

IX Foro Andaluz de La Infancia

Infancia en riesgo:
prevención, diagnóstico y tratamiento familiar

Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 18 y 19 de noviembre 2010

Observatorio de la Infancia en Andalucía

www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia

RESÚMENES DE CONFERENCIAS Y MESAS REDONDAS



Ayuntamiento de
Alcalá de Guadaíra



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Título: Resúmenes de conferencias y mesas redondas

Proyecto: *IX Foro Andaluz de la Infancia. La infancia en riesgo: prevención, diagnóstico y tratamiento familiar*

Granada, 2010

Compilador: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Edita: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía



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 derivadas 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

| | |
|---|----|
| CONFERENCIA: RIESGO Y DESAMPARO. LA CUESTIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL | 7 |
| JOAQUÍN DE PAÚL OCHOTORENA. CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA SOCIAL. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO | |
| CONFERENCIA: EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL EN FAMILIAS USUARIAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES DE ANDALUCÍA | 10 |
| MIGUEL GARRIDO FERNÁNDEZ. DOCTOR EN PSICOLOGÍA Y PROFESOR TITULAR EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA. TERAPEUTA FAMILIAR | |
| VÍCTOR GRIMALDI PUYANA. DOCTOR EN PSICOLOGÍA. TERAPEUTA FAMILIAR. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA | |
| MESA REDONDA 1: PREVENCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN LA INFANCIA | |
| AURELIA CALZADA MUÑOZ. DIRECTORA GENERAL DE PARTICIPACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA. CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN | 19 |
| JAVIER ÁLVAREZ ALDEÁN. JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL. | 21 |
| ANTONIA GUADALUPE GIRÓN REGORDÁN. COORDINADORA DEL ÁREA DE FAMILIA E INFANCIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE SAN ROQUE | 30 |
| MESA REDONDA 2: EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL | |
| SOLEDAD MONTERDE PÉREZ. JEFE DE SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL EN CÓRDOBA | 35 |
| MANUEL MARTÍNEZ DOMENE. JEFE DE SERVICIO DE ACCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL EN ALMERÍA | 39 |
| JUAN ANTONIO MARCOS SIERRA. COORDINADOR TÉCNICO DEL ÁREA DE SERVICIOS PERSONALES. AYUNTAMIENTO DE ALCALÁ DE GUADAÍRA | 44 |

Conferencias

Riesgo y desamparo. La cuestión de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil

Joaquín de Paúl Ochotorena. Catedrático de Psicología Social. Universidad del País Vasco

INTRODUCCIÓN

Durante buena parte de las últimas dos décadas el Sistema de Protección Infantil en España se ha organizado en base a la clasificación de los casos de desprotección infantil en dos grandes grupos: casos de "riesgo" y casos de "desamparo". La asignación de cada uno de los casos de desprotección infantil a cada uno de estos dos grupos dependería del grado de severidad que le sea asignada a dicha situación de desprotección. Esta clasificación resulta de gran relevancia en la organización de los recursos ya que establece una división de competencias entre los denominados Servicios Sociales de Base y los Servicios Especializados que, a su vez, están asignados a partes bien diferenciadas de la Administración Pública: Municipios y CCAA.

En esta Conferencia se intentará valorar la eficacia y utilidad de esta clasificación y las dificultades que tiene el sistema de protección infantil español para poder establecer una evaluación válida y fiable de la severidad de los casos de desprotección infantil. Se tratará de analizar con una cierta precisión lo que se incluye en el término "gravedad" cuando se aplica a los casos de desprotección infantil. Por último se plantearán sistemas de clasificación que permitan avanzar en la mejora de la validez y fiabilidad de los procedimientos de evaluación de la gravedad.

PRINCIPALES ARGUMENTOS

1. La clasificación de los casos en dos tipologías (riesgo y desamparo) resulta excesivamente limitada y los términos utilizados son equívocos. Se debe diferenciar entre los casos de "riesgo de desprotección" y los casos de "desprotección". Los casos de desprotección se pueden clasificar en base a un determinado grado de severidad o gra-

vedad (p.e., leve, moderado y grave). Un sub-grupo de los casos "graves" serán los que requieran separación. Sólo esos tendrían la consideración de casos de "desamparo".

2. La evaluación de la gravedad de un caso implica muy diferentes consideraciones:
 - > Se debe analizar la "severidad" de la situación de desprotección que ya ha ocurrido y se debe valorar dicha severidad en función del tipo de maltrato acaecido y de la falta de cobertura de las necesidades de los niños/as.
 - > Se debe analizar el riesgo de que se vuelva a producir en el futuro una nueva situación o episodio de desprotección y la posible "severidad" de lo que pudiera ocurrir. Esta valoración debe diferenciar el riesgo de que algo ocurra de manera inminente o a medio/largo plazo.
 - > Se debe tener en consideración la probabilidad de que los padres puedan modificar su situación de manera que desapareciera o se redujera la gravedad de la desprotección (incluye un pronóstico de rehabilitación).
3. La severidad de lo ocurrido o de lo que pudiera ocurrir en el futuro tiene que tener en consideración las consecuencias que pudiera ocasionar la desprotección en el niño/a. Se deben valorar los daños ya existentes en el niño/a y los daños que puedan aparecer en el futuro como consecuencia de la desprotección que ya ha ocurrido o de la desprotección que pudiera ocurrir en el futuro, en caso de que no se actuara.
4. Es importante resaltar que la evaluación de los puntos señalados en los apartados previos implican una predicción, una evaluación de lo que pueda ocurrir en el futuro que sólo puede hacerse con los datos del pasado y del presente. Toda predicción implica riesgo de error y éste aumenta en la medida en que se prediga a más largo plazo y, sobre todo, en la medida en que no se disponga de información relevante para realizar dicha predicción.
5. La experiencia profesional acumulada en el ámbito nacional e internacional indica que la fiabilidad (acuerdo entre profesionales) es bastante baja cuando se comparan las valoraciones de la severidad de los casos realizadas por diferentes profesionales.
6. La evaluación de la gravedad de las situaciones de desprotección corresponde (en España) en primera instancia a los Servicios Sociales de Base. Los medios humanos

y técnicos de que disponen los profesionales de estos Servicios son limitados para llevar a cabo estas funciones.

