



## **La intervención con familias en conflicto**

IV Encuentro de Equipos de Tratamiento Familiar

### **Resumen de ponencias e intervenciones**

**Título:** Resúmenes de las ponencias del IV Encuentro de Equipos de Tratamiento Familiar: 'La intervención con familias en conflicto'

**Edita:** Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Observatorio de la Infancia en Andalucía

Actividad financiada con cargo a una subvención de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar de Andalucía (PPTFA).

Diseño y maquetación: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Granada, octubre de 2019

Aviso legal: Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons "Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional". Se permite la reproducción, distribución y comunicación siempre que se cite al autor y no se use confines comerciales. La creación de obras derivadas también está permitida siempre que se difunda toda bajo la misma licencia. Puede consultar la licencia completa en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



# Resúmenes de las ponencias del IV Encuentro de Equipos de Tratamiento Familiar

La intervención con  
familias en conflicto





## PRESENTACIÓN

Este documento recoge las distintas intervenciones que tuvieron lugar en el IV Encuentro de Equipos de Tratamiento Familiar: "La intervención con familias en conflicto", celebrado en los días 16 y 17 mayo de 2019 en la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada.

En esta IV edición, y a propuesta de la Dirección General de Infancia de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, el Observatorio de la Infancia en Andalucía asume la tarea de coorganizar este evento, tarea que comparte con a la Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar de Andalucía que hasta el momento habían sido los responsables únicos de las ediciones anteriores.

Durante los días que se celebró dicho evento, el conjunto de profesionales asistentes pudo debatir e intercambiar información sobre la intervención con niños y niñas en familias en situación de riesgo social, así como sobre propuestas actuales de evaluación, intervención y tratamiento dirigidas hacia ellos. También se actualizaron conocimientos sobre la actuación profesional en caso de niños y niñas que estén padeciendo una situación tan grave como es el "trauma complejo".

Asimismo, se presentó una amplia revisión del estado del Programa de Tratamiento Familiar, sobre la nueva funcionalidad de la aplicación SIMIA y características sobre la declaración de situación de riesgo en el actual marco normativo.

Además, se presentaron algunas novedosas iniciativas llevadas a cabo por los Equipos de Tratamiento Familiar en la intervención con las familias, como es la utilización terapéutica de cuentos, relatos o metáforas escogidas para cada situación, o un programa denominado "entre la tormenta y la calma" dirigido a familias con hijos/as en las que se ha detectado problemas de conducta, o la utilización de Escalas en la valoración de situaciones de negligencia.

El documento recoge cada una de las exposiciones realizadas, e incluye además enlaces directos a los videos de estas ponencias lo que permite un acceso total a todo el conocimiento generado con este encuentro.

Desde el Observatorio de la Infancia en Andalucía esperamos que este documento que hemos elaborado pueda ser de utilidad a cualquier profesional que trabaje con infancia y familias en situación de riesgo social y les ayude a mejorar en la importante labor que realizan.



## ÍNDICE

<b>La intervención profesional como factor resiliente en niños y niñas</b>	
Antonia Guadalupe Girón Regordán	9
<b>Mesa 1: ¿Qué es el trauma complejo en la infancia y cómo identificarlo?</b>	
El dolor invisible de la infancia. Alma Martínez de Salazar Arboleas	13
Evaluación, intervención y tratamiento del menor que ha sufrido Trauma Complejo. Carlos Martínez Bermúdez	17
<b>Mesa 2: Evaluación del Programa de Tratamiento Familiar. Avance de resultados</b>	
El Programa de Tratamiento a Familias con menores en situación de riesgo o desprotección (PTFM). Una perspectiva cuantitativa. Francisco J. Alaminos Romero	23
Evaluación del Programa de Tratamiento Familiar. Avance de resultados. Victoria Hidalgo García	36
<b>Mesa 3. Buenas prácticas en la intervención de los equipos de tratamiento familiar</b>	
La utilización terapéutica de los cuentos. ETF del Ayuntamiento de Aljaraque (Huelva)	48
"Entre la tormenta y la calma". ETF del Ayuntamiento de Armilla (Granada)	52
Escala Graded Care Profile para trabajar situaciones de negligencia. ETF del Ayuntamiento de Baena (Córdoba)	56
<b>La alianza terapéutica en el trabajo con las familias: cómo empoderar a la persona/familia en los casos difíciles.</b>	
Valentín Escudero Carranza	61
<b>La nueva funcionalidad de la aplicación SIMIA. Hoja de Notificación y VALÓRAME</b>	
Pilar Hidalgo Figueroa	71
<b>Declaración de situaciones de riesgo en el actual marco normativo</b>	
Jaime Aguilera García	77
Antonio Manuel Jiménez Sánchez	79





## La intervención profesional como factor resiliente en niños y niñas

Antonia Guadalupe Girón Regordán

Médico y Psicoterapeuta Familiar

Coordinadora del Área de menores del Ayuntamiento de San Roque (Cádiz)

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Toni Girón considera que para asegurar desde la intervención profesional un buen trato para niños, niñas y adolescentes, ésta se debe apoyar en tres ejes:

- Evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales responsables de los malos tratos.
- Evaluación y tratamiento del daño de los niños y niñas víctimas de los malos tratos.
- El cuidado de los profesionales que atienden a las familias.

Sin embargo, cree que existe un desbalance. Abducidos por el modelo relacional sistémico, los profesionales han acabado por establecer que, si los niños están sufriendo por una incompetencia parental, haciendo frente a esta incompetencia el niño dejará de sufrir. Y eso puede ser verdad, pero lleva a los profesionales a la necesidad de plantear otras dos cuestiones:

-la mayor parte de las veces no se pueden rehabilitar esas incompetencias parentales. Los profesionales destinan mucha energía y trabajo en tratar de conseguir "lo que no podemos



conseguir", porque son padres con niños dentro muy dañados y, en ocasiones, la propia intervención los desestabiliza aún más...

