

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Observatorio
de la Infancia
en Andalucía

Toma de decisiones
profesionales en el Sistema
de Protección a la Infancia

Toma de decisiones profesionales en el Sistema de Protección a la Infancia

Antonio Molina Facio
Servicio de Protección de Menores
Cádiz

Título: Toma de decisiones profesionales en el Sistema de Protección a la Infancia

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

Autor: Antonio Molina Facio

Diseño y maquetación: Observatorio de la Infancia en Andalucía

ISBN: 978-84-695-3872-2

Granada, junio de 2012



Aviso legal: Esta obra está sujeta a una Licencia "Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 3.0" de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación siempre que se cite al autor y no se use con fines comerciales. La creación de obras derivada también está permitida siempre que se difunda toda bajo la misma licencia. Puede consultar la licencia completa en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es>

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | |
| PRÓLOGO | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| El Sistema de Atención Social a la Infancia en Andalucía | 15 |
| La detección de casos | 17 |
| Intervención de Servicios Sociales Comunitarios | 18 |
| El Servicio de Protección de Menores y los órganos de decisión | 19 |
| El Sistema Judicial | 23 |
| Resumen del proceso de toma de decisiones dentro del Sistema de Atención Social a la Infancia | 24 |
| Los recursos instrumentales | 26 |
| La magnitud del problema | 27 |
| Variables influyentes en la toma de decisiones | 31 |
| METODOLOGÍA | 37 |
| Instrumentos | 39 |
| Sujetos | 43 |
| RESULTADOS | 49 |
| Análisis de casos | 51 |
| Análisis de las diferencias respecto a las intervenciones propuestas | 73 |
| DISCUSIÓN | 83 |
| CONCLUSIONES Y PROPUESTAS | 89 |
| BIBLIOGRAFÍA | 93 |
| ANEXO | 97 |
| Cuestionario de Evaluación de Toma de Decisiones en Protección de Menores | 99 |

Prólogo

Los economistas no son los únicos profesionales que tienen una notable capacidad para acertar cuando predicen el pasado. Una vez que se sabe cómo han evolucionado las cosas, es fácil tomar los datos previos y concluir que, en efecto, con esos antecedentes era previsible que el resultado final fuera el que ha sido. Lo difícil, evidentemente, es acertar en la predicción de lo que va a ocurrir en el futuro. De hecho, hasta quienes predicen fenómenos físicos, como los meteorólogos, encuentran a veces que la realidad desmiente sus predicciones, por más que luego sean perfectamente capaces de explicar qué fenómenos han determinado que los hechos ocurrieran de forma inicialmente imprevista.

El trabajo en los temas relacionados con la protección infantil está cuajado de dificultades. Una de las más importantes es que la toma de decisiones profesionales se basa en hacer pronósticos del comportamiento humano. Si una persona ha actuado así reiteradamente en el pasado, ¿se puede pronosticar que en el futuro vaya a comportarse de forma diferente? Si alguien no ha respondido a un tratamiento mientras sus hijos estaban en su casa, ¿responderá cuando sean retirados temporalmente? Si se valora que una persona presenta determinados riesgos de maltrato, ¿será posible que el maltrato no llegue a ocurrir si se introducen determinados factores de protección? Según como se responda a algunas de estas preguntas, se procederá o no a mantener a un menor en la casa familiar, o se procederá a adoptar una medida de protección más o menos temporal, o se procederá a tomar decisiones ya sin posibilidad de marcha atrás. Decisiones de una importancia incuestionablemente trascendental en la vida de las personas implicadas.

El problema no radica sólo en la enorme dificultad de predecir el comportamiento humano. Para hacer las cosas un poco más difíciles, las decisiones hay que tomarlas a veces con una base de información escasa o endeble, porque los indicadores o los informes en que se basan no permiten mayor precisión. Y, para complicarlo todo un poco más, se trata a veces de decisiones en situaciones de emergencia, en las que antes hay que hacer algo antes de que acabe la mañana en la que se ha tenido conocimiento de los hechos. Si se quiere complicar un poco más la escena, basta con introducir en ella a profesionales con escasa formación o experiencia, que basan su decisión no en protocolos e instrumentos estandarizados, sino en intuiciones o prejuicios, o bajo la presión social o institucional que lleva a orientar las decisiones en una determinada dirección. Además, la toma de decisión inicial no será la última, siendo el mismo caso analizado después por otros profesionales que tienen otra óptica y basan sus decisiones en criterios de naturaleza diferente (por ejemplo, de orden jurídico).

Y, sin embargo, en los temas relacionados con la protección infantil, la toma de decisiones juega un papel esencial. Por ejemplo, la toma de decisión inicial respecto a si se está o no ante una situación de maltrato y respecto a la actuación que debe seguirse en consecuencia. De lo que se decida dependerá la medida por la que se opte, así como su carácter más o menos temporal. Dado que, como se acaba de indicar, las decisiones iniciales son con frecuencia solo las primeras en una cadena de decisiones posteriores, resulta esencial que estén lo mejor tomadas y lo más documentadas posible. Cuando eso no ocurre, la posibilidad de complicaciones y posibles rectificaciones posteriores está servida.

Lamentablemente, a pesar de su complejidad y su importancia, el proceso de toma de decisiones profesionales en materia de protección infantil apenas ha sido objeto de investigación. Y de eso trata, precisamente, el trabajo que estas líneas prologan, cuyo principal mérito tal vez sea abrir camino, mostrando el interés y la pertinencia del tema, aportando una metodología de trabajo que ha sido utilizada antes en otros países de manera fructífera, llegando a unas conclusiones llenas de interés. De manera que, en realidad, el trabajo

no solo abre el camino, sino que avanza por él un buen trecho. Pero sin duda alguna no lo agota, porque, como todo buen trabajo pionero, el que aquí se presenta debe servir como estímulo para que esfuerzos posteriores vengan a complementarlo, a enriquecerlo y desarrollarlo.

La posición de Antonio Molina, el autor del trabajo, era ideal para embarcarse en este proyecto. Lleva muchos años de ejercicio profesional en el sistema de protección de infancia, participando en la toma de decisiones, viendo cómo evolucionan casos en direcciones que a veces coinciden con lo previsto y otras veces acaban orientándose de forma inicialmente considerada improbable. Conoce no solo el terreno, sino a los agentes que intervienen en la toma de decisiones, cada uno desde su perspectiva profesional. Su conocimiento del sistema, sus agentes y procedimientos le ponía, pues, en una circunstancia más que privilegiada para hacer un estudio de este tipo. Por fortuna, en algún momento se despertó en él el interés por la investigación. Y pareció entonces lo más lógico que, dados sus conocimientos y su experiencia, esa investigación tuviera que ver con la práctica profesional.

Queda el resultado de este esfuerzo pionero en manos de quienes lean este trabajo. Su contenido está lleno de interés por las investigaciones en que se ha inspirado, por la metodología que ha utilizado, por los resultados que ha encontrado y por la reflexión posterior a que estos han dado lugar. Pero, como antes indicaba, se trata de un territorio que este trabajo solo comienza a desbrozar. Ojalá sirva de inspiración y motivación para ser continuado, porque la importancia del tema lo merece y lo requiere.

Jesús Palacios González

Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación

Universidad de Sevilla

"Una cadena de actuaciones de los poderes públicos presididas por la desidia y la pasividad facilitaron el maltrato de la pequeña Alba, la niña de cinco años que está hospitalizada en estado grave desde hace una semana en Barcelona. El caso ha puesto en evidencia que había una niña sufriendo un grave riesgo y que fue invisible a la justicia, a la policía y a los servicios sociales."

Así comenzaba su crónica el periódico El País del día 12 de marzo del año 2006 a raíz del caso de la menor Alba que ingresó en el Hospital Vall d' Hebrón de Barcelona con un fuerte traumatismo craneoencefálico fruto de los golpes propinados por el compañero de su madre en presencia de ésta y que le ocasionaron secuelas de importante gravedad.

Poco más de un año después, en Tarragona, un bebé llamado Claudia que ingresó en el Hospital Juan XXIII por fractura de fémur por posible maltrato, fue dado de alta a los pocos días y volvió a ingresar diez días después debido a una hemorragia intracraneal de origen traumático. El Defensor del Pueblo catalán manifestaba en la prensa de aquella época que casos como este "ponen de relieve los posibles errores en la detección del caso y la eficacia de las administraciones en la protección de la menor". La investigación posterior llevada a cabo desde dicho organismo ponía de relieve importantes deficiencias en la formación de los profesionales, en la coordinación interinstitucional en la disposición de recursos y en los sistemas de valoración para la toma de decisiones (Sindic de Greuges, 2007).

En el otro extremo, casos como los de Iván y Sara en Sevilla en que la Junta de Andalucía fue condenada a indemnizar a la madre de los menores con un millón setecientos mil euros por los daños ocasionados por la retirada de sus hijos y su colocación en una familia preadoptiva. En esta ocasión las críticas vertidas en los medios de comunicación se dirigían al exceso de actuación de la administración en la protección de estos menores. Más recientemente, en el mes de mayo de este año, los medios de comunicación se volvían a hacer eco de una resolución judicial que obligaba nuevamente a la Ad-

ministración andaluza a devolver a unas menores con su madre y a indemnizar a ésta al considerarse inadecuada la retirada de las mismas.

La toma de decisiones y la intervención de los distintos servicios de protección de menores, es una actuación pública que solo suele tener eco social o impacto mediático cuando se producen circunstancias que ocasionan graves daños o incluso la muerte de algún niño, o bien cuando determinadas decisiones judiciales modifican la situación de algunos niños provocando en muchos casos situaciones realmente dramáticas.

Este fenómeno no es único de nuestro país; podemos encontrar a lo largo de la historia casos en otros países que también han resultado significativos a nivel mediático. En el Reino Unido, el caso de María Colwell o de "Baby B", más reciente, pusieron en evidencia que algunos niños morían maltratados por sus familias después de que se hubiera comunicado el caso a los Servicios Sociales. En el extremo contrario, el escándalo de las falsas acusaciones de abusos sexuales en Cleveland de 1987 que provocó que muchos niños fueran separados de sus padres acusados innecesariamente de abuso sexual.

No es infrecuente que en muchos de estos casos desde determinadas asociaciones en defensa los derechos del niño se ataquen de forma contundente las actuaciones de los Servicios de Protección en cualquiera de los dos sentidos, como las vertidas por un periódico de Florida en el año 1991 contra los servicios de menores calificándolos de la Gestapo de Florida. Muy similares a las vertidas en nuestro país contra los servicios de menores con relación a determinados casos, como en el último caso ocurrido en Sevilla en el que literalmente se decía que "la política de protección de menores en Andalucía es como un Guantánamo".

Es cierto que muchas de estas noticias solo muestran situaciones puntuales y muy concretas que no reflejan la realidad del conjunto de actuaciones y decisiones de los servicios de protección, que por lo general actúan de forma adecuada. Es más, a veces

la alarma social que generan este tipo de informaciones lleva a los responsables políticos a la toma de decisiones precipitadas o prejuiciosas, como por ejemplo complicar el procedimiento de toma de de-

cisiones para la retirada de un menor pretendiendo garantizar al máximo los derechos de los padres, pero haciendo imposible una intervención rápida y eficaz que garantice la seguridad del menor.

El Sistema de Atención Social a la Infancia en Andalucía

Para entender correctamente el Sistema de Protección de Menores de Andalucía es necesario que hagamos previamente referencia a la estructura legal en que se sustenta.

El Sistema de Protección de Menores existente actualmente en todo el Estado Español tiene su origen en la modificación efectuada en el Código Civil Español y Ley de Enjuiciamiento Civil en el año 1987 a través de la Ley 21 de 11 de noviembre, también conocida como ley de adopción. Dicha ley establece entre otros cuál será básicamente la organización de la atención a los menores en el futuro, designando a las Entidades Públicas de las Comunidades Autónomas como las competentes en dicha materia, que hasta el momento estaba residenciada en los Tribunales Tutelares de Menores, los cuales desaparecerán a partir de la promulgación de la ley precitada.

Así, como establece el actual Código Civil desde aquella redacción, en su art.172

La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda...

Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria

La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria...

Desde ese momento las primeras decisiones sobre la protección de los menores corresponde a los órganos administrativos designados por cada una de las Comunidades Autónomas. Más adelante seña-

laremos qué órganos son los encargados de dicha función en nuestra Comunidad.

Sin embargo, si bien esta primera decisión protectora queda en manos exclusivas de la administración autonómica, decisiones posteriores aún quedan parcial o totalmente en manos judiciales, en esta ocasión en los juzgados de familia o primera instancia de la localidad donde se ubique la administración autonómica competente. Nos referimos al acogimiento familiar, cuando no se cuenta con el consentimiento de los padres o la adopción en cualquier caso. También los mismos juzgados serán competentes en resolver en primera instancia aquellos recursos que los padres planteen contra cualquiera de las decisiones adoptadas por la administración autonómica para la protección de los menores, pudiendo también dichas decisiones ser apeladas en segunda instancia en las correspondientes Audiencias Provinciales.

En el año 1996 se publica una nueva ley, La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, que viene a introducir un elemento de enorme importancia para dar garantía a uno de los principios establecidos en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989, ratificada por nuestro país al año siguiente, que en su art. 9 establece que:

Los estados velarán porque el niño no sea separado de sus padres en contra de la voluntad de estos, excepto cuando, a reversa de decisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en interés superior del niño.

De esta manera y respondiendo al principio rector de mantenimiento del menor en su medio familiar, se introduce el concepto de situación de riesgo, que si bien no viene claramente definido en la citada ley, se refiere a situaciones que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor pero que no requieran la separación de este de su núcleo familiar de origen. De esta manera, la administración

está obligada, como recoge el art. 17 de Ley 1/1996 citada anteriormente, a disminuir los factores de riesgo y promover factores de protección mediante medidas de apoyo a la familia.

A partir de los elementos básicos planteados por las dos leyes mencionadas más arriba, cada Comunidad Autónoma ha ido diseñando la estructura particular de su Sistema de Protección Social a la Infancia. En el caso concreto de Andalucía, debemos remitirnos aún a dos leyes para entender de forma adecuada la organización de la misma. En primer lugar la Ley 2/1988 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía que atribuye a los Servicios Sociales Comunitarios de los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales, la atención y promoción del bienestar de la familia y de las unidades de convivencia alternativa junto con la promoción y bienestar de la infancia, adolescencia y juventud (art.6.1.2.). En segundo lugar la Ley 1/1998 de los Derechos y la Atención al Menor que en su art. 18 distingue las competencias concretas de las corpo-

raciones Locales y de la Administración de la Junta de Andalucía, situando en el ámbito local las actuaciones de prevención, información y reinserción social, así como la apreciación e intervención en situaciones de riesgo. Mientras que la administración autonómica sería competente en la planificación y coordinación así como en todas aquellas actuaciones que implican la separación del menor de su medio familiar.

Por último tanto la legislación estatal como la autonómica destacan la necesaria implicación de otros servicios públicos (sanitarios, educativos, culturales, de seguridad, etc.) tanto en la promoción y protección de los derechos de la infancia como en la detección de aquellas situaciones que pudieran implicar la intervención de lo que hemos denominado como Sistema de Atención Social a la Infancia. En el gráfico situado a continuación hemos intentado recoger de forma resumida dicho sistema en nuestra comunidad.

Gráfico 1
Sistema de Atención Social a la Infancia



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Nos encontramos ahora en condiciones de realizar un recorrido por las distintas tomas de decisiones que nos podemos encontrar a lo largo de dicho sistema y de la que pudiera ser susceptible un menor

en nuestra Comunidad Autónoma. Para ello tomaremos posteriormente un caso en el cual se puedan ver implicados la mayoría de los órganos o personas que intervienen en dichas decisiones.

La detección de casos

Como recoge de forma expresa la legislación estatal (art. 13 de la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor) todos los ciudadanos y en especial aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o desprotección la deberán comunicar a las autoridades o a sus agentes más próximos. Especial mención realiza la legislación autonómica (Ley 1/1998 de los Derechos y Atención al Menor) a los profesionales de la salud y de la educación. A este respecto en nuestra Comunidad en el año 2002 se firmó un protocolo de coordinación que implicaba a los responsables de los servicios educativos, sanitarios, sociales, policiales y de justicia, donde se destaca entre otros el compromiso de todos los sectores implicados a participar en la detección y comunicación a los organismos competentes de aquellas situaciones que implicaran riesgo o desamparo de un menor. (Orden de 11 de febrero de 2004 del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos a la Infancia)

En enero del año 2004 (Decreto 3/2004 por el que se establece el Sistema de Información Sobre Maltrato en Andalucía) entró en vigor en Andalucía el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil. Se trata de un sistema destinado a la notificación por parte de los distintos servicios públicos y personal de los mismos de aquellas situaciones que sean detectadas en el ejercicio de sus funciones profesionales. Sin embargo, no es hasta el año 2006 (Orden de 23 de junio de 2006 por el que se aprueba la Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil) en que se aprueba el modelo de Hoja de detección y notificación en la que el profesional debe incluir además de datos de identificación, la tipología, indicadores y valoración del maltrato. En función

de dicha valoración y de la gravedad atribuida al caso el responsable del servicio público desde donde se ha detectado la situación deberá comunicar a los Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio de Protección de Menores, según la gravedad atribuida al caso.

Curiosamente, en ese mismo año 2006 desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales se publica el sistema de detección, notificación y registro de casos, elaborado con la intervención de las Comunidades Autónomas, Municipios, asociaciones de Infancia y expertos, con el objeto de implantar un sistema único en todo el Estado Español (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). El sistema diseñado es muy similar al que ya se encontraba vigente en Andalucía, incorporando también una hoja de notificación muy parecida. Sin embargo, tanto Andalucía como otras Comunidades Autónomas optan por mantener sus propios sistemas de detección y notificación, con el inconveniente de no poder contar con un sistema único que recoja los datos epidemiológicos de los casos detectados de menores que sufren maltrato en todo el país.

Por tanto, la primera toma de decisiones que afecta a un menor en una posible situación de desamparo o de riesgo se debe tomar por parte de los profesionales que componen un enorme entramado de servicios públicos, algunos de los cuales hemos señalado anteriormente: servicios sanitarios (centros de salud y hospitales), servicios educativos (escuelas infantiles, colegios e institutos), fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios municipales o servicios de justicia. Estos profesionales deben decidir si la situación con la que se encuentran debe ser notificada o no, y una vez decidido esto qué nivel gravedad inicial le otorga a la misma.

Intervención de los Servicios Sociales Comunitarios

Normalmente, salvo aquellas situaciones de extrema gravedad o que impliquen la necesidad de una toma de medida de protección inmediata, tras la detección la primera derivación se realiza a los Servicios Sociales Comunitarios (SSCC) o incluso son estos los que mayoritariamente detectan las situaciones de riesgo o desprotección de los menores de sus municipios.

Como apuntamos más arriba, en Andalucía los Servicios Sociales Municipales se encuentran regulados por la Ley de 1988, en la que se le atribuye competencias en materia de promoción y protección a la familia. De una forma más clara la ley 1/1998 de los Derechos y Atención al Menor le asigna las funciones relacionadas con la intervención en el medio en aquellas situaciones de riesgo sobre los menores que no requieran la separación del núcleo familiar. Dichos Servicios Sociales Municipales o Comunitarios se organizan a su vez en función de las tareas que desempeñan, existiendo un primer nivel básico que se ocupa de la información, valoración y orientación (Servicios de Información Valoración y Orientación) y un segundo nivel con funciones más específicas (Servicios de Convivencia y Reinserción). En el caso de los menores y las familias, y en función del nivel de desarrollo de cada corporación local, se fueron poniendo en marcha a lo largo de los años 90 los Equipos de Infancia y Familia, que se ocuparon de intervenir con aquellas familias donde se encontraban los menores en situación de riesgo (Decreto 11/1992 de 28 de enero) e integrados en los Servicios de Convivencia y Reinserción.

En el año 2002 la Junta de Andalucía y sobre la base de un programa anterior para familias desfavorecidas, pone a disposición de todas las Corporaciones Locales el Programa Tratamiento a Familias con Menores (Orden de 10 de mayo de 2002). Este Programa tiene una doble finalidad: en primer lugar, y de forma preferente, intervenir terapéuticamente y a través de Equipos especializados multidisciplinarios compuestos por educador, trabajador social y psicólogo (Equipos de Tratamiento Familiar, ETF) en aquellas familias de mayor riesgo y en las que existan unas mínimas posibilidades de evitar la separación familiar. Un segundo subprograma se ocupa de procurar la reintegración en aquellos casos en que ya se ha producido la separación y en que se considere viable. (Junta de Andalucía, 2006)

Por tanto, una vez detectado o notificado un caso a los Servicios Sociales Comunitarios, los profesionales que intervienen en los mismos deberán decidir, en primer lugar, si la notificación fue adecuada y si es necesaria la intervención de los servicios sociales; en segundo lugar, qué nivel de intervención se requiere: el de servicios básicos, la especialización del ETF o la aplicación de una medida de separación; y, en tercer lugar, en aquellos casos que se opte por la intervención del Equipo de Tratamiento, al finalizar o durante la misma, se deberán valorar los resultados para decidir nuevamente si se han producido las modificaciones necesarias que garanticen el bienestar del menor o es necesaria una medida de protección.

El Servicio de Protección de Menores y los órganos de decisión

Como apuntamos más arriba, desde que las Comunidades Autónomas asumieron las competencias en materia de protección de menores, en cada una de ellas se crearon organismos o servicios especializados en dicha materia. En nuestra Comunidad, y con distintas denominaciones y estructura a lo largo de la historia, se crearon equipos especializados y multidisciplinarios adscritos a las Delegaciones Provinciales con competencias en asuntos sociales, encargados de dichas funciones.

Así mismo y a lo largo de estos años se ha ido adaptando o creado recursos especializados para la atención directa de los menores, tanto en materia de acogimiento residencial como en acogimiento familiar, en consonancia con la evolución legal y técnica que se ha producido a favor de este último.

De esta manera, actualmente en Andalucía nos encontramos con la siguiente estructura dentro de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. En primer lugar, los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familias que tiene como finalidad coordinar los recursos a disposición de las corporaciones locales comentados anteriormente, además de disponer de una serie de recursos especializados a nivel provincial como son los Equipos de diagnóstico y tratamiento de menores que han sufrido abusos sexuales, las Ayudas Económicas Familiares, los Equipos de Mediación o los programas facilitadores de relaciones familiares (puntos de encuentro familiar).

En segundo lugar, los Servicios de Protección de Menores que se organizan actualmente en torno a tres grandes áreas, Equipos de Menores, Acogimiento Familiar y Adopción y Centros de Protección.

La primera de estas áreas (los Equipos de Menores) está integrada por un número variable de equipos en función de la provincia, compuestos por distintos profesionales del ámbito de la Psicología, Trabajo Social y Derecho. Estos profesionales de

los equipos llevan a cabo toda la intervención protectora con el menor de referencia desde el inicio de la misma hasta su cierre definitivo. Estos equipos ponen en marcha los mecanismos necesarios, a través de lo que se conoce como expediente de protección, recibiendo la información sobre el posible desamparo de los menores, elaborando y recabando los informes necesarios para su estudio y proponiendo a la Comisión Provincial de Medidas de Protección declarar la situación de desamparo, asumir su tutela y adoptar las medidas adecuadas para el ejercicio de la guarda del menor.

El segundo área de los Servicios de Protección de Menores es aquella que se ocupa de los Centros de Protección. Este departamento está integrado por profesionales del ámbito del trabajo social, la psicología y la pedagogía. Desde el mismo se trata de garantizar que las características y oferta educativa de los recursos residenciales no sólo se ajusten a lo dispuesto en la normativa vigente, sino que ofrezcan realmente un marco de convivencia normalizado y una atención educativa adecuada a las características y necesidades de cada menor. También se lleva a cabo un programa de atención residencial e inserción socio-laboral dirigido a menores extutelados.

Y la tercera área de los Servicios de Protección de Menores tiene que ver con el Acogimiento Familiar y la Adopción. Está integrada por distintos profesionales del ámbito de la Psicología, el Trabajo Social y el Derecho. Estos profesionales son los responsables de llevar a cabo el programa de acogimiento familiar, tanto en familia extensa como ajena, así como en relación a las distintas modalidades de Acogimiento Familiar, Simple, Permanente o Preadoptivo y el programa de Adopción Nacional e Internacional. A la misma se encuentran vinculadas las Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar, Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional u otras entidades que realizan funciones de apoyo a las competencias que

tiene encomendadas, como las encargadas de la formación y la valoración de las familias o el apoyo postadoptivo.

Por otra parte, y desde el año 2002 cada provincia cuenta con una Comisión Provincial de Medidas de Protección. Se trata de órganos colegiados presididos por el titular de la Delegación Provincial respectiva y en los que están representados todos los ámbitos de actuación competentes en materia de infancia y familia (salud, educación y servicios sociales municipales). Sus competencias se relacionan fundamentalmente con la toma de decisiones en todos los asuntos de protección de menores: desamparo y guarda, acogimiento residencial o familiar, idoneidad de familias, etc. (Decreto 42/2002 de Desamparo, Guarda y Tutela).

Es en este nivel donde nos encontramos con las decisiones que tienen que ver con la separación del menor de su entorno familiar y las que tienen que ver con el retorno o no de estos a su núcleo familiar de origen. Legalmente, en un primer momento se debe decidir si la situación descrita conlleva

la declaración de la situación de desamparo y la asunción de la tutela del menor, separando a éste de sus padres, para en segundo lugar determinar quien se ocupará de ese menor y durante cuánto tiempo. Es decir, si quedará en un centro de menores mediante la figura del acogimiento residencial o en una familia en régimen de acogimiento familiar y si ese acogimiento tendrá carácter temporal (simple), permanente o definitivo (preadoptivo). Si las medidas son de carácter temporal, hay que decidir sobre su duración y, finalizado el mismo, cuál será la alternativa posterior a la misma. Tras la intervención hay que decidir si reintegrar al menor con sus padres (inmediatamente o en un futuro), integrarlos en otra familia (sustituta o extensa) en sus distintas modalidades o preparar su emancipación. Sirva a título ilustrativo el siguiente cuadro donde se describe el proceso de intervención que se lleva a cabo desde los Servicios de Protección de Menores (SPM), donde se indican las decisiones a tomar en cada momento y en qué plazo se deben tomar (Junta de Andalucía, 1998).