CONCLUSIONES

1. Resulta imprescindible elaborar protocolos e instrumentos de evaluación de la severidad de los casos de desprotección infantil que tengan en cuenta lo señalado en los puntos anteriores.
2. Resulta imprescindible establecer mecanismos y actuaciones para que desde los SSB se puedan llevar a cabo las evaluaciones de la severidad de los casos de desprotección con las garantías exigibles de fiabilidad y validez.

Evaluación del Riesgo Psicosocial en Familias Usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía

Miguel Garrido Fernández. Doctor en Psicología y Profesor Titular en la Universidad de Sevilla. Terapeuta familiar.

Víctor Grimaldi Puyana. Doctor en Psicología. Terapeuta familiar. Psicólogo de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentan los resultados fundamentales de una investigación sobre el Riesgo Psicosocial en Familias Usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía. Este estudio pretende conocer el perfil de riesgo en relación con el bienestar infantil de las familias usuarias de los Servicios Sociales y comprobar si las familias que son atendidas en los distintos niveles de intervención presentan perfiles de riesgo diferenciales. Además, se analiza la relación con el bienestar infantil de determinadas variables sociodemográficas e indicadores de riesgo familiar. Para ello, se solicitó a los profesionales de los Servicios Sociales andaluces que aplicaran las Escalas de Bienestar Infantil a un total de 770 familias. Los resultados muestran que el nivel de bienestar infantil en estas familias tiende a ser bajo y que existen perfiles de riesgo diferenciales muy notables que apoyan las decisiones técnicas adoptadas. Asimismo, se constata que variables sociodemográficas tales como nivel de ingresos, nivel formativo, estatus laboral y estado civil de los padres, o que variables de riesgo familiar tales como el historial de maltrato infantil en los padres, problemas psicológicos o conducta agresiva en los padres, entre otras, tienen relación con el nivel de bienestar infantil.

Finalmente, se analizarán las variables relacionadas con la persona del operador social con el fin de mostrar la importancia de las características de los diversos profesionales de

los equipos en la atención a las familias. Concluiremos con algunas sugerencias y orientaciones para el trabajo en el campo de la protección infantil y ayuda a las familias.

OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Participantes

La muestra se compone de 770 familias usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía. Para el estudio sólo se seleccionó a un menor por familia, ya que muchas sólo tenían un hijo o sólo convivían con uno de ellos.

La muestra se obtuvo entre 2005 y 2007 mediante la aplicación de las escalas por los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Sevilla, así como por los profesionales de los ETF y los de los SPM de las distintas delegaciones provinciales de la Junta de Andalucía, conforme a la siguiente distribución:

| Frecuencia y porcentaje de casos según servicio o nivel de intervención | | |
|---|------------|------------|
| Servicio o nivel de atención a la familia | Frecuencia | Porcentaje |
| SIOV | 40 | 5.20 |
| SECORE | 89 | 11.5 |
| ETF | 422 | 55 |
| Retirada* | 219 | 28.3 |
| Total | 770 | 100 |
| *Casos en los que los técnicos proponen el desamparo | | |

Instrumentos

Para responder a los objetivos de investigación se utilizó la adaptación española de las Child Well-Being Scales de Magura y Moses (1986), inspiradas en el modelo ecológico de factores de riesgo de Belsky (1980) y diseñadas para evaluar los programas de los servicios bienestar infantil en EE.UU.

Resultados más relevantes y conclusiones

A continuación recogemos una tabla-resumen de los resultados fundamentales y añadimos las conclusiones, que están desarrolladas con detalle en la publicación de la Junta y en otros artículos relacionados.

Esta investigación tenía un objetivo general dirigido a aportar puntuaciones de corte con las que los profesionales de los Servicios Sociales pudieran comparar y ubicar a sus usuarios en un continuo de bienestar – riesgo o maltrato. La confirmación de las diferencias estadísticas entre las familias pertenecientes a los distintos servicios o niveles de intervención hace que las puntuaciones resultantes sean de utilidad y relevantes para el trabajo con las familias como puede observarse en la siguientes tabla.

| Puntuaciones medias por factor y nivel de intervención | | | | |
|---|--------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nivel de intervención | | Puntuación total EBI | Cuidado parental | Disposición parental |
| SIOV | Media | 91,41 | 92,23 | 83,43 |
| | D.T. | 7,71 | 9,02 | 13,00 |
| SECORE | Media | 85,40 | 85,36 | 74,81 |
| | D.T. | 7,92 | 12,51 | 12,47 |
| ETF | Media | 79,62 | 78,51 | 66,56 |
| | D.T. | 8,05 | 12,98 | 11,29 |
| Retirada | Media | 69,76 | 63,53 | 57,08 |
| | D.T. | 9,43 | 14,57 | 9,42 |
| Total | Media | 78,10 | 75,75 | 65,70 |
| | D.T. | 10,36 | 15,68 | 12,99 |

Las conclusiones principales del estudio son las siguientes:

Las familias atendidas por el SIOV son las más normalizadas de cara a cubrir las necesidades de sus hijos, seguidas de las familias atendidas en SECORE, ETF y finalmente las familias con propuesta de desamparo. Estos resultados vienen a dar sustento empírico y estadístico a los criterios y juicios clínicos que siguen los profesionales cuando deciden que una familia debe ser atendida desde uno u otro servicio.

También es interesante destacar que las diferencias entre las familias de unos y otros servicios son de tipo cuantitativa, es decir, el perfil de los cuatro grupos o niveles es similar, la diferencia está en el nivel o puntuación que dibuja al mismo.

La confirmación de la primera hipótesis se ha producido en todas las variables dependientes utilizadas (puntuación total, cuidado parental, disposición parental y trato que reciben los hijos) con lo que podemos concluir que estos factores han sido sensibles y útiles tanto al estudio de validación realizado en el País Vasco como a la presente investigación.

Nos llama la atención que las puntuaciones obtenidas por los hijos nacidos en primer lugar sean más pobres que la de los hermanos que le siguen en orden de nacimiento. Probablemente se dispone de menos información en el caso de los hijos más pequeños que en el de los mayores.