-En segundo lugar, lo que Girón considera "ceguera terapéutica". Basándose en esa idea, se olvida la evaluación y el tratamiento de los niños, así como el cuidado de los profesionales para que estos sigan siendo eficaces.

Para Toni Girón, el enfoque sistémico ha acabado por desatender al menor de edad: queriendo redefinir el problema en el sistema y no en el niño como individuo, sus problemas emocionales se entendieron como un síntoma de la disfunción familiar. La cuestión para Toni Girón no es rechazar la mejora de la comprensión introducida por el pensamiento sistémico familiar sino en modificar esa falta de equilibrio que ha inclinado la balanza excesivamente en la influencia del sistema en el niño "sin pararnos a ver el daño que ha sufrido el menor de edad, los traumas que quedan y los mecanismos defensivos y adaptativos puestos en marcha por los niños para superarlo".

Así, la solución no es abandonar ese enfoque sistémico sino buscar la forma de atender del mejor modo posible el daño que han sufrido los niños, niñas y adolescentes.

Se hace, por tanto, imprescindible, conocer al niño, niña y adolescente para ayudarlo. Es necesario incluir a los menores de edad en la intervención terapéutica. Se hace necesario conocer sus problemas, conocer sus fortalezas y averiguar cuáles son sus angustias y estados anímicos.

Por tanto, el profesional debe considerar prioritario evaluar el estado del niño y de la niña, de su intervención con el mismo, como forma de ofrecerle la posibilidad de sobre ponerse a los desafíos y adversidades de su vida gracias al apoyo afectivo y social que los profesionales le puedan proporcionar. Éste debe convertirse en 'tutor de resiliencia', entendida ésta como la capacidad que presentan los niños y niñas bien tratados para enfrentarse y sobreponerse a las adversidades y desafíos de la vida. La resiliencia, para Toni Girón, no es un atributo individual innato e independiente del contexto, sino que surge de la relación del niño con su entorno. Serán la parentalidad competente y los buenos tratos infantiles los que constituirán los cimientos de la resiliencia infantil primaria.

Ser resiliente no significa recuperarse en el sentido estricto de la palabra sino crecer hacia algo nuevo asumiendo y superando un pasado doloroso, integrando las experiencias negativas de una forma constructiva.

El trabajo de los terapeutas, convertidos en tutores de resiliencia, permitirá al menor afrontar y superar esas experiencias traumáticas, compensando las carencias y malos hábitos parentales sufridos.

Para Toni Girón, los factores que contribuyen al desarrollo de la resiliencia infantil son:

- El apego seguro: aunque la experiencia de apego haya sido deficiente en la infancia, es posible repararla a través de la relación terapéutica con el profesional.



- La toma de conciencia de la realidad individual, familiar y social: lo que permitirá buscar alternativas constructivas para hacer frente al daño y poder relacionarse de forma diferente en el futuro.
- El apoyo social: la importancia de sentirse apoyado y comprendido por otras personas.

De igual modo, tres son las capacidades que debe desarrollar el profesional para el establecimiento de la relación terapéutica:

- La capacidad para vincularse como personas: construyendo una relación de confianza y seguridad donde expresar nuestro desacuerdo con las actuaciones parentales maltratantes.
- La capacidad para facilitar conversaciones que permitan a las víctimas ser sujetos de su recuperación una vez asumido que no son culpables de los malos tratos.
- La capacidad para trabajar en red. Se hace necesario conocer el trabajo de otros profesionales e intercambiar ideas y experiencias.

Toni Girón considera que todos los menores maltratados tienen derecho a un tratamiento reparador del daño sufrido. Este tratamiento reparador tendría tres niveles:

- Tratamiento psicoterapéutico reparador de los trastornos del apego y las consecuencias en la vida del niño o niña de los apegos inseguros, elaboración de traumas infantiles y déficits y trastornos del desarrollo.
- Tratamiento psicológico y, llegado el caso, farmacológico, para aliviar los síntomas y comportamientos desajustados que presentan muchos niños maltratados.
- Apoyo psico-socio-educativo que favorezca una mayor confianza en sí mismos, aprenda otras formas de comportarse y estrategias de autocontrol.

El tratamiento psicoterapéutico, o apego terapéutico reparador, debe ser capaz de sintonizar con el niño, permitir que el profesional sea capaz de alinearse con el estado emocional del menor de edad maltratado. A su vez, debe hacer ver al niño que siente sus emociones o lo que es lo mismo, hacer sentirse "sentido" al niño. Eso debe lograrse lentamente, respetando siempre las necesidades, tiempos y tolerancia del menor de edad.

En definitiva, y sin dejar de lado el enfoque sistémico, el trabajo reparador con el individuo es clave para la recuperación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato.





## Mesa 1: ¿Qué es el trauma complejo en la infancia y cómo identificarlo?

### 'El dolor invisible de la infancia'

**Alma Martínez de Salazar Arboleas**

Psicóloga clínica. Vocal del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores.

USMI-J Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Alma Martínez de Salazar considera que actualmente existe una tendencia a minimizar o ignorar el malestar emocional que sufren los niños. "Nos gustaría que no le ocurriera a ninguno, pero somos conscientes de que existe". Estas experiencias traumáticas no son experiencias relacionadas con el estrés cotidiano, con el malestar habitual derivado de la propia vida y el desarrollo evolutivo, sino que están provocadas por el daño reiterado que han sufrido estos niños, niñas y adolescentes, un daño que les ha producido una herida emocional importante.

Según Martínez de Salazar, lo que diferencia al trauma del estrés es que "el trauma es un choque emocional, una lesión, que es duradera y genera un gran impacto". Para la doctora Martínez de Salazar, esa herida se produce en la infancia cuando a lo largo de su desarrollo no se pueden satisfacer las necesidades básicas del menor de edad –lo que impide un desarrollo sano– porque determinados tipos de acontecimientos traumáticos lo interrumpen.