Tabla 1
Proceso de protección

| Fases | Objetivos | Acciones | Plazos |
|---|---|---|--|
| Primera Fase: Recepcion | En esta primera fase se debe valorar si se trata de un asunto competencia del SPM y qué nivel de urgencia se le otorgará | Determinar si el asunto es competencia del SPM Si no es competencia, derivar a otros servicios. Si es competencia, decidir el nivel de urgencia y continuar proceso | Máximo 72 horas En asuntos calificados de urgentes, en el mismo día de la notificación. |
| Segunda Fase: Estudio Preliminar | En esta fase se debe decidir desde dónde intervenir y si es necesaria una separación inmediata del menor de su familia | Decidir si es suficiente una intervención a nivel comunitario y derivar a SSCC Determinar si es necesario iniciar procedimiento de Desamparo Valorar y proponer si además se precisa una separación urgente del menor de su familia | Máximo 1 mes para todo el Estudio Preliminar. En asuntos urgentes la decisión se debe tomar inmediatamente y nunca en un plazo superior a 72 horas. |
| Tercera Fase. Estudio-Diagnostico-Pronostico | Una vez se ha decidido continuar con el procedimiento desde el SPM, se debe determinar si es necesaria la separación del menor de su familia. En caso de que ya se haya acordado provisionalmente, se deberá ratificar o revocar. | Determinar si es necesaria la separación del menor de su núcleo familiar. En caso de no ser necesaria derivar a los SSCC. Si se adoptó una medida provisional, ratificar o revocar dicha medida. | Máximo 3 meses desde el inicio de procedimiento. Ampliable por igual periodo de forma justificada. |
| Cuarta Fase: Propuesta de Medida | Una vez decidida la necesidad de la separación se debe determinar qué medida de protección es la más adecuada y cual será la finalidad de la misma. | Qué medida de protección adoptar teniendo en cuenta los principios de intervención. Quién intervendrá en el Plan de Intervención. Qué régimen de relaciones se fijará con los padres u otros familiares. | Entre una y tres semanas, teniendo en cuenta que el Procedimiento de desamparo no debe superar los tres meses o los seis si se acordó su ampliación. |
| Quinta Fase: Ejecucion de la Medida y Plan de Intervencion | En esta fase se decide quién y cómo se ejecutará la medida. Así mismo se definirá el Plan de Intervención y quiénes lo llevarán a cabo, determinando en qué plazo se someterá a evaluación. | Quién llevará a cabo y cómo se ejecutará la medida. Decidir el Plan de Intervención, quiénes y con qué recursos contará la familia y el menor y en qué tiempo se evaluará el mismo. | La ejecución de la medida no se debe demorar más de una semana tras la Resolución. El Plan de Intervención deberá estar elaborado como máximo al mes. |
| Sexta Fase: Desarrollo del Plan de Intervencion y Propuesta de Medida Definitiva | Esta fase abarca el proceso de intervención tras la separación. Su objetivo es garantizar la atención a las necesidades del menor e intervenir con este y sus padres para su retorno. Se debe realizar una evaluación-revisión permanente del caso. Finalmente, se debe decidir la alternativa o medida definitiva respecto al menor. | Coordinar y evaluar el Plan de Intervención, actuando en todo momento como referentes del caso ante el menor, su familia y el resto de equipos. Proponer la medida definitiva: reintegración familiar, integración en su familia extensa o en una familia sustituta y en último extremo por su preparación para la emancipación. | El tiempo entre el inicio de la intervención y la medida definitiva variará en función de la edad del menor, entre 6 y 24 meses. La revisión se debe realizar al menos cada 6 meses |

Extraído del Manual de los Servicios de Atención al Niño (Junta de Andalucía, 1998), adaptación del autor.

Como hemos comentado más arriba, los centros de menores forman parte de la estructura de los Servicios de Protección de Menores, y son el recurso junto con el acogimiento familiar donde permanece el menor una vez se tomado la decisión de separarlo de sus padres. Sin embargo, y como se puede comprobar en el cuadro anterior, nuestra legislación se inclina por una serie de principios fundamentados en la estabilidad de las medidas de protección adoptadas (Maluccio & Fein, 1986). El art. 19 de la ley 1/1998 de los Derechos y Atención al Menor establece claramente los siguientes principios: prevención, permanencia del menor en su familia, salida prioritaria a su familia extensa, medidas alternativas de carácter temporal y reinserción familiar. Inicialmente la separación del menor de sus padres y su estancia en el centro tiene un carácter temporal tras la cual debe comenzar un trabajo participado por el propio centro, el Equipo de Tratamiento Familiar y el Equipo de Menores del Servicio de Protección. Tras ese trabajo, el Equipo Técnico y educativo del centro deberá emitir un Informe, al igual que lo hará el Equipo de Tratamiento Familiar, donde se pronunciará sobre la medida definitiva a adoptar con ese menor, y donde deberá decidir entre las siguientes posibilidades:

- Reintegración familiar inmediata.
- Traslado a un centro de más larga estancia, desde donde se prepara al menor para su emancipación.

- Integración en una nueva familia de forma permanente, preferentemente en su familia extensa.
- Integración en una familia adoptiva.

A pesar de la ingente fundamentación científica al respecto (Palacios, 2003) y que nuestra propia legislación establece la prioridad clara del acogimiento familiar frente al residencial, aún hoy día en nuestra comunidad (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009) al igual que en el resto de España (Fernández del Valle, Bravo, & López, 2009), la mayoría de los menores son atendidos por primera vez en un recurso residencial y es desde este tipo de recurso desde donde se sigue realizando mayoritariamente el diagnóstico definitivo tras la primera acogida. Existen experiencias muy incipientes, como las Familias acogedoras de urgencia (o familias canguro) (Amorós, Palacios, Fuentes, León, & Mesas, 2003), que vienen a sustituir la primera acogida residencial por primera acogida familiar, pero que a pesar de su buen resultado, aún cuentan con una aplicación muy limitada. Sirva como dato la situación de la provincia de Cádiz en la cual frente a 12 plazas de primera acogida en familia de urgencia, existen casi 100 plazas en centros, de las cuales al menos 15 están dedicadas a recién nacidos (Junta de Andalucía, 2009).

El Sistema Judicial

Como ya se señaló en otro momento, el Sistema de Protección de Menores en nuestro país encuentra distribuidas sus competencias entre los órganos administrativos de las Comunidades Autónomas y los órganos judiciales del orden civil. Así, como exponemos de forma resumida en el siguiente

cuadro, las primeras decisiones son competencia exclusiva de los órganos administrativos, mientras que las últimas decisiones que pueden implicar la separación definitiva de un menor de sus padres son competencias judiciales.

Tabla 2

Competencias judiciales y administrativas en las distintas medidas de protección

| Decisión | Órgano |
|--------------------------------|--|
| Desamparo y Asunción de Tutela | Administración de las CCAA |
| Acogimiento Residencial | Administración de las CCAA |
| Acogimiento Familiar | Con consentimiento: Administración Sin consentimiento: Juzgados |
| Adopción | Juzgados |

Por tanto la intervención judicial solo sería necesaria en principio para resolver aquellos acogimientos que no cuenten con el consentimiento de los padres y en cualquier caso cuando se proponga una adopción, mediante procedimientos de jurisdicción voluntaria instados por la administración autonómica competente en materia de menores. La adopción también puede ser promovida: por la familia acogedora preadoptiva, por la propia persona que desea ser adoptada si esta es mayor de edad y por el adoptante del hijo de su cónyuge.

Pero además de estos procedimientos en donde interviene necesariamente una autoridad judicial, la intervención de ésta se produciría en todos aquellos casos en que los padres manifiestan su oposición a cualquiera de las resoluciones administrativas adoptadas por la administración en la protección de un menor. Esta oposición se encuentra regulada en el Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil, correspondiendo la decisión a los jueces de primera instancia de la localidad donde se encuentre la Entidad Pública competente en protección de menores o jueces de familia en caso de que existan

en dicha demarcación. A su vez, esta decisión judicial en primera instancia podría ser apelada por los padres del menor o por la administración ante las correspondientes secciones de las Audiencias Provinciales. Normalmente, las decisiones de estos últimos son inapelables, sin embargo no resulta extraño encontrar casos que han continuado dirimiéndose en el entramado judicial de nuestro país, con decisiones del Tribunal Supremo o incluso del Constitucional.

Como hemos apuntado anteriormente, el procedimiento judicial se encuentra regulado en la ley de enjuiciamiento civil y en el mismo participan la parte recurrente (generalmente padres biológicos), la administración pública (en nuestro caso representada por el Servicio Jurídico de la Junta de Andalucía) y el Ministerio Fiscal, recayendo la decisión final en un órgano unipersonal, el Juez de Familia o Primera Instancia.

El Ministerio Fiscal, además de participar en el procedimiento judicial descrito, tiene un papel preponderante en todo el proceso de protección, ya

que la originaria ley 21/87 le confiere el papel de garante del mismo y superior vigilante de la administración pública de la comunidad autónoma en el ejercicio de sus funciones de protección.

En resumen, y refiriéndonos exclusivamente al desamparo en nuestra Comunidad, los Servicios de Protección de Menores pueden iniciar un procedimiento de desamparo a raíz del informe recibido los Servicios Sociales Comunitarios ante la situación de maltrato que viene sufriendo un menor, elevando dicha propuesta a la Comisión Provincial de Medidas de Protección. La resolución de esta comisión determinará la situación de desamparo y la

asunción de la tutela del menor, así como su acogimiento en un centro o una familia, siendo retirado de sus padres. A continuación los padres pueden dirigirse al juez de primera instancia solicitando que este deje sin efecto dicha medida, participando en dicho procedimiento los letrados de los padres, de la administración y el Fiscal de Menores. Finalmente el juez decidirá sobre lo solicitado por los padres, pudiendo confirmar o refutar la decisión adoptada por la Comisión. A su vez, esta decisión del juez en primera instancia puede ser apelada ante la Audiencia Provincial, en la cual un Tribunal de jueces decidirá nuevamente sobre si se debe confirmar o refutar la decisión judicial anterior.

Resumen del proceso de toma de decisiones dentro del Sistema de Atención Social a la Infancia

Si bien la diversidad existente en los casos y la variabilidad en los procesos hace imposible definir un camino único en el proceso de toma de decisiones, intentaremos realizar una labor de síntesis a través de un caso típico dentro del sistema, lo cual no implica que necesariamente todos los casos deban seguir siempre el mismo recorrido.

Juan y Dolores son dos hermanos de 5 y de 7 años que se encuentran matriculados en Educación Infantil de 5 años el pequeño y en segundo de Primaria la segunda de un colegio público de una zona socialmente desfavorecida de una gran localidad. Desde el centro escolar y a pesar de las dificultades sociales de la mayoría de los niños del mismo centro, observan cómo estos menores acuden especialmente sucios y descuidados, sin llevar desayuno y sin ningún material escolar. Su absentismo este curso ha empezado a ser alto, aunque el pequeño aún no se encuentra en edad de escolarización obligatoria. Juan manifiesta conductas disruptivas en clase y con los compañeros, mientras a su hermana se la ve especialmente retraída.

Los profesores tutores de ambos lo han puesto en conocimiento del director del colegio, que ha considerado que existen indicadores suficientes para co-

municar el caso a los Servicios Sociales Comunitarios. Para ello completa la hoja de detección y notificación de situaciones de maltrato, considerando que se trata de una negligencia moderada y la remite junto al informe de los tutores, a los Servicios Sociales Municipales.

En los Servicios Municipales, ya tenían conocimiento de este sistema familiar, a raíz de ayudas prestadas en diversas ocasiones donde se presentaban otros indicadores de riesgo sobre los niños; por ello, el coordinador municipal decide en primer lugar que el caso requiere intervención comunitaria y en segundo que la intervención se lleve a cabo desde el Equipo de Tratamiento Familiar.

El Equipo de Tratamiento Familiar inicia una intervención con muy poca respuesta por parte de los padres. No suelen acudir y cuando lo hacen no admiten ningún problema, manifestando una actitud amenazante y conflictiva. En las visitas realizadas al domicilio se han detectado indicadores de grave negligencia y de abandono y maltrato emocional en los menores. Ante esta situación, el Equipo de Tratamiento Familiar emite un Informe propuesta dirigido al Servicio de Menores en el que se solicita se adopte una medida de protección de separación familiar.

Recibido el Informe en el Servicio de Menores, se valora en primer lugar que no es necesario adoptar una medida urgente al no existir peligro para la integridad física de los menores y se decide solicitar más información al centro escolar y al centro de salud, así mismo se cita a los padres y se solicita a los servicios sociales que valoren si existe algún miembro de la familia extensa dispuesto a acoger a los menores en caso necesario. Una vez recaba esta información, se constata la gravedad del caso y la inexistencia de familia extensa, por lo que el Servicio de Menores propone a la Comisión de Medidas de Protección, que se declare el desamparo y el acogimiento de los menores en un Centro de Primera Acogida. En la reunión semanal de la comisión se acuerda la medida propuesta por el servicio.

Una vez ejecutada la medida, los menores ingresan en un centro de acogida Inmediata de la provincia, desde donde se comienza a intervenir con los menores en primer lugar cubriendo sus necesidades básicas y posteriormente desde un punto de vista educativo y psicológico para evaluar y reparar el daño ocasiona-

do en su núcleo familiar, evaluándose las visitas con los padres. Transcurrida la intervención tanto desde el ETF como desde el equipo técnico y educativo del centro se emite informe propuesta de medida definitiva para consistente en promover su acogimiento preadoptivo con familia alternativa.

Los padres solicitan abogado de oficio y éste, en el plazo establecido, presenta un recurso de oposición a la Resolución administrativa que acuerda el desamparo. En el juzgado de familia de la capital se inicia un procedimiento de oposición dándose traslado del mismo al Servicio Jurídico de la Junta de Andalucía y al Fiscal de Menores. Tras el correspondiente juicio verbal, el juez de familia resuelve, mediante Auto, confirmar la resolución administrativa de desamparo. Ante esta decisión el abogado de los padres decide apelar dicho auto ante la Audiencia Provincial, la cual finalmente acuerda confirmar la resolución del juzgado de primera instancia.

En el siguiente cuadro se expone de forma resumida la cadena de toma de decisiones en el caso anterior.

Tabla 3
Cadena de toma de decisiones en un caso típico dentro del Sistema de Atención Social a la Infancia

| Sistema de Atención Social a la Infancia | Cadena de toma de decisiones |
|--|---|
| Centro Escolar | Detectar Asignar Nivel de Gravedad Notificar |
| Servicios Sociales Comunitarios | Valorar Información recibida Asignar nivel de intervención Derivar al Servicio de Protección de Menores |
| Servicio de Protección de Menores | Valorar Información recibida Asignar nivel de Intervención Proponer Medida, ejecutarla y elaborar Plan de Intervención. |
| Sistema Judicial | Ratificar o revocar decisiones administrativas: Primera Instancia y Audiencia |

Los recursos a instrumentales

Además de los instrumentos de valoración de riesgo o maltrato recogidos ampliamente en la literatura (Garrido & Grimaldi, 2009), en toda Andalucía se cuenta con dos instrumentos específicos que sirven de apoyo a los profesionales de dos sectores concretos en la toma de decisiones.

En primer lugar y para los Equipos de Tratamiento Familiar, se cuenta con el Manual de Referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar (Junta de Andalucía, 2006) elaborado por la Dirección General de Infancia y Familias como instrumento de apoyo al trabajo de dichos profesionales. Además, por parte de la citada institución se impartió una formación especializada y continuada a los profesionales de dichos equipos durante los años 2006 y 2007.

En segundo lugar y para los Servicios de Protección de Menores se cuenta con el Manual de Servicio de Atención al Niño (Junta de Andalucía, 1998). Dicho Manual fue elaborado según la configuración del sistema de protección a finales de los años 90 en los que aún no se contaba con los ETF, ni con la legislación propia desarrollada desde entonces. Por otra parte, actualmente tampoco la denominación, configuración y estructura de los actuales Servicios de Protección de Menores coincide con la descrita en dicho Manual. Sin embargo, incluye elementos de gran utilidad, como las fases del proceso comentado más arriba, modelos de informes o instrumentos de apoyo a las toma decisiones.

La magnitud del problema

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2002) aproximadamente 57.000 niños menores de 15 años murieron en el mundo en el año 2000 a consecuencia del maltrato o negligencia recibida de sus padres o cuidadores. En el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Innocenti (UNICEF, 2003) se expone cómo en los países industrializados (miembros de la OCDE) mueren todos los años 3.500 niños

menores de 15 años víctimas de maltrato. En concreto en España en los cinco años anteriores a este estudio murieron un total de 44 niños, de los cuales nueve tenían menos de 1 año.

En Andalucía (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009), el volumen de menores de edad es de 1.621.817 personas, lo que representa un 19,8% de la población total de Andalucía.

Tabla 3
Población menor de 18 años según provincias. Andalucía 2008

| Población menor de 18 años según provincias. Andalucía, 2008 | | | | | |
|--|-------------|---------|-----------|---------|-------------------------------------|
| | 0 a 17 años | | | | % 0-17 respecto al todas las edades |
| | n | % | n | % | |
| Almería | 135.455 | 8,40% | 667.635 | 8,10% | 20,30% |
| Cádiz | 247.987 | 15,30% | 1.220.467 | 14,90% | 20,30% |
| Córdoba | 155.599 | 9,60% | 798.822 | 9,70% | 19,50% |
| Granada | 171.278 | 10,60% | 901.220 | 11,00% | 19,00% |
| Huelva | 97.033 | 6,00% | 507.915 | 6,20% | 19,10% |
| Jaén | 133.514 | 8,20% | 667.438 | 8,10% | 20,00% |
| Málaga | 301.549 | 18,60% | 1.563.261 | 19,10% | 19,30% |
| Sevilla | 379.402 | 23,40% | 1.875.462 | 22,90% | 20,20% |
| Andalucía | 1.621.817 | 100,00% | 8.202.220 | 100,00% | 19,80% |

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos del Padrón Municipal de habitantes, 2008. Instituto Nacional de Estadística

Para conocer la dimensión exacta del problema al que nos enfrentamos en nuestra Comunidad, es necesario que acudamos a distintas fuentes, las cuales nos presentan datos con una mayor o menor confianza en el origen de los mismos. Intentaremos hacernos una idea aproximada, reconociendo las importantes limitaciones que tienen en nuestro país los datos sobre el sistema de protección social a la infancia.

Como apuntamos al principio de esta introducción, no existe en España un sistema único de detección y

notificación de maltrato infantil, llevando cada Comunidad Autónoma su propio sistema. En el último boletín estadístico sobre medidas de protección a la Infancia (Ministerio de Salud y Políticas Sociales, 2009) en el apartado referido al maltrato infantil se exponen solo los datos ofrecidos por nueve Comunidades Autónomas, entre las cuales no se incluye Andalucía y con datos muy dispares entre ellas, desde el 0,2 por mil de Ceuta al 6 por mil de Castilla León. En nuestra Comunidad no existen a fecha de hoy datos epidemiológicos sobre el maltrato. Para conocer el volumen aproximado de menores que

sufren maltrato en nuestra Comunidad debemos acudir al campo de la investigación. El principal estudio con que contamos se realizó a principios de años 90 desde la Universidad de Sevilla (Jimenez, Moreno, Oliva, Palacios, & Saldaña, 1995) y arroja una incidencia en torno a un 15 por mil, lo que im-

plicaría que con la población actual de menores en Andalucía estaríamos hablando de un problema que afecta a más de 24.000 niños y niñas. Según los datos de este estudio, la clasificación de los maltratos por tipología se distribuiría de la siguiente forma.

Tabla 4
Distribución de las tipologías de maltrato infantil

| Tipos de Maltrato | % |
|---------------------|-------|
| Negligencia | 72,2% |
| Maltrato emocional | 45,5% |
| Maltrato físico | 22% |
| Explotación laboral | 9,4% |
| Mendicidad | 14,3% |
| Corrupción | 16% |
| Abuso sexual | 3,6% |

Fuente: Jiménez et al. (1995)

Tomando tan solo una fuente de detección, como es el teléfono 900 de notificación de situaciones de maltrato, y según datos aportados por el Observatorio de la Infancia en Andalucía, durante el año 2008 se recibieron 2.360 llamadas, de las cuales se dedujeron 1.906 menores que recibían maltrato de sus progenitores (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009)

Para conocer sobre cuántos de estos menores se interviene desde el Sistema de Protección a la Infancia, y descartando la atención básica que se pueda ofrecer desde los servicios primarios de atención educativa, de salud, etc., debemos conocer por una parte los menores que están siendo atendidos a nivel comunitario y por otra aquellos menores sobre los que ya se ha adoptado una medida de protección. Lamentablemente en Andalucía no contamos con un sistema de información que nos aporte estos datos, ni los de los menores en los que se ha detectado una situación de maltrato, ni sobre cuántos de estos menores y sus familias se está interviniendo a nivel comunitario. Una situación parecida se vive en Alemania (Kindler, 2008),

en donde no existe un sistema centinela para estimar el número de niños maltratados, debiendo recurrirse a estudios retrospectivos, en contra de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud realizada en el año 2002. (World Health Organization, 2002)

En lo que se refiere a menores sobre los que ya se ha aplicado una medida de protección, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Salud y Políticas Sociales (2009) en Andalucía en el año 2006 se contaban un total de 13.479 expedientes de protección abiertos. Nuevamente los datos presentan una gran disparidad que oscila entre el 2 por mil de Murcia al 37 por mil de Ceuta, situándose Andalucía en el segundo lugar después de la Comunidad Valenciana. Durante el año 2008 ingresaron en centros de protección en nuestra Comunidad un total de 2.334 niños al tiempo que 694 fueron acogidos por familias (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009). En lo que se refiera a la provincia de Cádiz en particular, 165 niños ingresaron en centros y 128 fueron acogidos por familias en el mismo periodo (Junta de Andalucía, 2009)

Tabla 5
Medidas de protección según tipo de medida y provincia. Andalucía 2008

| Medidas de protección según tipo de medida y provincia; Andalucía 2008 | | | | | | |
|--|---------|------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------|
| | Tutelas | Guarda administrativas | Acogimiento residencial* | Acogimiento familiar* | Adopciones nacionales constituidas | Adopción Internacional** |
| Almería | 120 | 8 | 346 | 83 | 9 | 56 |
| Cádiz | 120 | 60 | 165 | 128 | 23 | 181 |
| Córdoba | 78 | 9 | 105 | 68 | 18 | 90 |
| Granada | 231 | 12 | 511 | 103 | 28 | 89 |
| Huelva | 118 | 6 | 84 | 72 | 8 | 40 |
| Jaén | 115 | 4 | 200 | 52 | 18 | 55 |
| Málaga | 256 | 16 | 738 | 72 | 14 | 185 |
| Sevilla | 267 | 12 | 185 | 116 | 21 | 266 |
| Andalucía | 1.305 | 127 | 2.334 | 694 | 139 | 962 |

* Tramitados durante el año

**Expedientes tramitados

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2008

En cuanto a los expedientes de protección tramitados por la administración que terminan en la administración de justicia, es un dato del que no se dispone actualmente, ya que en el ámbito de familia, la administración de justicia solo se aportan datos que afectan a la violencia sobre la mujer, las separaciones, divorcios o nulidades y en el ámbito de menores se aportan datos que afectan únicamente a los menores que han cometido delitos (Consejo General del Poder Judicial, 2009).

En cualquier caso, y referidos exclusivamente a la provincia de Cádiz (Junta de Andalucía, 2009),

el volumen de oposiciones a las distintas resoluciones administrativas (desamparo, acogimiento, etc.) no supera el 5% de las medidas acordadas en un año. Respecto a los procedimientos de acogimiento que necesitan ser acordados judicialmente al no contar con el consentimiento de los padres, representan aproximadamente el 60% del total de acogimientos constituidos, según se puede extraer de los datos aportados en el Informe sobre Estado de la Infancia en Andalucía (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2000).

Variables influyentes en la toma de decisiones

En el ámbito de la protección de menores en general la tradición de investigación en España resulta realmente escasa. Mientras que en otros países como Reino Unido (Munro, 1999), Canadá (Sullivan, Whitehead, Leschied, Chiodo, & Hurley, 2008) Alemania (Kindler, 2008) y sobre todo Estados Unidos (Rzepnicki & Johnson, 2005) situaciones como las descritas al inicio de esta introducción han provocado una cantidad importante de investigaciones, en nuestro país no ha ido más allá de noticias de prensa o televisión como las reseñadas en la introducción o informes de las distintas Oficinas del Defensor del Pueblo en las Comunidades Autónomas, como en el caso del Sindic de Catalunya (Sindic de Greuges, 2007). En Cataluña se realizó en el año 2002 (Casas & Monserrat, 2002) un trabajo que afectaba exclusivamente a la percepción de los profesionales sobre el funcionamiento del sistema de protección en esa Comunidad y recientemente contamos en Andalucía con un estudio sobre la utilización de instrumentos de valoración en población de riesgo (Garrido & Grimald, 2009), donde se tienen en cuenta variables personales y profesionales en la utilización de los mismos, como tendremos ocasión de comentar más adelante.

Si bien en los Estados Unidos existen estudios sobre la toma de decisiones en protección de menores que datan de los años 90, es a partir del presente siglo con la celebración en el año 2003 de un seminario específico en la Universidad de California en Berkeley sobre la "La Toma de Decisiones en Bienestar Infantil" cuando este tipo de estudios comienza a proliferar (Gambrill, 2005).

La mayoría de los trabajos sobre toma de decisiones realizados en los EEUU, se dirigieron a estudiar fundamentalmente tres grupos de variables, las relacionadas con el trabajador, las relacionadas con el niño y aquellas que tienen que ver con los recursos disponibles (De Panfilis & Girvin, 2005).

Para el estudio de la toma de decisiones en protección de menores Munro (2005) propone una aproximación sistémica que tenga en cuenta los factores individuales, las variables relacionadas con los recursos y sus limitaciones (incluyéndose los instrumentos y el uso que se hace de los mismos), añadiendo de forma diferenciada los factores relacionados con la organización. Refiriéndose a este último, añade esta autora, es fundamental conocer en ese momento en qué lugar se sitúa la organización ante el dilema de apoyar a las familias o proteger a los niños. En muchas ocasiones estos factores determinan dónde se situará el umbral para la retirada. La historia de las últimas décadas muestra fluctuaciones sociales en este tema. Cuando la prioridad es apoyar a las familias, el umbral para retirar a un niño sube y muchos niños se quedan en un contexto de riesgo. Una muerte provocará un cambio hacia la prioridad del niño. Entonces el umbral baja, más niños son retirados y se produce un contragolpe cuando la población teme que los profesionales tienen demasiado poder e invaden la privacidad de las familias. Este dilema es fácil de abordar para el trabajador si la organización mantiene un mensaje claro y consistente. Pero a veces, la propia organización se vuelve cínica con frases como: tú debes trabajar en colaboración con los padres y apoyándolos en todos los casos, excepto en aquellos que a posteriori se han revelado peligrosos. Desgraciadamente, es el trabajador de primera línea el que toma la decisión sin el beneficio del a posteriori, colocando a veces la organización a los trabajadores en situación de tener que ejecutar decisiones contradictorias al mismo tiempo.