Del segundo objetivo podemos señalar que:

Los niveles en que las familias atienden a sus hijos se relacionan con las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio y en el realizado en el País Vasco. De tal modo, las familias en las que los cuidadores tienen parejas inestables, bajos ingresos, escasos estudios, trabajos esporádicos y cierta cronificación en su relación con los Servicios Sociales tienen peores resultados en las Escalas de Bienestar Infantil.

La existencia de maltrato infantil en los progenitores o cuidadores principales, la presencia de conductas violentas y problemas psicológicos, así como la precariedad económica y laboral, son variables muy relevantes en el perfil del riesgo de los menores. Variables tales como: abuso de drogas, problemas judiciales o maltrato entre adultos tienen un efecto parcial sobre el riesgo.

La toma en consideración de las variables sociodemográficas en este tipo de estudios demuestra que no es una cuestión irrelevante, tanto por las diferencias que nos han ofrecido en los niveles de bienestar infantil aportados por las familias, como por las diferencias existentes con las familias "normalizadas", "sanas" o "funcionales". Son estas variables, en definitiva, una condición necesaria, aunque obviamente insuficiente, para comprender la realidad ecosistémica de las familias.

Finalmente el tercer objetivo ha encontrado un respaldo desigual:

No esperábamos encontrar diferencias significativas en las valoraciones de los distintos perfiles profesionales, siendo que en algunos casos los educadores evalúan más desfavorablemente a las familias que psicólogos y trabajadores sociales.

Por otro lado esperábamos encontrar diferencias en función de los años de experiencia del técnico, este punto se ha confirmado en la medida de que a más experiencia se realizan valoraciones más favorables de las familias y a la inversa.

Variables tales como edad del profesional, sexo, experiencia de paternidad-maternidad, estado civil, tienen una influencia relativa en relación con la valoración del bienestar infantil.

Mesa redonda 1

La intervención con las y los menores en situación de riesgo en el Sistema Educativo andaluz

Aurelia Calzada Muñoz. Directora General de Participación e Innovación Educativa.

Consejería de Educación

En un sistema educativo público en el que podemos hablar de la universalización de la escolarización, se acoge con los brazos abiertos a todo el alumnado que se encuentra en las edades de escolaridad obligatoria. Por este motivo, la escuela es la primera institución a la que las y los menores acuden aunque no sea ésta su voluntad. Así, nuestros centros educativos abren sus puertas a un alumnado diverso en lo personal y en lo social y, dentro de esta diversidad, el alumnado en situación de riesgo se define como la pieza más frágil del sistema.

A lo largo de esta comunicación se expondrán las medidas que la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía ha venido poniendo en práctica para combatir aquellos factores que son motivo de exclusión y que, por lo tanto, pueden recaer de manera directa sobre el alumnado en situación de riesgo: desde la política de becas, hasta las actuaciones para atender al alumnado con necesidades educativas especiales; desde las actuaciones para la prevención, seguimiento y control del absentismo escolar, hasta las intervenciones compensatorias sobre el alumnado con incorporación tardía a nuestro sistema educativo; desde la atención educativa domiciliaria al alumnado que no puede asistir al centro por motivos de enfermedad, hasta las medidas de acompañamiento del alumnado y extensión del tiempo escolar en centros con especiales necesidades de compensación educativa; desde la implantación de los planes de apertura en los centros educativos andaluces hasta las acciones orientadoras para los colectivos más desfavorecidos.

Como verán, sin entrar en detalles, es muy amplio el abanico de medidas que se despliegan desde la Administración Educativa para que ningún alumno o alumna sea privado de uno de los derechos fundamentales que se recogen en nuestra Constitución: el derecho a la educación. Son, en definitiva, actuaciones que, una vez conseguida la uni-

versalización de la escolarización, se dirigen a la consecución de un nuevo reto: la universalización del éxito.

El enfoque inclusivo sobre el que se asienta nuestro sistema implica la atención al alumnado desde la óptica de la calidad y la calidez, desplegando intervenciones con el centro, con el alumnado concreto, con las familias, con las propias Administraciones... en la búsqueda de la mejor educación posible para todo el alumnado. Se trata, en palabras de Ainscow, de asegurarse de que "cada alumno y cada alumna importan".

Prevención del riesgo social en la infancia desde el ámbito sanitario

Javier Álvarez Aldeán. Jefe de Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital Costa Sol

INTRODUCCIÓN

De manera habitual desde el ámbito sanitario ha existido generalmente una respuesta adecuada ante las situaciones de maltrato físico infantil. En tales circunstancias las acciones a seguir suelen ser claras y con pocos márgenes de incertidumbre. Sin embargo este tipo de maltrato, por fortuna, no es el más frecuente. Como consecuencia de ello existen muchas otras ocasiones en las que la actuación es más difusa, inconcreta, cuando no inexistente. Este aspecto es más relevante en las situaciones de riesgo social o "casi maltrato". Conocemos sin embargo insuficientemente la dimensión de este problema.

Actualmente en España no existen datos de registro ni suficientes estudios de incidencia de maltrato infantil. Las causas de ello son múltiples, pero en buena parte se deben a la relatividad del concepto de maltrato y la descripción operativa de los distintos tipos, no siempre igualmente definidos según el entorno u organismo, la distinta aplicación según el ámbito normativo (autonómico o estatal), la frecuente coincidencia de varios tipos de maltrato en un mismo caso y el hecho de que muchos casos son ocultados, no denunciados y en ocasiones no considerados como tales por la víctima y su entorno. Los casos más graves suelen ser los que más se denuncian y forman buena parte de los datos registrados de incidencia. Muchos otros quedan ocultos especialmente las situaciones de riesgo social, el maltrato emocional y los abusos sexuales.

Todo esto justifica, en suma, el esfuerzo de la administración (sanitaria, educativa y servicios de protección de menores) por aunar actividades con objeto de prevenir, detectar y tratar adecuadamente los casos de maltrato infantil.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los datos publicados por el *Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia* en el Ámbito Familiar (Centro Reina Sofía) estiman una incidencia anual de un 7,9/10.000 niños, con notable variabilidad según CCAA (15/10.000 en Melilla vs 5/10.000 en Madrid o País Vasco). En Australia, Canadá y EE. UU. se sospechan aproximadamente 5 veces más casos de los que finalmente son confirmados. La incidencia de estos tres países es sustancialmente más alta que en Reino Unido y España (hasta 10 veces más); esto es probablemente debido a los sistemas de detección e información del maltrato y los programas de prevención y protección al menor de cada uno de estos países y en menor medida debido a las diferencias entre las poblaciones sujetas al maltrato. En nuestro país se estima que tan solo el 20% de los casos son detectados y especialmente escapan los casos de maltrato emocional y los abusos sexuales. Hasta un 18,9% de los adultos manifiestan haber sufrido abusos sexuales en su infancia.

