia científica II.a, II.b y III. Existe una evidencia ‘moderada’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
II.a La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.	C: corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
II.b La evidencia científica procede de, al menos, un estudio cuasi-experimental, bien diseñado.	
III. La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles	
IV. La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.	

Fuente: Primo (2003).

Procedimiento.

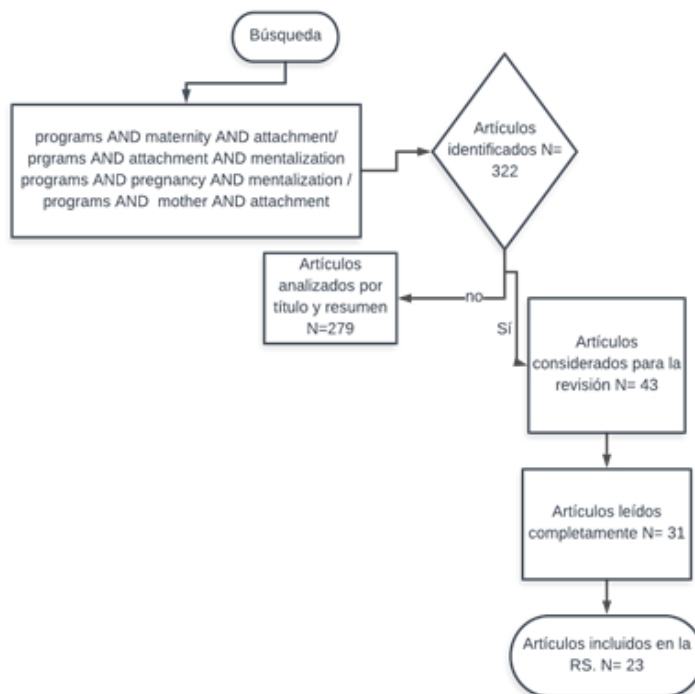
La búsqueda de artículos se llevó a cabo entre agosto y noviembre de 2018. Los descriptores de búsqueda incluyeron: “programs and maternity and attachment”, “programs and attachment and mentalization”, “programs and pregnancy and mentalization” y “programs and mother and attachment”. Al respecto, es importante aclarar que, con base en lo propuesto por Blanco y Rodríguez (2007) fue considerado como programa de intervención toda “(...) actividad presidida por la solución de un problema práctico que abordamos con la inexcusable e imprescindible ayuda de una estructura conceptual” (p. 27). Los autores mencionados sostienen que intervenir es planificar acciones para prevenir o reducir el impacto de un determinado problema, buscar el compromiso activo y convencido

de las personas y modificar el curso de un determinado acontecimiento para reconducirlo en otra dirección.

Por último, es importante mencionar que los estudios fueron revisados por dos pares de manera independiente, y posteriormente, se contrastaron las coincidencias y diferencias respecto al nivel de evidencia y grado de recomendación hallado.

Así entonces, las búsquedas arrojaron los siguientes resultados:

Figura 2. Flujograma de búsqueda



Fuente: Elaboración propia.

Criterios éticos de investigación.

Esta investigación está sustentada bajo la resolución 8430 de 1993, donde en su artículo 11 hace una clasificación de los tipos de investigación, encontrándose esta como una

investigación sin riesgo, ya que este tipo de investigaciones, tal y como lo sostiene la reglamentación:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (p.3)

En ese mismo sentido, esta investigación también se sustenta bajo la ley 1090 de 2006 contemplada en el documento sobre Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia (Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC, 2009), donde en su título VII, capítulo VII, sustenta que:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (p.43)

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. (p.44)

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten

la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos. (p.45)

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores. (p.45)

Resultados

Se revisaron 23 estudios sobre programas dirigidos a la intervención del maltrato infantil en la díada madre-hijo de los cuales se extrajo información que permite presentar estos resultados en función de tres categorías, a saber: resultados globales hallados, abordaje realizado de la teoría del apego y conceptos asociados y, por último, tendencias metodológicas a partir de las cuales se llevaron a cabo los estudios. Con base en estos hallazgos y siguiendo los lineamientos de la SING (Primo, 2003) se presenta el nivel de evidencia y el grado de recomendación para los estudios.

Resultados globales.

Para la presentación de los resultados globales encontrados en los estudios, se realizó una clasificación a partir del foco de intervención, quedando así distribuidos los 23 estudios en cinco categorías presentadas a continuación:

Salud mental materna.

Los resultados que se presentan varían en función de la naturaleza del programa y de los aspectos que intervienen respecto de la relación maternidad - salud mental. En un sentido general, las problemáticas abordadas hacen alusión principalmente a la depresión, la ansiedad, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas, mostrando mejores resultados

sobre el estrés que sobre la depresión. En lo que respecta al ejercicio de la maternidad, se hace alusión a cambios en la sensibilidad materna, en el funcionamiento reflexivo, en las representaciones parentales, en las prácticas de crianza y en otros constructos asociados como hostilidad e intrusividad; sin embargo, los resultados se presentan en términos de tendencias y no se esclarece si la mejora en estos aspectos dependió en todo caso de la disminución de los síntomas psicopatológicos.

En lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas solo se hallaron resultados en la adaptación del MIO. Para esta población, el programa propició efectos moderados sobre el funcionamiento reflexivo potencial y las representaciones parentales, sin embargo, estos resultados no se relacionaron con una mejora en el uso de las sustancias ni en la interacción madre-hijo.

Tabla 1: Salud mental materna

Programa	Propósito	Problemática	Características de la población	Resultados
Community HUGS (Ericksen et al., 2018)	Se trata de una terapia de juego que mejora las relaciones de apego.	Efectos de la depresión post-parto en la función materna y en la interacción madre-hijo	Mujeres con hijos menores de 1 año y con síntomas de depresión o ansiedad, dificultades para adaptarse a la parentalidad, falta de apoyo socioemocional y malas experiencias de crianza en la primera infancia.	En el estudio de factibilidad se presentaron mejoras significativas para estrés parental, resultados de la crianza y la relación madre-infante; resultados moderados en depresión, ansiedad y estrés. La adherencia al tratamiento solo se asoció significativamente con la reducción de la depresión. El estudio piloto solo mostró cambios significativos en el postratamiento para el dominio autoeficacia materna, y la disminución de las dimensiones ansiedad, estrés y depresión. La adherencia no presentó relaciones significativas con los resultados posteriores al tratamiento.
Mom Power Parenting Intervention (Rosenblum et al., 2018)	Mejorar la crianza sensible y educada en madres de alto riesgo y reducir los problemas de salud mental de los cuidadores.	Sintomatología de psicopatología: abstinencia social, ansiedad, labilidad emocional, anhedonia y fatiga.	Mujeres de al menos 15 años de edad, de habla inglesa, embarazadas o con al menos 1 hijo en el rango de edad de 0 a 5 años.	Efectos del tratamiento: El programa permitió un cambio en la tipología de las representaciones, evidenciado en un aumento de las representaciones equilibradas y una disminución de las representaciones no equilibradas. Así como un aumento significativo en la reflexividad parental.
La Video Interaction Guidance (VIG) (Pethica & Bigham, 2018)	Mejorar los comportamientos interactivos de los padres.	Parentalidad, discapacidad intelectual y estrés parental	Madre con discapacidad intelectual leve, cuyos 2 niños estaban en el registro de protección infantil por maltrato verbal y negligencia.	Se propició una percepción de mayor seguridad para ser escuchada por sus hijos, hubo mejoras en la interacción reflejadas en el juego y en una conducta menos intrusiva, también se manifestó mayor interés para ejercer una disciplina más sensible.
Play with Our Children- POC (Brahm et al., 2016)	Fortalecer la interacción positiva entre cuidador y niño, promover el desarrollo integral y mejorar las	Salud mental: estrés y depresión	GI: niños que hayan participado del programa (al menos 6 sesiones), sin diagnóstico de necesidades especiales graves. GC: niños con edades similares que los niños del GI, sin	Sensibilidad materna: El POC se asoció positivamente con la sensibilidad materna para las madres de niños mayores pero no para las madres de niños más pequeños. Salud mental materna: No hubo diferencias significativas entre los grupos en lo que respecta a la