En la revisión realizada por Kang y Poertner (2006) encontraron que la variable que más influía en la toma de decisiones de los profesionales tenía que ver con la situación económica de la familia, más que el riesgo o el maltrato. Britner y Mossler (2002) analizando 18 características relacionadas

con los casos a la hora de tomar decisiones, encontraron que las características que los profesionales consideraron más importantes tienen que ver con la severidad del maltrato y la probabilidad de ocurrencia. Sin embargo, no se señalaron como influyentes variables que la investigación básica ha considerado importantes, como el apego del niño o la relación con su familia extensa. Wells, Lyons, Doueck, Brown, y Thomas (2004) también señalan como influyente la severidad del daño y añaden la historia de desprotección, la presencia de daño físico, la existencia de varios abusos, la edad del menor y variables sociales de los menores como situación económica de la familia o sus características étnicas. También De Panfilis y Girvin (2005) encontraron como influyentes las variables señaladas, incluidas estas últimas, con una mayor tendencia a la intervención cuando se trata de maltrato físico frente a los otros tipos de maltrato.

Un grupo importante de estudios realizados en los Estados Unidos, utilizando distinta metodología, encontraron diferencias significativas hacia una mayor comunicación de situaciones de maltrato, e incluso una vez comunicada sobre la decisión por parte de los servicios de menores de adoptar una medida de separación cuando se trata de menores de origen hispano (Woldegulorguis, 2003; Garlan, Landsverk, y Lau, 2003) o afroamericanos (Gammon, 2001; Castrianno, 2000). Posteriormente Church, Gross, y Baldwin (2005), realizando un estudio sobre informes y expedientes, encuentran que no solo hay una mayor proporción de niños de diferentes culturas en el sistema de protección americano (por encima de su proporción en la población general), sino que además a estos se les aplican actuaciones más punitivas y por periodos de tiempo más largo.

Respecto a la influencia en la toma de decisiones de variables relacionadas con los profesionales, por una parte nos encontramos con variables relacionadas con su quehacer profesional y por otra con variables estrictamente personales. En cuanto al primer grupo, varios estudios han destacado la

importancia que la experiencia profesional puede tener en la toma de decisiones ante un menor desprotegido. Así en el estudio de Britner y Mossler (2002) comparando cuatro grupos profesionales (jueces, fiscales, trabajadores sociales de servicios de protección y profesionales de salud mental) encontraron diferencias significativas entre estos grupos a la hora de considerar la importancia de unos indicadores u otros, existiendo mayor similitud entre los dos primeros y los dos últimos grupos, e inclinándose los primeros por decisiones que implican toma de medida de protección, frente a medidas de intervención en el medio. Sullivan et al. (2008) comparando trabajadores sociales y policías, encontró que los primeros eran más críticos con los riesgos. Por otra parte en comparación con estudiantes, los profesionales suelen requerir más información, generar más hipótesis y hacer menos asunciones. Un estudio anterior (Mandel, Lehman, & Yuille, 1994) no encontró diferencias significativas a la hora de tomar decisiones entre profesionales y recién graduados, pero en el proceso seguido por los profesionales estos realizaron más peticiones de información adicional e hicieron menos asunciones injustificadas.

Un foco de atención de dichos estudios ha sido tradicionalmente el personal médico o sanitario. En un estudio sobre profesionales sanitarios norteamericanos (King, Reece, Bendel, & Patel, 1998) estudiaron el efecto que determinadas variables sociodemográficas, la formación y variables actitudinales tienen en las notificaciones de situaciones de maltrato en tres grupos de profesionales, pediatras, trabajadores sociales con nivel de máster y asistentes sanitarios. Si bien encontraron una mayor proporción de notificación de casos en el primer grupo, cuando se introdujeron otras variables independientes las diferencias se atenuaron, resultando predictores más significativos la actitud del profesional y la cantidad de entrenamiento recibido en este tema. En otro trabajo con profesionales de atención primaria y utilizando grupos de discusión Flaherty, Jones y Sege (2004), comprobaron que entre las variables más influyentes a la hora de

comunicar un caso se encontraba la experiencia del profesional a la hora de identificar y valorar el caso en su tiempo de consulta y la relación que previamente había tenido este profesional con casos similares ante los servicios de menores. Los obstáculos más importantes que se encontraron a la hora de comunicar los casos, fueron: el bajo conocimiento sobre abuso infantil, su experiencia previa con los Servicios de Protección Menores (cuando estos consideran que el daño es insuficiente o infundado, decrece la posibilidad de futuras comunicaciones, además no suelen recibir feedback), el tiempo adicional requerido en valorar e informar del abuso y la burocracia posterior. En un estudio posterior de los mismos autores y utilizando viñetas (metodología que comentaremos más adelante) comprobaron nuevamente la influencia que tiene sobre la toma de decisiones del personal sanitario la experiencia anterior con los Servicios de protección de menores. En esta ocasión también mostró influencia, la relación que los profesionales sanitarios mantenían con las familias, tanto en facilitar como en impedir la notificación de la situación de maltrato. En este último caso por temor a las represalias de la propia familia hacia el profesional. Los apoyos más importantes, en esta ocasión, resultaron ser: la discusión con otros colegas o la consulta telefónica con expertos (Jones et al., 2008).

Sullivan et al. (2008) también compararon distintas profesiones incluyendo trabajadores sociales, policías y estudiantes, siendo los primeros los más críticos con los riesgos y requiriendo más información que generan más hipótesis posibles. En el estudio realizado en nuestra Comunidad sobre la utilización de la Escala de Bienestar Infantil se encuentran diferencias significativas en las valoraciones realizadas entre los distintos perfiles profesionales, siendo que en algunos casos los educadores evalúan más desfavorablemente a las familias que psicólogos y trabajadores sociales (Garrido & Grimaldi, 2009).

Respecto a la experiencia, parece existir cierta coherencia en los estudios que induce a pensar

que menor experiencia conduce a sobreestimar el riesgo, aumentándose las retiradas (Sullivan, Whitehead, Leschied, Chiodo, & Hurley, 2008). Según Portwood (1998) quien no ha trabajado nunca con casos tiende a percibir como abusivas conductas que se consideran ambiguas. Sin embargo, en los estudios de Sullivan et al. (2008) las diferencias existentes teniendo en cuenta la experiencia, desaparecen cuando se toma una muestra de un Servicio concreto en que todos profesionales fueron entrenados en un instrumento de toma de decisiones. También en nuestro ámbito, y utilizando la escala de Bienestar Infantil, se encontró que los profesionales con más experiencia realizan valoraciones más favorables de las familias y los profesionales con menos experiencia realizan valoraciones más desfavorables con la misma escala (Garrido & Grimaldi, 2009).

En cambio, Wells et al. (2004) no encontraron influencia de la experiencia, especialización o años de trabajo en el Servicio de Protección de Menores. Tampoco Mandel, Lehman y Yuille, (1994) encuentra diferencias significativas en la toma de decisiones entre profesionales en función de su experiencia. Sin embargo si observan como los profesionales con más experiencia suelen ser más críticos en el procesamiento del caso, piden más información y se plantean más hipótesis, aunque el resultado final no varíe significativamente respecto a los profesionales de menor experiencia.

Respecto a las variables personales de los profesionales, uno de los estudios más completos es el realizado por Portwood (1998). Utilizando la metodología de las viñetas y con una muestra que incluía profesionales de distintos sectores relacionados con la infancia (profesionales de la salud mental, del ámbito legal, de la medicina, de la educación, padres y adultos no padres) estudió la influencia del nivel educativo, los ingresos, la religión y la experiencia como padres, así como la experiencia personal de maltrato. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, aunque sí aparecen tendencias en algu-

nas de ellas como la experiencia de paternidad, en la cual las personas que tiene hijos tienden a ser más exigentes con los abusos. Tampoco el trabajo realizado por Ashton (2004), cuando estudia el momento en que el profesional sanitario debe notificar situaciones de maltrato encuentra diferencias en variables individuales, salvo curiosamente la características étnicas o el estatus de inmigrante. Variables tales como edad del profesional, sexo, experiencia de paternidad- maternidad, estado civil, no tiene influencia significativa en la valoración realizada con la escala de Bienestar Infantil, según el estudio de Garrido y Grimaldi (2009).

Probablemente la autora que más ha estudiado el proceso de toma de decisiones considerando los procesos psicológicos implicados en el mismo haya sido Munro (1999, 2005) en el Reino Unido, como consecuencia del análisis de los casos en donde se informaron de errores que condujeron a la muerte de niños. A través del estudio de los informes que componían estos casos se pudo comprobar cómo en la mayoría de los casos, en que se veían implicadas muchas variables desconocidas y se exigía decisiones rápidas, los sujetos se dejaban llevar por un pensamiento de tipo intuitivo, conviviendo con la existencia de instrumentos de valoración de riesgo. Entre las conclusiones más importantes de su estudio señala el importante peso que para los profesionales tiene la primera valoración, conduciéndose todo el proceso hacia la confirmación de la misma, que muy rara vez resultaba refutada, resultando incluso desconfiados ante la evidencia de nueva información que entrara en conflicto con la inicial. Además de esto, se utiliza muy poco la evidencia escrita, el análisis de factores de riesgo o el cotejo de información. En conclusión, debido a la abrumadora cantidad de información, los profesionales que trabajan con casos muy duros y con poco tiempo generalmente recurren a caminos cortos para la toma de decisiones y tienden a seleccionar la información más vívida, concreta, reciente y emocional. La información abstracta, los informes del caso, los escritos, son infravalorados y además la primera impresión es difícil de modificar. Esto

sugiere que una forma de mejorar es diseñar estrategias que compensen estos errores. Es necesario aplicar instrumentos analíticos para apoyar las destrezas intuitivas. El juicio intuitivo nos podría conducir a plantear hipótesis que serían testadas con mayor rigor por ejemplo con instrumentos de valoración del riesgo.

En esta misma línea Gambrill (2005) señala dos errores habituales cometidos por los profesionales encargados de la toma de decisiones, que tienen que ver con la persistencia en el punto de vista inicial a pesar de la evidencia en contra y el segundo con la aplicación inadecuada de correlaciones de datos, probablemente debidas a las circunstancias bajo presión en que trabajan estos profesionales.

La propia Munro (2005) más tarde añade la necesidad de estudiar la influencia de variables emocionales además de los elementos cognitivos ya señalados. En protección de menores los factores emocionales están siempre presentes ya que se trabaja con niños que han sido maltratados por sus propios padres. En alguno de los casos de errores analizados por esta autora destaca lo llamativo que resulta a veces la falta de preocupación o compasión de algunos trabajadores ante niños muy pequeños que sufren un maltrato grave.

Pero ¿con qué recursos cuentan los trabajadores para tomar sus decisiones y cómo influyen estos en la toma de decisiones final? Munro (2005) señala la importancia de considerar no solo los recursos disponibles, sino el uso que se hace de ellos. En este sentido, cita estudios en que los instrumentos de toma de decisiones se usan después de tomar la decisión y para justificarla y documentarla, pero no para guiarla, incluso llegando a inflar algunos datos para que una familia pudiera entrar en determinado programa de intervención. Incluso pudo encontrar algunos profesionales que abiertamente rechazan el uso de instrumentos prefiriendo su propio juicio clínico. Kang y Poertner (2006) en un estudio realizado con profesionales de los servicios de sociales de protección en que le proporcionaban datos de distintos casos incluída una valoración

del riesgo usando un instrumento en el que habían recibido entrenamiento, comprueban que los profesionales finalmente usan sus propios valores personales con un rango limitado de evidencia, no utilizando métodos científicos.

Sin embargo, como apuntamos más arriba en el estudio de Sullivan et al. (2008) precisamente lo que aportó consistencia a las decisiones de los trabajadores estudiados en Ontario fue el entrenamiento en utilización de un instrumento de valoración del riesgo, aunque una característica particular de este instrumento es que utiliza una aproximación estructurada y racional, pero sin reemplazar el juicio clínico del profesional.

Otro elemento aunque muy poco estudiado relacionado con la influencia de los recursos en la mejora de la toma de decisiones tiene que ver con la existencia de supervisores y con la calidad de la supervisión (Wells et al., 2004; De Panfilis y Girvin, 2005).

Dadas todas las evidencias acumuladas por la investigación hasta el presente, y teniendo en cuenta que se trata de un tema no abordado empíricamente entre nosotros hasta el presente, el objetivo de nuestro trabajo será comprobar si en nuestro ámbito y con las peculiaridades de nuestro sistema, existen diferencias en la toma de decisiones en protección de menores en función de una serie de variables que tiene que ver por una parte con el propio caso y por otra con cuestiones profesionales (ubicación del profesional en el sistema, que profesión tiene, cuanta experiencia, si tiene formación especializada) y cuestiones personales (edad, situación familiar, hijos, situación laboral). Ello debe permitirnos una mejor comprensión no sólo de las variables que influyen sobre la toma de decisiones, sino también de los sesgos que pueden estar presentes en el momento clave de identificación del problema y, en su caso, propuesta de medidas de protección.

Instrumentos

En todos los estudios revisados en el apartado anterior hemos encontrado básicamente dos formas de estudiar la toma de decisiones en esta materia, mediante el análisis de expedientes reales de menores o mediante la utilización de lo que se denomina viñetas.

El análisis de casos reales, generalmente se ha utilizado en aquellos trabajos que tratan de estudiar los errores cometidos por los profesionales en la cadena de toma de decisiones, dirigido sobre todo a aquellos casos en que se produjo un desenlace trágico, como los estudios realizados en el Reino Unido (Munro E. , 1999, 2005; Church et al. 2005; Wells et al. 2004) o en los EEUU (Rzepnicki & Johnson, 2005). En todos estos trabajos se analizan fundamentalmente los expedientes de menores y los informes que lo componen, estudiándose en cada uno de los casos la cadena de toma de decisiones y los posibles errores cometidos por los profesionales que finalmente condujeron a una decisión trágica para el menor.

Pero quizás la metodología más utilizada en este tipo de estudios ha sido el uso de casos ficticios (viñetas), consistente en la mayoría de los casos en la exposición de una situación en la que se ve implicado un menor que está sufriendo maltrato por parte de sus progenitores y donde los investigadores suelen manipular las variables de interés que pretenden estudiar (edad del niño, sexo, características étnicas, composición familiar o social, tipo de maltrato, severidad, etc. (Britner y Mossler, 2002; Sullivan et al. , 2008; Ashton, 2004; Portwood, 1998; Mandel et al., 1994; Kang y Poertner, 2006). Posteriormente se suele aplicar un cuestionario con preguntas abiertas o escalas tipo Likert con las cuestiones que el investigador pretende evaluar, entre ellas la toma de decisiones principal en protección (preservación familiar o separación del menor de su entorno) o la intervención profesional sobre la situación expuesta.

Excepcionalmente algunos investigadores (Flaherty, Jones, y Sege, 2004) han utilizado metodología cualitativa en el estudio de la toma de decisiones. En concreto estos autores utilizaron la técnica de grupo focal o grupo de discusión muy utilizada en el estudio de opiniones o actitudes. Los participantes en dichas sesiones eran preguntados por un moderador sobre cuestiones relacionadas con su trabajo en la comunicación de situaciones de maltrato a los servicios de menores. Dichas sesiones eran grabadas y transcritas para ser posteriormente analizadas por los investigadores los cuales extraían los temas comunes emergentes. A partir del estudio de estos temas comunes se realizan los posteriores análisis.

En nuestro caso, nos hemos inclinado por la utilización de tres casos, en los que se describen tres situaciones de maltrato intrafamiliar. En los tres casos se mantuvieron constantes la estructura familiar (compuesta todas por familias de padre y madre), y no se aportó ninguna información que indicara características étnicas o socioeconómicas de las familias. (Cuestionario completo en el Anexo I).

En el primer caso se describe la situación de una familia compuesta de ambos padres y tres menores de edades comprendidas entre los 7 y los 4 años. Se trata de una familia con amplios antecedentes en el sistema de protección y con una larga trayectoria de intervención por parte de los servicios sociales. Se describe una situación donde se ven comprometidas casi todas las necesidades de los menores (físicas, cognitivas, sociales, emocionales,..) y con unos padres imbuidos en sus propios problemas (alcoholismo, relación de pareja conflictiva, etc.). Se ha producido algunos avances en la intervención en los últimos momentos que se lleva a cabo a nivel comunitario.

En el segundo caso se planteaba la situación de una pareja joven con dos hijos. El más pequeño de ellos se encuentra en el hospital con lesiones compatibles con la existencia de maltrato físico, situación detectada por el centro escolar. Los padres intentan explicar la causa de las lesiones, y niegan cualquier relación de las mismas con un posible maltrato. Se informa de antecedentes anteriores de posible maltrato físico en esta misma familia y de una única intervención previa por parte de los Servicios Sociales Comunitarios, pero sin un seguimiento posterior. El juzgado de guardia ha abierto diligencias previas por presunto delito pero remite la actuación protectora a la administración competente. El menor permanece en el hospital a la espera de una decisión.

En el tercer caso planteamos la situación de una niña de unos cuatro años que desvela en el colegio ante su profesora una posible situación de abusos sexuales intrafamiliar. Se expone una pequeña exploración de la menor y el resultado de una entrevista mantenida con la madre de esta. En esta entrevista la madre mantiene una posición de duda sobre lo manifestado por su hija, intentando explicar sus conductas y exculpando a su marido de un posible abuso.

Tras la exposición de cada caso se planteaban a los profesionales cuestiones relacionadas con el tipo de maltrato percibido, la decisión a tomar y las variables consideradas para la adopción de dicha medida.

En primer lugar debe calificar el tipo de maltrato. Para elegir las categorías se utilizó la clasificación propuesta en Andalucía y señalada en la introducción (SIMIA), que en principio deben conocer y tener disponibles todos los servicios que trabajan en el SASI. Esta clasificación distingue los siguientes tipos de maltrato: maltrato físico, maltrato psicológico o emocional, negligencia física, abandono psicológico o emocional, abuso sexual, corrupción, explotación, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, síndrome de Munchausen por poderes y maltrato institucional. En el cuestiona-

rio se incluyeron únicamente las cinco primeras, por considerarse el resto demasiado alejadas de los casos. Cada sujeto debe elegir una categoría de maltrato principal y las categorías de maltrato secundario que considerara. De cada tipología de maltrato señalado, se debe indicar el nivel de gravedad percibido entre tres posibilidades: leve, moderado y grave; coincidentes con los niveles propuestos en el SIMIA.

En segundo lugar y una vez clasificado el maltrato, los sujetos deben elegir, entre cuatro alternativas, que decisión tomarían en cada caso. En los tres casos las cuatro decisiones se ordenan entre los siguientes valores:

- Mínima: mantenimiento del menor en su entorno con el mínimo cambio respecto a la intervención que ya se estuviera llevando a cabo.
- Media: mantenimiento del menor en su entorno pero introduciendo algunos cambios en la intervención que implican mayor control familiar.
- Moderada: separación condicionada a que los padres realicen una serie de cambios en un periodo limitado de tiempo.
- Máxima: separación inmediata.

Por último se solicita a los sujetos que indiquen en una lista abierta al menos tres variables o factores en orden de importancia que hayan tenido en cuenta para elegir la intervención indicada en la pregunta anterior. Una vez recogidos todos los cuestionarios las respuestas a esta última pregunta fueron categorizadas en cinco grupos en función de que se refieran a cada una de los siguientes contenidos:

- Relacionadas con el incidente o maltrato. Por ejemplo muchas de ellas repiten el tipo de maltrato observado o indicadores que lo definen como abandono de los menores, absentismo, negligencia, o bien la reincidencia o la gravedad del propio daño infringido.

- Relacionadas con la vulnerabilidad o necesidades del menor. Por ejemplo, carencias afectivas en los menores, edad del niño, conductas de inversión de roles, consecuencias psicológicas.
- Relacionadas con las características de los cuidadores: falta de trabajo de los padres, alcoholismo, implicación de la madre, conflictos de pareja, habilidades educativas de los padres...
- Relacionadas con el entorno familiar o social: familia extensa desestructurada, antecedentes en la familia de origen...
- Relacionadas con la intervención: si se han

producido algunos cambios, si la intervención es insuficiente, si no se ha realizado intervención.

Los tres casos, junto con las cuestiones planteadas, se incluyen en un cuestionario, que denominamos Cuestionario de Evaluación de Toma de Decisiones en Protección de Menores (CETDPM) (Anexo I) en donde se extraen datos de características personales (edad, situación civil, paternidad) profesionales (grado de formación y formación postgrado) laborales, de los equipos donde trabajan y de los recursos instrumentales y de supervisión que utiliza en su trabajo habitual.

Sujetos

Los sujetos utilizados en la presente investigación proceden cuatro sectores implicados en la toma de decisiones en protección de menores en la provincia de Cádiz: los Equipos de Tratamiento Familia, el Servicio de Protección de Menores, los Centros de Menores y el Sistema Judicial.

El cuestionario se elaboró inicialmente en versión electrónica, de manera que los sujetos pudiesen contestar directamente en su ordenador y remitir sus respuestas de una forma más sencilla; sin embargo, esta opción solo pudo ser utilizada en los ETF, ya que los demás servicios no disponían de los recursos informáticos necesarios para su realización, debiendo completarse en su versión en papel.

Del Sistema Judicial obtuvimos respuesta de 10 sujetos de una población total de 14 que componen el entramado judicial en la provincia de Cádiz, distribuidas de la siguiente forma: 4 jueces de primera instancia, 4 Letrados del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y 2 Fiscales de Menores. No contestaron al cuestionario los tres magistrados de la Sección de la Audiencia Provincial encargados de estos asuntos.

Respecto al Servicio de Protección de Menores, en el momento de recabar los datos el personal técnico que compone dicho servicio suman un total de 27 personas, entre los tres departamentos que componen el mismo. Se contestaron el 100 % de los cuestionarios.

Respecto a los centros, el CETP se distribuyó en dos Centros de Primera Acogida (CAI), uno de carácter público y otro privado con convenio con la administración. En total de cada centro se recibieron las respuestas de 11 profesionales, con lo que contamos con un total 22 cuestionarios contestados procedentes de los profesionales de ambos centros.

Los Centros de Primera Acogida tienen definido su programa de intervención en el Proyecto Educativo Marco (referencia), y son dentro de las tipologías

de centros existentes, los que tienen mayor participación en la toma de decisiones. Inicialmente se distribuyó el Cuestionario entre los profesionales de la única Institución colaboradora de integración familiar (ICIF) que se encarga de los acogimientos simples y de urgencia, que al igual que los Centros de Primera Acogida ocupan un papel preponderante en la toma de decisiones. Sin embargo, debido tanto al escaso número de profesionales que componen dicho equipo como a la ausencia de respuestas (tan solo una), se rechazó la utilización de la misma.

A los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar, se les remitió la versión de correo electrónico, previamente se contactó personalmente con los coordinadores municipales de los equipos distribuidos en toda la provincia, quienes informaron a los profesionales sobre el cuestionario que recibirían posteriormente. Del total de 69 profesionales que componen los equipos en la provincia de Cádiz, se recibieron 24 cuestionarios, debiendo ser invalidado uno de ellos por haber dejado la mayoría de las respuestas sin contestar.

Por último se utilizó un grupo de expertos compuesto por tres profesionales, todos ellos con una media de 20 años de experiencia en el sistema de protección de menores en la provincia de Cádiz. Un juez de primera instancia, una trabajadora social que se ocupa de la coordinación de los Equipos de Menores y un psicólogo que desarrolla su labor actualmente en un Equipo de Tratamiento Familiar y anteriormente en un Centro de Primera Acogida. Con dicho grupo se mantuvo una única sesión en donde se analizaron cada uno de los casos y se llegó a una decisión de consenso respecto a la medida de protección que se debía adoptar en cada uno de ellos. Todos los integrantes de este grupo tienen una edad superior a 40 años, están casados y tienen hijos (uno el psicólogo, dos el juez y cuatro la trabajadora social). Tanto el juez como la trabajadora social tienen empleos fijos y han trabajado

siempre en el mismo área, mientras que el psicólogo es interino y ha trabajado tanto en el ETF, en un Centro de Primera Acogida como en el propio Servicio de Protección de Menores. El psicólogo y la trabajadora social tienen formación en Terapia Familiar Sistémica y el juez se encuentra actualmente formándose en Mediación Familiar.

La muestra estudiada (N=84) se compuso por sujetos procedentes de cuatro sectores diferentes del Sistema de Atención Social a la Infancia de la provincia de Cádiz, según la distribución que aparece en la tabla 6.

Tabla 6
Profesionales estudiados por servicio de procedencia

| | Frecuencia | % |
|--|------------|------|
| SPM (Servicio de Protección de Menores) | 27 | 32,1 |
| SSCC (Equipo de Tratamiento Familiar de los Servicios Sociales Comunitarios) | 23 | 27,4 |
| CENTRO (Centro de Primera Acogida) | 24 | 28,6 |
| JUSTICIA | 10 | 11,9 |
| Total | 84 | 100 |

En cuanto a las características personales, en primer lugar la distribución por tramos de edad se ajusta a lo expuesto en la tabla 7. En la cual se ob-

serva una importante homogeneidad entre los grupos con una diferencia en el grupo de justicia hacia sujetos de mayor edad.

Tabla 7
Edad de los profesionales por servicio de procedencia

| | SPM | | SSCC | | Centro | | Justicia | | Total | |
|--------------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|----|------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Menos de 30 años | 3 | 11,2 | 2 | 8,7 | 5 | 20,8 | 1 | 10 | 11 | 13,1 |
| Entre 30 y 40 años | 12 | 44,4 | 10 | 43,5 | 8 | 33,4 | 2 | 20 | 32 | 38,1 |
| Más de 40 años | 12 | 44,4 | 10 | 43,5 | 11 | 45,8 | 7 | 70 | 40 | 47,6 |

Respecto a su relación familiar, nos encontramos en orden descendente a sujetos que mantiene una relación de pareja o matrimonial de carácter estable (n= 57; 67.9%), un segundo grupo de personas solteras (n=23; 27,4%) y un tercer grupo de personas en otras situaciones (n=4; 4,8%). Los profesionales de servicios sociales son los que presentan un mayor porcentaje de personas casadas o con pareja estable (n=20; 87%) seguidos de los profesionales de justicia (n=7; 70%). En el Servicio de Protección

de Menores el porcentaje de personas casadas o con pareja estable es del 59,3% (n=16), y en los centros de menores alcanza el 58,3% (n=14).

Respecto a la paternidad, una ligera mayoría de los sujetos no tienen hijos (52.4%), mientras que con un solo hijo encontramos un 16,7% frente a un 31% que tiene dos o más hijos, distribuidos de la siguiente forma.