Buena parte de esta variabilidad es debida a la notable indefinición de los distintos tipos de maltrato. De forma integral el maltrato infantil se define como al acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Tradicionalmente se han reconocido las formas activas (agresión física, agresión sexual, abuso sexual, maltrato prenatal y maltrato emocional) y las pasivas (abandono físico o negligencia y abandono emocional). Aun cuando todas estas situaciones ponen al menor en clara situación riesgo social, la Negligencia (por su frecuencia), el maltrato y abandono emocional, los abusos sexuales (por su repercusión) y el maltrato prenatal (por sus consecuencias físicas y psíquicas) deben ser especial foco de atención para la prevención primaria (evitar) como secundaria (detectar). Estas formas son, con mucho, la base del Iceberg que sabemos que existen pero que pasan desapercibidas a veces con consecuencias funestas para el resto de la vida del menor.

La Negligencia, forma más frecuente de maltrato (casi el 70% de los casos) es omisión de una acción necesaria para atender el adecuado desarrollo y bienestar físico y psíquico del menor. El problema radica en que en no pocas ocasiones, y en nuestro entorno, existen necesidades desatendidas (alimentación, vestido, calzado, higiene, necesidades sanitarias o educativas) que pueden ser más fruto de la marginalidad y pobreza de la familia que por una omisión intencionada o negligente. En estos casos la toma de deci-

sión por el equipo (sanitario, educativo o de Protección Menores) es con frecuencia difícil.

El *Maltrato Emocional (ME)* es la acción, normalmente de carácter verbal, o cualquier actitud de un adulto hacia un menor que pueda provocar daño psicológico. Entrarían aquí conductas como ignorar al menor ("ningunear"), desapego y privación de afecto (ME pasivo), conductas como gritar o amenazar (ME Activo) y los comportamientos anti-sociales delante del menor (emborracharse, drogarse o hacerle testigo de conductas violentas). Desgraciadamente estas formas son difíciles de detectar pero, como veremos existen actividades preventivas primarias y secundarias desde el entorno educativo (sobre todo) y sanitario (Atención Primaria).

Los *Abusos Sexuales* son con frecuencia ocultados tanto por parte de los abusadores, como de los abusados. En algunos casos, como los casos recientemente conocidos en el entorno de la Iglesia Católica, afloran décadas después de haberse producido. Involucra a adolescentes y a niños que no son capaces de comprender (total o parcialmente) la situación y debe existir una asimetría cronológica entre ambas personas, con objeto de gratificar a la persona de mayor edad. En el 40% de los casos el abusador es conocido cuando no del propio entorno familiar.

Una forma singularmente frecuente de maltrato es el *Prenatal (MP)*. Se trata de conductas realizadas voluntariamente por la madre gestante (o por personas de su entorno) y que influyen negativamente en el propio feto. El problema radica que existen pocas posibilidades preventivas para obligar a esa madre a que cese de esas conductas, por cuanto el menor carece de entidad jurídica. Existen precedentes en nuestro Estado en que al amparo del artículo 29 del Código Civil (de 1889) se reconoce personalidad jurídica a los efectos que sean más favorables del *nasciturus*. Con todo, la mayoría de las veces las medidas se toman a posteriori y las consecuencias para el recién nacido son en algunas ocasiones devastadoras. En este capítulo veremos que las medidas preventivas se basan en conocer las situaciones de riesgo que puedan poner al menor en situación de MP.

MEDIDAS PREVENTIVAS DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso nor-

malizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). PREVINFAD, grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPAP) y *el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) han publicado en su página web normas de actuación en situaciones de maltrato.

Pediatras y enfermeras de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niño considerado de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato. Estos aspectos preventivos vienen recogidos en el documento PREVINFAD de la AEPAP cuyo autor es Francisco Javier Soriano Faura y que recoge los siguientes apartados.

PREVENCIÓN PRIMARIA: dirigida la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Se recomienda:

- > Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- > Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto), incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas de la relación padres/hijos
- > Intervenir en las "escuelas de padres" u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- > Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y en el *Programa del Niño Sano*. Facilitar recursos de planificación familiar.
- > Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la *Historia de Salud de Atención Primaria*, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. Se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los pa-

dres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.

- > Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres/hijo.
- > Utilizar "La Guía Anticipadora" dentro del Programa del Niño Sano para discutir a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- > Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Se recomienda:

- > Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño; establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar la situación de negligencia y consultar con Servicio de Protección al Menor
- > Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
- > Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas, etc.). Ofrecer métodos alternativos de disciplina. Considerar remitir a la familia a centro de psicología para educar en el "manejo del enfado y la ira"
- > Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos .
- > Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica
- > Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.

- > Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.
- > Aumentar en familias de riesgo las visitas del Programa del Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas). Se incluyen las recomendaciones del nivel anterior referido a la "Guía Anticipadora", métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Desde el ámbito sanitario las medidas preventivas, especialmente las de tipo secundario dirigidas a los colectivos o grupos más vulnerables, deben tener un prioritario enfoque a detectar las situaciones potenciales de riesgo.

Esto es especialmente relevante en el ámbito de violencia familiar. En este sentido en el Hospital Costa del Sol (HCS) se constituyó un grupo multidisciplinar que ha venido trabajando en los últimos años en la elaboración, implantación y difusión de una Guía que recoge el *Procedimiento General de Actuación en Violencia Doméstica* y cuya última revisión es de octubre de 2008. En ella se trata de los aspectos de la violencia familiar en sus tres vertientes:

- > Violencia contra la mujer
- > Violencia contra ancianos
- > Violencia en la infancia

El objeto de esta guía es proporcionar una hoja de ruta, una herramienta útil al/los profesionales implicados en la atención a este colectivo y, en concreto, a los menores. Comporta distintos documentos, apartados y actividades que van desde el marco normativo y jurídico (de obligado cumplimiento para los profesionales), actitud ante las distintas situaciones, escalas valorativas, acciones administrativas y judiciales (en su caso), proceso de toma de decisiones, etc. Conlleva además un catálogo de posibles situaciones y acciones recomendadas en cada caso.