A lo largo de la historia, ha ido cambiando el concepto de infancia y la consideración de los niños y adolescentes en la sociedad. Sin embargo, sus necesidades siguen siendo las mismas; son necesidades tanto físicas (alimentación, higiene, vivienda), como emocionales (afecto, seguridad) y sociales (juego, relaciones interpersonales) y, si las personas de su entorno no contribuyen a la satisfacción de dichas necesidades en los menores, se dificultará un desarrollo sano.

En ese proceso de desarrollo, en el que todas esas necesidades básicas deben satisfacerse, el niño puede verse sometido a experiencias traumáticas de diversa índole que nos tienen que hacer saltar las alarmas y prestar atención a lo que está sucediendo con ese niño. Para Alma Martínez de Salazar, si esas experiencias traumáticas se producen de una manera continuada en el tiempo, producirán un daño que va a condicionar, en gran manera, el desarrollo de esos niños.

La experiencia traumática en sí no es la que determina el choque emocional y la gravedad de esa herida infantil, sino que será la interacción entre las características de ese acontecimiento doloroso y la personalidad del niño y de la niña las que graduarán la gravedad de ese trauma: no afecta de igual modo al menor de edad una experiencia traumática motivada por un desastre natural que el hecho de que un familiar cercano abuse sexualmente del menor. De igual modo, tampoco se produce la misma reacción en el menor si se trata de una situación puntual que si es un hecho repetido y continuado en el tiempo. Todos esos factores, en interacción con las características y personalidad del menor, condicionarán la gravedad del trauma.

De igual modo, durante la infancia tienen lugar diferentes fases en el desarrollo cognitivo y madurativo, lo que les permitirá una mejor comprensión de sí mismos y de las posibilidades de afrontar esa situación traumática en unas etapas de la vida más que en otras.

La doctora Martínez de Salazar resalta otro factor importante, la capacidad del entorno como agente saludable para el niño. Esto incluye desde el entorno familiar más cercano hasta el socioeducativo en que se mueve el menor de edad: la escuela, el profesorado, las amistades, el clima de convivencia con el resto de los alumnos, las actividades extraescolares, etc. son elementos que contribuirán a potenciar o suavizar la gravedad de la vivencia traumática.

En los inicios de las investigaciones sobre traumas infantiles se intentó averiguar si los niños y niñas sometidos a experiencias traumáticas desarrollaban los mismos trastornos de estrés postraumático que los descritos en adultos en las clasificaciones internacionales. Se comprobó, sin embargo, que había diferencias entre adultos y niños. En los menores de edad se producía una psicopatología más amplia –inquietud, miedos, pesadillas, problemas de conducta, dis-regulación emocional, etc.– asociada a la experiencia traumática, configurando un trastorno de estrés postraumático propio y que distintos autores han denominado Trauma Complejo. Este Trauma Complejo, modulado por la edad, personalidad y circunstancias vitales del menor de edad, tendrá un impacto directo en el desarrollo de los niños.



Este impacto altera todos los procesos cognitivos del menor. Así, encontraremos en estos niños y niñas una tendencia a somatizar, quejas por dolores abdominales, dificultades de atención y concentración, dificultades de memoria, problemas de aprendizaje, de planificación de sus tareas, problemas a la hora de anticipar las consecuencias de sus actos, etc.

Otro de los ámbitos en los que se produce un impacto negativo es en el desarrollo socioemocional de estos niños. Alma Martínez de Salazar explica que los vínculos de apego de estos menores son vínculos de apego ansiosos, en los que falta la seguridad del niño en la otra persona, faltan el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en la confianza y en la intimidad, de ahí la tendencia al aislamiento. De igual modo, en algunas ocasiones en las que el niño ha sido víctima de alguna agresión por parte de una persona cercana, se puede producir una alteración respecto a la percepción del agresor, viviéndolo como cercano y como una persona con la que necesita relacionarse y no como alguien que le está haciendo daño.

Otro tipo de alteraciones, según Martínez de Salazar, tienen que ver con la manera del niño de estar en el mundo, cómo el niño otorga significado al mundo que le rodea. Su experiencia negativa condiciona su lugar en el mundo.

Los profesionales que se encargan de tratar a estos menores de edad y sus familias deben acercarse a ellas con mucho respeto y cuidado, teniendo siempre en cuenta los tiempos. El objetivo de los profesionales, la valoración de los niños y sus familias, debe llevarse a cabo con la finalidad de ayudarles a reconstruir esa experiencia traumática en su vida, a darles un nuevo significado, de manera que se pueda integrar como un capítulo de su biografía, una etapa, que tiene un principio y un final.

Muchas veces el profesional que atiende a estos niños y familias se encuentra con que el único deseo de las víctimas es olvidar, borrarlo de sus cabezas. "Nuestro objetivo es acompañarles, servirles de herramienta para que puedan dotar de un nuevo significado la experiencia traumática y puedan incluirla en su vida como una experiencia más y puedan continuar con sus vidas", explica Alma Martínez de Salazar.

La doctora Martínez de Salazar reconoce que hay una responsabilidad colectiva de los profesionales que trabajan con las familias y los menores, que va más allá del trabajo individual. Esta responsabilidad es la necesidad de seguir investigando, con el fin de aumentar el conocimiento que tenemos sobre los problemas de la infancia y con la finalidad de:

- La prevención de situaciones traumáticas.
- La promoción de competencias y habilidades en los niños para afrontar las situaciones de adversidad que la vida les puede poner por delante.

De esta manera, previniendo estas situaciones negativas y promoviendo competencias y habilidades



en los menores y sus familias, se contribuirá al desarrollo emocional sano del niño en base a los indicadores de la OMS, es decir: relaciones interpersonales adecuadas a su edad, interés activo por el mundo cercano, expresión de sentimientos positivos y negativos; seguridad en sí mismos y confianza en el mundo, adecuada autoestima, capacidad de tolerar las frustraciones, estabilidad emocional, autonomía, etc.