Tabla 8
Número de hijos de los profesionales por servicio de procedencia

| | SPM | | SSCC | | Centro | | Justicia | | Total | |
|-----------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|----|------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Sin hijos | 15 | 55,6 | 10 | 43,5 | 15 | 62,5 | 4 | 40 | 11 | 13,1 |
| Un hijo | 5 | 18,5 | 6 | 26,1 | 3 | 12,5 | | | 32 | 38,1 |
| Dos o más hijos | 7 | 25,9 | 7 | 30,4 | 6 | 25 | 6 | 60 | 40 | 47,6 |

La situación laboral de toda la muestra se reparte prácticamente por igual entre trabajadores fijos (n=39; 46,4%) e interinos o eventuales (n=41; 48,8%). En los dos extremos encontramos por un lado la muestra de justicia donde todos los profesio-

nales son fijos, en el otro extremo los profesionales del SPM que tan solo representan el 40,7%.

La distribución por profesiones se ajusta a la siguiente tabla:

Tabla 9
Titulación de los profesionales por servicio de procedencia

| | SPM | | SSCC | | Centro | | Justicia | | Total | |
|-----------|-------|------|-------|------|--------|------|----------|-----|-------|------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| Psicólogo | 8 | 29,6 | 11 | 47,8 | 4 | 16,7 | | | 23 | 27,4 |
| L.Derecho | 2 | 7,4 | 2 | 8,7 | | | 10 | 100 | 14 | 16,7 |
| T.Social | 13 | 48,1 | 7 | 30,4 | 5 | 20,8 | | | 25 | 29,8 |
| Educador | | | 3 | 13 | 15 | 62,5 | | | 18 | 21,4 |
| Otros | 4 | 14,8 | | | | | | | 4 | 4,8 |

La mayoría de los sujetos ($n=58$; 69%) no posee estudios de especialización postgrado (Máster o Doctorados). El mayor grupo de sujetos con estudios de postgrado lo encontramos en los SSCC ($n=15$; 65,2%), seguidos del SPM ($n=7$; 25,9%), los centros ($n=4$; 16,7%) y los profesionales de justicia, donde

no existe ningún caso con este tipo de estudios. En la tabla 10 se expone la relación del tipo de estudios señalados. Conviene señalar que de los 12 sujetos que señalan estudios de postgrado en Terapia Familiar Sistémica, 10 pertenecen a los SSCC y los dos restantes al SPM.

Tabla 10
Estudios de postgrado de los profesionales

| Estudios | Centro de realización | Frecuencia |
|----------------------------|--|------------|
| Terapia Familiar Sistémica | Escuela privada de formación sistémica | 12 |
| Psicoterapia Relacional | Universidad de Sevilla | 1 |
| Psicología Clínica | Universidad de Sevilla | 1 |
| Educación Social | Universidad de Sevilla | 1 |
| Infancia en riesgo | - | 1 |
| Mediación Familiar | Universidad de Cádiz | 1 |
| Atención Jurídica al Menor | Universidad de Cádiz | 1 |
| Genero e Igualdad | Universidad de Sevilla | 1 |
| Estudios Legales | Universidad de Leicester (RU) | 1 |
| Estudios de doctorado | Universidad de Sevilla Universidad de Cádiz | 1 1 |
| Mediación | Universidad Pablo de Olavide | 2 |
| Gestión de Centros | - | 1 |
| Maltrato Infantil | UNED | 1 |
| SIN ESTUDIOS POSTGRADO | | 58 |

Respecto a las horas en cursos de formación oscilan entre quienes no señalan ninguna ($n=55$; 65,5%) y quienes señalan más de 1500 horas (media=162,32). Siendo nuevamente el grupo de justicia el que se destaca por no señalar ninguna hora de formación y el grupo de profesionales de los Servicios Sociales el que acumula un mayor número de horas de formación (media SSCC= 632).

En cuanto a la experiencia de trabajo en concreto en el área de infancia y familia, la gran mayoría ($n=60$; 74,1%) poseen más de tres años de experiencia en la misma (media=7,93; SD= 6,32). Del grupo que no completa los tres años de experiencia la mayoría pertenece al SPM, en donde un alto porcentaje de los sujetos no completan los tres años de experiencia mínima ($n=22$, 80,5%). En la mayo-

ría de los casos ($n=72$; 75,7%) esta experiencia se ha adquirido trabajando en el mismo área dentro del propio sistema, mientras que el resto ha trabajado en más de un sector dentro del propio sistema.

La mayoría de los sujetos manifiestan trabajar en Equipo ($n=74$; 88,1%), sin embargo tan solo manifiesta una estabilidad superior a los tres años, la mitad de los profesionales ($n=42$; 50%). En esta variable también se aprecian diferencias importantes entre los grupos, siendo el SPM el que destaca por la escasa estabilidad de sus equipos como se refleja en la tabla. La estabilidad de los equipos profesionales del SPM no supera nunca los tres años y la gran mayoría ni siquiera el año ($n=15$; 55,6%), prácticamente a la inversa que en los SSCC.

Tabla 11
Estabilidad de los profesionales en cada servicio

| | SPM | | SSCC | | Centro | | Justicia | | Total | |
|----------------|-------|------|-------|------|--------|------|----------|----|-------|------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| Menos de 1 año | 15 | 55,6 | | | 3 | 12,5 | | | 18 | 21,4 |
| 1-3 años | 7 | 25,9 | 7 | 30,4 | 2 | 8,3 | 3 | 30 | 19 | 22,6 |
| Más de 3 años | 0 | | 16 | 69,6 | 19 | 79,2 | 7 | 70 | 42 | 50 |

La muestra de profesionales del Sistema Judicial son los de mayor edad, con pareja estable, hijos y puestos de trabajo fijos. Son uniformes en cuanto a su titulación, todos son licenciados en Derecho, pero en cambio se trata de los que poseen un nivel de formación especializada más bajo. Ninguno de ellos manifiesta poseer estudios de formación postgrado (tipo máster o doctorado) relacionados con familia e infancia, ni tampoco señalan cursos de formación en esta materia. Sin embargo, se trata de una población con una experiencia bastante amplia en esta materia, 10 años de trabajo en temas de familia e infancia.

Los profesionales de los SSCC se presentan como los más formados: el 65,2% posee títulos de formación especializada en la materia y con mayor número de horas de formación. La mayoría de ellos (más del 80%) en Terapia Familiar Sistémica. Se encuentran mayoritariamente en equipos estables (69,6% tienen una estabilidad en sus equipos superior a los 3 años). Estos equipos siempre lo conforman Psicólogos, Trabajadores Sociales y Educadores (sin embargo el índice de respuesta es superior en el grupo de Psicólogos, el 47,8% de las respuestas). Su tiempo de trabajo medio es de 11 años, de los cuales 8 en infancia y familias.

Los profesionales de los centros son los que tienen más estabilidad en sus equipos (79,3% más de tres años). Aunque los equipos se componen mayoritariamente por educadores, también nos encontramos con profesionales de la psicología y el trabajo social. La formación postgrado especializada

alcanza al 16,7% y arrojan una media de tan solo 65 horas en cursos de formación especializada. Su tiempo de experiencia es muy alto en algunos de ellos con valores que incluso superan los 29 años, aunque la media del grupo es de 9 años.

Los profesionales del Servicio de Protección de Menores son los que tienen menor estabilidad en su equipo, en ningún caso se supera los tres años. Aunque la media de experiencia es de 8 años existe una gran diferencia que oscila entre 0 años y 25 años, concentrándose los años de experiencia en grupo del 22,2% de los sujetos, que se caracterizan por ser de mayor edad (por encima de 40 años) y con mayor experiencia (media de 20 años), y que acaparan la formación especializada y mayor número de horas de formación. Frente a una gran mayoría (n=15; 68,2%) que no alcanza el año de experiencia, que carece de formación especializada y ni siquiera supera una media de más de 20 horas (el equivalente a un solo curso) en cursos de formación especializada.

Por último, analizamos dos variables que tiene que ver con la forma en que los distintos profesionales desarrollan su tarea relacionada con la toma de decisiones, por una parte respecto a la existencia de supervisión y por otra respecto al uso de instrumentos de apoyo para dicha toma de decisiones.

Respecto a la supervisión la distribución entre los grupos se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 12
Tipo de supervisión señalado en cada servicio

| | SPM | | SSCC | | Centro | | Justicia | | Total | |
|-------------|------------|----|------------|------|------------|------|------------|----|------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Externo | 3 | 15 | - | - | 3 | 17,6 | - | | 6 | 9,2 |
| Interno | 14 | 70 | 8 | 34,8 | 8 | 47,1 | 1 | 20 | 31 | 47,7 |
| No habitual | 2 | 10 | 13 | 56,2 | 3 | 17,6 | 1 | 20 | 19 | 29,2 |
| Sin super. | 1 | 5 | 2 | 8,7 | 2 | 11,8 | 3 | 60 | 8 | 12,3 |
| Otros | - | - | - | | 1 | 5,9 | | | 1 | 1,5 |

Cuando se pregunta si utilizan instrumentos en su práctica habitual en la toma de decisiones, 68 sujetos contestan que si los utilizan, sin embargo cuando se le pide que señalen algunos de los instrumentos utilizados, tan sólo 55 sujetos contestan a la pregunta (65.5%). Catorce sujetos dicen utilizar algún tipo de manual, de los cuales 8 de ellos se refieren específicamente al manual de ETF (todos profesionales de los SSCC), uno al manual del SAN (profesional del SPM) y el resto no especi-

fica el tipo de manual. Tan solo un sujeto dice utilizar la Escala de Bienestar Infantil y otro un cuadro de factores de riesgo sin especificar. El SIMIA es indicado por dos sujetos y otros dos señalan un instrumento de habilidades parentales de Barudy (Guía de valoración de competencias parentales). El resto indican de forma genérica la utilización de bibliografía, legislación o normativa, observación, expedientes, entrevistas, etc.

Análisis de casos

Organizaremos los resultados en dos bloques. En primer lugar expondremos las influencias encontradas en cada uno de los casos y en segundo lugar nos detendremos en las relaciones entre la ubicación de los profesionales en cada uno de los servicios y la variable Intervención al objeto de compararlo con las respuestas emitidas por los sujetos del grupo de expertos señalado en el apartado anterior.

En cada uno de los casos estudiamos la posible influencia de las variables personales y profesionales sobre la valoración del caso y la intervención en el mismo. Así mismo también se estudió la posible relación entre estas dos variables, valoración del

caso realizada por los profesionales e intervención propuesta.

Teniendo en cuenta que las variables son fundamentalmente categóricas (cualitativas politómicas) y aquellas que miden gravedad o intensidad, ordinales, se han realizado tablas de contingencia utilizando los estadísticos chi cuadrado o Kruskal Wallis. Expondremos el análisis de cada uno de los Casos, indicando aquellas variables que resultaron significativas ($p < .05$) y aquellas que sin ser significativas muestran tendencias dignas de ser señaladas.

Caso 1

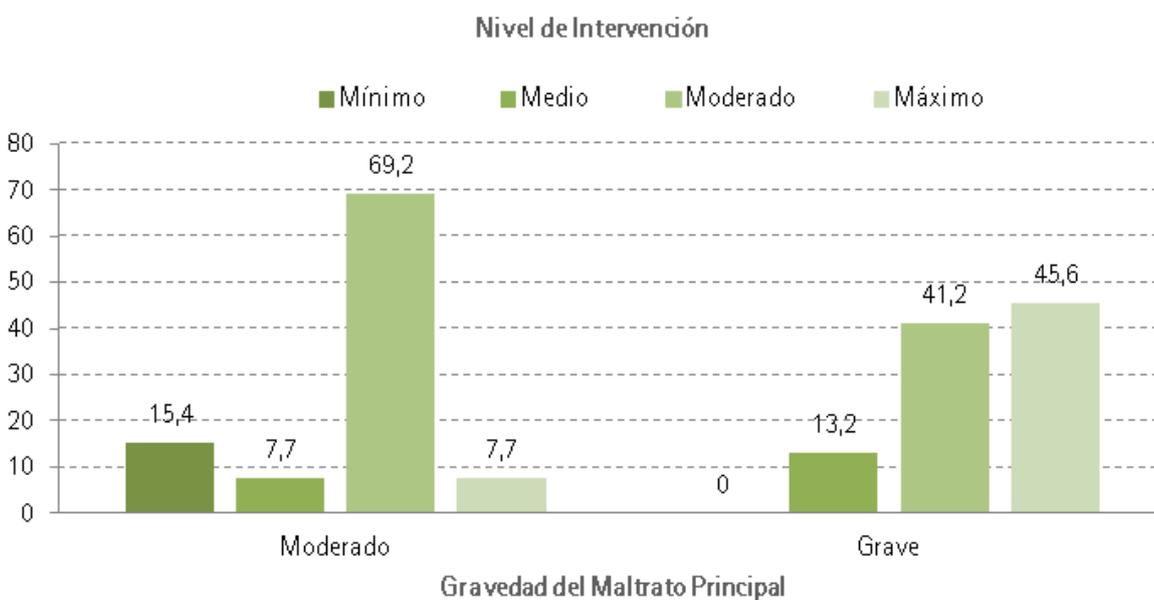
Recordemos que en el primer caso se exponía la situación de una familia compuesta de ambos padres y tres menores de edades comprendidas entre los 7 y los 4 años. Se trata de una familia con amplios antecedentes en el sistema de protección y con una larga trayectoria de intervención por parte de los servicios sociales. Se describe una situación donde se ven comprometidas casi todas las necesidades de los menores (físicas, cognitivas, sociales, emocionales,..) con escasos avances en la intervención que se lleva a cabo a nivel comunitario. A partir de aquí se plantea a los profesionales que decidan el tipo de maltrato principal y secundario, así como su nivel de gravedad; el tipo de intervención que llevarían a cabo y los indicadores que consideraron para proponer dicha intervención.

En primer lugar analizamos la influencia que la propia valoración del caso realizada por los profesionales puede tener en la toma de su decisión respecto a la intervención a seguir. En este caso no nos encontramos diferencias significativas entre los sujetos en función del tipo de maltrato principal o secundario diagnosticado, pero sí en función del nivel de gravedad atribuido a dicho maltrato $X^2(3, N=81)=16,58, p=.00$.

De manera que cuando se valora el maltrato principal como de gravedad moderada se tiende a proponer una intervención moderada, mientras que cuando se valora el maltrato con mayor gravedad se incrementan el nivel de intervención propuesto hacia medidas que implican mayor intervención (separación inmediata).

Gráfico 2

Nivel de intervención según la gravedad del maltrato principal

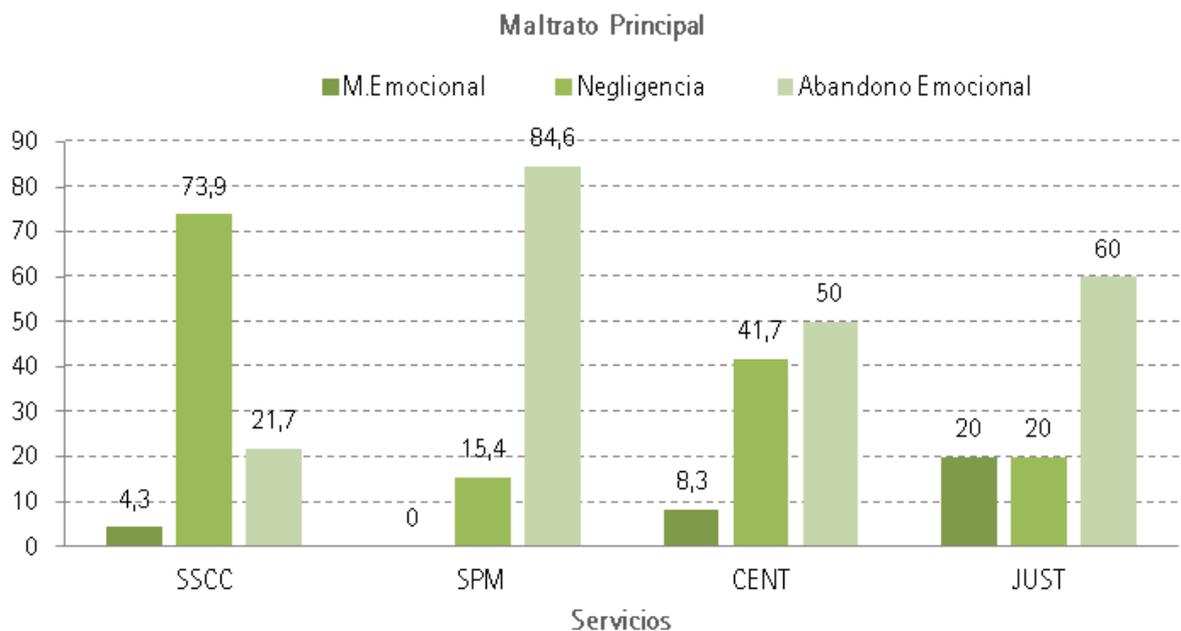


En segundo lugar y respecto a la influencia de las variables profesionales sobre la valoración del caso y su intervención, encontramos diferencias significativas en la valoración del maltrato principal en función del Servicio de procedencia de los profesionales. Básicamente los sujetos se inclinan bien por el abandono emocional (n=45; 54.2%) o por la negligencia (n=33; 39.8%), existiendo un pequeño grupo que se refiere al maltrato emocional (n=5;

6%). El análisis de las tablas de contingencias nos aporta diferencias significativas $X^2(6,N=83)=25,81$, $p=.00$, en función de la ubicación de los sujetos en el sistema, inclinándose mayoritariamente los sujetos de la muestra de SSCC por la negligencia, mientras que el resto de grupos indica como maltrato principal el abandono emocional, sobre todo el grupo perteneciente al SPM.

Gráfico 3

Maltrato principal señalado según el servicio de procedencia

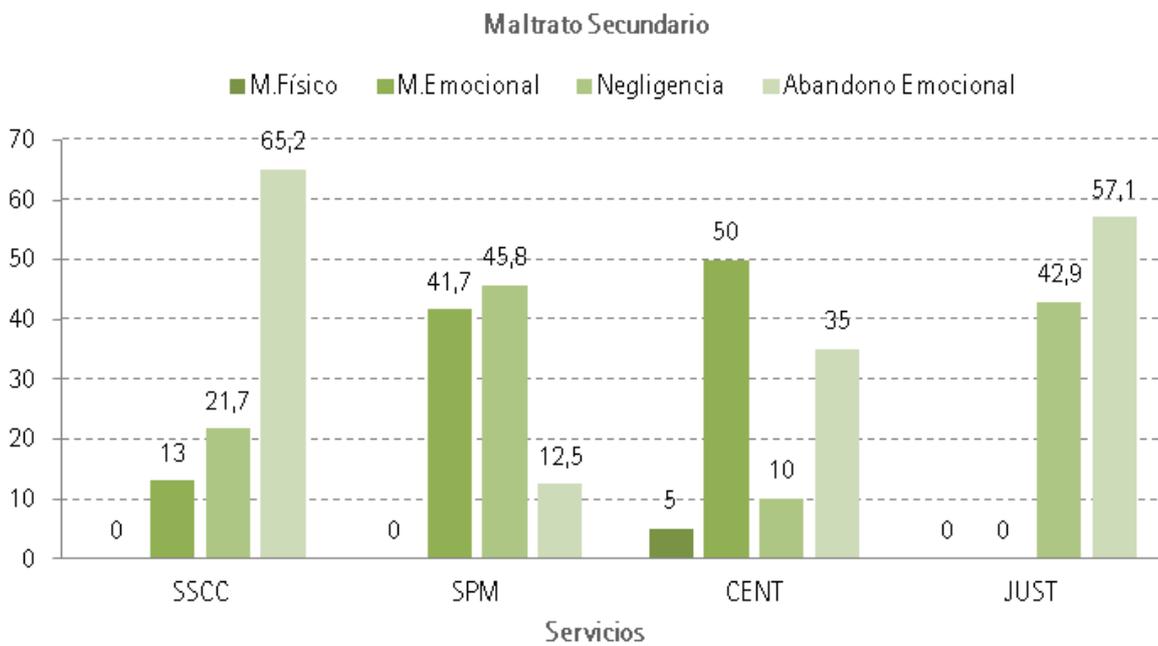


Cuando analizados las respuestas a la variable maltrato secundario podemos observar cómo los grupos que en el maltrato principal se inclinaban por la negligencia ahora lo hacen por el abandono emocional y a la inversa, apareciendo esta línea

con más fuerza el maltrato emocional tanto en el SPM como en los centros, aunque en esta ocasión las diferencias no resultan estadísticamente significativas ($X^2(9, N=29)=10,19, p=.33$).

Gráfico 4

Maltrato secundario señalado según el servicio de procedencia

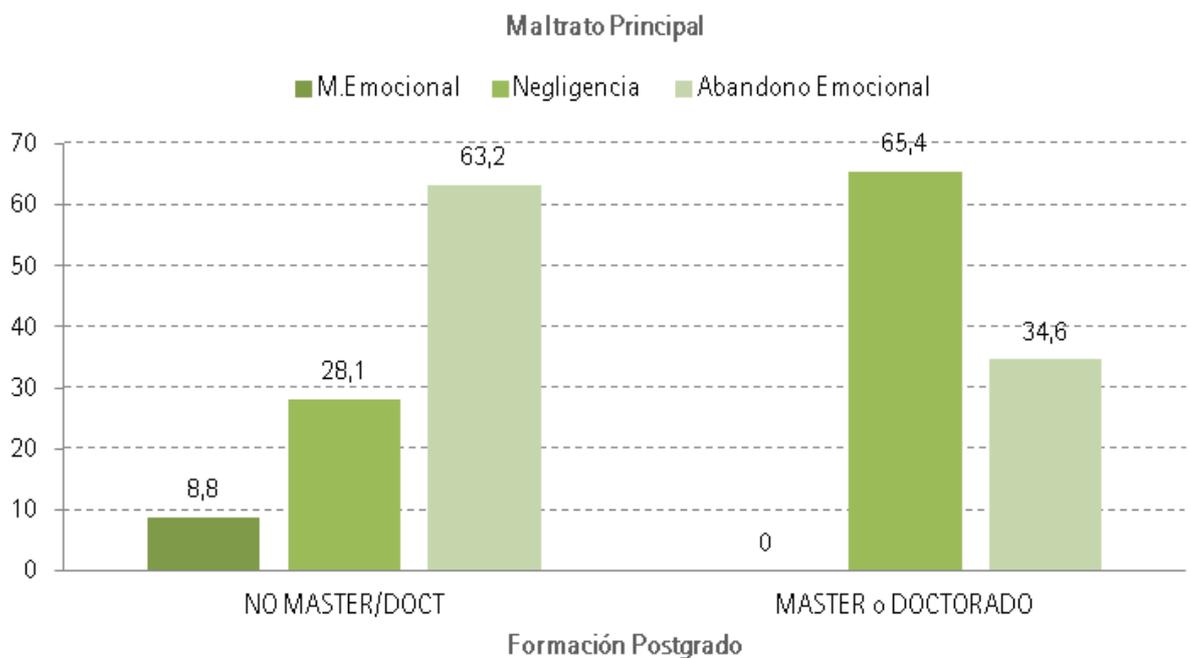


La otra variable profesional que tiene efecto significativo respecto a la valoración del maltrato principal, es aquella que tiene que ver con la formación postgrado, en cuyo caso la muestra con estudios postgrado se inclina más hacia la negligencia como maltrato principal ($X^2(2, N=83)=11,21, p=.00$) Sin

embargo, debemos tener precaución al considerar esta variable, ya que la mayoría de los sujetos que tiene este nivel de formación proceden de los SSCC, que como hemos señalado más arriba se inclinan mayoritariamente por valorar la negligencia como el maltrato principal.

Gráfico 5

Maltrato principal señalado según la formación postgrado de los profesionales

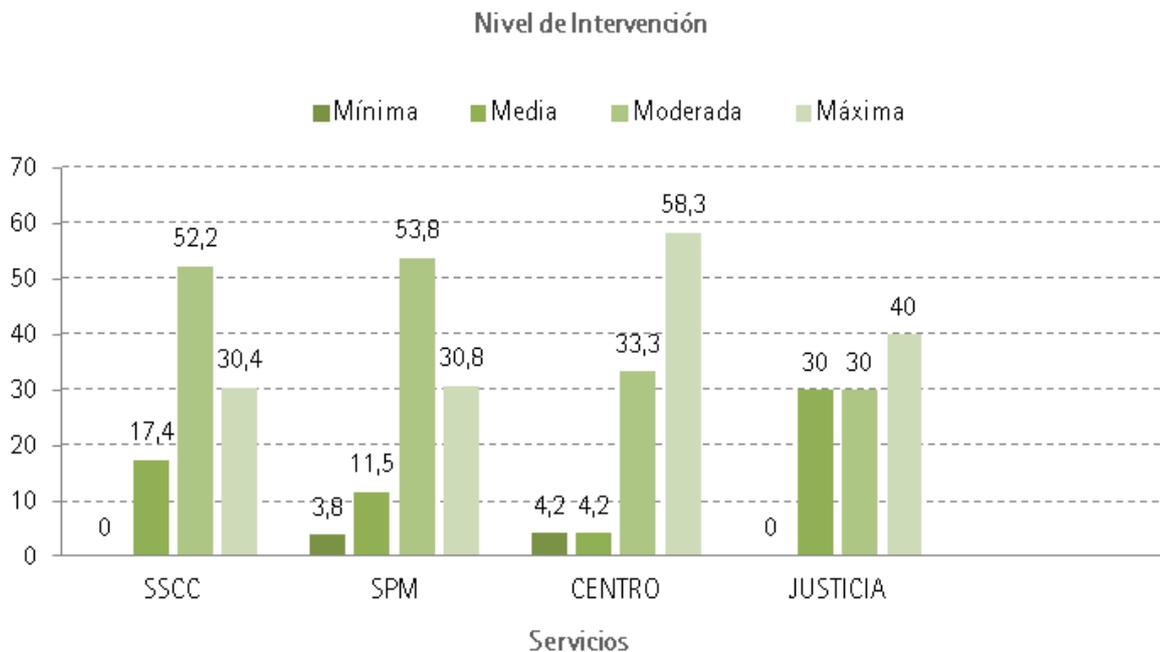


Respecto a las diferencias en la intervención propuesta en función de la ubicación de los profesionales en cada uno de los servicios estudiados, será objeto de análisis en el siguiente bloque. Únicamente comentaremos algunas de las tendencias observadas que sin ser significativas estadísticamente, indican que los profesionales de SSCC y de SPM se

inclinan mayoritariamente por la intervención moderada (53,8% y 52,2% respectivamente) mientras que los profesionales de los centros se inclina por la intervención máxima (58,3%) y los de Justicia se encuentran repartidos entre tres opciones (mínima, máxima y moderada), con una diferencia de un sujeto más en la intervención máxima.

Gráfico 6

Maltrato principal señalado según la formación postgrado de los profesionales



Respecto a los indicadores considerados por los sujetos de la muestra para realizar su valoración, la mayoría sitúa en primer lugar indicadores relacionados con el incidente o el maltrato observado (33,8%) o indicadores relacionados con la vulnerabilidad del menor (32,5%) sin que se obtengan diferencias significativas. Si consideramos el total de respuestas dadas por los sujetos, sin tener en

cuenta el orden atribuido, se siguen manteniendo en primer lugar los indicadores relacionados con el maltrato observado (35,7%) mientras que el segundo lugar lo comparten los indicadores relacionados con la vulnerabilidad del menor (20,7%) y los relacionados con la intervención profesional (20,5%).