El fin último es que mujer, ancianos y menores se hallen protegidos en todo momento, se beneficien de la protección y seguridad que los servicios públicos deben garantizar y, sobre todo, prevenir otras posibles situaciones de maltrato en el ámbito familiar.

A través de procesos formativos y de difusión los profesionales deben conocer el ordenamiento jurídico que tanto en el ámbito estatal como de las CCAA establece de manera explícita la obligatoriedad de las entidades públicas (y por tanto de los profesionales) de actuar en situaciones de riesgo social, de adoptar medidas preventivas (cualquiera que sea el tipo de maltrato) y de comunicar a los distintos organismos competentes de las situaciones de desprotección, riesgo o maltrato, en este caso de los menores.

ACTIVIDADES: Todo esto se realiza mediante la constitución de un equipo de trabajo (hospital, AP, servicios sociales) multiprofesional (pediatras, trabajadores sociales (UTS), enfermería, médicos de urgencia hospitalaria, ginecólogos, etc.). En el catálogo de acciones formativas del HCS existen cursos de formación en los que se da conocimiento de la guía de actuación y otras materias relacionadas. Se establecen distintos instrumentos específicos de esta guía para facilitar al profesional su trabajo (elementos informáticos de declaración, mecanismos de comunicación internivel, etc). Un elemento fundamental es el conocimiento del nivel de derivación pertinente en cada caso (AP, UTS, Servicio de protección de menores de la Delegación para la Igualdad y Bienestar Social o fiscalía en su caso) y, muy importante, actividades de evaluación periódica para retroalimentarse de la propia experiencia.

Una situación paradigmática de esta Guía es el Recién Nacido en Situación de Riesgo Social. Se inicia el proceso en el momento que el personal identifica los factores de riesgo o situación de facto y toma la decisión (momento clave) de iniciar el procedimiento con la puesta en conocimiento de la UTS. En este momento se establece un protocolo de observación y valoración con registro del mismo en la historia clínica del menor y según sea el caso se deriva a los recursos extrahospitalarios.

En este proceso de detectar es muy importante atender a los factores de riesgo observados y que, en no pocas ocasiones, inician el procedimiento en sí.

DERIVACIÓN A ZONA: Visto esto se asegura de manera simultánea la derivación a los recursos oportunos según la gravedad del riesgo detectado:

> Se evidencia situación de riesgo. Necesidad de apoyo y seguimiento:

- > Derivación a Servicios Sociales Comunitarios.
- > Derivación al Centro de Salud.

- > Se evidencia situación de alto riesgo, pero existen figuras familiares que se hacen cargo del recién nacido. Necesidad de valoración y/o apoyo y seguimiento:
 - > Notificación a Servicio de Protección del Menor de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social(CIBS)
 - > Derivación a SS.SS. Comunitarios.
 - > Derivación al Centro de Salud.

- > Se evidencia una situación de desprotección, ante la imposibilidad de que el menor permanezca con sus progenitores:
 - > Derivación urgente al Servicio de Protección del Menor de la Delegación Provincial de la CIBS (posible situación de desamparo)
 - > Permanece ingresado hasta notificación (o no) de desamparo

- > Se desestima situación de riesgo.
 - > Se cierra protocolo.

CONCLUSIONES

El maltrato infantil es un tema relevante en la práctica profesional sanitaria con especial dimensión dado la repercusión social, su inmersión en el ámbito de la violencia familiar y el impacto potencial en el desarrollo del propio menor.

Adolecemos de datos fiables y los que disponemos son estimaciones con una amplia variabilidad en nuestro entorno. Existe un importante sub-registro en todas los tipos de maltrato, especialmente en las formas más frecuentes y que, en ocasiones, permanecen ocultas o son ocultadas.

Existen medidas preventivas establecidas en cada uno de los ámbitos de la función pública; el conocimiento y difusión de las mismas, así como la formación de los profesionales en este ámbito son determinantes a la hora de su implantación.

La situación de riesgo social del menor es un estado con notables franjas de indefinición y de valoración subjetiva lo que da lugar a una enorme variabilidad en su percep-

ción. La detección precoz es prioritaria y para ello es útil atender a los factores que llevan a las situaciones de riesgo social y al propio maltrato. Aun cuando son importantes las medidas de detección primaria para toda la población, la detección secundaria en los grupos de riesgo se torna fundamental si pretendemos disminuir la incidencia de violencia en el entorno familiar.

Es importante tener una guía de actuación que permita a los profesionales saber qué, cuándo y a quién recurrir. La elaboración de estas guías se han demostrado útiles y, desde el entorno sanitario pensamos que esta experiencia pueden extenderse a otros ámbitos de la función pública.

El gran reto de la prevención psicosocial y sus dificultades

Antonia Guadalupe Girón Regordán. Coordinadora del Área de Familia e Infancia de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Roque.

En las últimas décadas se han llevado a cabo importantes avances en cuanto a la protección de la infancia, pero tenemos que reconocer que los distintos recursos de atención a la infancia que se han desarrollado hasta ahora, se encargan más de situaciones extremas que de disfunciones familiares. Estas disfunciones sin llegar a ser de alto riesgo, pueden ser los pródromos de situaciones posteriores, que requieran intervenciones mucho más complejas y con pronóstico más nefasto.

Desde este análisis se pretende enfatizar en la ventaja de abordar las dificultades antes de que aparezcan los problemas.

Partiendo de una concepción evolutiva, es imposible considerar que las patologías individuales emerjan espontáneamente. Luigi Cancrini refería: "¿Cuántas cosas pasan antes de que un adolescente consuma drogas?". Esta misma pregunta podríamos extrapolarla: ¿Cuántas cosas pasan antes de que se produzca una situación de alto riesgo para un menor?.

Los profesionales conocemos el funcionamiento familiar, partimos de la base de la naturaleza evolutiva de los acontecimientos familiares e individuales, por tanto tendríamos que ofertar acciones encaminadas a evitar que se fragüen las situaciones de riesgo psicosocial.