Si bien no existen personas ideales, también es cierto que el desarrollo de alguno de ellos dotará al menor de mejores herramientas para hacer frente a las distintas situaciones de adversidad que se pueden encontrar a lo largo de su vida. "Nuestro objetivo es ese: que las personas tengan autonomía suficiente para afrontar esas situaciones y tengan seguridad en sí mismos para pedir ayuda cuando no puedan hacer frente a esas situaciones por sí solos", explica Alma Martínez de Salazar.

Para la doctora, el fin último del profesional es ayudar a los niños y sus familias a encontrar la salida de ese laberinto en el que se encuentran perdidos y para ello "tenemos el conocimiento, la experiencia profesional acumulada, el trabajo compartido entre distintas disciplinas y tenemos la propia narración que los niños y niñas hacen de sus propias vivencias y la confianza que depositan en nosotros".



## Mesa 1: ¿Qué es el trauma complejo en la infancia y cómo identificarlo?

### Evaluación, intervención y tratamiento del menor que ha sufrido Trauma complejo

**Carlos Martínez Bermúdez**

Psicólogo del Equipo de Tratamiento Familiar de Tarifa. Diputación Provincial de Cádiz

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Carlos Martínez hace suya la afirmación de Jesús Palacios, catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla quien, pese a considerar muy importante la protección de los menores maltratados, cree que ésta, por sí sola, no es suficiente. Martínez considera que "tomar medidas de protección, de intervención con los niños y niñas, es fundamental pero no es suficiente si no se hace posteriormente un trabajo de reparación terapéutica. Hemos descubierto que muchos niños que entran en el sistema de protección no terminan disfrutando de una buena salud psicológica, ya que han sido previamente traumatizados".

Martínez explica las diferencias entre Trastorno de Estrés Postraumático y Trauma Complejo. "En el trastorno de estrés postraumático, la situación que genera este estrés es ajena al interior de la familia mientras que, en el Trauma Complejo, el trauma está provocado por las figuras de apego. Si a



cualquiera de nosotros nos pasase algo, un accidente, una catástrofe natural, buscaríamos consuelo en las figuras de apego". En el caso del Trauma Complejo y esto es lo grave el niño que sufre una situación de maltrato, no puede buscar consuelo en la figura de apego porque es precisamente esa figura la que le está maltratando, la que le está provocando el daño.

Martínez recoge la afirmación de Jorge Barudi, neuropsiquiatra chileno, quién considera que la base de la intervención terapéutica debe ser una buena evaluación comprensiva de la situación en la que se trabaja. De igual modo, insiste en que la relación terapéutica con el niño es obligatoria. "Esta relación terapéutica con el menor de edad dañado no puede ser la misma que establecemos con los adultos, sino que debe ser extraordinariamente vinculante: tenemos que aprender a querer y a ser una figura de apego del niño con el que vamos a trabajar".

Defiende la necesidad de tener una metodología coherente, para lo que presenta el modelo A.R.C. de Trauma Complejo, de origen americano. Es un modelo del que se han realizado investigaciones para controlar su eficacia científica y basado en la evidencia. El modelo, para el psicólogo gaditano, debe apoyar siempre en positivo la promoción de la resiliencia del niño: "nos tenemos que creer que el niño será capaz de construir su propia resiliencia. Un niño sano que se desarrolla en un entorno sano va a ser capaz de afrontar las vicisitudes de la vida de un modo adecuado. Va a tener una buena capacidad para afrontar las situaciones negativas que se pueda encontrar a lo largo de su vida". La resiliencia, por el contrario, es diferente. Nace de un niño dañado. "La resiliencia es la capacidad que un niño dañado tiene para reconstruirse, para volver a estructurarse y poder afrontar en un futuro nuevas vicisitudes", explica.

Al hacer la evaluación es muy importante no olvidar ninguno de los dominios más importantes. Por un lado, es necesario evaluar el apego y la calidad del vínculo del niño con sus padres, con sus cuidadores. También hay que evaluar la sintomatología del trauma, qué tipo de des-regulación presentan. "Tenemos que ser capaces de relacionar esa des-regulación con el daño del niño. Esto no es fácil. Si llevamos a un niño gravemente dañado a una unidad de salud mental nos lo van a diagnosticar no como niño maltratado sino, quizás, como niño con TDAH o negativista desafiante o cualquier otro trastorno y probablemente nos lo vayan a medicar".

Carlos Martínez cree que en ocasiones es necesario medicar al menor, "pero es necesario encuadrar ese tratamiento farmacológico dentro del Trauma Complejo del niño y como una herramienta terapéutica más". En este sentido, considera importante conocer el ámbito de desarrollo del menor, "cuál es su capacidad intelectual, su capacidad social, de rendimiento en la escuela".

Para Martínez, es difícil hacer ver a los educadores de los centros escolares que deben ser tutores de resiliencia de los niños: "los maestros y maestras se pasan horas y horas con esos niños. No podemos imaginar el tremendo poder que tiene un educador si se convierte en tutor de resiliencia del menor dañado. Nosotros hemos encontrado grandes diferencias en el bienestar del niño y de la niña dependiendo de si los maestros son conscientes del daño que tiene el niño y cómo enfocarlo.



En ocasiones puede ser más fácil facilitar la integración de un niño con discapacidad intelectual que la de un niño que ha sido gravemente maltratado". Se hace necesario, por tanto, evaluar las potencialidades del niño, evaluación que no sólo debe quedarse en los menores de edad, sino que debe alcanzar a los padres biológicos o a los de acogida o también, incluso, a los educadores de los centros de protección. "Si tenemos que reparar terapéuticamente a un niño dañado que está en un centro de protección, tenemos que evaluar la calidad del cuidado de los educadores del centro, ayudarles también", explica.