Tabla 13

Indicadores considerados por los profesionales para adoptar su decisión

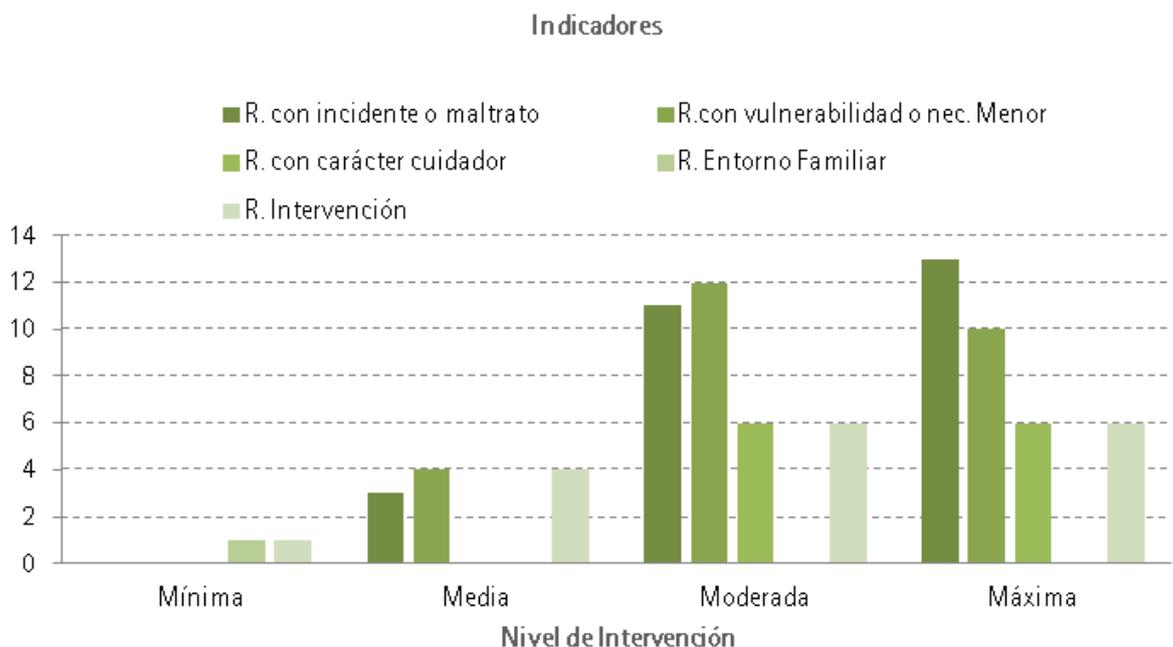
| Indicadores | Primer Indicador | % | Todos Indicadores | % |
|---|------------------|------|-------------------|------|
| R. con incidente o maltrato | 27 | 33,8 | 107 | 35,7 |
| R. con vulnerabilidad o necesidades del menor | 26 | 32,5 | 62 | 20,7 |
| R. con características del cuidador | 9 | 11,3 | 50 | 16,8 |
| R. con entorno familiar | 1 | 1,3 | 19 | 6,3 |
| R. con intervención | 17 | 21,3 | 61 | 20,5 |

Cuando relacionamos estos indicadores con el tipo de intervención propuesta, volvemos a encontrarlos con diferencias estadísticamente significativas ($X^2(12, N=80)=46,041, p=.00$). Como se puede observar en la gráfica conforme los sujetos aumentan el nivel de intervención propuesta, se incrementan

los indicadores relacionados con el incidente o maltrato en mayor medida que el resto de indicadores, pasando de no estar presente en la intervención mínima, a ocupar el segundo lugar en las intervenciones medias y moderadas y ocupar finalmente el primer lugar en la intervención máxima.

Gráfico 7

Indicadores señalados por los profesionales en función del nivel de intervención propuesto



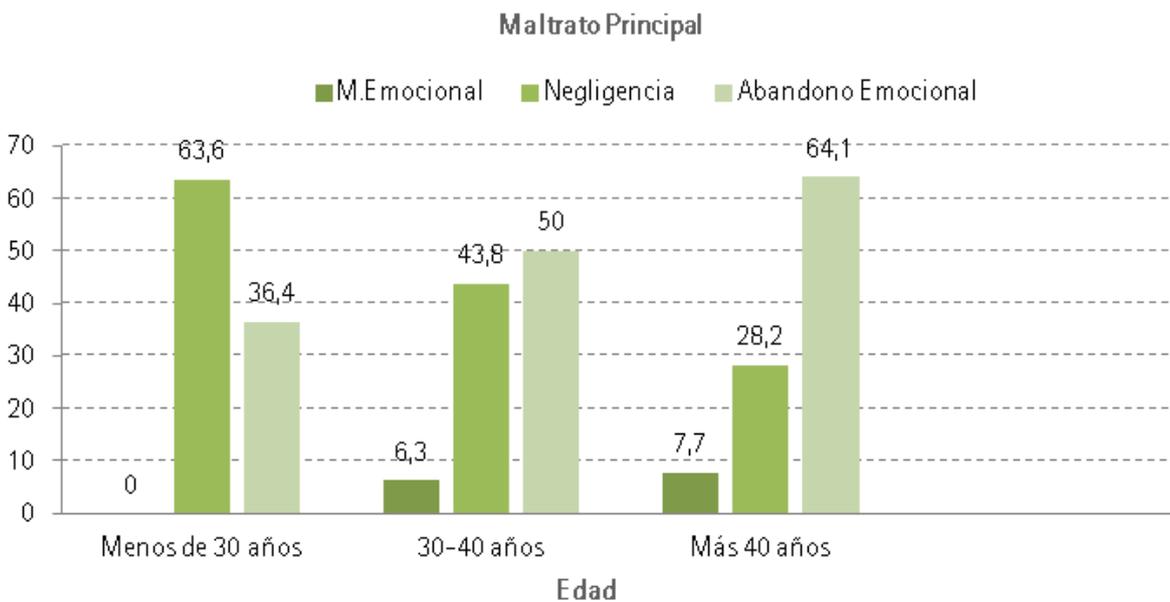
El resto de variables profesionales estudiadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas ni en la valoración del maltrato o su gravedad, ni en el tipo de intervención propuesto.

Las variables personales no muestran diferencias significativas a la hora de valorar el maltrato principal, únicamente la variable edad muestra ten-

dencias tanto en la valoración del tipo de maltrato, como en la gravedad y el tipo de intervención a seguir que se mueven en la misma dirección. En la siguiente gráfica se observe como, sin ser estadísticamente significativo ($X^2(4, N=82)=5,32, p=.25$) a mayor edad, los sujetos se inclinan más hacia el abandono emocional y menos hacia la negligencia.

Gráfico 8

Calificación del maltrato principal según la edad de los profesionales

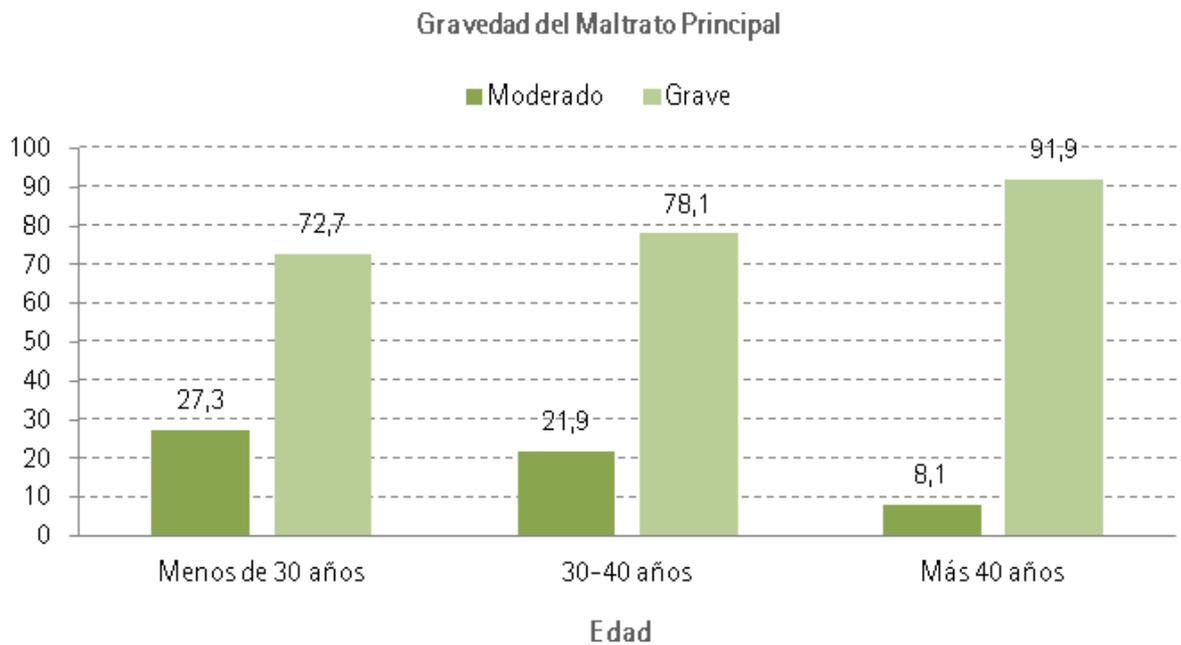


Las respuestas a la variable gravedad en el maltrato principal arrojan una alta coincidencia entre los sujetos, apostando mayoritariamente (N=67; 84%) por un maltrato grave y el resto por un maltrato moderado, en ningún caso por un maltrato leve.

Se muestra nuevamente una tendencia, aunque no significativa estadísticamente ($X^2(2, N=80)=3,52, p=.17$) a valorar con mayor gravedad el caso conforme se aumenta en la edad de los profesionales.

Gráfico 9

Nivel de gravedad del maltrato principal según la edad de los profesionales

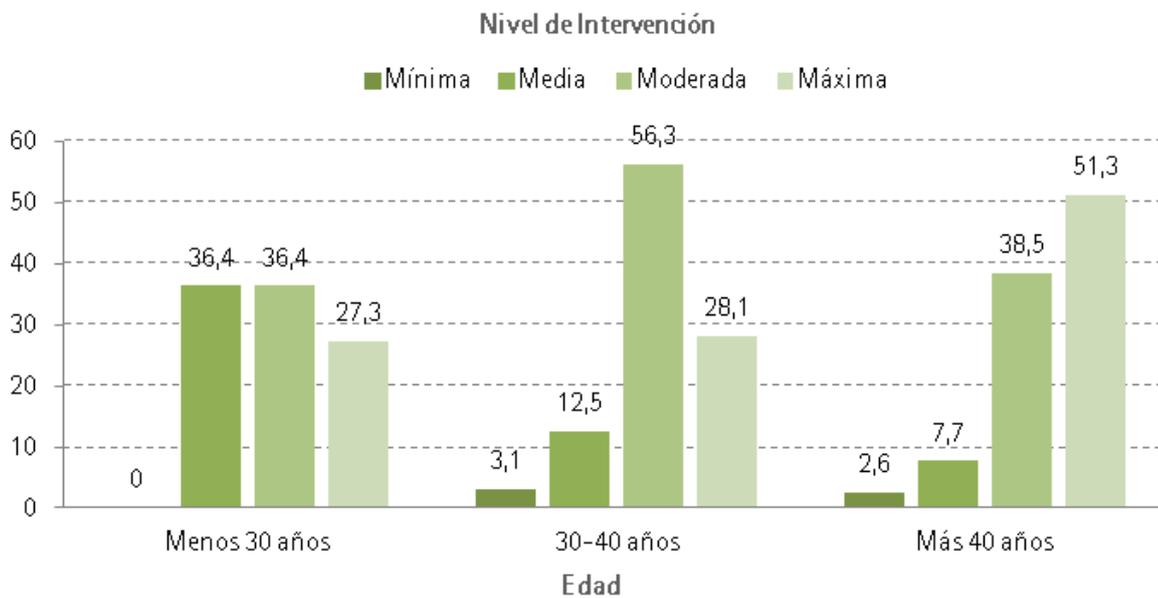


Con la edad nos volvemos a encontrar la tendencia, que sin ser significativa ($X^2(6, N=82)=9,93, p=.12$) parece moverse en el mismo sentido que con la va-

riables anteriores, al aumentar en edad, se incrementa el nivel de intervención hacia la que implica la separación inmediata.

Gráfico 9

Calificación del maltrato principal según la edad de los profesionales



Sin embargo y al objeto de comprobar que esta tendencia respecto al incremento de la edad, no pudiera esconder un efecto de la experiencia profesional, entendiendo que las personas de más edad pudieran poseer más experiencia en este ámbito, realizamos nuevos análisis. Se dividió la muestra en dos grupos en función de los años de experiencia de trabajo en infancia: menos de tres años ($n=27$) y tres o más años ($n=53$). A partir de esta variable se compararon las respuestas emitidas por los su-

jetos en la valoración del maltrato y en la intervención propuesta. No se encontraron diferencias en la valoración del maltrato, pero sí en la gravedad atribuida y en la intervención propuesta. Ambas muestran la misma tendencia que observamos con relación a la edad. Es decir conforme se aumenta en años de experiencia profesional, se incrementa el nivel de gravedad atribuida y el nivel de intervención propuesta.

En resumen y en relación con el Caso 1 los principales hallazgos han sido:

Se ha encontrado diferencias significativas en el nivel de intervención asignado en función de la **gravedad del maltrato principal** valorado. A mayor gravedad de maltrato valorado un mayor nivel de intervención propuesto.

- En cuanto a las variables profesionales:

- Se encontró relación entre la **valoración del maltrato principal y servicio de procedencia**. Los profesionales de SSCC valoraron el caso mayoritariamente como de negligencia, mientras que el resto de profesionales se inclinó por el abandono emocional. Dicha valoración se invirtió en el maltrato secundario.
- Los profesionales con formación postgrado valoraron el caso en mayor medida como negligencia.
- Se encontró diferencias en la **intervención propuesta en función del servicio de procedencia**. Los profesionales de SSCC y SPM se inclinaron por una intervención moderada, los de centros por una interven-

ción máxima, y los de justicia repartieron sus respuestas.

- Los **indicadores** más señalados fueron los relacionados con el **incidente o maltrato**. Estos indicadores se incrementaron conforme se aumentaba la intensidad de la intervención
- Las variables personales no mostraron influencias significativas:
 - Aparecieron tendencias relacionadas con la **edad**. A mayor edad, se valoró el caso como abandono emocional, de mayor gravedad y con intervención de más intensidad. Este mismo efecto se observa cuando tenemos en cuenta la **experiencia profesional** en infancia.

Caso 2.

En este caso se planteaba la situación de una pareja joven con dos hijos. El más pequeño de ellos se encuentra en el hospital con lesiones compatibles con la existencia de maltrato físico. Se informa de antecedentes anteriores de posible maltrato físico en esta misma familia y de una única intervención previa por parte de los Servicios Sociales Comunitarios, pero sin un seguimiento posterior. Nuevamente las cuestiones son idénticas al caso anterior, con las diferencias en la intervención relacionadas con el caso en sí, pero manteniendo la misma clasificación (mínima intervención, intervención media, separación condicionada y separación inmediata).

Ante este caso, aquellas respuesta relacionadas con el diagnóstico son totalmente coincidentes, sin mostrar diferencias entre los grupos. Existe plena coincidencia en considerar que se trata de una situación de maltrato físico y que dicho maltrato se puede considerar mayoritariamente como grave ($n=61$; 81,3 %). Respecto a la posible existencia de algún tipo de maltrato secundario, tan solo algo menos de la mitad de la muestra ($n=41$; 48,8%)

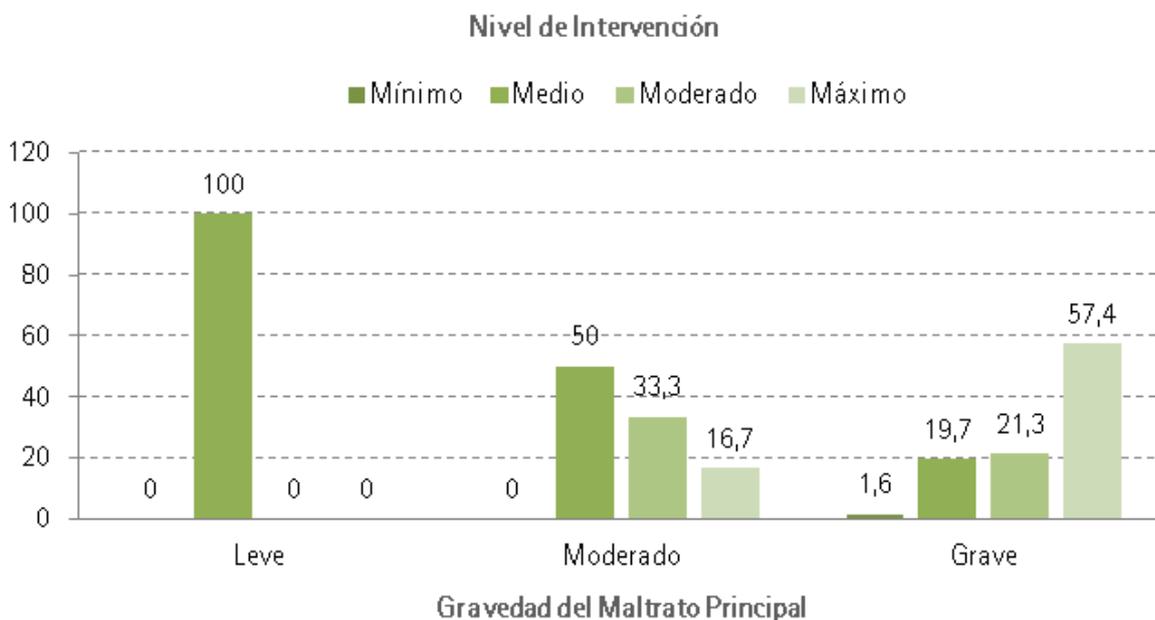
considera la existencia además de maltrato emocional. Por tanto no se realizó ningún tipo de análisis entre las variables profesionales o personales y la valoración del maltrato principal.

Al igual que en el caso anterior estudiamos en primer lugar la influencia que la valoración realizada por los profesionales tiene sobre la intervención propuesta, teniendo en cuenta que en esta ocasión solo consideraremos el nivel de gravedad propuesto en el maltrato principal, al no existir diferencias en el diagnóstico del tipo de maltrato.

Como ocurría en el caso anterior, encontramos diferencias significativas en la variable intervención en función del nivel de gravedad valorado en el maltrato principal, ($X^2(6, N=75)=13,31, p=.03$). Todos los sujetos que califican el maltrato como leve proponen una intervención media. De los que lo califican como moderado, la mitad (50%) propone una intervención media y la otra mitad se reparte entre moderada y máxima. Mientras, quienes valoran el maltrato como grave se inclinan en un 57,4% por una separación inmediata.

Gráfico 10

Nivel de intervención propuesto en función de la gravedad del maltrato principal



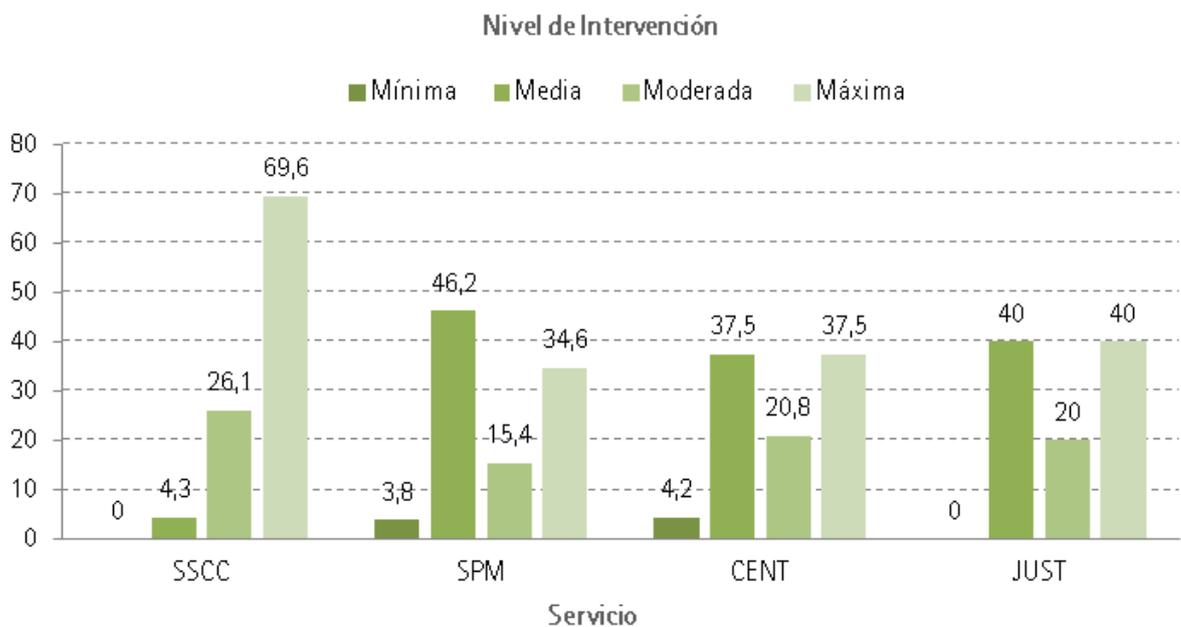
En segundo lugar analizamos la influencia de las variables profesionales sobre la valoración del caso. Nuevamente tan solo se analizó la variable gravedad en el maltrato principal, así como el maltrato secundario y la gravedad de este. En ninguno de los casos se encontraron diferencias significativas en función de variables profesionales.

Respecto a la influencia de variables profesionales en la intervención a seguir, encontramos diferencias significativas estadísticamente ($K= (3,$

$N=83)=11,331, p=.01$), inclinándose los SSCC mayoritariamente por la intervención máxima ($n=16$; 69.6%) mientras en el SPM aproximadamente la mitad ($n=12$; 46.2%) se inclina por una intervención media, mientras que este tipo de intervención está prácticamente ausente en los SSCC ($n=1$; 4.3%). Respecto al resto de grupo se encuentran igualados entre los sujetos que se inclinan por una intervención media o máxima ($n=9$; 37.5%) en el caso de centros y ($n=4$; 40%) en el caso de justicia.

Gráfico 11

Nivel de intervención propuesto en función del servicio de procedencia de los profesionales



Volveremos sobre esta relación en el siguiente apartado cuando comparemos con las respuestas emitidas en este caso por el grupo de expertos.

Respecto a los indicadores señalados por los sujetos, en primer lugar, destacan nuevamente los relacionados con el incidente o maltrato 66,7 % de total de la muestra; en segundo lugar y a una distancia considerable se señalan los relacionados

con el niño y su vulnerabilidad (19,2%). Este mismo orden se repite si consideramos el número total de indicadores señalados por los sujetos, pero en esta ocasión se reduce la diferencia porcentual entre los indicadores de vulnerabilidad y los relacionados con el cuidador y la intervención. No se aprecian diferencias significativas entre los grupos a la hora de señalar indicadores.

Tabla 14
Indicadores considerados por los profesionales para adoptar su decisión

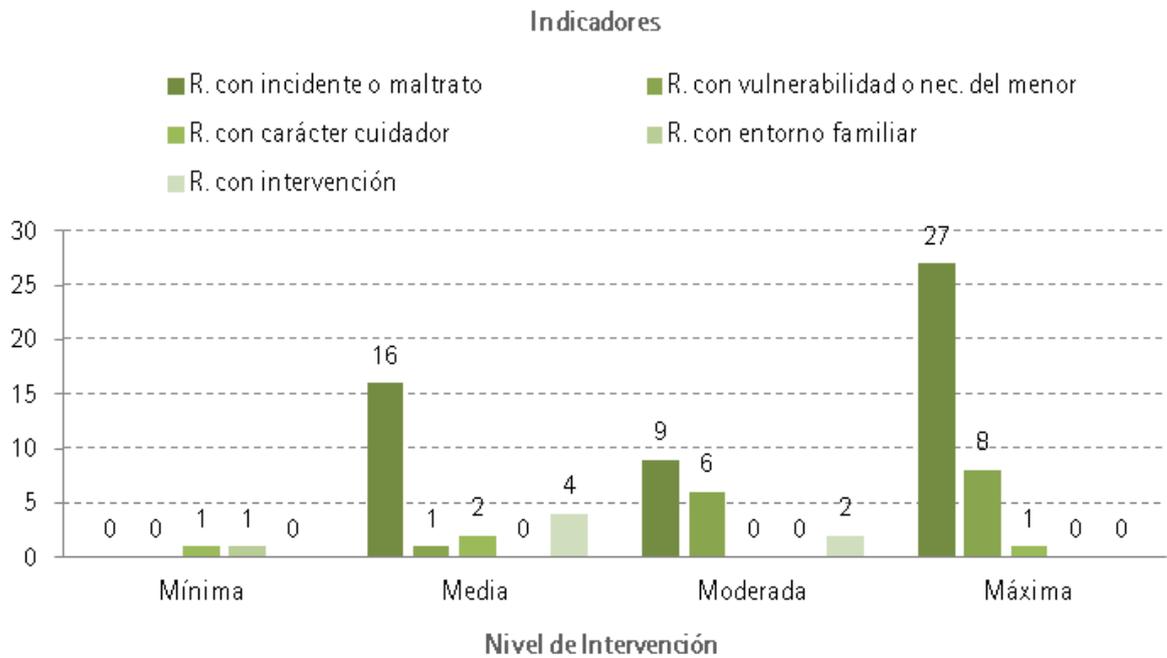
| Indicadores | Indicador | % | Total | % |
|---|-----------|------|-------|------|
| R. con incidente o maltrato | 52 | 66,7 | 140 | 53,4 |
| R. con vulnerabilidad o necesidades del menor | 15 | 19,2 | 46 | 17,5 |
| R. con características del cuidador | 4 | 5,1 | 38 | 14,5 |
| R. con entorno familiar | 1 | 1,3 | 2 | 0,8 |
| R. con intervención | 6 | 7,7 | 36 | 13,8 |

Nuevamente como en el caso anterior cuando relacionamos estos indicadores con el tipo de intervención propuesta, volvemos a encontrarnos con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(12, N=78)=61,485, p=.00$). Los valores parecen mover-

se en el mismo sentido que en el primer caso, es decir que conforme se incrementa el nivel de intervención, se incrementan los indicadores relacionados con el incidente o maltrato.