	habilidades de la crianza de los cuidadores.		diagnósticos de necesidades especiales graves y que no hubieran participado en POC.	depresión materna; sin embargo, la participación en POC se asoció positivamente con un menor nivel de estrés en los padres.
Parent-Child Clinical Services Program (Ziv et al., 2016)	Alterar las representaciones parentales. Favorecer la calidad positiva de las relaciones padre-hijo.	Población en condición de salud mental que deban ser atendidas y que presenten experiencias traumáticas	21 niños y 11 niñas con edades entre 3 y 6 años de edad, con conductas externalizantes e internalizantes. El 76% de las díadas madre-hijo estuvieron expuestos a traumas.	Se presentaron correlaciones significativas entre perspicias y sensibilidad materna. El programa tuvo efectos en la mejora de la sensibilidad y disminuciones en el comportamiento intrusivo, pero no con los constructos de hostilidad y separación. A partir del programa los niños respondían más positivamente en la interacción con sus madres
Mothering from the Inside Out (Suchman et al., 2017)	Mejorar la función reflexiva (RF) y el manejo de la angustia emocional en madres con consumo de SPA.	Maternidad y consumo crónico de sustancias psicoactivas	En promedio las madres tenían 29.68 años, habían completado 12.39 años de educación, la mayoría (89%) realizaron un diagnóstico primario de heroína o de opioides sin receta. Los niños objetivo tenían 27.62 meses de edad y el 54% eran hombres.	MIO vs Comparaciones PE: los resultados más significativos se observan en la RF potencial, se desarrolló una mayor calidad de las representaciones pero esta no es destacable. Respecto a la interacción madre-hijo los resultados fueron moderados, lo mismo que el uso de sustancias por parte de las madres. No hubo efectos significativos ni para los síntomas psiquiátricos maternos ni para el estado de apego del niño.
Mom Power (Muzik et al., 2015)	Mejorar en el autocuidado, salud mental y la competencia parental.	Psicopatología materna: depresión y trastorno de estrés postraumático.	Mujeres, con un promedio de 2 niños hasta los 5 años. Reportaron altas tasas de trauma interpersonal directo (73%) y el 98% reportó al menos un factor de estrés ambiental.	Se encontraron reducciones significativas para los síntomas y diagnósticos clínicos de depresión y trastorno de estrés postraumático. Así como para indefensión e impotencia materna. Las mejoras en la reflexividad parental fueron sólo a nivel de tendencia.
Mothering from the Inside Out (Suchman et al., 2016)	Mejorar la capacidad de funcionamiento reflexivo parental	Psicopatología parental	Madres con edad promedio de 30.53 años, y niños entre el nacimiento y los 84 meses de edad. El 29.4% de los niños estaba en los servicios de protección infantil. Las madres psicopatología referida a trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos	El RF materno se mantuvo en un nivel de pre-mentalización. El RF potencial mostró un aumento moderado y el RF auto-centrado no mostró aumento desde el inicio hasta el pos tratamiento. Sólo el RF centrado en el niño mostró aumento. El estrés maternal reportado por las madres disminuyó para angustia personal y niños difíciles pero no en la escala de interacción entre padres y niños difíciles. Tanto para sufrimiento psiquiátrico global como

por uso de sustancias en
remisión.

depresión la magnitud de del cambio correspondió a
un efecto medio. No hubo cambios significativos a lo
largo del tiempo en sensibilidad materna,
participación infantil y reciprocidad diádica.

Condición de riesgo.

La condición de riesgo contempla los conflictos trabajo-familia, la exposición a la violencia, a experiencias traumáticas, a la pobreza, la maternidad temprana y la relación de estos con respuestas maternas severas o negligentes. En relación a los efectos de mejora, los resultados se presentan tanto para las madres como para los hijos. Se tiene que para las madres se lograron mejores resultados en la sensibilidad, las competencias maternas, la regulación emocional y la integración con el contexto social más amplio. Por su parte, no se lograron efectos favorables en la disminución de la hostilidad materna, la satisfacción de la relación madre-infante, el desarrollo escolar en las madres y el control natal. Con respecto a los resultados relacionados con el niño, se encontraron mejoras significativas en el apego, las competencias sociales, la reducción de conductas problemáticas, el desarrollo mental, el compromiso con su entorno y el lenguaje expresivo.

Algunos aspectos específicos para los programas señalan una influencia del tiempo en los efectos observados y en la variación de estos, por ejemplo, efectos que se manifiestan sólo en las observaciones finales, efectos que se manifiestan sólo al término del tratamiento, pero no en los seguimientos posteriores, o efectos que varían según la asistencia a las sesiones.

Pese a que dos programas están diseñados para intervenir la maternidad temprana sólo se cuenta con resultados del programa PRERAYMI, el cual favoreció la sensibilidad y control materno lo que a su vez tuvo efectos en el estilo de cooperación, la coordinación afectiva y el uso de juguetes por parte de los niños. La intervención no se correlacionó con una mejora en la calidad del apego materno. Hubo mayor efectividad en la etapa temprana del programa en comparación con la tardía.

Tabla 2: Condición de riesgo

Programa	Propósito	Problemática	Características de la población	Resultados
Psychodynamic-oriented video feedback (Manna & Boursier, 2018)	A través de la retroalimentación en video, para reforzar la capacidad de respuesta de las madres hacia sus hijos.	Conflicto trabajo-familia	Mujeres entre 31 y 46 años de edad, con 1.7 niños en promedio (0 a 3 años), en su mayoría casadas (85%) y con altos conflictos de familia - trabajo.	El aspecto más beneficioso del programa se denominó “efecto perturbador” del video sobre el inconsciente, al permitir que las madres aceptaran la imagen de sí que se reflejaba en el video, lo que ayudó a la madre a reconocer las señales de su hijo y fomentó la identificación con él.
Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting - STEEP (Suess et al., 2016)	Apoyar el desarrollo de un apego seguro, al mejorar la sensibilidad materna.	Díada madre-hijo en alto riesgo (apego desorganizado)	De las madres del grupo de intervención (GI) el 48.7% eran menores de 18 años, el 42.1% no se graduó de la escuela y el 83.1% eran madres solteras. Por su parte, las madres del grupo control (GC) el 34.5% eran menores de 18 años, el 41.4% no se graduó de la escuela y el 72.4% eran madres solteras.	Apego: El grupo STEEP presentó 3,1 veces más probabilidades de desarrollar un apego seguro en comparación con el GC. La comparación entre grupos para el apego desorganizado reveló un efecto medio a favor del grupo STEEP tanto a los 12 como a los 24 meses. Efectos sobre el estrés, las actitudes y la depresión de las madres: El STEEP no tuvo efectos significativos. Solo a los 24 meses las madres STEEP tuvieron más probabilidades de comprender y valorar las necesidades de los niños.
The Peek-a-Boo Club™ (Bunston et al., 2016)	Reelaborar de manera positiva las rupturas relacionales y las dificultades de apego resultantes de la exposición a la violencia familiar	Violencia intrafamiliar y experiencias relacionales traumáticas tempranas	Niños (as) con edad promedio de 20.4 meses, madres entre 18 y 53 años de edad y padres con edad promedio de 34.51 años. Los padres presentaron depresión y trastorno de estrés postraumático, y los niños, problemas con el comportamiento, la ansiedad y el apego.	Las madres informaron que los niños eran significativamente más competentes socialmente y menos problemáticos. Los resultados del índice de cambio confiable mostraron que sólo el 10% de los participantes mostraron una mejoría significativa en el funcionamiento global de MPAS y el placer de interacción de MPAS, sólo el 3% mostró mejoras significativas en la calidad del apego de MPAS, los participantes demostraron que no hubo cambios o deterioro significativo en la ausencia de hostilidad.