Siguiendo con la evaluación del menor, el terapeuta debe evaluar sus capacidades, sus dificultades, su nivel de desarrollo y también es muy importante evaluar su perfil de apego. En la actualidad se dispone de distintas herramientas para evaluarlo como, por ejemplo, la escala de evaluación de los trastornos del apego, la entrevista de Apego para Niños y Niñas (CAI), la entrevista ELAIA-DEUSTO, el cuestionario CAMIR para la evaluación del apego en adolescentes, los procedimientos narrativos de Historias Incompletas (3-8 años), etc. También hay sistemas generales de evaluación de adaptación y conducta como el Cuestionario de Fortalezas y Debilidades S.D.Q. de Goodman, el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), el sistema SENA (3-18 años) que tiene la ventaja de contener un área de ítems relacionados con el trastorno de estrés postraumático, y que puede servir de ayuda para los niños con daño o el sistema BARON, inventario de inteligencia emocional (7-18 años).

De igual modo, es necesario evaluar el grado de disociación del niño y de la niña maltratados. El fenómeno de la disociación, más que un síntoma, es una forma de expresión que tienen algunos niños gravemente traumatizados ya que los síntomas que expresan la disociación son muy típicos del trauma complejo.

La disociación ligada al trauma es el intento de la mente de escapar cuando no es posible. "Cuando un niño o niña está sometido a una situación de estrés tóxico persistente algunas veces se disocia, se aleja de la realidad terriblemente dañina, disocia los aspectos emocionales, los aspectos sensoriales y los aspectos cognitivos de su experiencia traumática. Es un buen mecanismo de defensa", explica Martínez. El problema es que, en muchas ocasiones, el menor no solo se disocia en el momento de la agresión, sino que esta disociación inunda todos los aspectos de la personalidad y en todo momento, incluso en contextos relacionales seguros y saludables, lo que afectará a las relaciones sociales en su vida. Esta disociación está relacionada con la paradoja del apego desorganizado, donde el propio maltratador es a la vez la fuente de apego y fuente de consuelo. Esto es un modelo paradójico que daña la psique del menor de edad.

Las manifestaciones disociativas más importantes son el distanciamiento y la sensación de irrealidad, el desapego, desconexión o hipoactivación o, en ocasiones, la hiperactivación y las conductas violentas.

Hay diferentes síntomas disociativos. Los hay tanto positivos como negativos, es decir, negativos



por omisión o positivos por acción. Entre los síntomas negativos se encuentran la amnesia, despersonalización, pérdida de afecto, anhedonia, anestesia, analgesia, pérdidas motoras y verbales... Entre los síntomas positivos encontramos la escucha de voces, pensamientos que el niño no reconoce como suyos, alteraciones relacionales, revivir emociones relacionadas con el trauma cuando se viven situaciones no traumáticas, alteraciones emocionales imprevistas, sensación de dolor, percepciones sensoriales del trauma, tics nerviosos y temblores, etc.

Para Carlos Martínez, "es importante hacer un diagnóstico diferencial de la disociación en el niño, porque no todos los niños tienen síndrome disociativo y algunos niños tienen unos síntomas y otros no". En este sentido, recomienda el libro 'Rompecabezas', de Sandra Baita, "todo un tratado de la disociación en niños como síntoma del Trauma Complejo". Esta obra incorpora además una serie de elementos de evaluación y habla del diagnóstico diferencial.

"El reto del terapeuta es diferenciar cuáles son manifestaciones disociativas y cuales son manifestaciones normalizadas", afirma Carlos Martínez. Para el psicólogo, el Modelo A.R.C. de Tratamiento del Trauma Infantil, de Blaustein y Kinninburgh, es muy adecuado: "da cabida a diferentes técnicas de intervención. Los principales investigadores en Trauma Complejo están de acuerdo en considerar que todas las intervenciones terapéuticas de reparación del trauma deben hacerse en orden neuro-secuencial, desde las estructuras cerebrales más bajas a las más altas". Recomienda también leer a Daniel Siegel y su libro 'El cerebro del niño'. "Es muy importante que tengamos en cuenta que si tenemos un niño des-regulado desde el punto de vista conductual, es decir, en el área del cerebro reptiliano, es muy difícil razonar con él. Eso nos pasa a todos, como cuando un niño tiene una rabieta. Ese bloqueo impide que se pueda razonar con él", explica Martínez.

Es muy importante, por tanto, que los objetivos terapéuticos del trauma se desarrollen en orden neurosecuencial, "primero tendremos que trabajar la regulación conductual y emocional y será al final cuando tengamos que hacer la integración resiliente, la elaboración de la historia de vida, el trabajo narrativo, etc. que exige unas funciones superiores".

Según el Modelo A.R.C., para hacer la última fase del tratamiento terapéutico del daño, la integración de la historia de vida traumática de un niño, se necesita que el niño viva en un contexto exquisito de protección "y esto, en la mayoría de los casos, no sucede", según Carlos Martínez. Por tanto, la recomendación para los terapeutas que trabajan desde este modelo, es "que trabajen desde los primeros niveles, pero que se aseguren de trabajar la historia de vida del niño si va a tener un colchón de cuidadores a su lado que le va a proteger. Si tenemos a un niño en un entorno de convivencia muy hostil, si trabajamos con él y toma conciencia de la hostilidad de su entorno y luego, tras la terapia, devolvemos al niño o niña al contexto hostil, no hemos solucionado nada".

Hay cuatro elementos fundamentales para potenciar un apego seguro con el niño:

- La sintonización emocional: es involucrarse con el niño. Lo tengo que aceptar incondicionalmente



y además me lo tengo que creer. Si no soy capaz de ello, si creo que me la está jugando y no soy capaz de empatizar con su dolor, entonces mejor no trabajar con él.

- El diálogo reflexivo: conversar con el niño haciéndole referencia a lo que está sintiendo en cada momento.
- Co-construir la narración: este es un trabajo conjunto entre el terapeuta, los padres y el niño. Cuando lleguemos al objetivo de hacer la integración terapéutica, construir la historia de vida del niño, es un trabajo conjunto que debemos hacer con el niño y ojalá con los padres.
- Reparar las interrupciones de desconexión.