Gráfico 12

Indicadores considerados por los profesionales en función del nivel de intervención propuestos

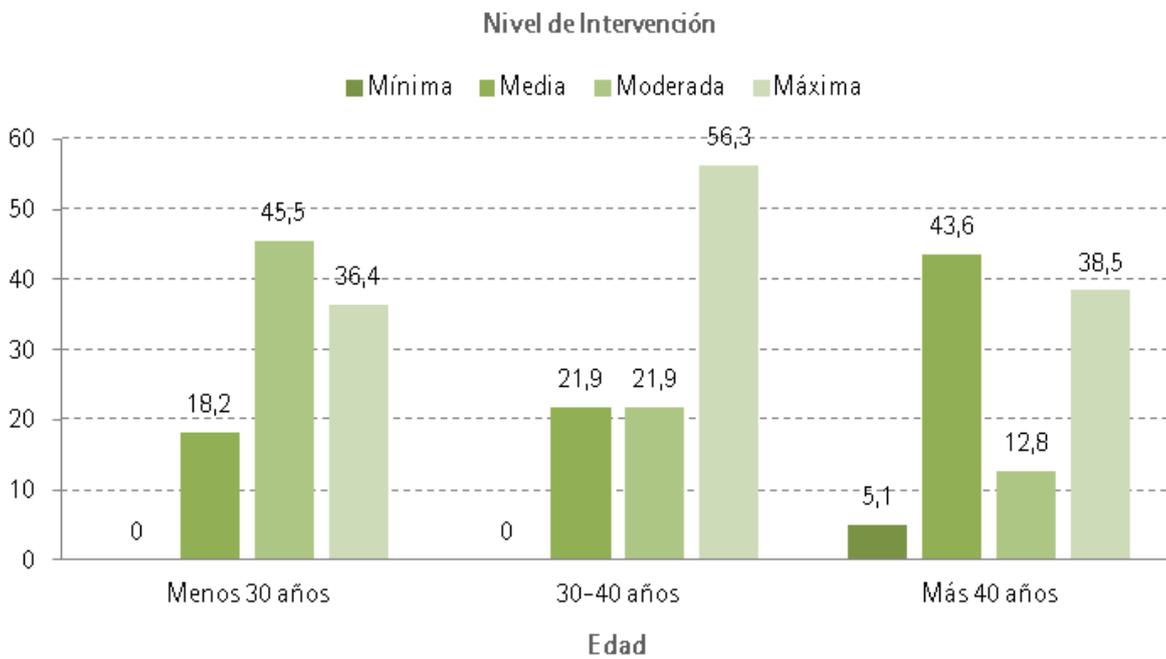


Finalmente y respecto a las variables personales únicamente encontramos diferencias con respecto a la intervención propuesta. Conforme se incrementa la edad también comienza a aparecer con mayor frecuencia la intervención media, pasando del 18,5%

en el grupo de menor edad al 43,6% en el grupo de más edad y un incremento de la máxima en el grupo de entre 30 y 40 años ($X^2(6, N=82)=11,44, p=.07$).

Gráfico 13

Nivel de intervención propuesto según la edad de los profesionales



En resumen los hallazgos principales con relación al Caso 2 son los siguientes:

- Existe coincidencia en la valoración diagnóstica del maltrato principal. Tan solo la mitad de los sujetos considera que además del maltrato físico existe maltrato emocional.
- Nuevamente como en el caso anterior encontramos relación entre la **valoración gravedad del maltrato principal** y nivel de intervención propuesto. A mayor gravedad valorada, mayor intensidad en la intervención.
- Respecto a las variables profesionales encontramos los siguientes resultados:
 - o Se encontraron diferencias en tipo **de intervención propuesta en función del servicio de procedencia** de los profesionales. De manera que los profesionales de los SSCC se inclinaron por la intervención máxima, los profesionales del SPM por la intervención media y el resto de profesionales repartieron sus respuestas.
 - o Nuevamente como en el caso anterior y esta vez en mayor porcentaje la mayoría de **los indicadores** señalados tenían que ver con **el incidente o el maltrato**. Así mismo este tipo de indicadores se incrementa porcentualmente al incrementarse la intensidad de la intervención.
- Las variables personales tampoco arrojaron diferencias significativas:
 - o Únicamente se encontraron algunas tendencias a la inversa que en el caso anterior. Con la edad disminuye el nivel de intervención propuesto.

Caso 3

Recordemos que en este caso planteamos la situación de una niña de unos 4 años que desvela en el Colegio ante su profesora una posible situación de abusos sexuales intrafamiliares. Se expone una pequeña exploración de la menor y el resultado de una entrevista mantenida con la madre de esta. En esta entrevista la madre mantiene una posición de duda sobre lo manifestado por su hija, intentando explicar sus conductas y exculpando a su marido de un posible abuso.

Nuevamente se plantean distintos niveles de intervención, desde la mínima que implica un simple seguimiento por parte de los Servicios Sociales, a la máxima, que implica la separación inmediata, pasando por la media (valoración especializada) y la moderada (salida del padre del domicilio e inicio del desamparo).

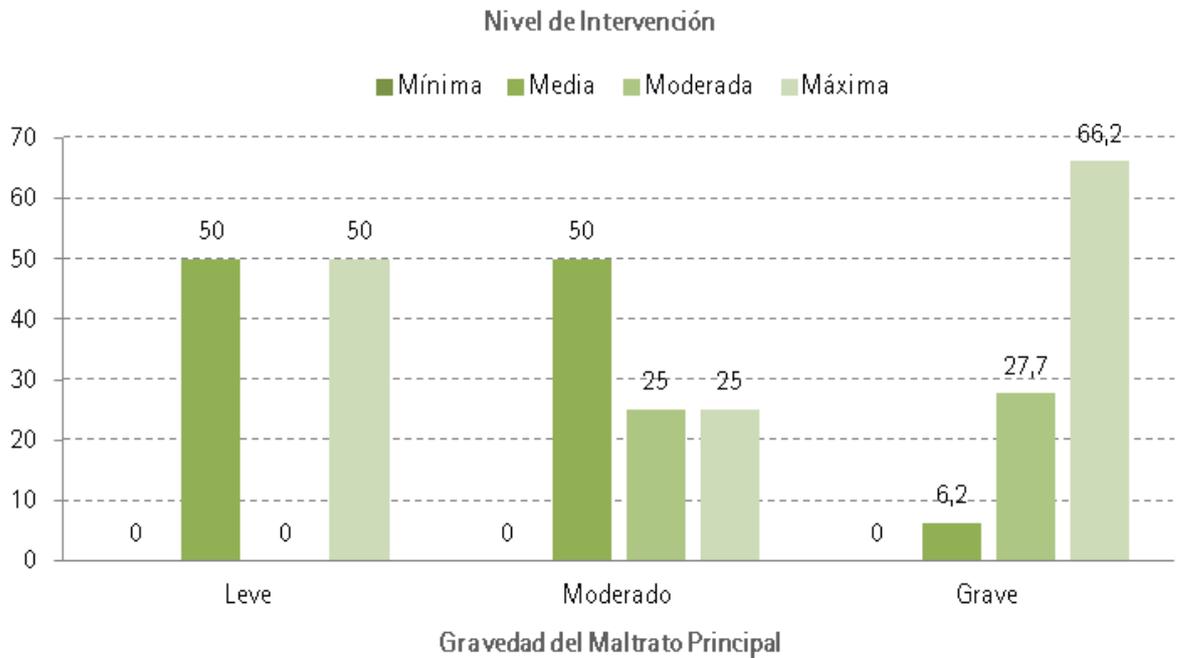
Ante este caso nos volvemos a encontrar un alto índice de coincidencia a la hora de valorar el tipo de maltrato, inclinándose la mayoría ($n=77$; 91,7%) por el abuso sexual con un nivel de gravedad máximo ($n=67$; 79,8%). En este caso no se trata de una constante, pero la variabilidad es tan baja que no permite realizar ningún tipo de análisis estadístico.

Tan solo la mitad de los sujetos señalan algún tipo de maltrato secundario, que en su mayoría es el maltrato emocional ($n=29$; 67,4%) frente al 23,3% que señala abandono emocional.

Por tanto y nuevamente como en el caso anterior estudiamos en primer lugar únicamente la posible influencia del nivel de gravedad atribuido al maltrato principal y la valoración realizada sobre el maltrato secundario. Respecto al maltrato secundario no encontramos diferencia significativa en el grado de intervención propuesto. En cambio, y al igual que en los casos anteriores, la valoración de gravedad en el maltrato principal arroja diferencias significativas ($X^2(6, N=71)=12,33, p=.01$), inclinándose hacia una mayor intervención conforme se valora el maltrato principal como de mayor gravedad. En el maltrato leve la mitad de los sujetos se inclinan por la no separación y la otra mitad por la separación. Ante el maltrato moderado vuelve a ocurrir lo mismo, pero de los que se inclinan por la separación, la mitad indican que la misma debe ser inmediata. Finalmente ante el maltrato grave tan solo el 6,2% ($n=4$) se inclinan por no separar y el resto por la separación, siendo mayoritaria la separación inmediata.

Gráfico 14

Nivel de intervención propuesto según la gravedad del maltrato principal

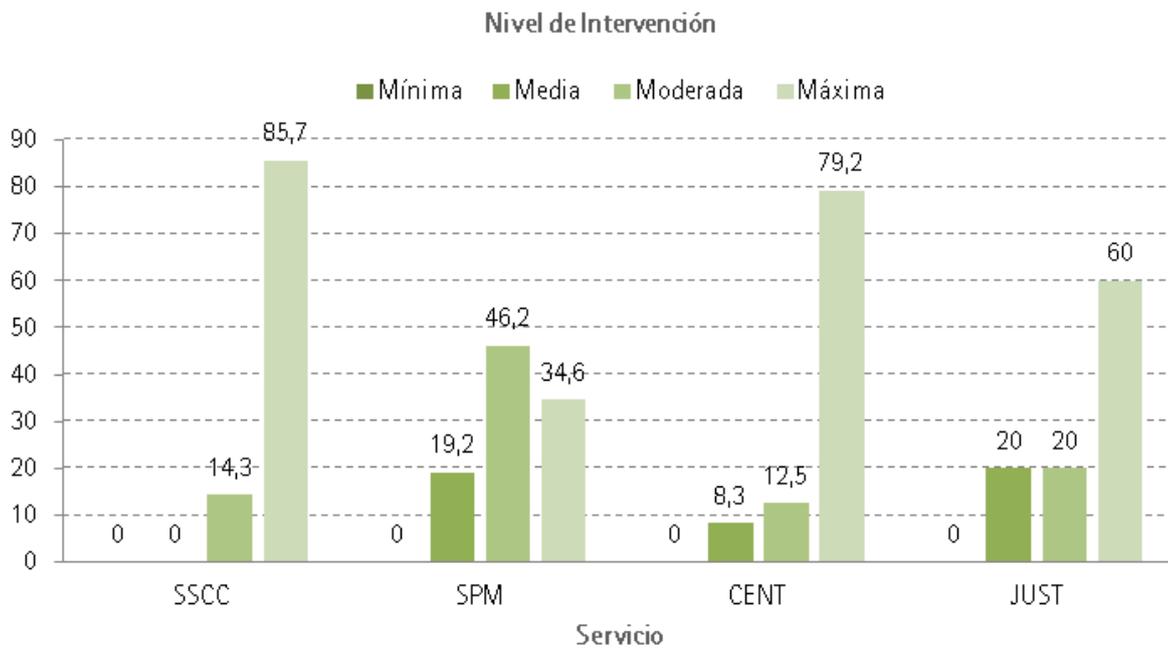


Respecto a la influencia de las variables profesionales sobre el tipo de intervención, únicamente encontramos diferencias significativas nuevamente en función de la ubicación del profesional en el sistema ($K= (3, N=81)=15,976, p=.00$). Todos los profesionales de los SSC llevarían a cabo una separación, la mayoría ($n=18; 85.7\%$) de forma inmediata y el resto condicionada. Mientras que los profesionales del SPM se inclinan en su mayoría ($n=12; 46,2\%$) por una separación condicionada e incluso un porcentaje no despreciable de sujetos ($n=5;$

$19,2\%$) por una intervención media sin necesidad de separación. Los profesionales de centros, también se inclinan por la separación inmediata ($n=19; 79,2\%$) pero también incluyen la intervención media y moderada. Por último entre los profesionales de Justicia volvemos a encontrar un reparto muy similar al de los casos anteriores: 6 sujetos se inclinan por la intervención máxima, pero los otros ocho se reparten entre la intervención moderada y la intervención media.

Gráfico 15

Nivel de intervención propuesto según el servicio de procedencia de los profesionales



A la hora de señalar los indicadores considerados, nuevamente el incidente o maltrato observado vuelve a ser la variable más considerada por todos los sujetos 70,9% y en segundo lugar y a cierta distancia la vulnerabilidad del menor 19%. Si consideramos el número total de respuestas dadas, las características del cuidador pasan a ocupar un segundo lugar (21,1%). Llama la atención el escaso

número de indicadores relacionados con el entorno familiar, ninguno colocado como primera opción y tan solo siete (2,8%) en los indicadores totales, teniendo en cuenta que en el presente caso se aportan datos de riesgo del entorno familiar. En la valoración de indicadores no se aprecian diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 15

Indicadores considerados por los profesionales para adoptar su decisión

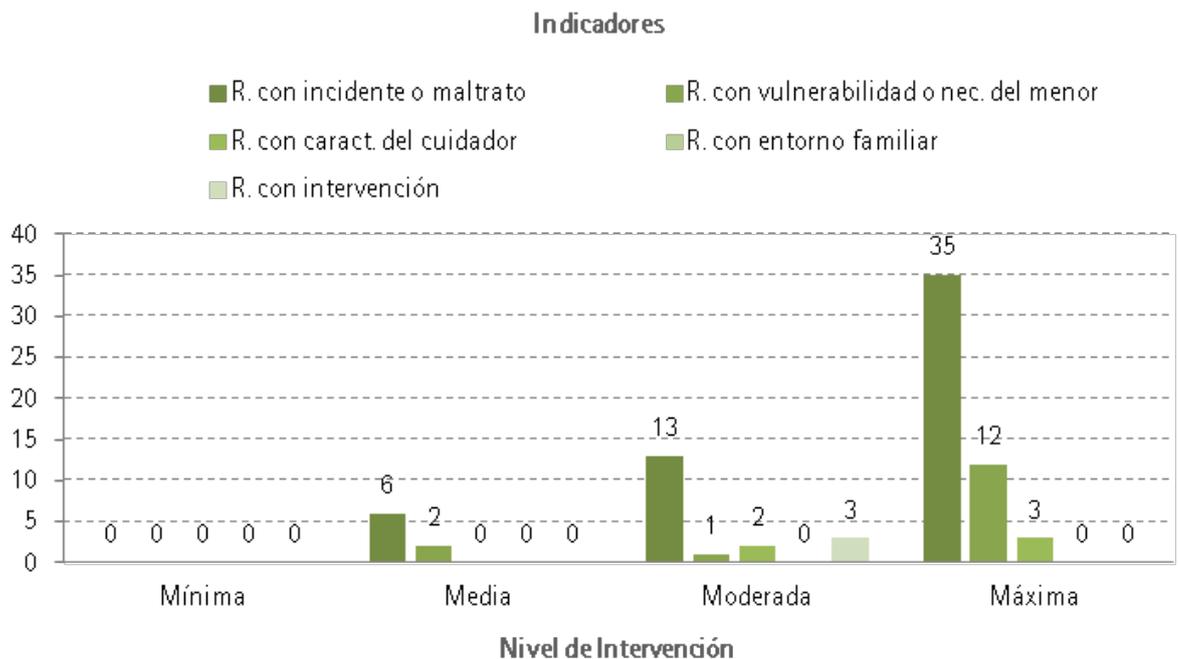
| Indicadores | Frecuencia | % | Totales | % |
|---|------------|------|---------|------|
| R. con incidente o maltrato | 56 | 70,9 | 107 | 66,7 |
| R. con vulnerabilidad o necesidades del menor | 15 | 19 | 43 | 17,1 |
| R. con características del cuidador | 5 | 6,3 | 68 | 21,1 |
| R. con entorno familiar | | | 7 | 2,8 |
| R. con intervención | 3 | 3,8 | 26 | 10,3 |

Por otra parte y cuando relacionamos los indicadores señalados en primer lugar con la variable intervención, volvemos a encontrar diferencias significativas estadísticamente ($\chi^2(6, N=77)=12,828$,

$p=.04$). Cuando se incrementa el nivel de intervención, se relaciona un mayor porcentaje de indicadores relacionados con el incidente o el maltrato.

Gráfico 16

Indicadores considerados por los profesionales en función del nivel de intervención propuesto.



Nuevamente, y como ha ocurrido en los casos anteriores, ninguna de las variables personales estudiadas mostraron diferencias significativas ni en la

valoración del maltrato (principal o secundario), en su gravedad o en el tipo de intervención propuesto.

En resumen, en relación con el caso 3, los datos más relevantes analizados pueden resumirse como sigue:

- Existe coincidencia en valoración del maltrato principal (abuso sexual). Tan solo la mitad de los sujetos valora la existencia de un **maltrato secundario**: maltrato emocional o abandono emocional.
- Nuevamente **valoración de gravedad** tiene relación con el nivel de intervención propuesto
- Variables profesionales:
 - o Influencia de la **ubicación del profesional**
 - o **en el nivel de intervención propuesto**: SSCC y Centros intervención máxima; SPM moderada o media; Justicia propuestas diversas.
 - o Los **indicadores** mayoritarios están relacionados con el **incidente** y se incrementan conforme se incrementa la intensidad de la intervención propuesta
- Las variables personales no muestra influencias.

Análisis de las diferencias respecto a las intervenciones propuestas

En este segundo bloque nos detendremos en analizar de una forma más detallada la variabilidad existente respecto a la intervención propuesta en función de la ubicación de los profesionales en los distintos servicios estudiados. Así mismo compararemos las intervenciones propuestas por

cada grupo con las respuestas emitidas por el grupo de expertos.

Las respuestas de consenso emitidas por los expertos, son las que se relacionan en la siguiente tabla.

Tabla 16
Nivel de intervención propuesto por los expertos en cada caso

| Caso | Intervención |
|-------------------------------|--------------|
| Caso 1 (negligencia/abandono) | Máxima |
| Caso 2 (maltrato físico) | Moderada |
| Caso 3 (abuso sexual) | Máxima |

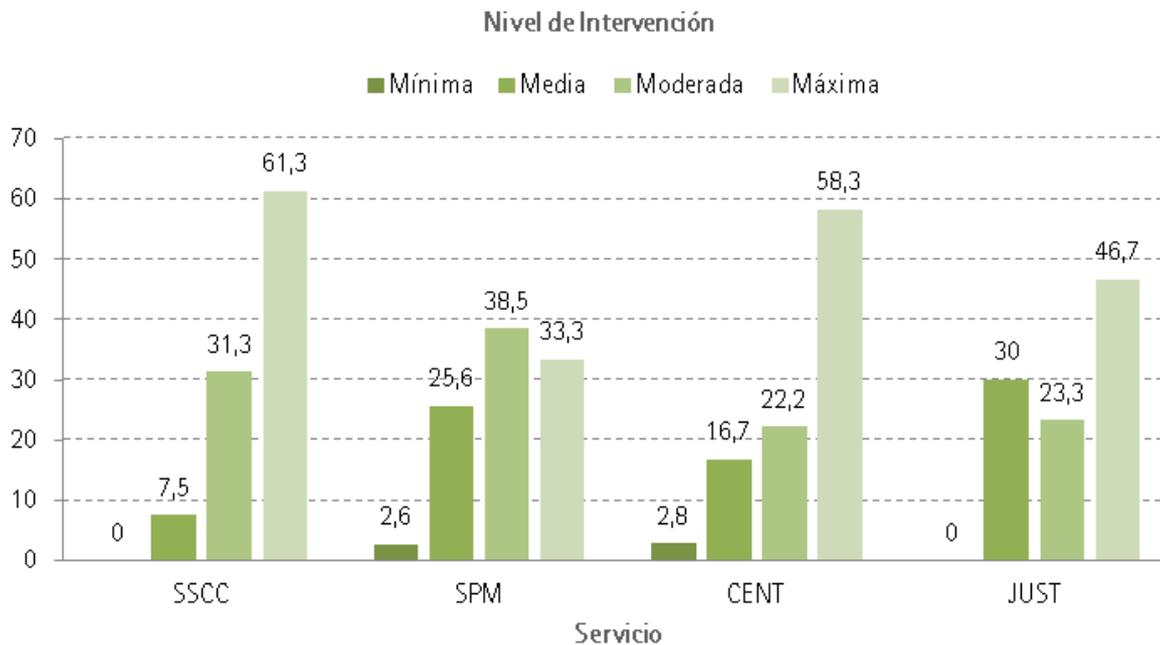
Como hemos visto en los análisis anteriores la influencia de la ubicación del profesional en uno u otro servicio hace que se emitan propuestas de intervención dispares, la cuales resultan estadísticamente significativas en los casos dos y tres, y muestra ciertas tendencias en el caso primero.

Si realizamos un análisis de todas las respuestas a la variable intervención emitidas por los sujetos, sin diferenciar si se trata de un caso u otro, podemos comprobar que esas diferencias se mantienen. Es decir nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas ($X^2(9, N=247)=22.28, p=.00$)

en función de la ubicación profesional a la hora de valorar los tres casos propuestos. Como se puede observar en la gráfica la respuesta mayoritaria a la intervención en los tres casos en los servicios sociales y los centros es la máxima (separación inmediata); sin embargo en el grupo del SPM esta respuesta ocupa el segundo lugar, decantándose los profesionales de este servicio por la intervención moderada (separación condicionada); mientras que los profesionales de Justicia aunque aparentemente con más respuestas de tipo máximo, se mantienen muy repartidos en sus respuestas.

Gráfico 17

Nivel de intervención propuesto por los profesionales según el servicio de procedencia



A partir de las tablas de contingencias que hemos analizado en el bloque anterior y en concreto respecto al cruce de la variable Servicio con la variable Intervención, realizamos un análisis de correspondencias. Con este análisis podremos comprobar numéricamente y gráficamente cómo son las relaciones entre ambas variables categóricas y nos permitirá su comparación con las respuestas del grupo de expertos.

El análisis de correspondencia del caso 1 nos muestra que la asociación entre la variable Servicio y el Nivel de Intervención asignado puede ser explicada por tres dimensiones, siendo suficientes las dimensiones 1 y 2 para explicar hasta el 96% de la relación (tabla 17). En las tablas 18 y 19 se presentan los análisis de correspondencias respecto a la relación de ambas variables, que se reflejan en el gráfico 18.

Tabla 17

Dimensiones de la relación entre el nivel de intervención en el caso 1 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Dimensión | Valor propio | Inercia | Chi-cuadrado | Sig. | Proporción de inercia | | Confianza para el Valor propio | |
|--------------|--------------|-----------|-------------------|-------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|-------------|
| | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 0,287 | 0,082 | | | 0,659 | 0,659 | 0,097 | 0,096 |
| 2 | 0,196 | 0,038 | | | 0,307 | 0,966 | 0,110 | |
| 3 | 0,065 | 0,004 | | | 0,034 | 1,000 | | |
| Total | | 0,125 | 10,362 | 0,322(a) | 1,000 | 1,000 | | |

a 9 grados de libertad

Tabla 18

Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 1 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos de fila(a) | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|--|---|---------|--------------|--|-------|-------|-------|---|
| Servicio | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | | |
| | 1 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | | Total | De la dimensión a la inercia del punto | | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| SSC | 0,277 | -0,468 | -0,079 | | 0,020 | 0,212 | 0,009 | 0,875 | 0,017 | 0,892 | |
| SPM | 0,313 | -0,118 | -0,462 | | 0,016 | 0,015 | 0,342 | 0,080 | 0,831 | 0,911 | |
| CENTRO | 0,289 | 0,803 | 0,162 | | 0,055 | 0,650 | 0,039 | 0,971 | 0,027 | 0,998 | |
| JUST | 0,120 | -0,542 | 0,996 | | 0,034 | 0,123 | 0,610 | 0,297 | 0,685 | 0,982 | |
| Total activo | 1,000 | | | | 0,125 | 1,000 | 1,000 | | | | |

a Normalización Simétrica

Tabla 19

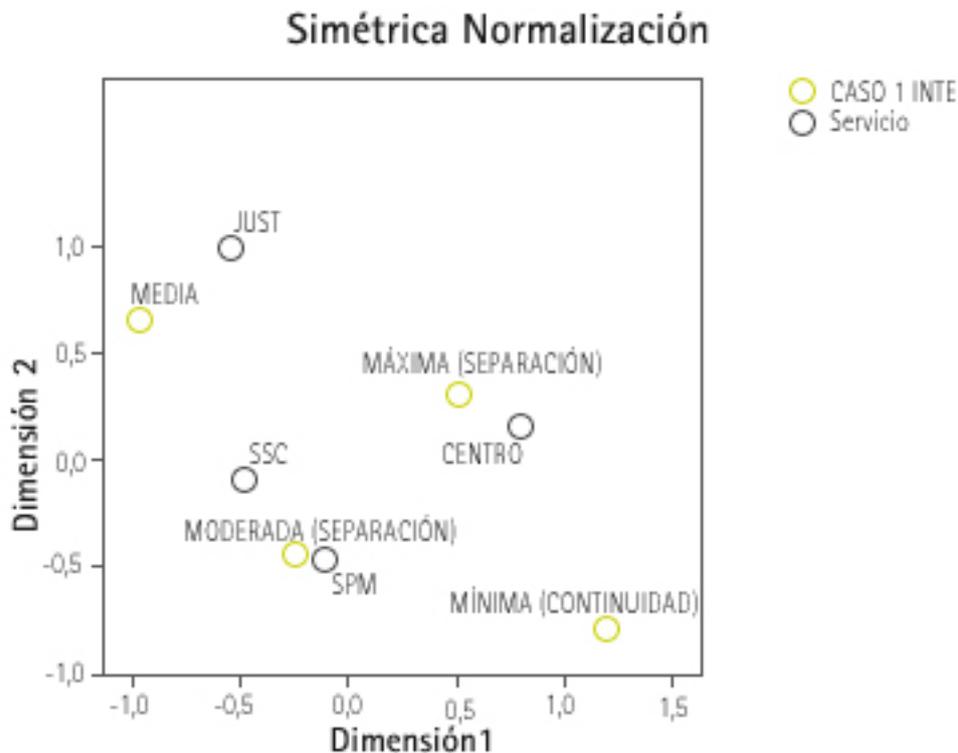
Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 1 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos columna(a) | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|--------|--|---|---------|--------------|--|-------|-------|-------|---|
| CASO1.INTE | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | | |
| | 1 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | | Total | De la dimensión a la inercia del punto | | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| Mínima (continuidad) | 0,024 | 1,193 | -0,768 | | 0,016 | 0,120 | 0,073 | 0,616 | 0,174 | 0,790 | |
| Media | 0,133 | -0,967 | 0,671 | | 0,048 | 0,432 | 0,305 | 0,744 | 0,245 | 0,988 | |
| Moderada (separación condicionada) | 0,446 | -0,234 | -0,434 | | 0,024 | 0,085 | 0,428 | 0,296 | 0,696 | 0,993 | |
| Máxima (separación inmediata) | 0,398 | 0,512 | 0,309 | | 0,038 | 0,363 | 0,194 | 0,797 | 0,198 | 0,995 | |
| Total activo | 1,000 | | | | 0,125 | 1,000 | 1,000 | | | | |

a Normalización Simétrica

Gráfico 18

Dimensiones explicativas de la relación entre el nivel de intervención en el caso 1 y el servicio de procedencia de los profesionales



Como se puede observar en el gráfico anterior, la dimensión 1 discrimina por una parte las intervenciones extremas (máxima o mínima) y las intervenciones intermedias (media o moderada). Si atendemos a los perfiles de columna, comprobamos que únicamente los profesionales de los centros se sitúan junto a las intervenciones extremas, en concreto junto a la intervención máxima (separación inmediata). Junto a la intervención moderada se agrupan los profesionales tanto de los SSCC como del SPM, siendo aún mayor la cercanía de este último grupo. Por último y algo alejado del resto se encuentran los profesionales de Justicia, que en el gráfico se sitúan más cercanos a la intervención media, a una distancia en la dimensión 2 de 0,325.