Debemos pasar de una prevención primaria o universal, a una prevención selectiva e indicada, desde donde poder ofertar a las familias un trabajo psicoterapéutico, encaminado a conseguir un cambio en su dinámica que les permita unas relaciones lo más funcionales posibles.

La dificultad estriba en ofertar una intervención, en la mayoría de los casos, sin demanda por parte de los miembros de la familia; se trabajaría con la demanda objetivable (los profesionales son los que ven la necesidad o adecuación de la ayuda). En estos casos, los miembros de la familia, aunque suelen tener un cierto nivel de malestar, generalmente no tienen el sufrimiento suficiente, como para solicitar por propia iniciativa ayuda para salir de la situación. Generalmente en esos momentos, la idea de cambio proporciona, por sí misma, unos niveles de malestar y desasosiego mayores que los creados por la situación que están viviendo.

Desde este análisis las expectativas, en cuanto a la prevención, pueden parecer desalentadoras y poco efectivas.

En estas actuaciones preventivas, no podemos esperar que todas las intervenciones psicoterapéuticas que se oferten, sean aceptadas por las familias. Hay que partir de la base de que este tipo de trabajo se oferta desde un contexto totalmente de ayuda, sin las marcas del contexto de control; donde la voluntariedad a la adhesión al tratamiento es fundamental, y por tanto la negativa de la familia a aceptar el trabajo propuesto tiene que ser una de las posibilidades que el profesional tiene que barajar.

Una vez superada la frustración del profesional (de ofertar y no ser aceptada la oferta, o si se inicia un trabajo y no se producen los cambios esperados, no cuestionarse su capacitación profesional, sino la dificultad de los individuos de afrontar cambios que se perciben como peligrosos), podremos trabajar desde lo preventivo obteniendo, en algunos casos, cambios que impidan a los individuos llegar a tener que sufrir lo que el tiempo les depararía sin la intervención previa.

En otros casos podríamos haber establecido una relación terapéutica, que aunque en el presente se haya limitado a un contacto y análisis de la situación, pueda permitir en un futuro, la posibilidad de un nuevo encuentro, en ese momento demandado por los propios miembros de la familia, quizás mucho antes, de llegar a darse una situación de alto riesgo psicosocial.

La evaluación de estos recursos preventivos, nos reflejará a medio y largo plazo la efectividad y eficacia de este tipo de intervenciones.

Mesa redonda 2

Los equipos de tratamiento familiar y la protección de menores

Soledad Monterde Pérez. Jefa de Servicio de Protección de Menores de la Delegación

Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en Córdoba

El objetivo de la intervención va referido a exponer la relación existente entre los Programas de Tratamiento a Familias con menores en riesgo y los Servicios Especializados de Protección de Menores.

Para ello, se empieza haciendo un recorrido sobre los antecedentes de la protección a la infancia a lo largo de los últimos tiempos.

En primer lugar, se destaca cómo es relativamente reciente la consideración de la infancia como periodo evolutivo con entidad propia, ya que esto ocurre a comienzos del pasado siglo XX, coincidiendo con los avances que se hacen en el campo de la psicología y pedagogía.

- > En 1959 con la Declaración de los Derechos del Niño, se constituye la Infancia como tal. Esta Declaración va en la clave de las necesidades de los niños y niñas en esta etapa y por tanto, de la adecuada protección de los menores.
- > La Constitución Española de 1978 atribuye la responsabilidad de asegurar la protección a la infancia a las Entidades Públicas.
- > La Ley 21/87, va a suponer una profunda transformación pasando a ser competencia de las entidades Públicas la asunción de la tutela por Ministerio de la Ley de los menores en situación de desamparo. Se establecen los principios que deben regir estas actuaciones.
- > Ley Orgánica 1/96, donde se describen 2 tipos de situaciones:

- > Situación de riesgo
- > Situación de desamparo

- > Plan Concertado año 1989 ⇒ Implantación de la red de Servicios Sociales ⇒ desarrollo del nivel de atención primaria.
Implicación de los sistemas que intervienen en la protección de la infancia: Educación, Salud, Servicios Sociales, organizaciones judiciales y ámbito policial.

- > Ley 1/98, de los Derechos y Atención al Menor de Andalucía.
Necesidad de creación de un nivel entre la atención primaria y la atención especializada para abordar casos de menores en situación de riesgo.

- > Orden de 13/07/2000, por la que se convocan subvenciones para la realización de Programas de Intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social.
 - > Análisis de lo que suponen estos cambios.
 - > Nuevo modelo de intervención.
 - > Incorporación de la figura de los psicólogos.

TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA

Esta teoría se basa en una taxonomía de necesidades fundamentada en los Derechos de los niños y niñas. Se describen 3 grandes bloques de necesidades:

- > Necesidades físico-biológicas
- > Necesidades cognitivas
- > Necesidades emocionales y sociales

- > Se establecen nuevos indicadores para medir situaciones en riesgo, partiendo del bienestar infantil y no limitándose a situaciones extremas.

- > Enfoque preventivo que fundamenta la intervención con la familia.

- > Infancia en riesgo no sólo entendida como maltrato dentro de la familia, sino también todas las circunstancias carenciales sociales para el correcto desarrollo de los menores. Hay que hablar de nuevas formas de maltrato infantil en la sociedad.

- > Detección de situaciones de desprotección infantil como requisito indispensable para la intervención de los servicios competentes. Se supone que no se llega a detectar ni el 50% de los casos, por lo que se detectan los casos más severos.

- > Evitar la cronicidad del maltrato

- > Riesgo y Desamparo: dificultades para distinguir entre ambas situaciones a la hora de hacer la evaluación, en los casos intermedios de gravedad.
La mayoría de casos, 80%, se refieren a la falta de cuidados adecuados o negligencia por lo que hay que analizar la relación existente entre pobreza y maltrato. En estos casos, a la hora de asumir la tutela se satisfacen unas necesidades y se puede privar de una primordial como es la vinculación afectiva.

- > Medidas de protección: guarda, acogimiento residencial, acogimiento familiar y adopción.

- > Variables intervinientes en la toma de decisiones:
 - > Gravedad y urgencia para intervenir
 - > Información que se posee del caso y recursos disponibles
 - > Características personales del evaluador
 - > Presión social

- > Principio básico de la intervención para la protección de menores: apoyar a las familias para que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y lograr la rehabilitación de la familia. Todo ello en coordinación con todas las instituciones: salud, educación, recursos sociales y el sistema de protección, interviniendo en los casos graves de maltrato.