El Modelo A.R.C. tiene 3 bloques fundamentales:

- Apego: Manejo del apego por el cuidador, sintonía, respuesta consistente, rutinas y rituales...
- Autorregulación: identificación de afectos, modulación, expresión de afectos, etc.
- Competencia: funciones ejecutivas, autodesarrollo e identidad, etc.

Este modelo, según Martínez, es muy eficaz porque trabaja con el niño y con los padres. El modelo parte de la idea de que la reparación terapéutica del niño dañado exige un trabajo terapéutico con el niño y un acompañamiento terapéutico de los cuidadores. "Primero tenemos que hacer un trabajo fundamental para que los cuidadores, los padres o tutores, tomen conciencia de cuáles son las actitudes que dañan al niño, ya que lo primero que debemos hacer es cortar la cadena de daño. Y es fundamental lograr que los padres sean capaces de explicar los síntomas y conducta del niño desde el lenguaje del trauma", explica.

Sin embargo, advierte que "este modelo también nos puede llevar a entrar en crisis porque parte de la neurobiología del trauma. Se ha demostrado que el maltrato infantil, en los primeros años de vida, produce un daño importantísimo en el desarrollo del niño no solo a nivel psicológico sino también a nivel cerebral. Esto nos debe llevar a reflexionar sobre cuándo es el momento de separar a un niño de su medio".

Finalmente, Martínez llama a reflexionar sobre la capacidad que tienen estos padres que ya han dañado al niño antes para reparar terapéuticamente al niño y cambiar. "Si no lo van a poder hacer, tendremos que tomar decisiones firmes para que la reparación terapéutica del niño se haga en otro contexto alejado de los padres", sentencia.





## Mesa 2: Evaluación del Programa de Tratamiento Familiar. Avance de resultados

### 'El Programa de Tratamiento a Familias con menores en situación de riesgo o desprotección (PTFM). Una perspectiva cuantitativa'

**Francisco Jesús Alaminos Romero**

Coordinador del Observatorio de la Infancia en Andalucía

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



El Observatorio de la Infancia en Andalucía es un órgano consultivo de la Junta de Andalucía que se dedica a la gestión del conocimiento sobre la infancia que vive en nuestra comunidad autónoma. Entre sus funciones se encuentra la de caracterizar y visibilizar a la población menor de edad. "Es el caso en que nos trae aquí. Esta presentación pretende caracterizar de forma general las actuaciones que se realizan desde el PTFM a partir de la información obtenida de la memoria de actuación del programa", explica Alaminos. Cada dato expuesto lleva tras de sí numerosas familias, con niños y niñas que viven una situación problemática que puede afectar gravemente a su desarrollo y pone su bienestar en peligro. Estos datos representan la labor que realizan un grupo de profesionales cuyo trabajo se basa en revertir estas dramáticas situaciones, los ETF, "una fuerza de choque que ponen los servicios públicos a disposición de la ciudadanía", en palabras del coordinador del Observatorio



de la Infancia. "Los números siempre son fríos, pero también necesarios para entender el alcance de las actuaciones realizadas desde el PTF. Así, les propongo que, frente a la realidad que presentan estos datos, se pregunten ¿qué pasaría si el PTFM no existiera? ¿qué pasaría con estas familias si no fueran atendidas de una forma correcta? ¿y con los niños y niñas que están en esas familias? Eso nos ayudará a no trivializar determinadas situaciones", se pregunta.

Francis Alaminos explica que para que exista un programa de este tipo, evidentemente hay que dotarlo de un marco jurídico en el que se sostenga. La Ley 1/98, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor, establece la posibilidad de que las Administraciones Públicas andaluzas desarrollen programas destinados a adoptar medidas preventivas para evitar que se produzcan situaciones de malos tratos a la infancia y adolescencia.

Desde el año 2000, Consejería y Entidades Locales trabajan conjuntamente en la planificación de un programa en este sentido. La Orden de 10 de mayo de 2002, establece las bases para la realización de programas en municipios de más de 20.000 habitantes dirigidos a familias con menores de edad con doble finalidad:

- Evitar la separación del menor de su familia, normalizando la situación familiar con la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo social que pueda perjudicar el bienestar de los menores
- Favorecer la reunificación familiar en aquellos casos en que sea posible.

La Orden de 25 de marzo de 2003, extiende el ámbito de actuación a las Diputaciones Provinciales. Finalmente, la Orden de 20 de junio de 2005 -modificada por la Orden de 25 de julio de 2006- regula las bases para las Corporaciones Locales puedan optar para la realización de programas de Tratamiento a Familias con Menores, así como las características de los equipos técnicos que formarán parte del mismo.

El programa PTFM, da comienzo desde una perspectiva inicial ligada a la protección de la infancia, se orienta hacia la prevención primaria y la detección temprana de las situaciones de riesgo de la infancia y adolescencia. El programa sitúa a la familia como el mejor contexto para el desarrollo, la crianza, la socialización y la satisfacción de las necesidades de los niños y niñas. El PTFM se encuentra su finalidad en la preservación los derechos de la infancia, su interés superior y la promoción del bienestar de la infancia por encima de todo.

Los objetivos del PTFM son:

- Eliminar o reducir los factores de riesgo, para evitar la separación del menor de edad de su familia.
- Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos/as.
- Conseguir que la familia funcione de manera autónoma y adecuada, en la atención y cuidados



que dedican a sus hijos/as.