Recordemos que en este caso los profesionales del grupo de expertos optaron por la intervención máxima, por tanto quienes se sitúan más cercanos a la decisión de los expertos fueron los profesionales de los centros.

Respecto al caso segundo (maltrato físico), presentamos en primer lugar la tabla resumen tras aplicar el análisis de correspondencias en donde nuevamente obtenemos tres dimensiones, de las cuales la primera contribuye a explicar más del 95% de inercia, mientras que las dos primeras dimensiones explicarían el 99%. En las tablas 21 y 22 se presentan los análisis de correspondencias respecto a la relación de ambas variables, que se reflejan en el gráfico 19.

Tabla 20

Dimensiones de la relación entre el nivel de intervención en el caso 2 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Resumen | | | | | | | | |
|-----------|--------------|-----------|-------------------|-------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|-------------|
| Dimensión | Valor propio | Inercia | Chi-cuadrado | Sig. | Proporción de inercia | | Confianza para el Valor propio | |
| | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 0,397 | 0,157 | | | 0,953 | 0,953 | 0,073 | -0,015 |
| 2 | 0,079 | 0,006 | | | 0,038 | 0,991 | 0,068 | |
| 3 | 0,039 | 0,001 | | | 0,009 | 1,000 | | |
| Total | | 0,165 | 13,694 | 0,134(a) | 1,000 | 1,000 | | |

a 9 grados de libertad

Tabla 21

Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 2 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos de fila(a) | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|----------------------------|--|---------|--|-------|-------|-------|---|
| Servicio | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | |
| | 1 | 2 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | De la dimensión a la inercia del punto | | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | Total | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| SSC | 0,277 | -0,998 | -0,018 | 0,110 | 0,696 | 0,001 | 1,000 | 0,000 | 1,000 | |
| SPM | 0,313 | 0,542 | 0,005 | 0,037 | 0,232 | 0,000 | 0,982 | 0,000 | 0,982 | |
| CENTRO | 0,289 | 0,285 | -0,275 | 0,012 | 0,059 | 0,276 | 0,803 | 0,149 | 0,952 | |
| JUST | 0,120 | 0,203 | 0,688 | 0,007 | 0,013 | 0,722 | 0,295 | 0,672 | 0,968 | |
| Total activo | 1,000 | | | 0,165 | 1,000 | 1,000 | | | | |

a Normalización Simétrica

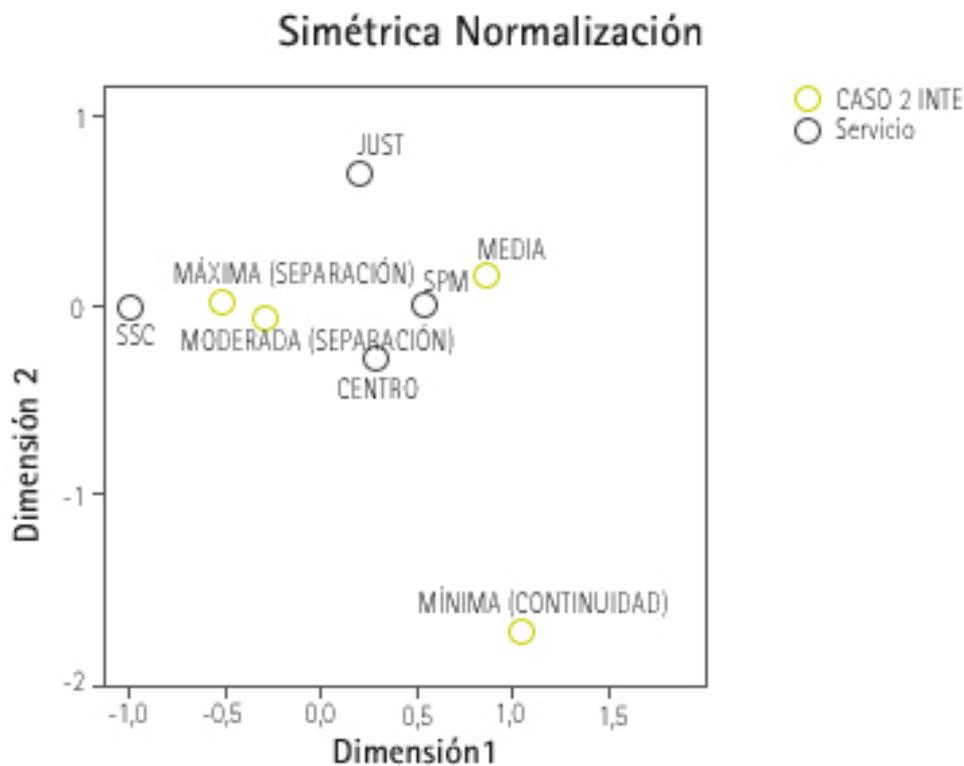
Tabla 22

Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 2 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos columna(a) | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|--------|--|-------|---------|--------------|--|-------|-------|---|
| CASO2.INTE | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | |
| | 1 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | | Total | De la dimensión a la inercia del punto | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | | 2 | 1 | 2 | |
| Mínima (continuidad) | 0,024 | 1,042 | -1,710 | 0,016 | 0,066 | 0,893 | 0,650 | 0,348 | 0,998 | |
| Media | 0,313 | 0,861 | 0,155 | 0,093 | 0,586 | 0,096 | 0,993 | 0,006 | 1,000 | |
| Moderada (separación condicionada) | 0,205 | -0,295 | -0,064 | 0,008 | 0,045 | 0,011 | 0,858 | 0,008 | 0,866 | |
| Máxima (separación inmediata) | 0,458 | -0,512 | 0,012 | 0,048 | 0,303 | 0,001 | 0,992 | 0,000 | 0,993 | |
| Total activo | 1,000 | | | 0,165 | 1,000 | 1,000 | | | | |
| a Normalización Simétrica | | | | | | | | | | |

Gráfico 19

Dimensiones explicativas de la relación entre el nivel de intervención en el caso 2 y el servicio de procedencia de los profesionales



En esta ocasión se observa una clara diferenciación en la dimensión 2 de las columnas entre la intervención mínima y las demás, la cuales se mueven prácticamente entre los mismos valores de esta dimensión. Ninguno de los grupos profesionales se acerca a la intervención mínima. La agrupación en este caso vendría dada por la dimensión 1, que agrupa por una parte aquellas intervenciones que implican separación (inmediata o condicionada) de la que implica continuar la intervención comunitaria (media). En torno a las primeras, es decir, aquellas que implican separación, se encuentran los profesionales de los SSCC (más cercanos a la separación máxima). Mientras que los profesionales del SPM se sitúan más cercanos a la intervención media, es decir sin separación. Los profesionales de centros y de Justicia se sitúan en una posición intermedia y casi en la misma línea ambos (0,203 los de Justicia y 0,285 los de centros). En la dimensión 2 la cercanía de los profesionales de centros es mayor con la intervención moderada, mientras que los profesionales de Justicia están más cercanos a la intervención media.

En esta ocasión el grupo de expertos optó por una intervención moderada, por tanto situada más cercano a los grupos de profesionales de los SSCC y de centros.

En el análisis de correspondencias correspondiente al caso tercero (abuso sexual), nos encontramos que con tan solo dos dimensiones podemos explicar el 100 % de variabilidad entre las dos variables. En las tablas 24 y 25 se presentan los análisis de correspondencias respecto a la relación de ambas variables, que se reflejan en el gráfico 20. Si observamos el gráfico que incluye tanto los puntos de fila como de columna, expuestos en las tablas, se distingue nuevamente en función de la dimensión 1 (que explicaba el 92% de la inercia) entre intervención extrema (en este caso máxima ya que no existe ninguna respuesta mínima) e intervenciones intermedias. Agrupados junto a la intervención máxima encontramos a los profesionales de los centros y de los SSCC. Mientras que en el otro extremo de la dimensión encontramos a los profesionales del SPM más cercanos a la intervención moderada. En esta ocasión nuevamente los profesionales de justicia se sitúan en posiciones intermedias entre ambos grupos, a una distancia en la dimensión 1 de 0,649 de la intervención máxima y de 0,722 de la moderada, aunque en la dimensión 2 que separa la intervención media del resto son los que se encuentran más cercanos a esta última.

Tabla 23
Dimensiones de la relación entre el nivel de intervención en el caso 3 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Resumen | | | | | | | | |
|-----------|--------------|-----------|-------------------|-------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|-------------|
| Dimensión | Valor propio | Inercia | Chi-cuadrado | Sig. | Proporción de inercia | | Confianza para el Valor propio | |
| | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación | Explicada | Acumulada | Desviación típica | Correlación |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 0,452 | 0,205 | | | 0,922 | 0,922 | 0,099 | -0,145 |
| 2 | 0,132 | 0,017 | | | 0,078 | 1,000 | 0,108 | |
| Total | | 0,222 | 17,983 | 0,035(a) | 1,000 | 1,000 | | |

a 9 grados de libertad

Tabla 24

Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 3 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos de fila(a) | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|--|-------|---------|--------------|--|-------|-------|---|
| Servicio | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | |
| | 1 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | | Total | De la dimensión a la inercia del punto | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | 1 | 2 |
| SSC | 0,259 | 0,677 | -0,389 | 0,059 | 0,262 | 0,298 | 0,912 | 0,088 | 1,000 | |
| SPM | 0,321 | -0,914 | -0,176 | 0,123 | 0,593 | 0,075 | 0,989 | 0,011 | 1,000 | |
| CENTRO | 0,296 | 0,460 | 0,221 | 0,030 | 0,138 | 0,110 | 0,937 | 0,063 | 1,000 | |
| JUST | 0,123 | -0,147 | 0,744 | 0,010 | 0,006 | 0,517 | 0,118 | 0,882 | 1,000 | |
| Total activo | 1,000 | | | 0,222 | 1,000 | 1,000 | | | | |
| a Normalización Simétrica | | | | | | | | | | |

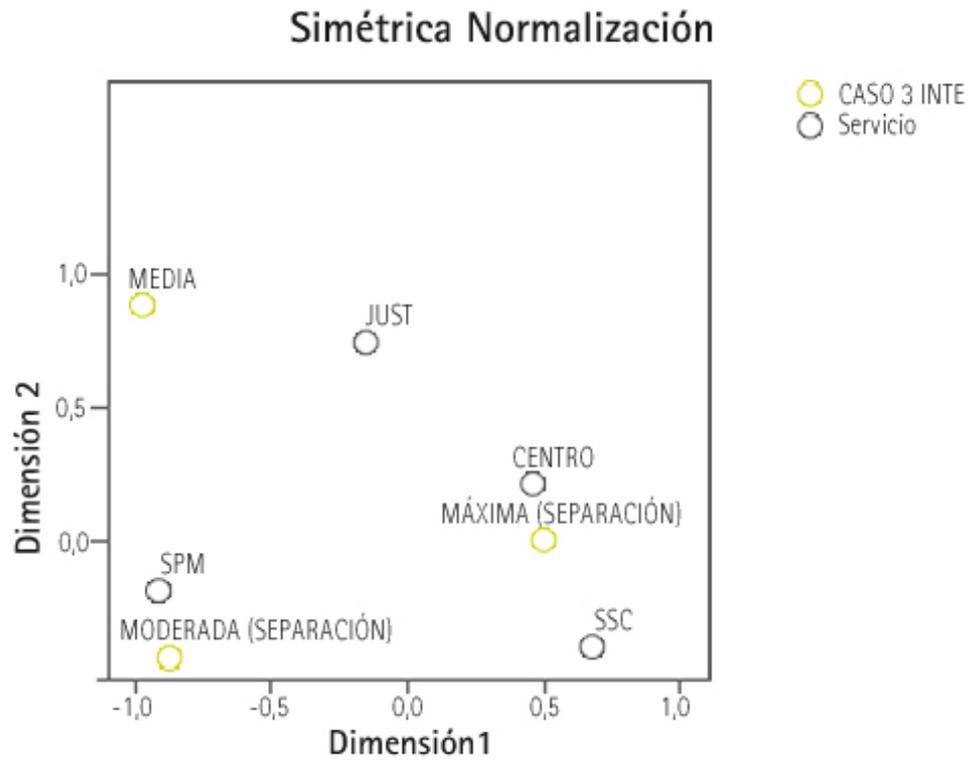
Tabla 25

Análisis de correspondencias respecto a la relación entre el nivel de intervención del caso 3 y el servicio de procedencia de los profesionales

| Examen de los puntos columna(a) | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|--------|--|-------|---------|--------------|--|-------|-------|---|
| CAS03.INTE | Masa | | Puntuación en la dimensión | | Inercia | Contribución | | | | |
| | 1 | 2 | De los puntos a la inercia de la dimensión | | | Total | De la dimensión a la inercia del punto | | 1 | 2 |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Mínima (continuidad) | 0,000 | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| Media | 0,111 | -0,969 | 0,884 | 0,059 | 0,231 | 0,658 | 0,805 | 0,195 | 1,000 | |
| Moderada (separación condicionada) | 0,247 | -0,869 | -0,427 | 0,090 | 0,412 | 0,341 | 0,934 | 0,066 | 1,000 | |
| Máxima (separación inmediata) | 0,642 | 0,502 | 0,011 | 0,073 | 0,357 | 0,001 | 1,000 | 0,000 | 1,000 | |
| Total activo | 1,000 | | | 0,222 | 1,000 | 1,000 | | | | |
| a Normalización Simétrica | | | | | | | | | | |

Gráfico 20

Dimensiones explicativas de la relación entre el nivel de intervención en el caso 3 y el servicio de procedencia de los profesionales



Por último en este caso la intervención máxima propuesta sobre todo por profesionales de SSCC y de centros es la que se encuentra más cercana la opinión de los expertos.

En resumen los grupos profesionales que más se acercan al criterio de los expertos son los profesionales de los centros y de los Servicios Sociales Comunitarios.

En primer lugar y antes de entrar a discutir los datos anteriores, nos gustaría señalar algunas limitaciones respecto al alcance de nuestras conclusiones. Por una parte, únicamente hemos abarcado una única provincia de la Comunidad Autónoma, aunque ocupa un lugar destacado en volumen de población infantil, de equipos y de menores atendidos en el sistema de protección andaluz. La limitación del tamaño de la muestra tiene que ver entre otros con dicha circunscripción geográfica, ya que por ejemplo tanto la muestra de Justicia, como la del SPM abarca prácticamente a toda la población. En el caso de justicia únicamente dejaron de contestar los tres magistrados de la Audiencia Provincial, mientras que en el caso del Servicio de Menores el índice de respuestas fue del 90%.

En segundo lugar y respecto a la metodología, se ha optado por la utilización de viñetas. Uno de los inconvenientes de este sistema es que se enfrenta a los sujetos a situaciones ficticias, con datos muy escasos y que no conlleva ninguna consecuencia real para ningún menor. Por otra parte, tampoco permite valorar cuestiones que se han demostrado importantes como la utilización de instrumentos o la supervisión de casos. Es posible que los mismos casos en situación real pudieran arrojar un resultado distinto. Las decisiones en protección de menores suelen ser de mucho calado y suelen conllevar una dosis importante de implicación profesional y emocional. Una alternativa a esta metodología utilizada por algunos autores es estudiar expedientes reales. Otra alternativa que puede resultar interesante para conocer fundamentalmente variables psicológicas o emocionales implicadas en el proceso de toma de decisiones, son los grupos discusión como los utilizados por Flaherty, Jones, y Sege (2004) y que comentamos en el apartado de metodología.

Por otra parte, si bien usando la metodología de las viñetas podemos controlar que todos los sujetos valoran los mismos casos, estamos limitados por los casos que proponemos, en nuestro trabajo únicamente tres. Una opción podría ser incrementar el

número de casos que se propone valorar, pero esto puede provocar un menor índice de respuestas o que la información de los casos que se ofrezca a los sujetos sea más reducida.

Teniendo en cuenta estas limitaciones y analizando los resultados expuestos en el apartado anterior, podríamos concluir que en nuestra muestra la toma de decisiones de los profesionales ante situaciones de maltrato se han visto influenciadas fundamentalmente por la gravedad y el tipo de indicadores de maltrato observados y por la ubicación del profesional que debe tomar la decisión dentro del sistema de protección.

Respecto a la valoración del maltrato encontramos una amplia coincidencia en el caso del maltrato físico y en el de abuso sexual, en donde los indicadores son más claros y de tipo físico. Sin embargo cuando nos enfrentamos a otro tipo de indicadores comienzan a aparecer diferencias entre los grupos. Los profesionales de los SSC se sitúan mayoritariamente ante una negligencia y el resto, sobre todo los profesionales del SPM valoran como maltrato principal el abandono emocional. Estos datos se complementan con el maltrato secundario observado en primer lugar. Es decir que mayoritariamente donde se valoró como maltrato principal negligencia, ahora se indica como maltrato secundario el abandono emocional y quienes indicaron como maltrato principal el abandono emocional ahora indican negligencia. Parece que todos consideran ambos tipos de maltrato, pero difieren en considerar uno u otro como el principal.

Si bien el sistema diagnóstico propuesto en Andalucía (SIMIA), que entendemos debe ser conocido por todos los profesionales, distingue el abandono emocional de otros tipos de maltrato, no ocurre así con otros sistemas diagnósticos. Podemos encontrar clasificaciones que incluyen el abandono emocional dentro la negligencia, mientras que otros sistemas lo incluyen dentro del maltrato emocional (Jimenez, Moreno, Oliva, Palacios, & Saldaña, 1995).

En cualquier caso, e independientemente del problema de conceptualización del abandono emocional que pudiéramos encontrar, resulta significativo que precisamente sean los profesionales de los SSCC los que valoren mayoritariamente el caso como negligencia en primer lugar. Probablemente las diferencias tengan que ver con donde colocan los profesionales el foco de atención, en los indicadores físicos (higiene, alimentación), cognitivos (absentismo) o en los indicadores emocionales (tristeza,...).

Los casos dos y tres no plantean diferencias en su diagnóstico principal, ni en la valoración de la gravedad, donde existe una coincidencia casi total en los sujetos. Sin embargo, y a pesar de estas coincidencias, ambos casos plantean nuevamente diferencias entre los sujetos en función de su ubicación profesional a la hora de intervenir como ya hemos comentado anteriormente.

Respecto a las variables relacionadas con el caso, parece que cuando los sujetos valoran el maltrato principal como de mayor gravedad tienden a responder con intervenciones de mayor intensidad (que implican separación). En este sentido nuestros datos coinciden con las conclusiones aportadas por Britner y Mossler (2002), quienes encuentran que de las variables estudiadas la que tiene más influencia en la toma de decisiones es la severidad del maltrato.

En nuestro caso, cuando preguntamos a los sujetos qué indicadores tomaron en consideración a la hora de decidir la intervención, mayoritariamente en los tres casos apuestan por variables relacionadas con el incidente o con el maltrato en sí, representando un porcentaje mayor en los casos dos (maltrato físico) y tres (abuso sexual). Nuestros resultados guardan coherencia también con lo aportado por Wells et al. (2004) y De Panfilis y Girvin (2005) que en sus estudios señalaron como la presencia de daño físico o de abusos influye en mayor medida en la toma de decisiones que implican separación.

Con relación a la influencia de variables profes-

sionales, los técnicos, aunque a veces de la misma profesión, parece que actúan ante los casos de forma diferenciada en función de su ubicación profesional. Es decir, y siguiendo un ejemplo, ante el mismo caso no adopta las mismas decisiones un profesional que trabaja en un Equipo de Tratamiento Familiar de los SSCC que uno que trabaja en el Servicio de Protección de Menores o en un centro de menores. Estos datos vienen a coincidir nuevamente con la literatura revisada, por ejemplo Britner y Mossler (2002) encuentran diferencias en función de la ubicación del profesional en distintos sistemas, el sistema judicial, servicio de protección y servicio de salud mental.

Podemos observar que ante los tres casos los profesionales del SPM se mantienen siempre en posiciones intermedias (moderadas o media). Los profesionales de los centros y de los SSCC se sitúan siempre en posiciones que implican separación del menor de su entorno (inmediata o condicionada). Finalmente los profesionales de Justicia no muestran una respuesta tan agrupada como el resto y se suelen repartir entre los niveles medio, moderado y máximo.

Es probable que el posicionamiento de los profesionales del SPM hacia medidas más moderadas tenga que ver con su papel dentro del sistema de protección. Es a estos profesionales a los que corresponde realmente proponer y en último extremo ejecutar la medida de protección que implica separación. Es decir si deciden que el niño debe ser separado de sus padres, serán ellos los que se ocupen de ir a por el niño y afrontar un momento que implica una importante carga emocional para el menor, sus padres y los mismos profesionales. Por otra parte, probablemente es el grupo profesional que se puede ver más afectado por efecto de los vaivenes de la organización en el sentido de lo expuesto en la introducción (Munro, 2005). Probablemente en el momento actual se cuestione en mayor medida las retiradas de menores a sus padres que la ausencia de las mismas y los profesionales tiendan a evitar las mismas como primera opción.

Los profesionales de los SSCC y de los centros son los que se encuentran en una posición más cercana a la familia y al menor, con un contacto directo mayor con los mismos y seguramente con menor implicación en el momento de la retirada, y en las consecuencias de las mismas.

Por último los profesionales que hemos denominado de justicia, probablemente no se comporten como un grupo único y cohesionado en sus respuestas, ya que si bien todos comparten tanto intervención en el procedimiento judicial como su lejanía respecto al menor y su familia, sin embargo desarrollan funciones diferenciadas. Por una parte los letrados que deben defender lo actuado por la administración de la Junta de Andalucía (fundamentalmente el SPM) frente a los jueces que deben revisar dicha actuación y los fiscales que se encuentran en una posición intermedia. Por otra parte y como ya comentamos en la introducción los juzgados actúan como órganos unipersonales y no es infrecuente que encontremos que distintos jueces ante un mismo caso emiten resoluciones judiciales en sentido contrario. Según nuestro ordenamiento jurídico, esto forma parte de la esencia del sistema y únicamente las decisiones del Tribunal Supremo pueden crear y unificar criterios.

Con respecto a las respuestas del grupo de expertos, es interesante que nos detengamos en el desarrollo de la discusión que condujo a su posicionamiento. En cualquier caso entendemos que se sitúan en general en posiciones de mayor intervención en los tres casos, optando por una posición más moderada únicamente ante el caso dos, al entender que no existe peligro inminente para ese menor al encontrarse en un contexto protector y que aun se cuenta con tiempo para posponer la posible retirada del menor de su entorno.

Es decir según el criterio experto en los tres casos se debería plantear la separación del menor de sus padres, en los casos uno y tres de forma inmediata y en el caso dos condicionada. Esta valoración coincide en mayor medida con la planteada por los SSCC y los profesionales de los centros. Son los

profesionales del SPM los que se sitúan en posiciones de menor intervención. Mientras que los profesionales de justicia mantiene bastante disparidad en sus respuestas.

Finalmente y respecto a las variables personales estudiadas, no hemos encontrado ninguna diferencia significativa. Coincidimos por tanto con Portwood (1998) que no encontró ninguna influencia de variables personales del estilo que hemos utilizado en nuestro estudio y con Garrido y Grimaldi (2009) que tampoco encontraron diferencias personales en la utilización de la escala de bienestar infantil. Hemos señalado algunas tendencias relacionadas con la edad en los casos 1 y 2 que se mueven en distinto sentido. En el caso 1, a mayor edad se inclinan por abandono emocional, mayor gravedad y medidas de separación inmediata. Mientras que en el caso 2 parece que se tiende con la edad a la adopción de medidas más moderadas. Probablemente, y como ya apuntamos en los resultados, cuando utilizamos la variable años de experiencia en infancia y dividimos el grupo en los tres años de experiencia, obtenemos resultados muy similares. Por tanto sería necesario realizar nuevos estudios que permitan separar de forma clara el efecto de la madurez personal y el de la experiencia profesional.

Por último nos gustaría señalar algunos datos que pueden ser de interés con relación a la utilización de Instrumentos para la toma de decisiones. Resulta llamativo, en primer lugar, el alto número de sujetos que no usan instrumentos o bien que aunque manifiesten usarlos, no indiquen qué instrumentos utilizan. Incluso si nos detenemos en los instrumentos señalados, muchos de ellos no podrían ser considerados como tales, ya que se trata la propia legislación (de obligado cumplimiento), o respuestas genéricas que no se refieren a ningún tipo de instrumento (bibliografía, expedientes, entrevistas, etc.). Aunque tanto los profesionales de los SSCC como los del SPM disponen cada uno de ellos de un instrumento específico que ayuda a la toma de decisiones (Manuales de Intervención), estos son utilizados de forma muy escasa, sobre todo en el

caso del SPM, que únicamente es indicado por una persona. La diferencia a favor en su utilización por parte de los SSCC (ocho sujetos) probablemente tenga que ver con que estos profesionales recibirán una formación específica de alta intensidad, como apuntamos en la introducción y por otra con la alta estabilidad de estos profesionales en sus equipos, como apuntamos en el apartado de re-

sultados. La baja utilización de instrumentos guarda cierta relación con lo encontrado por (Munro, 2005) en que los profesionales a pesar de conocer e incluso utilizar los instrumentos, no los tienen en cuenta a la hora de tomar sus decisiones, e incluso algunos rechazan su uso, prefiriendo su propio juicio clínico.