Attachment and Biobehavioral Catch-up- ABC (Yarger et al., 2016)	Enseñar a los padres a brindar cuidados a sus hijos cuando están angustiados responder de manera sensible y contingente.	Adversidad temprana: negligencia y comportamientos aterradores o espantosos por parte de los padres	Madres con bajos niveles de conducta sensible o altos niveles de intrusividad. GI: edad promedio de las madres 24.70 años, edad promedio de los niños 13.18 meses. GC: edad promedio de las madres 28.86, edad promedio de los niños 15.14 meses.	Sensibilidad e intrusividad: para la sensibilidad se presentó un efecto medio, mientras que para la intrusividad una reducción significativa. Los resultados fueron más pronunciados durante la primera mitad del tratamiento.
Parents under Pressure -PuP (Barlow et al., 2016)	Favorecer la toma de decisiones en mujeres embarazadas vulnerables o en alto riesgo.	Abuso emocional y negligencia, efecto desregulado y comportamiento impulsivo de los padres	Madre remitida a las 18 semanas de embarazo después de varios embarazos, su historial anterior incluyó abortos involuntarios niños retirados de su cuidado que han sido dados en adopción.	Se logró un mejor desarrollo y calidad en la relación de cuidado, valores expectativas y habilidades maternas. Así como un mejor funcionamiento en la capacidad de regular las emociones en la madre y una mejor integración con el contexto social más amplio.
Pro-kind (Adaptación de Nurse-Family Partnership - NFP) (Sierau et al., 2016)	Mejorar la salud prenatal materna, el funcionamiento familiar, las competencias de los padres.	Abuso y negligencia infantil	Madres primerizas de bajos ingresos entre las semanas 12 y 28 de embarazo, con factores de riesgo económico y al menos un factor de riesgo social.	Se observó un efecto marginalmente significativo para el apoyo social. El programa no presentó efectos significativos para la satisfacción de la relación madre-infante, las competencias maternas, el desarrollo escolar en las madres y el control natal. Los niños del GI mostraron niveles más altos de desarrollo mental.
Ulm model (Pillhofer et al., 2015)	Ayudar a las madres comprender las señales de su hijo.	Madres en alto riesgo de abuso y negligencia infantil.	Madres con edad media de 22.5 años, el 64,2% fueron madres primerizas, el 73.5% eran solteras, el 83.1% eran ciudadanas alemanas, y el 28.9% tenía menos de una educación secundaria.	En ninguno de los dos grupos la sensibilidad media alcanzó el nivel definido como adecuado según el CARE-INDEX. El estado de riesgo mostró que el desarrollo socioemocional medio fue significativamente más alto en el grupo de alto de riesgo que en el grupo control.

Positive Parenting and Sensitive Discipline - VIPP-SD (Pereira et al., 2014)	Mejorar la sensibilidad de los padres y la disciplina positiva utilizando una técnica de retroalimentación de video.	Disciplina severa en madres en riesgo de maltrato	Madres con edad media de 29.86 años y niños con edad media de 28.44 meses. Presentaban al menos un riesgo relacionado con la calidad de las relaciones familiares o con la crianza de los hijos.	La disciplina severa disminuyó en el grupo de intervención pero no en el grupo control sólo en las condiciones de mayor estrés.
Programa de Apoyo Psicológico P/Materno-Infantil (Pons-Salvador et al., 2014)	Promover sistemas adaptativos protectores en los niños	Prácticas parentales riesgosas	Madres con edad media de 31.29 años, el 72% con estudios básicos, el 18.4% con estudios de alto nivel y el 9.6% con estudios de nivel medio. De los bebés que participaron en el estudio el 52.6% eran niñas y el 47.4% niños	Los resultados indicaron que para producir cambios significativos en la CAP (Inventario de Potencial Abuso Infantil) era necesario asistir al menos a tres visitas. Se observó que la proporción de niños con apego seguro fue mayor cuando la familia realizó cuatro vistas al programa seguidas de tres visitas y finalmente de dos. Los niños que mostraron un apego seguro tenían madres cuyos puntajes en CAP se redujeron en la evaluación posterior, mientras que este descenso no ocurrió en las madres de niños con apego inseguro.
My Baby & Me (Guttentag et al., 2014)	Cambiar aspectos específicos de las conductas de respuesta de las madres con sus hijos durante los períodos de desarrollo de bebés y niños pequeños.	Díadas madre-hijo que por su condición de pobreza están en riesgo de abuso y negligencia	Madres adolescentes con edad promedio de 17.18 años y madres adultas con edad promedio de 24.29 años. La raza y el grupo étnico auto-identificado fueron 56.23% afroamericanas, 35.45% hispanas y 11.91% blancas no hispanas; la mayoría de las madres (88%) estaban solteras.	Para comportamiento maternal se presentaron resultados con mayor sostenimiento en el tiempo en: Capacidad de respuesta contingente, Calidad de la estimulación verbal (10, 16, 24 y 30 meses) y Frecuencia de andamios verbales (16, 24 y 30 meses). Hubo poca evidencia de diferencias entre las madres adolescentes y adultas. Para comportamiento observado en los niños, se encontró que los niños de alta intensidad mostraron mejores resultados en compromiso con su entorno, lenguaje expresivo y complejidad del juego con juguetes. No hubo diferencias significativas entre la cognición infantil y la evaluación del lenguaje.

<p>Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants PRERAYMI (Riva et al., 2016)</p>	<p>Mejorar la relación madre-hijo, aumentar la RF materna y la regulación emocional diádica. Fomentar el proceso de integración de su experiencia de maternidad y su relación con el bebé con su transición hacia la edad adulta.</p>	<p>Maternidad temprana como un factor de riesgo (14 a 21 años).</p>	<p>GI: edad media de las madres 18.75 años, 65% de los bebés eran el resultado de embarazos no deseados y el 46% tenía antecedentes de abuso o negligencia. GC: edad media de las madres de 17.94 años, 75% de los bebés eran el resultado de embarazos no deseados y 50% tenía antecedentes de abuso o negligencia</p>	<p>Las madres adolescentes del GI mostraron un aumento en el estilo de sensibilidad, una disminución en el estilo de control y una mejora en el estilo cooperativo de los niños después de los 3 y 6 meses de intervención. No hubo efecto principal significativo para el estilo complaciente compulsivo y niño difícil. Los bebés del GI mostraron mejores resultados en el juego con juguetes y el estado de coordinación afectiva en comparación con los bebés del GC. El efecto de la intervención fue mayor de los 3 a los 6 meses que de los 6 a los 9 meses. No hubo efectos de interacción significativos entre el efecto de la intervención y la calidad del apego materno</p>
<p>TeeMo (STEEP-b) (Firk et al., 2015)</p>	<p>Mejorar la atención sensible de los padres para reconocer y comprender las señales de sus hijos.</p>	<p>Maternidad temprana como factor de riesgo para el abuso y la negligencia infantil</p>	<p>Madres con 21 años o menos al inicio del embarazo, que convivan con su hijo y que estos estuvieran entre los 3 y 6 meses de edad.</p>	<p>No se presentan resultados debido a que en el momento de publicación del estudio estaban en proceso de reclutamiento de los participantes.</p>

Desarrollo infantil.

Los programas se orientaron a la estimulación prenatal, la salud mental infantil, el bienestar, y desarrollo infantil saludable. Solo el programa Tuning in Parentig hace una evaluación de sus efectos; los resultados favorables se relacionan con una mejora en la interacción cuidador-infante, lo que a su vez influye en la capacidad de expresión y exploración en los niños. No obstante, no tuvo efectos en el bienestar emocional materno.

Tabla 3: Desarrollo infantil

Programa	Propósito	Problemática	Características de la población	Resultados
The Baby Bond (van der Walt et al., 2016)	Estimular sensorialmente el vínculo prenatal percibido por la madre.	Estimulación prenatal	Las participantes tenían entre 20 y 34 años de edad, habían completado la educación secundaria, tenían relaciones estables y provenían de grupos socio-económicos de nivel medio a alto.	El resultado del PAI no reveló diferencias significativas entre los grupos, mientras que el MAI reveló un aumento significativo para el grupo control, lo que indica que el programa The Baby Bond no tuvo significativamente más beneficios para la vinculación que el programa de estimulación alternativo.
Primary Care – Video Intervention Therapy -PC-VIT (Facchini et al., 2016)	Apoyar la sensibilidad y la mentalización de los cuidadores para promover la salud mental infantil.	Salud mental infantil.	Bebés con edades comprendidas entre los 15 y 30 días, hacían parte de familias de población normal que asistían a la oficina comunitaria de atención primaria pediátrica.	Todos los participantes valoraron la intervención como útil para mejorar la capacidad de comprender mejor sus comportamientos y los comportamientos de sus bebés. Informaron sentirse más seguros como padres y más conscientes de sus capacidades.
Tuned In Parenting -TIP (King et al., 2015)	Potenciar la RF materna en la relación madre-hijo.	Bienestar emocional materno y desarrollo infantil saludable	Madres entre 29 y 41 años, cuyos niños están entre 5 y 22 meses. Se consideraron auto-reportes de problemas emocionales y dificultades de las madres con sus hijos.	Al finalizar el programa, los participantes mostraron más turnos y sentimientos recíprocos de la iniciativa de sus hijos, evidenciado en el fomento de la exploración del entorno de la sala de juegos y permitiendo la expresión de una variedad de emociones así como ofreciendo la comodidad adecuada cuando fue necesario. No hubo efectos estadísticamente significativos en depresión, ansiedad y estrés.