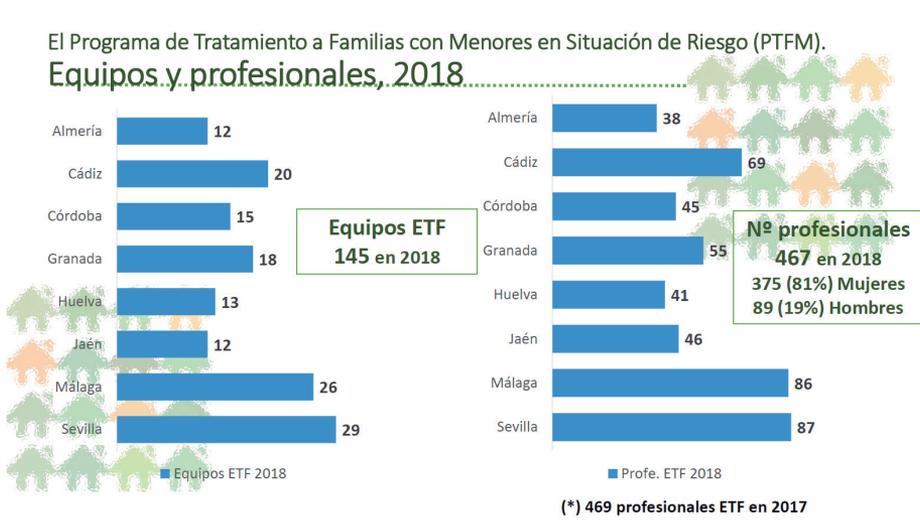
- Proporcionar a las familias las habilidades y/o recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que dio lugar a la medida protectora.

Las familias a las que se dirige el programa se caracterizan por ser familias con menores de edad en:

- Situación de riesgo o desprotección.
- Situaciones de violencia familiar que afectan a los menores de edad.
- En las que se ha adoptado una medida protectora y se procura posibilitar la reunificación familiar.

"Un programa de este tipo debe tener unos equipos profesionales detrás que garanticen una correcta respuesta. En este sentido en Andalucía los equipos se distribuyen de forma homogénea, según la población y necesidades, por todas las provincias", explica.

En 2018 la Junta de Andalucía\* tenía en convenio con las corporaciones locales 143 equipos y 459 profesionales para atender a este programa. Se observa como en Sevilla y Málaga –donde hay más efectivos de Población– se refuerzan además con un equipo adicional por decisión de la entidad local, contando con 29 y 26 respectivamente. En Almería y Jaén es donde hay menos. Cádiz se sitúa en un término medio junto con Granada, con 20 y 18 equipos respectivamente.



\* Datos elaborados por el Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de la 'Memoria Técnica Anual de Evaluación del Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo o Desprotección' de la Dirección General de Infancia de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.

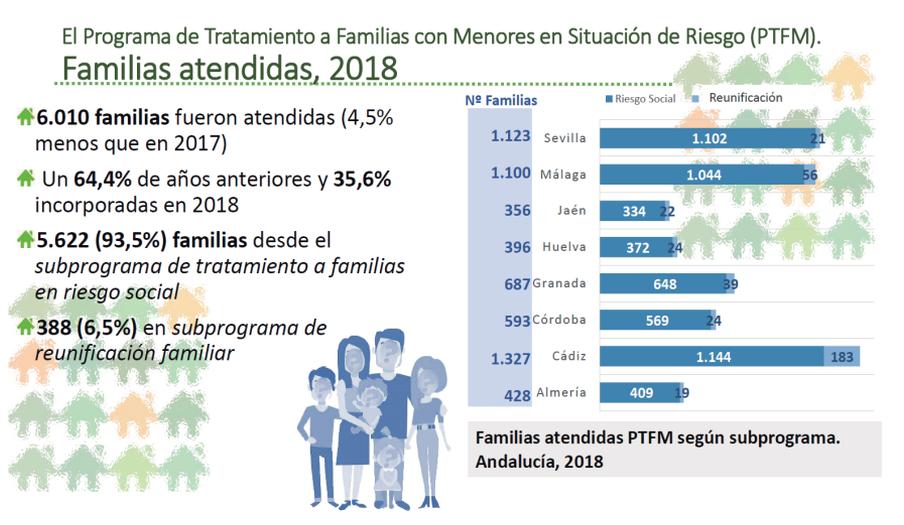


El 81% de los profesionales de los ETF son mujeres y el 19% hombres. Respecto a las ratios en las que se mueven en este programa, la media en Andalucía de profesionales por equipos es de 3,2. La provincia de Jaén se sitúa ligeramente por encima de la media, con un 3,8, pero no hay grandes diferencias con el resto de provincias, los números están bastante equilibrados.

En 2018 se atendió a 6.010 familias, 4,5% menos que en el año anterior. Un 64,4% de estas familias ya había sido atendidas en años anteriores y el 35,6% se incorporaron al programa en 2018.

De las 6.010 familias, hay 5.622 familias (el 93,5%) provenientes desde el subprograma de tratamiento a familias en riesgo social. Sólo 388 familias (6,5%) vienen del subprograma de reunificación familiar, en el que se actúa sobre aquellas familias sobre las que ya se ha tomado una medida de protección.

Por distribución provincial Cádiz, Sevilla y Málaga y Cádiz están a la cabeza de familias atendidas en el programa, con gran diferencia también entre el riesgo social y la reunificación.



En 2018 se atendieron 11.686 menores de edad de los que el 65,5% ya habían sido atendidos en años anteriores y el 35,5% se habían incorporado en 2018. La mayoría, 10.987 (94%), se atienden desde el subprograma de tratamiento a familias en riesgo social y 699 (6%) en el subprograma de reunificación familiar.

Por distribución provincial, se asemeja bastante a lo visto por familias. Cádiz, Sevilla y Málaga siguen siendo las provincias donde más menores de edad se han atendido.