Cuando se trata de abusos o maltrato físico no existen grandes problemas en el diagnóstico del maltrato principal, el más evidente. Sin embargo cuando nos enfrentamos a otras situaciones, que suelen ser mayoritarias, existen diferencias en la valoración diagnóstica entre los profesionales. Entendemos que sería necesario incrementar el acuerdo entre profesionales de los distintos servicios a la hora de diagnosticar estas situaciones de maltrato. Para ello sería necesario la implantación y utilización de un sistema único de clasificación de las situaciones de maltrato y que dicho sistema fuese conocido y aplicado por parte de todos los profesionales. En el caso de nuestra Comunidad, como ya hemos comentado anteriormente, se cuenta con el SIMIA, pero con poca implantación y escaso conocimiento por parte de los profesionales. Por otra parte, y de cara a posteriores estudios de mayor alcance geográfico, sería necesario resolver las diferencias entre los diferentes sistemas de clasificación de casos de maltrato existentes en todo el Estado.

Podríamos concluir que los profesionales de nuestra muestra, cuando deben decidir la intervención a seguir respecto a la protección de un menor, atienden fundamentalmente a indicadores relacionados con el incidente o el maltrato que están observando y tienen en cuenta, sobre todo, la gravedad del incidente para tomar su decisión. Esta decisión se ve influenciada por la ubicación del profesional dentro del sistema, de tal manera que aquellos profesionales que se ubican en el SPM, tienden por lo general a evitar la separación inmediata del menor de su núcleo familiar, alejándose incluso del criterio de los expertos que se inclinan más por medidas de separación. Es necesario que estudiemos con mayor profundidad a qué obedece que los profesionales del SPM apuesten por evitar la retirada inmediata de los menores de su familia. Sería interesante poder determinar, por ejemplo, si realmente se trata como indica Munro (2005) de un fenómeno pendular influido por la propia organización, o bien obedece a otro tipo de variables. En el sistema judicial destaca su falta de acuerdo en las respues-

tas, que podría tener relación con el papel diferencial de cada uno de los agentes intervinientes y por la escasa especialización de los mismos. Tanto los letrados de la Junta de Andalucía, como los propios jueces atienden al mismo tiempo asuntos que nada tienen que ver con esta temática. En el caso de los letrados, desde expropiaciones forzosas hasta despidos improcedentes. En el caso de los jueces, desde herencias, tutelas de incapaces, nacimientos o defunciones. En este sentido entendemos que sería necesaria una mayor especialización de los agentes que intervienen en el procedimiento judicial, tanto de los órganos judiciales (con la creación de jurisdicción específica) como de los letrados de la Junta de Andalucía, siguiendo el mismo esquema que ya ha implantado el Ministerio Fiscal.

Los profesionales de nuestra muestra, manifiestan utilizar muy pocos o ningún instrumento en la tarea de toma de decisiones. Entendemos que para ello es necesario no sólo que se disponga de dichos instrumentos (como se dispone del propio SIMIA, los manuales de ETF y del SAN o instrumentos estandarizados), sino que se forme a los profesionales en su utilización y que se incorpore dentro de los procesos de toma de decisiones. Como apuntaban Sullivan et al. (2008) en su estudio, lo que aporta consistencia a las decisiones es el entrenamiento en la utilización del instrumento y que este no reemplace el juicio clínico del profesional.

Otros autores (Shlonsky & Wagner, 2005; Kindler, 2008) proponen la utilización de sistemas basados en la evidencia para la toma de decisiones, similares a los que ya se utilizan en el campo de la medicina. La propia E. Munro desde el Social Care Institute for Excellence (2009) en el Reino Unido propone una aproximación sistémica al estudio de casos, que permite que la toma de decisiones se pueda realizar de forma razonada. En EEUU, y en otros países anglosajones, se vienen utilizando desde hace algunos años sistemas de toma de decisiones estructurados basados en instrumentos estandarizados cuya aplicación se puede realizar con herramientas informáticas. Dicho sistema se viene aplicando desde

hace algunos años en diversos estados de los EEUU y se ha comenzado a aplicar recientemente en otros países anglosajones (Australia, Nueva Zelanda) y el resto de estados americanos con resultados muy positivos (Children's Research Center, 2008).

Entendemos que la utilización de sistemas estructurados en la toma de decisiones, acompañado de la utilización de instrumentos de valoración de riesgo, sin renunciar a la decisión clínica de los profesionales, puede contribuir a unificar las decisiones y que las mismas no se vean afectadas por variables relacionadas con los vaivenes de la organización, como parece que le ocurre a los profesionales del SPM. En cualquier caso, sería de interés conocer en nuestro contexto el efecto que sobre la toma de decisiones en protección de menores tiene la puesta en práctica de estos instrumentos por parte de los profesionales.

Respecto a las variables personales estudiadas y que no arrojaron influencias, entendemos que se trata fundamentalmente de variables sociales. Entendemos que sería interesante, en la línea de lo apuntado por Munro (2005), estudiar la influencia de variables estrictamente psicológicas, como el propio razonamiento o la implicación emocional en la toma de una decisión de este tipo (Social Care Institute for Excellence).

Para terminar, creemos que esta primera aproximación al complejo proceso de toma de decisiones en el sistema de protección ha abierto el horizonte a un área de trabajo en el que merece la pena seguir profundizando. El mundo de la intervención y el de la investigación suelen estar desconectados y los resultados del estudio aquí presentado muestran el interés que puede tener una mayor aproximación entre ambos.

- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., & Mesas, A. (2003). *Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Ashton, V. (2004). The effect of personal characteristics on reporting child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 28, 985-997.
- Britner, P., & Mossler, D. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 26, 317-332.
- Casas, F., & Monserrat, C. (2002). Interdisciplinary teams and decision making in child protection systems: The experience of Catalonia. *International Journal of Child and Family Welfare*, 4, 146-158.
- Castrianno, L. (2000). Subtle racism in child welfare decision-making. *Disertation Abstract International: Section B The Science and Engineering*, 61 (1-b), 585.
- Children's Research Center. (2008). *The Structured Decision Making Model. An Evidenced-based Approach to Human Services*. Madison: Children's Research Center.
- Church, W., Gross, E., & Baldwin, J. (2005). Maybe ignorance is not always bliss: The disparate treatment of Hispanics within the child welfare system. *Children Youth Services Review*, 27, 1279-1292.
- Consejo General del Poder Judicial. (2009). Consejo General del Poder Judicial. Recuperado el 28 de octubre de 2009, de <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>
- De Panfilis, D., & Girvin, H. (2005). Investigating child maltreatment in out-of-home care: Barriers to effective decision-making. *Children and Youth Services*, 27.
- Fernández del Valle, J., Bravo, A., & López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 33-41.
- Flaherty, E., Jones, R., & Sege, R. (2004). Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 28, 939-945.
- Gambrill, E. (2005). Decision making in child welfare: errors and their context. *Children and Youth Services Review*, 27, 347-352.
- Gammon, R. (2001). Racial and socioeconomic bias in social workers' decision regarding family reunification. *Disertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (11-b).
- Garlan, A., Landsverk, J., & Lau, A. (2003). Racial ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25 (5-6), 491-570.
- Garrido, M., & Grimaldi, V. M. (2009). *Evaluación de riesgo psicosocial en familias con menores*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Jimenez, J., Moreno, M., Oliva, A., Palacios, J., & Saldaña, D. (1995). *El Maltrato Infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jones, R., Flaherty, E., Binns, H., Price, L. L., Slora, E., Abney, D., y otros. (2008). Clinicians' Description of Factors Influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, 122, 259-266.
- Junta de Andalucía. (2006). *Manual de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Sevilla: Documento no editado.
- Junta de Andalucía. (1998). *Manual de los Servicios de Atención al Niño*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales.
- Junta de Andalucía. (2009). *Memoria de ejecución Servicio de Protección de Menores de Cádiz*. Cádiz.
- Kang, H.-A., & Poertner, J. (2006). Inter-rater reliability of the Illinois Structured Decision Support Protocol. *Child Abuse and Neglect*, 30, 679-689.

- Kindler, H. (2008). Developing Evidence-Based Child Protection Practice: A view from Germany. *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 319-324.
- King, G., Reece, R., Bendel, R., & Patel, V. (1998). The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. *Child Maltreatment*, 3 (3), 276-283.
- Maluccio, A., & Fein, E. (1986). *Permanency Planning*. Londres: Tavistock Publishers.
- Mandel, D., Lehman, D., & Yuille, J. (1994). Should this child be removed from home? Hypothesis generation and information seeking as predictors of case decisions. *Child Abuse and Neglect*, 18 (12), 1051-1062.
- Ministerio de Salud y Políticas Sociales. (2009). *Boletín Estadístico 09*. 2007. Madrid: Ministerio de Salud y Políticas Sociales.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Maltrato Infantil. Detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23 (8), 745-758.
- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, 27.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. (2000). *Estado de la Infancia en Andalucía*. Granada: Consejería para la Igualdad Bienestar Social.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. (2009). *Menores de edad en Andalucía. Datos cuantitativos. Informe 2009*. Granada: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños ¿Protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26 (3), 353-363.
- Portwood, S. G. (1998). The impact of individual characteristics and experiences on their definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 22 (5).
- Rzepnicki, T., & Johnson, P. (2005). Examining decision errors in child protection: a new application of root cause analysis. *Children and Youth Services Review*, 27, 393-407.
- Shlonsky, A., & Wagner, D. (2005). The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgement into an evidence-based practice framework in CPS case management. *Children and Youth Services Review*, 27, 409-427.
- Sindic de Greuges. (2007). *Sobre deficiencias del Sistema de Protección a la Infancia en el caso del maltrato infantil a la niña Claudia*. Barcelona.
- Social Care Institute for Excellence. (s.f.). Social Care Institute for Excellence. Recuperado el 25 de 11 de 2009, de <http://www.scie.org.uk/children/childprotection.asp>
- Sullivan, C., Whitehead, P., Leschied, A., Chiodo, D., & Hurley, D. (2008). Perception of risk among child protection workers. *Children and Youth Services Review*, 30, 699-704.
- UNICEF. (2003). *A League Table of Child Maltreatment Death in Rich Nations*. Florencia: Innocenti Research Center.
- Wells, S., Lyons, P., Doueck, H., Brown, C., & Thomas, J. (2004). Ecological factors and screening in child protective services. *Children and Youth Services Review*, 26, 981-997.
- Woldegulorguis, I. (2003). Racism and Sexism in Child Welfare: Effects on Women and color as mothers and practitioners. *Child Welfare Journal*, 82 (2), 273-288.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.

Cuestionario de Evaluación de Toma de Decisiones en Protección de Menores

A) DATOS PERSONALES

1. Edad:

- Menos de 30 años
- 30-40 años
- Más de 40 años

2. Situación civil:

- Casado o con pareja estable.
- Soltero.
- Otros:

3. En caso de tener hijos indique el número:

4. Situación laboral

- Fijo
- Interino/eventual.
- Profesional liberal.

B) FORMACION

5. Titulación

- Psicóloga o psicólogo
- Licenciado o licenciada en Derecho
- Trabajador o trabajadora social
- Educador o educadora
- Otros, especifica:

6. Formación Especializada.

a) Especificar si tiene algún título de especialización (Máster, Doctorado, etc.) e indicar el título e institución donde lo realizó.

b) Otros cursos postgrado relacionados con la materia de familia, infancia o protección de menores (número de horas aproximadas):

C) EXPERIENCIA LABORAL

7. Tiempo trabajado en su área profesional (en años):

8. Tiempo trabajado en temas relacionados con infancia, familia o protección de menores (en años):

9. Dentro de este último campo de trabajo, especifique en qué áreas concretas ha trabajado (por ejemplo: equipos de tratamiento, centros de menores, acogimiento familiar, valoración de idoneidad, adopción, etc.).

10. En su ámbito de trabajo ¿Considera necesaria una formación especializada para trabajar en este campo?

SI

NO

11. En su actual trabajo ¿forma parte de un equipo profesional?

SI

NO

Otras situaciones (especificar):

12. En caso de formar parte de un equipo de trabajo, ¿Considera que se trata de un Equipo estable?

SI

NO

13. Con qué estabilidad aproximada cuenta la mayoría de sus componentes.

Inferior a 1 año.

Entre 1 y tres años.

Mayor de tres años.

Caso 1

Felisa, de 7 años, Carmen, de 6, y Mario, de 4 años son hijos de Josefa y de Anselmo. Josefa procede de una familia conocida por los Servicios Sociales debido a la situación de negligencia grave e incluso maltrato físico y emocional sufrido por ella por parte de sus propios padres. Posteriormente, hace ahora cinco años, se tomaron medidas de protección respecto de los dos primeros hijos de Josefa con su primera pareja debido a una situación de grave negligencia. Josefa inició una nueva relación de pareja con Anselmo, con quien se traslada a otra provincia abandonando a sus dos primeros hijos en el centro de protección. En su nueva localidad de residencia nacen sus tres hijos actuales, mientras los dos mayores son adoptados. La nueva intervención de los servicios sociales se produce prácticamente desde el regreso de este núcleo familiar a su localidad de origen, en esta ocasión debido a sus graves dificultades económicas, ausencia de vivienda y graves conflictos con la madre de Josefa, la cual los echa de su domicilio en varias ocasiones. La situación de los menores indica que no encuentran cubiertas correctamente muchas de sus necesidades, destacando su alto índice de absentismo escolar. Los padres permanecen permanentemente centrados en sus propios problemas: falta de vivienda y trabajo, conflictos de pareja y con la familia extensa y consumo de alcohol, así como demandas permanentes de ayuda ante los servicios públicos que exigen que se les atiendan.

Con respecto a los menores se ha observado que Felisa se ocupa de tareas relacionadas con el cuidado de sus hermanos, tales como bañarlos, vestirlos, darles de comer, etc.. Se muestra como una niña hiperresponsable, muy concentrada en sus tareas, no suele manifestar conductas de búsqueda de protección cuando lo necesita, ignorando el consuelo adulto. Carmen muestra grandes dificultades de lenguaje y aprendizaje; es una niña muy retraída que no suele mostrar emociones negativas. Mario es un niño muy ansioso, presentado llanto desconsolado si no se encuentra cerca de su madre o de sus hermanas mayores.

Ante esta situación se acuerda con los padres establecer un plazo para que realicen los cambios necesarios que garanticen el bienestar de sus hijos. Transcurrido dicho plazo desde los Servicios Sociales Municipales se informa que se han producido algunos cambios: asistencia del padre de forma irregular al Centro de Adicciones, mayor frecuencia de asistencia al colegio pero manteniendo un alto índice de absentismo escolar, traslado a una nueva vivienda que sigue sin reunir las condiciones de higiene y habitabilidad necesarias para los menores. Respecto de los menores, no se aporta nueva información.

1. De la clasificación de maltrato que se expone a continuación, y pensando en lo que afecta a los tres hermanos ¿cuál cree que se ajusta mejor a este caso? Señale el tipo de maltrato que considera principal (una categoría) y si considera que existen otros tipos de maltrato secundario añadidos (una o más categorías). Indique en cada caso el nivel de gravedad que considere. Si considera que no existe maltrato no señale ninguna.

| MALTRATO | Principal | Secundario | NIVEL DE GRAVEDAD | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Maltrato Físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Maltrato Psicológico/Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Negligencia Física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abandono Psicológico /Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abuso sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |

2. ¿Qué tipo de intervención cree que se debería llevar a cabo? (ELEGIR UNA OPCION)

Basta con continuar la intervención desde Equipo de Tratamiento Familiar de los Servicios Sociales Municipales, e intentar una mayor implicación de los padres en la intervención. Además se podrían intentar suplir las carencias de los menores desde los programas municipales.

Si bien se observan algunos cambios, estos son muy limitados. Los padres deben saber que desde protección de menores se sigue interviniendo. Se citaría nuevamente a los padres en el Servicio de Protección Menores ampliando el plazo para que se consigan mayores avances.

Los cambios son a todas luces insuficientes, pero la situación no es tan grave como para separar a los niños de su entorno. Por tanto se debe Iniciar Procedimiento de Desamparo desde el Servicio de Protección de Menores y otorgar a los padres esta vez el plazo legal establecido de tres meses para que demuestren realmente su voluntad de cambio.

El plazo ha transcurrido y los menores se encuentran en una situación de grave riesgo que permite declarar el Desamparo Provisional e iniciar la intervención con los padres y los menores por separado, garantizando la atención de las necesidades de los niños.

3. Indique por orden de importancia qué factores o variables ha considerado a la hora de decidir qué intervención seguiría en este caso. (indique al menos tres)

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |

Caso 2

Desde un Centro Escolar se recibe en el Servicio de Protección de Menores llamada telefónica del director comunicando que un niño de cuatro años ha llegado al Colegio con marcas en la cara, como señales de dedos, y con las orejas completamente moradas. Los hechos han sido denunciados también al juzgado de guardia de la localidad.

El niño es conducido al hospital, donde es explorado, observándose marcas en espalda y nalgas similares a las de la cara, compatibles con marcas de dedos tras haber recibido una importante paliza. En la exploración el niño se muestra huidizo, evitando el contacto y acercamiento de los adultos, pero no muestra signos de llanto ni de dolor por ninguna de las marcas que tiene. Cuando se le pregunta quien le ha hecho esas marcas no sabe responder exactamente, dice que ayer estuvo en el campo jugando con su hermano mayor (que tiene ahora 9 años) a las peleas, que es a lo que suelen jugar habitualmente. Al preguntarle si su padre le pega dice que sí, cuando se porta mal y que le tira de las orejas.

Los padres manifiestan que no han pegado a su hijo, que ayer estuvieron todo el día en el campo. También manifiestan que sus hijos, junto a otros niños, jugaron todo el día con palos y entre matorrales. Que no saben de dónde son las marcas de las orejas, que puede que se enganchara en una silla que tiene en casa con barrotes. Dicen que no pegan a sus hijos, aunque alguna vez han podido dar alguna torta a alguno de ellos porque son niños muy inquietos, incluso hiperactivos y que siempre se están peleando entre ellos y a veces la única forma que tienen de detenerlos es dándole una torta.

Consultados antecedentes en el Servicio de Protección se comprueba que existió expediente de protección a favor del hermano mayor por posible maltrato físico denunciado desde el Servicio de Urgencias del Hospital, situación que no comentaron los padres durante la entrevista. En aquella ocasión únicamente se intervino citando a los padres y derivando para intervención desde los Servicios Sociales Municipales. Posteriormente, existe una hoja de notificación del teléfono 900 de una persona que denuncia que un padre está pegando a su hijo en plena calle. Esta nota fue derivada a los Servicios Sociales Municipales

Consultado los Servicios Sociales Municipales, informan que efectivamente se produjo una intervención con esta familia con ocasión del hijo mayor. Se trata de unos padres muy jóvenes y con escasas habilidades educativas, que fácilmente recurrían al golpe cuando perdían los nervios. Tras esa intervención cerraron el caso. Posteriormente sólo han tenido información de este niño por las quejas de otros padres del mismo colegio donde estudia, ya que es conocido por sus constantes peleas y comportamientos de acoso hacia otros menores. No les consta la derivación de la denuncia al teléfono 900, probablemente por coincidir en un periodo en el que no contaban con Equipo de Tratamiento Familiar.

Puestos en contacto con el juez de guardia de la localidad, nos informa que ha procedido a la apertura de una investigación dentro de un procedimiento de Diligencia Previa al objeto de aclarar la posible responsabilidad penal de los padres, pero que respecto a las acciones civiles de protección del menor deja que sea la Entidad pública competente la que se ocupe, manteniéndole informado de las actuaciones que llevemos a cabo.

En este momento el menor se encuentra en el Hospital a la espera de una decisión del Servicio de Protección de Menores.

De la clasificación de maltrato que se expone a continuación, ¿cuál cree que se ajusta mejor a este caso? Señale el tipo de maltrato que considera principal (una categoría) y si considera que existen otros tipos de maltrato secundario añadidos (una o más categorías). Indique en cada caso el nivel de gravedad que considere. Si considera que no existe maltrato no señale ninguna.

| MALTRATO | Principal | Secundario | NIVEL DE GRAVEDAD | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Maltrato Físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Maltrato Psicológico/Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Negligencia Física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abandono Psicológico /Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abuso sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |

2. ¿Qué tipo de intervención cree que se debería llevar a cabo? (ELEGIR UNA OPCION)

Se trata de una situación de riesgo y por tanto requiere la valoración, el seguimiento y la intervención desde el programa de los Equipos de Tratamiento Familiar de los Servicios Sociales Municipales, pero no requiere ninguna intervención del Servicio de Protección de Menores en este momento y hasta recibir mayor información.

Es necesario que el Servicio de Protección de Menores abra una Información Previa y mantenga una entrevista con ambos padres, al mismo tiempo se debe solicitar al Equipo de Tratamiento Familiar Municipal una valoración e intervención con este núcleo familiar que permita determinar si se trata de una situación de riesgo o de desamparo.

Es necesario, además de lo anterior, iniciar un procedimiento de desamparo, recabar los informes necesarios tanto de los padres como de los menores y resolver en el plazo legal establecido de tres meses.

Existe peligro para la integridad física del menor en caso de retornar con sus padres. Por tanto además de iniciar el procedimiento de desamparo, es necesario declarar la situación provisional del mismo e iniciar la valoración e intervención inmediatamente.

3. Indique por orden de importancia qué factores o variables ha considerado a la hora de decidir qué intervención seguiría en este caso (indique al menos tres)

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |

Caso 3

En el SPM se recibe informe procedente de un Centro Escolar referido a una menor de cuatro años de edad llamada Dolores por posible sospecha de maltrato. La información remitida por el Colegio incluye datos aportados por la tutora de la menor, así como de la orientadora del Centro. En el mismo se aportan datos de manifestaciones espontáneas de la menor, así como de entrevistas mantenidas por la orientadora con la niña y con la madre de esta.

Inicialmente, la tutora solicita la intervención de la orientadora del Centro, aproximadamente en el tercer trimestre de clases, debido a episodios de rabietas y llanto incontrolado manifestados por la niña en el aula. También llama la atención el conocimiento inusual para niños de esta edad de vocabulario sexual.

En entrevista mantenida con la madre, ésta manifiesta que algunas veces suele presentar estas rabietas en la calle o cuando se tiene que quedar en casa de su abuelo. Normalmente acude al colegio sin problemas, y ya el año anterior acudía a la guardería y se adaptó rápidamente a la misma. Manifiesta la madre que la conducta de la niña pudiera estar relacionada con la tensión que se está viviendo en casa en las últimas semanas debido a la falta de trabajo de su marido. Desde hace unos dos meses su marido ha perdido su trabajo en la construcción y pasa todo el día en casa, y ella que se dedica a la limpieza de edificios ha tenido que aumentar sus horas de trabajo, incluyendo también muchas tardes. Como no tienen más hijos, es su marido el que se queda con Dolores por las tardes, hasta que ella regresa a la hora de la cena. Esta situación está resultando muy dura para su marido, ya que desde que lo conoce siempre ha trabajado. Precisamente, se conocieron en Castellón ciudad natal de ella. Su marido acudió allí siendo aún menor de edad en busca de trabajo y cree que para alejarse de sus padres. Dolores nació cuando ambos contaban tan solo 19 años y por eso se volvieron a la localidad de origen de él, porque ella prácticamente no tiene familia y aquí se encontraban los padres de su marido y sus dos hermanas.

Respecto al vocabulario que utiliza su hija, la madre manifiesta que no sabe dónde lo habrá aprendido, que seguramente habrá sido en casa de algún amigo del vecindario y que recriminará a su hija para que no vuelva a utilizarlo.

En una entrevista mantenida con la orientadora, Dolores manifiesta que juega con su papa a los médicos, desnudos en la cama y que su papá le pincha en el culete y después le pone una crema por la espalda que huele mal. Con su madre nunca juega a los médicos, porque cuando juega con su padre, su madre está trabajando. Cuando se le pide que dibuje a su familia, llama la atención que incluya de forma evidente los órganos sexuales y que a su abuelo lo dibuja como si fuese un borrón y con la cara expresando una gran agresividad.

Tras esta entrevista con la niña se cita a ambos padres en el Colegio, pero únicamente acude la madre (dice que el padre no ha podido venir) y se le expone lo manifestado por la niña en la entrevista. La madre manifiesta que es imposible que su marido haya abusado de su hija en ningún momento, que confía plenamente en él y que seguramente son fantasías de su hija, que suele tener mucha capacidad inventiva.

1. De la clasificación de maltrato que se expone a continuación, ¿cuál cree que se ajusta mejor a este caso. Señale el maltrato principal y los secundarios, así como el nivel de gravedad que considere en cada caso. Si considera que no existe maltrato no señale ninguna opción.

| MALTRATO | Principal | Secundario | NIVEL DE GRAVEDAD | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | | Leve | Moderado | Grave |
| Maltrato Físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Maltrato Psicológico/Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Negligencia Física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abandono Psicológico /Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |
| Abuso sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leve <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Grave <input type="checkbox"/> |

2. Qué tipo de intervención cree que se debería llevar a cabo? (ELEGIR UNA OPCION)

Se trata de una niña de cuatro años y probablemente la historia proceda de su fantasía, en cualquier caso sería conveniente derivar el caso a los Servicios sociales para que realicen un seguimiento de la situación.

Se detectan indicios de posible abuso sexual, pero deben ser valorados por un equipo especializado, por ello se debe derivar el caso a un Equipo de Valoración de Abusos Sexuales, y esperar el informe para tomar cualquier decisión.

Se debe Iniciar un procedimiento de Desamparo y solicitar a la madre que el padre no permanezca a solas con su hija en ningún momento, si es posible abandonando el domicilio familiar y al mismo tiempo derivar a un Equipo especializado de abusos sexuales.

Se trata de indicadores claros de abuso. Por otra parte, la madre no se muestra implicada en la defensa de su hija, por lo que sería necesario separar a la menor de su núcleo familiar, declarando el Desamparo provisional para garantizar su protección de forma inmediata e iniciar la valoración sin la interferencia de los padres.

3. Indique por orden de importancia qué factores o variables ha considerado a la hora de decidir qué intervención seguiría en este caso (indique al menos tres)

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |

Con relación a los tres casos que se han expuesto anteriormente:

a) Con respecto a los casos ¿Se parecen a los que usted encuentra habitualmente en su práctica profesional?

SI NO

b) Con respecto a las decisiones ¿Se parecen a las que debe tomar en su práctica profesional habitual?

SI NO

c) En caso contrario, indique que otras decisiones suele tomar con relación a los casos con los que trabaja.

d) Cuando se encuentra con dificultades en la toma de decisiones, ¿cuenta con la posibilidad de supervisión?

Si. La supervisión es una práctica habitual y se cuenta con un supervisor externo.

La supervisión se realiza internamente y de forma habitual.

La supervisión se realiza internamente, pero no es algo habitual.

No existe ningún tipo de supervisión.

Otros (especificar) :

e) Indique, por favor, si en la toma de decisiones profesional habitualmente se apoya en alguno tipo de instrumento. (cuestionario, inventario, manual...).

NO SI, En caso positivo indique cuáles:



JUNTA DE ANDALUCIA