Abordaje teórico.

El referente más citado en relación a la conceptualización de sensibilidad materna es Mary Ainsworth, quien sostiene que esta se constituye en la capacidad que la madre tiene para responder a las necesidades y demandas del niño acorde al momento del desarrollo en que este se encuentre, y hacerlo de una manera precisa, apropiada, rápida y contingente. Así mismo se señala que la capacidad de respuesta exige a su vez una capacidad interpretativa de la necesidad que está a la base de las demandas, en ese sentido, se plantea que la sensibilidad sugiere grados de consciencia, que dan lugar a niveles de sensibilidad, es decir, a mayor consciencia mayor nivel de sensibilidad materna. Este planteamiento da pie a la relación de la sensibilidad con otros constructos, tales como, apego materno, representaciones internas de trabajo en las madres y reflexividad. Por último, se señala que la respuesta de la madre se constituye en un modelo para que sus hijos desarrollen una capacidad de autorregulación tanto a nivel cognitivo como comportamental.

Por su parte la mentalización es presentada como la capacidad de reflexión de la madre acerca de los estados internos del niño (pensamientos, emociones e intenciones) y con ello, la comprensión de su conducta, así como de los estados mentales de sí misma. Este proceso se asocia a su vez con una capacidad de regulación del afecto y un funcionamiento superior dentro del mundo social. En consecuencia, la mentalización favorece que la madre reconozca sus limitaciones para conocer siempre lo que su hijo está pensando y, por lo tanto, tenga mayor disponibilidad para buscar sintonizar con sus señales. Los autores sostienen que, en conjunto, la sensibilidad y la mentalización son factores determinantes del sistema de apego e imagen de sí que el niño incorpora.

La relación entre mentalización y reflexión, esclarece que el funcionamiento reflexivo es la manifestación observable y medible de la capacidad de mentalización,

permite acceder a los modelos internos de trabajo de los padres o representaciones parentales, y su aplicación en actitudes perspicaces relacionadas con los comportamientos y sentimientos del niño. No obstante, pese a que la información presentada sugiere una estructura en la que la sensibilidad podría ser el constructo general que engloba la mentalización y el funcionamiento reflexivo, no se logran percibir de manera clara los límites conceptuales entre ellos.

Finalmente, se hace relevante señalar que en algunos estudios se hace alusión a la empatía como una capacidad y habilidad de la madre que favorece la comprensión de los estados internos del niño, sin embargo, tal como puede extraerse de lo dicho no es claro cómo esta capacidad se diferencia o relaciona con la sensibilidad o con la mentalización.

Tendencias metodológicas.

Tal y como se muestra en la Tabla 6 los hallazgos relacionados con las tendencias metodológicas de los estudios se analizaron en relación al diseño, el tipo de análisis y los instrumentos utilizados.

En cuanto al diseño se encontró que estos se dividen en experimentales (un estudio de factibilidad, tres pruebas piloto controladas aleatorizadas, y siete ensayos controlados aleatorizados, uno de ellos longitudinal intensivo a corto plazo, y el otro longitudinal y multicéntrico. 11 estudios en total), cuasi experimentales (cuatro ensayos controlados no aleatorizados), correlacionales (tres estudios, de los cuales uno es un ensayo piloto abierto no controlado y el otro un estudio pre y post test no controlado), descriptivos (un estudio piloto pre y postest sin grupo control y un estudio piloto de casos), exploratorios (un estudio de casos), descriptivos-exploratorios (un estudio de caso único) y mixtos (uno no específica y el otro es un estudio secuencial parcialmente mixto, estado dominante cualitativo).

Los procedimientos de análisis de la información más predominantes fueron la intención de tratar (ITT), ecuaciones de estimación generalizadas (GEE), pruebas t independientes, análisis de Chi-cuadrado, prueba de McNemar-Bowker, pruebas de significación de una cola, tamaño del efecto según los criterios de Cohen (1988) y de Field (2013), puntuación de fidelidad media y correlaciones bivariadas, prueba U de Mann Whitney para determinar las diferencias significativas, emparejamiento de puntaje de propensión, correlaciones de Pearson y pruebas t pareadas, índice de cambio de confiabilidad (RCI), modelos lineales generalizados (GLMM), modelos de crecimiento lineal jerárquico, análisis post hoc, modelos de componentes de variación, análisis de varianza de medidas repetidas (RMANOVA, ANOVA), Eta cuadrado parcial y modelos de curvas de crecimiento.

En lo que respecta a los sistemas de observación se observó una predominancia de la Video de interacción guiada (*Video feedback*) y el procedimiento de la situación extraña de Ainsworth (*The strange situation attachment procedure*, Ainsworth et al., 1978). Finalmente, los sistemas de codificación para observaciones estructuradas más usados fueron el *CARE-Index* (Crittenden, 2008) y el *Child-Adult Relationship Experimental Index* (Crittenden, 1998).

Adicionalmente, se encontró que, en su mayoría, los estudios refirieron la utilización del software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en diferentes versiones lo que permite identificar que los análisis realizados son estadísticos y, en ese sentido, los resultados presentados en los diferentes estudios poseen un enfoque inferencial.

En relación a los instrumentos más utilizados en los estudios se encontraron los siguientes:

The Parenting Stress Index Short Form (PSI/SF; Abidin, 1995): Medida utilizada para evaluar el funcionamiento de las relaciones madre-hijo a través del informe de las madres. El PSI / SF arroja puntajes en los dominios de “niño difícil”, “interacciones disfuncionales padre-hijo”, y “angustia paterna”, así como un puntaje total de estrés parental.

The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995): Esta escala está orientada a la medición de factores que den cuenta de los índices de depresión, ansiedad y estrés en las madres.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987): Escala de medición enfocada en los síntomas de la depresión posnatal.

Postpartum Depression Screening Scale (PPDS, Beck & Gable, 2001): Escala utilizada para informar los síntomas depresivos en las madres.

Life Stressor Checklist (Wolfe & Kimerling 1997): Su objetivo es evaluar la exposición a traumas interpersonales y factores estresantes ambientales en el pasado (“siempre”) o recientemente (“el año anterior a la intervención”).

Working Model of the Child Interview (WMCI, Rosenblum et al., 2009; Zeanah & Benoit, 1995): Esta entrevista infantil está dirigida a las madres y con ella se evalúan los modelos de trabajo interno o representaciones maternas sobre el niño.

Parent Development Interview (PDI; Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2003): Entrevista semiestructurada orientada a la medición del funcionamiento reflexivo parental que requiere que las madres describan las interacciones específicas con el niño.

Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA - Briggs et al., 2004): Evalúa el funcionamiento socioemocional de los niños a los 16, 24 y 30 meses.

The Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS, Condon, Corkindale, & Boyce, 2008): Es una escala de autoinforme que mide cuantitativamente la calidad del apego en la relación madre-infante. La escala consta de 19 elementos en una escala de 5 puntos.

Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1986): Evalúa el riesgo de abuso infantil.

La Tabla 6 permite observar la información aquí descrita por programa de intervención.