- > Características del actual sistema de actuación:
 - > Corrección de deficiencias
 - > Responsabilidad de la Administración para proveer de recursos
 - > Establecimiento de objetivos y medidas a aplicar en función de éstos
 - > Coordinación entre todas las instituciones ⇒ intervención global
 - > Reconocer las posibilidades de la familia
 - > Alto grado de complejidad en la toma de decisiones ⇒ puede haber más de una solución. Evitar actuaciones insuficientes y excesivas
 - > Trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

- > Los menores tienen derecho a que sus necesidades sean cubiertas y es responsabilidad de la familia y de la sociedad en general que dichas necesidades se cubran.
- > La familia es la institución que mejor puede responder a las necesidades básicas de los menores.
- > El tratamiento a las familias con factores de riesgo debe ser generalizado.
- > Es necesario alcanzar una buena coordinación entre todos los profesionales de los diferentes recursos, con el objetivo de conseguir una intervención de mejor calidad con los menores y sus familias .
- > Las medidas tutelares de protección sólo deben aplicarse en los casos más graves, es decir, cuando exista un riesgo grave e inminente para el menor.
- > La prevención debe actuar con la provisión de recursos que tratan de evitar la entrada de menores en el sistema de protección, a través de la declaración del desamparo, entendiendo la disminución de desamparos como criterio de calidad.

El programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo social

Manuel Martínez Domene. Jefe de Servicio de Acción e Inserción Social de la Delegación

Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en Almería

PRESENTACIÓN

"Nada hay más difícil de llevar a cabo, ni de éxito más dudoso, ni más peligroso de manejar, que iniciar un nuevo orden de cosas. El reformador encuentra enemigos en todos aquellos que se benefician del viejo orden, y solo tibios partidarios en aquellos que podrían beneficiarse del nuevo orden"

Maquiavelo, El Príncipe.

Con mi intervención en esta mesa, pretendo ubicar el modelo del Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo Social, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, con sus gozos y sombras, y lo que ha supuesto y supone, como segundo nivel de intervención, para la protección de los derechos de la infancia en nuestro territorio.

INTRODUCCIÓN

El precursor, el ETEM (Equipo Técnico Específico de Menores)

El programa surge en el año 2.000, cuando la Dirección General de Infancia y Familias, de la Junta de Andalucía, en colaboración con las Corporaciones Locales, y con financiación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, impulsa y patrocina el diseño y la implantación de un programa de carácter eminentemente preventivo que, desde sus

inicios, tiene la finalidad de preservar los derechos y promover el desarrollo integral de los menores evitando la separación de la familia y normalizando su situación.

Este programa que en sus orígenes se denominó "*de intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social*", nació con la vocación de ir adecuándose a las necesidades planteadas por la complejidad de la realidad tratada, tanto en los procedimientos de actuación como en su cobertura, por lo que se ha ido conformando en las sucesivas fases de su implantación mediante la publicación de varias órdenes regulatorias. En la actualidad, las órdenes que regulan el *Programa de Tratamiento a Familias con Menores* son:

- > Orden de 20 de junio de 2005: establece la finalidad, los objetivos y las líneas básicas del programa, la composición, distribución y funciones de los equipos técnicos, los órganos de coordinación y el procedimiento de concesión de las subvenciones, y deroga todas las órdenes anteriores.
- > Orden de 25 de julio de 2006: modifica algunos aspectos definitorios del programa en aras de enriquecer la calidad de la atención a las familias y así mejorar su eficacia y eficiencia.

ARGUMENTOS DE PARTIDA

1. La participación:

El desarrollo del programa se ha caracterizado fundamentalmente por la participación, aunando criterios de actuación con objeto de homogeneizar la implantación en toda la Comunidad Autónoma, y así dar respuesta a las necesidades planteadas por los extintos Servicios de Atención al Niño. Fruto de esta participación de técnicos y responsables de corporaciones locales y de la Junta de Andalucía se definieron las líneas del programa, proceso que culminó satisfactoriamente gracias a la implicación, el compromiso y el entusiasmo de todos los participantes con la elaboración de un documento técnico que sirviera de referencia a todos los profesionales intervinientes, y que definiera unos criterios de actuación consensuados, claros y operativos que facilitarían el desarrollo de las actuaciones con las familias, así surgió el manual de tratamiento a familias con menores.

2. La Red:

La red se extiende por todo el territorio de la comunidad autónoma andaluza, dando cobertura en municipios mayores de 20.000 habitantes mediante convenios de colaboración entre la Junta de Andalucía y los ayuntamientos respectivos, y en municipios menores de 20.000 habitantes mediante convenio con las diputaciones provinciales.

3. Los Equipos Técnicos:

Son equipos de carácter interdisciplinar responsables de la ejecución del programa de tratamiento familiar y del trabajo directo con las familias y menores. Están formados por psicólogos, trabajadores sociales, y educadores sociofamiliares, cuyo número y composición estará en función de la población a atender, integrados dentro de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales y dependen orgánica y funcionalmente de la corporación Local firmante del Convenio regulador y coordinados por un/a coordinador/a municipal.

4. Los Objetivos:

- > Mitigar los factores de riesgo para evitar la separación del menor de su familia.
- > Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos.
- > Lograr que la familia funcione de manera autónoma y adecuada.
- > Proporcionar a las familias las habilidades y recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que dio lugar a la separación.

5. La Finalidad:

- > Preservar los derechos y promover el desarrollo integral de los menores evitando la separación de la familia y normalizando su situación.
- > Tender a la reunificación familiar en de menores sujetos a medidas protectoras, aquellos casos en los que sea posible.

6. Los Elementos más significativos del modelo:

La organización: Incorporación en la red de servicios sociales municipales, con presencia en todo el territorio de Andalucía.