Tabla 4: Tendencias metodológicas

Programa	Diseño	Tipo de análisis	Instrumentos
Community HUGS (Ericksen et al., 2018)	Experimental. Estudio de factibilidad y prueba piloto controlada aleatorizada.	Los datos de ambos estudios se analizaron por intención de tratar (ITT). Las comparaciones entre grupos, las variables de resultados continuos se ajustaron en ecuaciones de estimación generalizadas (GEE).	The Parenting Stress Index Short Form (PSI/SF; Abidin, 1995); The self-efficacy dimension of the Parenting Sense of Competency Scale (PSOC; Self-Efficacy subscale; Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978); The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995); Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987); The Paediatric Infant Parent Exam (PIPE; Fiese, Poehlmann, Irwin, Gordon, & Curry-Bleggi, 2001)
Psychodynamic-oriented video feedback (Manna & Boursier, 2018)	Mixto. No se especifica el diseño.	Se calcularon pruebas t independientes para comparar la tensión de los padres en el pre y post-tes. Se proporcionó un sistema de codificación para evaluar la sincronía diádica y los patrones relacionales.	WFC Scale (Bohen & Viveros-Long, 1981; Manna, Boursier & Palumbo, 2014); CARE-Index (Crittenden, 2008); Parenting Stress Index (Boursier & Manna, 2014; Garino et al., 2008).
Mom Power Parenting Intervention (Rosenblum et al., 2018)	Experimental. Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Se utilizaron pruebas t y análisis de Chi-cuadrado. Para examinar el efecto de la intervención sobre el cambio en la tipología, se utilizó una prueba de McNemar-Bowker. Para las hipótesis se emplearon pruebas de significación de una cola.	Working Model of the Child Interview (WMCI, Rosenblum et al., 2009; Zeanah & Benoit, 1995); Life Stressor Checklist (Wolfe & Kimerling, 1997); Postpartum Depression Screening Scale (PPDS, Beck & Gable, 2001); The National Women's Study PTSD Module (NWS-PTSD, Kilpatrick et al, 1989).
La Video Interaction Guidance -VIG (Pethica & Bigham, 2018)	Exploratorio, descriptivo. Estudio de caso único.	Los videos fueron analizados por el autor principal y un clínico independiente, que contaron los casos de interacciones sensibles. Se discutieron los desacuerdos y solo se incluyeron los casos en que ambos evaluadores estuvieron de acuerdo.	Video Interaction Guidance (VIG, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, & Juffer, 2003).
Mothering from the Inside Out (Suchman et al., 2017)	Experimental. Prueba piloto controlada aleatorizada.	Para probar el cambio significativo en los resultados desde la línea de base hasta el post-tratamiento, se calculó el tamaño del efecto (Cohen, 1988). Para examinar las asociaciones entre los	The Revised MIO/PE Adherence Rating Scale (Suchman, Rosenberger, & DeCoste, 2010); The Working Alliance Inventory-Revised (Horvath & Greenberg, 1989); Parent Development Interview (PDI; Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2003); The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995); Brief

		mecanismos potenciales, se calculó una puntuación de fidelidad media y se examinaron las correlaciones bivariadas.	Symptom Index (BSI; Derogatis, 1993); Global Severity Index and Beck Depression Inventory – Short Form (BDI-SF; Beck, Steer, & Brown, 1996); Mother–child interactions (Coding Interactive Behavior -CIB; Feldman, 1998); Intake interview.
The Baby Bond (van der Wlat et al., 2016)	Experimental. ECA.	La prueba U de Mann Whitney se realizó para determinar las diferencias significativas entre las pruebas previas y las posteriores. El tamaño del efecto se calculó con base en Field (2013). El nivel de significancia se estableció en $p \leq 0.05$	Prenatal Attachment Inventory (PAI, Muller, 1993; Maternal Attachment Inventory (MAI, Muller, 1996).
Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting - STEEP (Suess et al., 2016)	Cuasi-experimental. Ensayo controlado no aleatorizado.	Se realizaron seguimientos hasta los 24 meses de edad de los bebés; sin embargo, no se presentó el procedimiento estadístico.	The strange situation attachment procedure (Ainsworth et al., 1978); The Attachment Q-Sort (AQS, Ahnert, Eckstein-Madry, Supper, Bohlen, & Suess, 2012; Waters, 1995); Parental Stress Index Short Form (PSI-SF, Abidin, 1995); Adult/Adolescent Parenting Inventory (AAPI, Bavolek, 1989); Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox, Holden y Sagovsky, 1987).
Play with Our Children- POC (Brahm et al., 2016)	Cuasi-experimental. Ensayo controlado no aleatorizado.	Se utilizó el emparejamiento de puntaje de propensión (PSM por sus siglas en inglés). Se utilizó difference-in-difference para representar la diferencia en el cambio de medias en el estrés y los síntomas depresivos entre los grupos tratados y de comparación antes y después del tratamiento.	Battelle test (Newborg, 2004); Ages and Stages Questionnaire (Squires & Bricker, 2009); Family socio-demographic Questionnaire; Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke et al., 2009); Parenting Stress Index (PSI, Abidin, 1983); Q-Sort Maternal Sensitivity (Pederson et al., 1990).
Parent–Child Clinical Services Program (Ziv et al., 2016)	Pre-experimental. Correlacional	Realizaron correlaciones de Pearson y pruebas t pareadas para evaluar las diferencias pre y post intervención.	The Emotional Availability Scales, Third Edition (EAS, Biringen et al., 1998); Insightfulness Assessment (AI, Oppenheim y Koren-Karie 2002)

The Peek-a-Boo Club™ (Bunston et al., 2016)	Descriptivo. Estudio piloto pre y postest sin grupo control.	Para determinar si los cambios en las medidas de resultado utilizadas fueron clínicamente significativos, se calculó un índice de cambio de confiabilidad (RCI) para cada puntaje y subescala de cada participante.	The Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA, Briggs-Gowan & Carter, 2002); The Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS, Condon, Corkindale, & Boyce, 2008); The Parent–Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS, Zero-To-Three, 2005).
Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants - PRERAYMI (Riva et al., 2016)	Cuasi-experimental. Ensayo controlado no aleatorizado.	Se aplicaron las pruebas t para las variables continuas y la prueba de Chi cuadrado (o las pruebas exactas de Fisher) para las variables nominales. Para evaluar los efectos de la intervención en la interacción madre-hijo, se utilizaron los Modelos lineales generalizados (GLMM).	Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1985); Reflective Functioning Scales (Fonagy et al., 1998); Care-Index - The Child-Adult Relationship Experimental Index (Crittenden, 1998); Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP; Weinberg y Tronick, 1999).
Attachment and Biobehavioral Catch-up- ABC (Yarger et al., 2016)	Experimental – Longitudinal intensivo a corto plazo. ECA.	Se utilizaron modelos de crecimiento lineal jerárquico para estimar el cambio en la sensibilidad y la intrusión después de completar las intervenciones.	Observational Record of the Caregiving Environment (ORCE; NICHD Early Child Care Research Network, 1996, version adapted).
Parents under Pressure -PuP (Barlow et al., 2016)	Descriptivo. Estudio piloto de casos.	Se realiza seguimiento prenatal y postnatal; sin embargo, no se especifica el procedimiento de análisis estadístico.	Depression Anxiety and Stress Scale (DASS, Lovibond y Lovibond, 1995); Alcohol Use Disorders Identification Test Audit-C (Meneses-Gaya et al., 2010); Social Support Scale (Zimet et al., 1988); Domestic Abuse Stalking Harassment Risk Identification and Assessment and Management model (DASH, 2009); Brief Child Abuse Potential Inventory, (Ondersma et al., 2005); Parent development Interview (Slade et al., 2003); CARE-Index (Crittenden, 2001); HOME (Bradley et al., 2003).
Pro-kind (Adaptación de Nurse-Family Partnership -NFP) (Sierau et al., 2016)	Experimental – longitudinal y multicéntrico. ECA.	Se utilizaron modelos de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) para evaluar el impacto del programa. Además, realizamos un análisis post hoc de los factores de implementación que contribuyen a los efectos del programa para las variables de	General level of stress scale (Bodenmann, 2000); Life satisfaction questionnaire, subscale (Fahrenberg et al., 2000); Perceived social support (Hosser, 2000); Parental expectations survey (Reece and Harkless, 1998); Experiences and knowledge about children (Porter & Hsu, 2003); Maternal antenatal/postnatal attachment questionnaire (Condon & Corkindale, 1998); Parenting scale, short version (Arnold et al., 1993); Maternal behavior rating scale-

		resultados con efectos de tratamiento positivos a lo largo del tiempo. Para la inspección de los efectos del clúster en el nivel del sitio de implementación y el visitante domiciliario, se utilizaron modelos de componentes de variación.	revised, subscale (Mahoney, 1999); Interpersonal reactivity index, subscale (Davis 1980); Perceived stress scale, short version (Cohen & Williamson, 1988); Bayley Scales of Infant Development (BSID-II), MDI. (Reuner et al., 2007); Bayley Scales of Infant Development (BSID-II), PDI. (Reuner et al., 2007); Behavior rating scale, BSID-II (Reuner et al., 2007); Parent questionnaire ELFRA I and 2, wordproduction (Grimm & Doil, 2006); Language development test for 2-year-old children, SETK-2 (Grimm et al., 2000); Child behavior checklist, CBCL 1½–5 years, subscales internal and external symptoms (Achenbach & Rescorla, 2000); Working Alliance Inventory (Horvath y Greenberg 1989).
Mothering from the Inside Out (Suchman et al., 2016)	Experimental. Prueba piloto controlada aleatorizada.	Para probar el cambio significativo en los resultados desde la línea de base hasta el post-tratamiento, se calculó el tamaño del efecto (Cohen, 1988). Para examinar las asociaciones entre los mecanismos potenciales, se calculó una puntuación de fidelidad media y se examinaron las correlaciones bivariadas.	The Revised MIO/PE Adherence Rating Scale (Suchman, Rosenberger, & DeCoste, 2010); The Working Alliance Inventory-Revised (Horvath & Greenberg, 1989); Parent Development Interview (PDI; Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2003); The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995); Brief Symptom Index (BSI; Derogatis, 1993); Global Severity Index and Beck Depression Inventory – Short Form (BDI-SF; Beck, Steer, & Brown, 1996); Mother–child interactions (Coding Interactive Behavior -CIB; Feldman, 1998); Intake interview..
Primary Care – Video Intervention Therapy -PC-VIT (Facchini et al., 2016)	Exploratorio. Estudio de casos.	Se siguieron los lineamientos de Fukkink et al (2011) para la autoevaluación del pediatra y de Meade et al (2014) para la evaluación y análisis de los registros.	Dado que el objetivo del estudio fue evaluar la viabilidad y la aceptabilidad pero no la eficacia, no se obtuvieron medidas psicométricas al inicio o durante el curso de la intervención. La clave de la intervención fue el uso de un protocolo de VIT (Downing, 2005).
Ulm model (Pillhofer et al., 2015)	Cuasi-experimental. Ensayo controlado no aleatorizado.	Se aplicaron las pruebas t para las variables continuas y la prueba de Chi-cuadrado para las variables nominales. Se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas (RMANOVA) para analizar los efectos de la intervención (IG vs. CG) sobre la sensibilidad materna y el desarrollo infantil. Para	CARE-índice (Crittenden, 2007); Developmental Test 6 Months to 6 Years (ET6-6; Petermann, Stein, & Macha, 2008); the Risk Indices Around Birth (RIAB, Besier et al., 2012); An adapted version of the Schneewind questionnaire on social support (Schneewind, 1996); The maternal record (a document that records medical information about pregnancy and birth, including psychosocial risks such as maternal mental stress); Questionnaire about socio-demographic information.

		medir los efectos de la intervención en el desarrollo infantil, se calculó un MANOVA.	
Mom Power (Muzik et al., 2015)	Correlacional. Ensayo piloto abierto no controlado.	Se usó Chi-cuadrado y pruebas t independientes para garantizar la igualdad de los grupos de comparación. Las pruebas t pareadas y las pruebas de McNemar se utilizaron en todos los análisis que evaluaron el cambio desde antes de la intervención.	Life Stressor Checklist (Wolfe & Kimerling 1997); Postpartum Depression Screening Scale (PDSS; (Beck and Gable 2001); National Women's Study PTSD Module (NWS-PTSD, Resnick et al. 1993); Caregiving Helplessness Questionnaire (CHQ; (Solomon and George 2008); Working Model of the Child Interview (WMCI; Zeanah et al. 1994).
Tuned In Parenting -TIP (King et al., 2015)	Mixta. Secuencial parcialmente mixto, estado dominante cualitativo.	Se aplicaron Modelos lineales generalizados (GLMM) para los datos cuantitativos. El análisis temático y de contenido de las entrevistas semiestructuradas se realizó de acuerdo con las directrices de Braun y Clarke (2006).	The Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) (Cox et al. 1987); The Depression Anxiety Stress Scale, Short Version (DASS-21) (Lovibond and Lovibond 1995); The Parenting Stress Index, Short Form (PSI/SF) (Abidin 1995); The Pleasure in Parenting Scale (Fagot 1995); Tuned-In-Parenting Rating Scale (TIP-RS); Semi-Structured Interviews.
TeeMo (STEEP-b) (Firk et al., 2015)	Experimental. ECA.	Se proponen análisis de covarianza para los análisis primarios. Todos los demás análisis se realizarán de manera descriptiva. Las medias y las desviaciones estándar o las frecuencias absolutas y relativas se informarán de acuerdo con el nivel de escala subyacente.	Emotional Availability (EA, Biringen, 1991) Scales; Bayley Scales of Infant and Toddler Development -BSID-III (Bayley, 2005); Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment –BITSEA (Briggs et al., 2004); Strange Situation Procedure (SSP, Ainsworth, 1970); BSI-18 (Spitzer et al., 2011); BDI-II (Beck, et al., 1996); PSI (Tröster, 2010); CAPI (Deegener et al., 2009); CFT-20R(WeiB, 2006); MINI (Sheehan et al., 1998); SKID-II (Wittchen et al., 2006); STAI (Spielberger, 1993); CAARS (Chtistiansen et al., 2011); CECA-Q (Kaess et al., 2011); VASQ (Bifulco et al., 2003); ECR-RC (Ehrenthal, 2009); EMBU (Perris et al., 1980); BIS (Schumacher et al., 1999); DERS (Spiella, 2007); IRI (Grazt & Roemer, 2004).
)Positive Parenting and Sensitive Discipline - VIPP-SD (Pereira et al., 2014)	Experimental. ECA.	Para evaluar los efectos de la intervención, realizaron análisis multivariados repetidos de la varianza para la disciplina severa y los resultados de estrés de los padres.	Harsh discipline (adaptado de Verschueren, Dossche, Marcoen, Mahieu, y Bakermans-Kranenburg, 2006); Daily Hassles Questionnaire (Kanner, Coyne, Schaffer, & Lazarus, 1981).

Programa de Apoyo Psicológico P/Materno-Infantil (Pons-Salvador et al., 2014)	Correlacional. Estudio pre y post test no controlado.	Se usó la estadística de Leven, para conocer la homogeneidad de las varianzas. También se realizaron pruebas de Tukey t y Kruskal-Wallis, dependiendo del tipo de variable. La relación entre el nivel de participación y los factores que afectan la crianza de los hijos (CAP), se analizaron mediante un ANOVA de medida repetida. Se usó el Eta cuadrado parcial para informar e interpretar los valores de la estimación del tamaño del efecto obtenidos de los resultados	Child Abuse Potential inventory (CAP; Milner, 1986, 2003); Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).
My Baby & Me (Guttentag et al., 2014)	Experimental. ECA.	Para modelar medidas de resultados repetidas a lo largo del tiempo, adoptaron un análisis de modelo mixto. Los resultados del desarrollo de los niños se analizaron con modelos de curvas de crecimiento.	Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1986); Symptom Checklist-90 (Derogatis, 1994); Adult-Adolescent Parenting Inventory-2 (Bavolek & Keene, 2001); Postpartum Depression Screening Scale (Beck & Gable, 2001); Knowledge of Infant Development Inventory (MacPhee, 1981); las subpruebas de Identificación de palabras y Ataque de palabras de Woodcock-Johnson, Tercera Edición (Woodcock, McGrew, & Mather, 2003), y subpruebas paralelas de la Batería III Woodcock-Muñoz (Gallo de madera, Muñoz-Sandoval, McGrew, & Mather, 2005), Landry Parent-Child Interaction Scales (Landry et al., 2006); The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment- BITSEA); The Preschool Language Scale, Fourth Edition - PLS – 4; versiones en inglés y español (Zimmerman, Steiner y Pond, 2002).

Niveles de evidencia y grados de recomendación.