Los compromisos interadministrativos: Económico financiero (aportando la Junta de Andalucía la financiación del equipo técnico y la corporación local la infraestructura y la coordinación municipal) de Gestión (titularidad, equipamientos y coordinación de las corporaciones locales) de Información (conociendo por ambas administraciones los resultados de la intervención) de Asistencia Técnica (para ampliar los niveles de consenso)

La coordinación y trabajo en Red: las figuras de coordinación municipal, la movilización de recursos y trabajo en red con el resto de sistemas de protección social, las comisiones de seguimiento y comisiones técnicas, hacen que la participación técnica y política esté garantizada. Ponemos de manifiesto la importancia de la coordinación interinstitucional para la obtención de los recursos necesarios desde la perspectiva transinstitucional que implica una coordinación entre las instituciones y sus profesionales para poder dar una respuesta global, coherente, total, –no sólo sumativa–, a toda la familia inmersa en los distintos contextos.

La Formación: sobre las demandas que, reiteradamente han puesto de manifiesto los profesionales y que ha tenido como finalidad dotar a los técnicos de los Equipos de Tratamiento Familiar y a sus coordinadores, de una base teórica y conceptual en la intervención terapéutica con familias, así como crear un contexto de intercambio de experiencias.

La intervención técnica: El modelo defiende el intento de partir, al menos, de la intervención interdisciplinar pero con la pretensión de alcanzar la perspectiva transdisciplinar, que es aquella donde las disciplinas alcanzan el punto de desarrollo en la cooperación que les permite conseguir una axiomática común entre ellas.

Por último, desde el modelo Reflexión–Acción–Participación, se propone en nuestro modelo que debe dar una perspectiva al tratamiento haciendo referencia a la actuación planificada y acordada entre los agentes y la familia. Se trata de conseguir los cambios necesarios para eliminar o paliar la situación de riesgo para los menores con el diseño de un plan que vendrá determinado por el diagnóstico y pronóstico sobre la situación familiar.

De la intervención al tratamiento: Pretende aclarar la diferencia en la práctica entre los términos "intervención" y "tratamiento". En qué consiste la estrategia para administrar el poder de influencia que tenemos los profesionales obteniéndola con la suma de los objetivos, de las técnicas y de los recursos. Propone que el tratamiento debe tener un

carácter limitado en el tiempo y que con él hay que capacitar a la familia para que pueda acceder de forma independiente y autónoma a los recursos que necesite para su maduración y desarrollo.

CONCLUSIONES

El Programa se fundamenta en un paradigma teórico de carácter ecológico-sistémico y se beneficia de una orientación basada en el pluralismo metodológico y de la formación y discusión profesional, todo ello con el objetivo de ofrecer un marco de intervención interdisciplinar, en el propio contexto familiar y sometido a la planificación previa y a la valoración continua del proyecto de actuación.

Es fundamental para el programa una buena calidad de los lazos técnicos y de coordinación que los equipos de tratamiento han de establecer con la red de recursos sociocomunitarios y con cuantos dispositivos o sistemas se consideren pertinentes a la intervención con la familia.

La asignación de profesionales y equipos a las Corporaciones Locales se realiza ponderando parámetros como el número de habitantes, la población infantil, el número de municipios con población inferior a veinte mil habitantes, número de zonas de trabajo social en su ámbito y extensión del área geográfica de influencia.

Hacia una nueva visión:

- > Calidad: reingeniería de procesos y procedimientos.
- > Formación: supervisión de casos.
- > Incorporación total del programa en la red de servicios sociales comunitarios.
- > Del convenio de colaboración a la transferencia de créditos.
- > Estabilidad de los equipos profesionales.
- > La flexibilidad horaria.

El programa de tratamiento a familias con menores

Juan Antonio Marcos Sierra. Coordinador Técnico del Área de Servicios Personales.

Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra

Las corporaciones locales asumen un papel muy importante en todos los aspectos relacionados con la protección de la infancia. Aunque en un principio, con el incipiente desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales, asumieron funciones relacionadas más directamente con la prevención y la detección precoz de los casos de menores, rápidamente se evidenció la necesidad de intervenir y tratar estos problemas.

El esquema lógico de intervención se basaba en que los problemas y las soluciones se encontraban en la familia, por lo que actuaciones relacionadas con la separación de los menores de su entorno familiar incidían sobre las consecuencias pero no sobre las causas. En este contexto, en muchos municipios se fueron incorporando en los servicios sociales comunitarios diferentes profesionales (trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as), para el tratamiento de estos problemas, todo ello desde la concepción de que era la familia el mejor instrumento para la socialización y el mejor contexto para satisfacer las necesidades infantiles.

Estas experiencias fueron constituyendo los primeros antecedentes de lo que iban a ser los actuales Equipos de Tratamiento Familiar, aunque su desarrollo en el territorio andaluz fue muy desigual y más relacionado con las inquietudes de los propios profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios y con la sensibilidad política a nivel local en este tema.

La configuración del *Programa de Tratamiento a Familias con menores* permitió la creación de equipos técnicos interdisciplinarios que se han integrado orgánica y funcionalmente en la estructura de Servicios Sociales Comunitarios, y que se han venido configurando como la puerta de entrada al Sistema de Atención a la Infancia, en estrecha coordinación con otros sistemas (educativo, sanitario, judicial, etc.).

El Programa de Tratamiento a Familias con Menores es el resultado de los convenios de colaboración que han suscrito corporaciones locales y Comunidad Autónoma y han permitido no sólo definir las competencias locales en materia de prevención, información y reinserción social, sino además financiar estos Equipos de Tratamiento, garantizando la continuidad del Programa, y una mejora en los mecanismos de cooperación entre ayuntamientos y Junta de Andalucía. Esto unido al importante desarrollo normativo en este tema ha permitido la configuración del Sistema de Atención a la Infancia en Andalucía.

La implantación de este Programa permitió desde el inicio una descarga del trabajo que hasta entonces habían venido desarrollando los servicios sociales municipales, además de garantizarse un trabajo más específico y continuado con estas familias para que los menores puedan permanecer en ellas.

En esta presentación, revisaremos a nivel estratégico, táctico y operativo la implantación del Programa de Tratamiento a Familias con menores desde una perspectiva local. Esta revisión nos permitirá reflexionar sobre una serie de cuestiones relacionadas con el Programa y a un abordaje más eficiente de estas situaciones.

IX Foro Andaluz de la Infancia

Infancia en riesgo:
prevención, diagnóstico y tratamiento familiar

Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 18 y 19 de noviembre 2010