Por último, y como resultado más relevante de esta RS, y con base en los lineamientos del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SING-* (Primo, 2003), la clasificación de los estudios por nivel y grado de recomendación concluyó de la siguiente manera¹:

Tabla 5: Niveles de evidencia y grados de recomendación

Estudio	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
A therapeutic playgroup for depressed mothers and their infants: feasibility study and pilot randomized trial of community hugs (Ericksen et al., 2018)	I.a	A
Mothering from the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment (Suchman et al., 2017)	I.a	
Effects of Home Visitation on Maternal Competencies, Family Environment, and Child Development: a Randomized Controlled Trial (Sierau et al., 2016)	I.a	
Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services (Suchman et al., 2016)	I.a	
Improving maternal representations in high-risk mothers: a randomized, controlled trial of the Mom Power Parenting Intervention (Rosenblum et al., 2018)	I.b	
Effect of prenatal stimulation programmes for enhancing postnatal bonding in primigravida mothers from the western cape (van der Wlat et al., 2016)	I.b	
Trajectories of change in attachment and biobehavioral catch-up among high-risk mothers: a randomized clinical trial (Yarger et al., 2016)	I.b	
Decreasing harsh discipline in mothers at risk for maltreatment: a randomized control trial (Pereira et al., 2014)	I.b	

¹ El nivel de evidencia y grado de recomendación se presenta por 22 de los 23 estudios dado que el trabajo de Firk et al (2015) no presenta datos de resultados.

"My Baby & Me": Effects of an Early, Comprehensive Parenting Intervention on At-Risk Mothers and Their Children (Guttentag et al., 2014)	I.b	
Effectiveness of an Attachment-Based Intervention Program in Promoting Emotion Regulation and Attachment in Adolescent Mothers and their Infants: A Pilot Study (Riva et al., 2016)	II.a	B
Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect (Pillhofer et al., 2015)	II.a	
Effectiveness of attachment based STEEP intervention in a German high-risk sample (Suess et al., 2016)	II.b	
Maternal sensitivity and mental health: does an early childhood intervention programme have an impact? (Brahm et al., 2016)	II.b	
Practicing attachment in the real world: improving maternal insightfulness and dyadic emotional availability at an outpatient community mental health clinic (Ziv et al., 2016)	III	
Evaluating relational repair work with infants and mothers impacted by family violence (Bunston et al., 2016)	III	
Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers (Muzik et al., 2015)	III	
Enhancing Maternal Sensitivity and Emotional Wellbeing Through a Preventative Parent-Child Relationship Intervention in a Community Setting (King et al., 2015)	III	
Dose-effect on the mothers and babies attending the Programa de Apoyo Psicológico P/Materno-Infantil (Pons-Salvador et al., 2014)	III	
Mirroring effects: Using psychodynamic-oriented video feedback to work on dyadic risk. A pilot experience (Manna & Boursier, 2018)	IV	C

"Stop talking about my disability, I am a mother": Adapting video interaction guidance to increase sensitive parenting in a young mother with intellectual disability (Pethica & Bigham, 2018)	IV
An Evidence-Based, Pre-Birth Assessment Pathway for Vulnerable Pregnant Women (Barlow et al., 2016)	IV
Pediatricians, Well-Baby Visits, and Video Intervention Therapy: Feasibility of a Video-Feedback Infant Mental Health Support Intervention in a Pediatric Primary Health Care Setting (Facchini et al., 2016)	IV

Conclusiones

La RS permitió observar una predominancia de estudios orientados a intervenir las condiciones definidas como factores de riesgo, entre ellas, el conflicto trabajo-familia, la exposición a la violencia, a experiencias traumáticas, a la pobreza, y la relación de estos con respuestas maternas severas o negligentes. Los resultados arrojan mejoras en la sensibilidad materna, en las competencias maternas, en la regulación emocional diádica, la integración con el contexto social más amplio por parte de la madre, en los vínculos de apego, en las competencias sociales, el desarrollo mental y el lenguaje expresivo del niño. Sin embargo, pese a la intervención persistieron comportamientos hostiles por parte de la madre y experiencias de insatisfacción en la relación madre-infante, lo que sugiere el riesgo de reincidir en conductas parentales que se relacionen con el maltrato.

Aunque en menor medida, también se hallaron programas orientados a la atención de la salud mental materna, específicamente en lo que respecta a la ansiedad, la depresión, el estrés y el trastorno de estrés postraumático. Los resultados presentaron mejoras en términos de tendencia en lo que respecta a la sensibilidad materna, el funcionamiento reflexivo, las representaciones parentales y las prácticas de crianza. No obstante, no se

logró esclarecer si las mejoras estuvieron relacionadas con la disminución de los síntomas psicopatológicos.

Lo mencionado en los párrafos anteriores, sugiere que es necesario avanzar en estudios que permitan definir con mayor claridad las variables de intervención más relevantes, aspecto que bien podría relacionarse con la falta de delimitación conceptual hallada respecto a los conceptos sensibilidad, mentalización, funcionamiento reflexivo y empatía; esta dificultad también fue encontrada por Boorman, Creedy, Fenwick y Muurlink (2019).

Finalmente, se evidencia una tendencia metodológica de carácter experimental y cuasi experimental, donde la mayoría de los estudios son ensayos controlados aleatorizados, lo que dio lugar a que de los 23 estudios revisados cuatro tuvieran un nivel de evidencia I.a y cinco I.b, y en consecuencia su grado de recomendación sea A. Adicionalmente, cuatro estudios presentaron nivel de evidencia II.a, II. b, y cinco nivel de evidencia III, luego, su grado de recomendación es B. Ahora bien, en los procedimientos de análisis de la información estadísticos predominaron las comparaciones y correlaciones, es decir, hubo una mayor tendencia a recurrir al Chi cuadrado de independencia, a las correlaciones de Pearson y a las pruebas t para muestras independientes. Así mismo, pero en menor medida se observó la recurrencia de análisis de orden predictivo y explicativo a través de estrategias como análisis de la varianza, modelos lineales generalizados y ecuaciones de estimación generalizadas. Lo descrito permite identificar que los análisis son principalmente de carácter estadístico y por lo tanto poseen un enfoque inferencial que limita su capacidad de establecer predicciones de los modelos en poblaciones que no han sido intervenidas. Adicionalmente, se encuentra que los resultados se centran en torno a los valores p, y en algunos casos en medidas de tamaño de efecto, sin embargo, no se

establecen intervalos de confianza que permitan analizar con mayor claridad los resultados nombrados como marginales o con tendencia significativa, aspecto que según Ato, López y Benavente (2013) es una crítica que se relaciona a los informes de investigación desde aproximadamente 1999.

Como dato adicional, llama la atención la prevalencia de la autoría por parte del género femenino en estudios de esta índole, así como el hecho de que en 2016 se presentó la mayor ocurrencia de publicaciones en relación a programas de intervención de maltrato infantil con una perspectiva de apego.

Referencias

- Alvis, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 17, 1–6. Recuperado de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/189>
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81–88. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Arce, D., Castellanos, M., Castellanos, L., Fernández, A. & Mustelier, H. (2012). Algunos factores psicosociales del maltrato infantil en escolares de la enseñanza primaria. *MEDISAN*, 16(12), 1891-1898. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_12_12/HTML/san111612.htm
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038–1059. DOI <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Bakermans-kranenburg, M., van Ijzendoorn, M., & Juffer, F. (2003). Less Is More : Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215. DOI 10.1037/0033-2909.129.2.195
- Barlow, J., Dawe, S., Coe, C., & Harnett, P. (2016). An Evidence-Based , Pre-Birth Assessment Pathway for Vulnerable Pregnant Women. *British Journal of Social Work*, 46, 960–973. DOI 10.1093/bjsw/bcu150
- Blanco, A., & Rodríguez Marín, J. (2007). *Intervención Psicosocial*. Madrid: Pearson Educación.
- Boorman, R., Creedy, D., Fenwick, J., Muurlink, O., (2019). Empathy in pregnant women and new mothers : a systematic literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 84–103. DOI 10.1080/02646838.2018.1525695
- Brahm, P., Cortázar, A., & Paz, M. (2018). Maternal sensitivity and mental health : does an early childhood intervention programme have an impact. *Family Practice*, 33(3), 226–232. DOI 10.1093/fampra/cmz071
- Bunston, W., Eyre, K., Carlsson, A., & Pringle, K. (2016). Evaluating relational repair work with infants and mothers impacted by family violence. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 49 (1), 113-133. DOI 10.1177/0004865814559925
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá: JAVEGRAF. Recuperado de http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Ericksen, J., Loughlin, E., Holt, C. & Gemmill, A. (2018). A therapeutic playgroup for depressed mothers and their infants : feasibility study and pilot randomized trial of community HUGS. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 396–409. DOI 10.1002/imhj.21723

- Facchini, S., Martin, V. & Downing G. (2016). Pediatricians, Well-Baby Visits, and Video Intervention Therapy : Feasibility of a Video-Feedback Infant Mental Health Support Intervention in a Pediatric Primary Health Care Setting. *Frontiers in Psychology*, 7 (179), 1–13. DOI 10.3389/fpsyg.2016.00179
- Fernández, J. & Villada, J. (2015). Análisis de evidencia en investigaciones sobre toma de decisiones entre 2002 y 2012. *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(1), 105–120. DOI dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.08
- Fernández, R., Kokoulina, E., Campos, X., Carballido, E., García, I., Rey, A. & Vázquez, P. (2018). Ecofenotipos en la depresión mayor: El papel del maltrato físico en la infancia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 75–97. DOI 10.4321/S0211-57352018000100004
- Firk, C., Dahmen, B., Lehmann, C., Niessen, A., Koslowski, J., Rauch, G., Herpertz-Dahlmann, B. (2015). A mother-child intervention program in adolescent mothers and their children to improve maternal sensitivity, child responsiveness and child development (the TeeMo study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16 (230), 1–9. DOI 10.1186/s13063-015-0747-5
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3) 493–507. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>
- Grinberg, J. (2015). Entre la pediatría, el psicoanálisis y el derecho: apuntes sobre la recepción, reelaboración y difusión del maltrato infantil en Argentina. *Revista de Estudios Sociales*, 1 (53), 77–89. DOI <https://doi.org/10.7440/res53.2015.06>
- Guttentag, C., Landry, S., Williams, J., Baggett, K., Noria, C., Borkowski, J. & Ramey, S. (2014). “My Baby & Me”: Effects of an Early , Comprehensive Parenting Intervention

on At-Risk Mothers and Their Children. *Developmental Psychology*, 50(5), 1482–1496. DOI 10.1037/a0035682

Izzedin, R. & Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *LIBERABIT*, 15(2), 109-115. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200005

King, K., Priddis, L. & Kane, R. (2015). Enhancing Maternal Sensitivity and Emotional Wellbeing Through a Preventative Parent – Child Relationship Intervention in a Community Setting. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1582–1592. DOI 10.1007/s10826-014-9962-z

Loredo-Abdalá, A. (2016). Maltrato infantil: ¿conocer su impacto económico favorece su prevención? *Acta Pediátrica de México*, 37, 1–3. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100001

Loredo-Abdalá, A., Villanueva-Clift, H., Aguilar-Ceniceros, A., & Casas-Muñoz, A. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 73(4), 219–227. DOI <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.03.004>

Manna, V. & Boursier, V. (2018). Mirroring effects : Using psychodynamic-oriented video feedback to work on dyadic risk. A pilot experience. *Psychodynamic Practice*, 24(2), 3634, 1–20. DOI 10.1080/14753634.2018.1458641

Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E. & Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91(3), 149–155. DOI 10.1016/j.ciresp.2011.07.009

- Muñiz, C., Nieves, I. & Rivera, C. (2016). El manejo de casos en maltrato a menores en Puerto Rico : ¿relación eficiente y eficaz? *Informes Psicológicos*, 17(1), 13-34. DOI <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic>.
- Muzik, M., Rosenblum, K., Alfafara, E., Schuster, M., Miller, N., Waddell, R. & Kohler, E. (2015). Mom Power : preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 507–521. DOI 10.1007/s00737-014-0490-z
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Pereira, M., Negrao, M., Soares, I. & Mesman, J. (2014). Decreasing harsh discipline in mothers at risk for maltreatment : a randomized control trial. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 604–613. DOI 10.1002/imhj.21464
- Pethica, S. & Biggam, K. (2018). “Stop talking about my disability, I am a mother”:
Adapting video interaction guidance to increase sensitive parenting in a young mother with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 46(2), 136– 142.
DOI <https://doi.org/10.1111/bld.12215>
- Pillhofer, M., Spangler, G., Bovenschen, I., Kuenster, A., Gabler, S., Fallon, B. & Ziegenhain, U. (2015). Child abuse & neglect. pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany : Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 42, 163–173. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.007>

- Pisani, E. & Martins, M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention*, 25, 27-38. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003>
- Pons-salvador, G., Cerezo, M. & Trenado, R. (2014). Dose-effect on the mothers and babies attending the Programa de Apoyo Psicológico P/Materno-Infantil. *Anales de psicología*, 30(2), 474–481. DOI <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.141192>
- Primo, J. (2003). Niveles de evidencia y grados de recomendación (I / II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*, 2(2), 39-42. Recuperado de <http://www.svpd.org/mbe/niveles-gradod.pdf>
- Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Publicada por el Ministerio de Salud, del 04 de octubre de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Riva, C., Ierardi, E., Albizzati, A., & Downing, G. (2016). Effectiveness of an Attachment-Based Intervention Program in Promoting Emotion Regulation and Attachment in Adolescent Mothers and their Infants : A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 7 (195), 1–17. DOI 10.3389/fpsyg.2016.00195
- Rosenblum, K., Lawler, J., Alfafara, E., Miller, N., Schuster, M., & Muzik, M. (2018). Improving Maternal Representations in High-Risk Mothers : A Randomized , Controlled Trial of the Mom Power Parenting Intervention. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(3), 372–384. DOI 10.1007/s10578-017-0757-5
- Santacreu, J., Márquez, M. & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 10, 81–92. Recuperado de

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31803850/concepto_salud.PDF?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1556905653&Signature=AukD510l68qgA0lsVcfB2PaEwVE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dconcepto_salud.pdf

Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., Klitzing, K. & Jungmann, T. (2016). Effects of Home Visitation on Maternal Competencies, Family Environment, and Child Development : a Randomized Controlled Trial. *Prev Sci*, 17, 40–51. DOI 10.1007/s11121-015-0573-8

Suchman, N., Decoste, C., McMahon, T., Dalton, R., Linda, C. & Borelli, J. (2017). *Development and Psychopathology*, 29(2), 617–636. DOI 10.1017/S0954579417000220.

Suchman, N., Ordway, M., Heras, L. & Thomas, J. (2016). Mothering from the Inside Out : results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attachment & Human Development*, 18(6), 596–617. DOI 10.1080/14616734.2016.1226371

Suess, G., Bohlen, U., Carlson, E., Spangler, G., Maier, M., Bohlen, U., Maier, M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP TM intervention in a German high-risk sample. *Attachment & Human Development*, 18(5), 443-460. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265>

Van Der Walt, M., Coetzee, H., Lubbe, W. & Moss, S. (2016). Effect of prenatal stimulation programmes for enhancing postnatal bonding in primigravida mothers from the western cape. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(1), 27–46. DOI <https://doi.org/10.25159/2520-5293/449>

Yarger, H., Hoye, J., & Dozier, M. (2016). Trajectories of change in attachment and biobehavioral catch-up among high-risk mothers : a randomized clinical trial. *Infant Mental Health Journal*, 37(5), 525–536. DOI 10.1002/imhj.21585

Ziv, Y., Kaplan, B., & Venza, J. (2016). Practicing attachment in the real world : improving maternal insightfulness and dyadic emotional availability at an outpatient community mental health clinic. *Attachment & Human Development*, 18(3), 292-315. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2015.1135972>

Apéndice

Apéndice 1. Ficha de ingreso de información

FICHA DE INGRESO DE INFORMACIÓN					
Fecha de recuperación del artículo:	10/08/2018				
Datos bibliográficos del artículo:					
Autores:					
Año de publicación	2014	2015	2016	2017	2018
Título del artículo:					
Nombre de la revista:					
Volumen:	Número:		Páginas:		
Base de datos donde se encontró el artículo:					
Clave de Búsqueda (palabras clave):					
Objetivos de la investigación o propósitos del artículo:					
Tipo y nivel del estudio:					
Diseño de investigación:					
Síntesis de la tendencia teórica:					
Información de la muestra					
Tamaño muestral:	N=		n=		
<i>Características:</i>					
<i>Instrumentos y descripción</i>	<i>Instrumentos y descripción</i>		<i>Instrumentos y descripción</i>		

Alpha:

Alpha:

Alpha:

Procedimiento de análisis de la información (variables, controles, seguimientos, estadísticos):

Resultados:

Nivel de evidencia

Observaciones