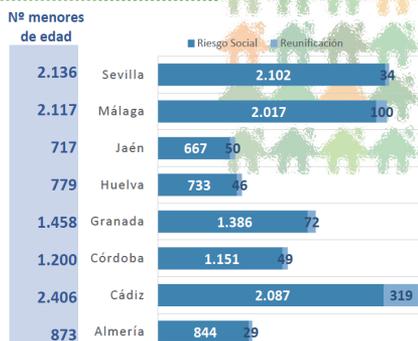
## El Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo (PTFM). Menores de edad atendidos, 2018

↑ **11.686 menores de edad** atendidos durante 2018

↑ **65,5%** de años anteriores y **35,5%** incorporados en 2018

↑ **10.987 (94%)** desde el *subprograma de tratamiento a familias en riesgo social*

↑ **699 (6%)** en *subprograma de reunificación familiar*



Menores de edad atendidos en el PTFM según subprograma. Andalucía, 2018

Respecto a los datos del subprograma de tratamiento a familias en riesgo social, con datos de 2017, durante ese año se atendieron a 6.293 familias en el PTFM. De estas, 5.864 familias fueron atendidas en el subprograma de Riesgo Social (93,2% del total atendido en el PTFM) de las que 3.774 (64,4%) provenían de años anteriores y 2.090 (35,6%) se incorporaron durante 2017. Respecto a la derivación de los casos, el 90% venía desde los Servicios Sociales Comunitarios, el 6% desde Servicios de Protección y el 4% desde ETF (otros equipos). De nuevo, Cádiz, Sevilla y Málaga tienen el mayor número de familias atendidas.

## Subprograma: Tratamiento a familias en Riesgo Social. Familias atendidas

↑ Durante 2017 se atendieron a 6.293 familias en el PTFM

↑ De estas, 5.864 familias atendidas en el subprograma de Riesgo Social (93,2% del total atendido en el PTFM)

↑ 3.774 (64,4%) provenían de años anteriores

↑ 2.090 (35,6%) se incorporaron durante 2017

↑ Derivación de casos: 90% desde SS.SS.CC, 6% desde SPM, 4% desde ETF (otros equipos)



### Número de familias en riesgo social atendidas según provincia. Andalucía, 2017

	Años anteriores	Incorporados en 2017	Total
Almería	266	164	430
Cádiz	783	394	1.177
Córdoba	330	242	572
Granada	453	207	660
Huelva	227	145	372
Jaén	205	114	319
Málaga	829	333	1.162
Sevilla	681	491	1.172
<b>Andalucía</b>	<b>3.774</b>	<b>2.090</b>	<b>5.864</b>

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección



Respecto al número de niños y niñas atendidos, en 2017 encontramos 11.485 menores de edad, el 93,9% de los niños y niñas atendidos en el PTFM. De ellos, 7.424 menores (64,6%) ya habían sido atendidos en años anteriores y 4.061 (35,4%) se incorporaron durante 2017. Vemos que las pautas son muy parecidas a 2018. Por provincias, la situación es similar a lo anteriormente visto.

### Subprograma: Tratamiento a familias en Riesgo Social 2017.

#### Niños y niñas atendidos

- ↑ 11.485 menores de edad atendidos, 93,9% de los niños y niñas atendidos en el PTFM
- ↑ 7.424 (64,6%) provienen de años anteriores
- ↑ 4.061 (35,4%) se han incorporado durante 2017



Número de menores de edad atendidos en riesgo social según provincia. Andalucía, 2017

	Años anteriores	Incorporados en 2017	Total
Almería	497	346	843
Cádiz	1.493	713	2.206
Córdoba	641	483	1.124
Granada	1.011	419	1.430
Huelva	458	293	751
Jaén	423	225	648
Málaga	1.652	605	2.257
Sevilla	1.249	977	2.226
<b>Andalucía</b>	<b>7.424</b>	<b>4.061</b>	<b>11.485</b>

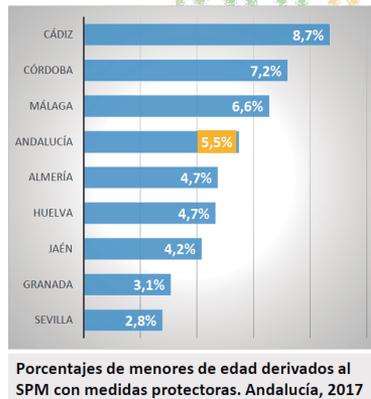
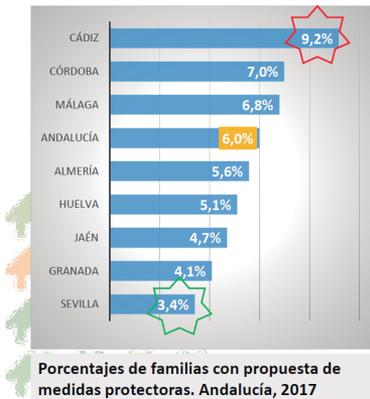
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección

Para Francis Alaminos, "el programa en sí, tiene que cerrar de alguna forma. No siempre puede cerrar con una medida efectiva donde la familia vuelve perfectamente a ser la familia que todos hubiésemos deseado que hubiera sido desde el principio. A veces la única respuesta que se puede dar es derivar a esta familia con una propuesta de medida de protección". En este caso, se hace en el 6,6% en Andalucía. Las diferencias por provincias son considerables, llegando al 9,2% en Cádiz frente al 3,4% de Sevilla.

La media de menores ligados a estas medidas de protección en Andalucía es del 5,5% y también hay grandes disparidades entre las distintas provincias, desde el 8,7% de Cádiz al 2,8% de Sevilla.



### Subprograma: Tratamiento a familias en Riesgo Social. Medidas protectoras



La duración media del tratamiento en una situación de riesgo social supera los 17 meses. Sólo un 8,8% de familias concluye en menos de 6 meses, un 25% entre 13 y 18 meses y un 45,4% necesita más de 19 meses para finalizar el tratamiento.

De nuevo, hay diferencias apreciables entre las distintas provincias. Así en Sevilla, sólo un 6,7% de familias necesita más de 24 meses de tratamiento, frente a Granada, que alcanza el 56,9%. Esto seguramente defina las características de la población que se atiende.

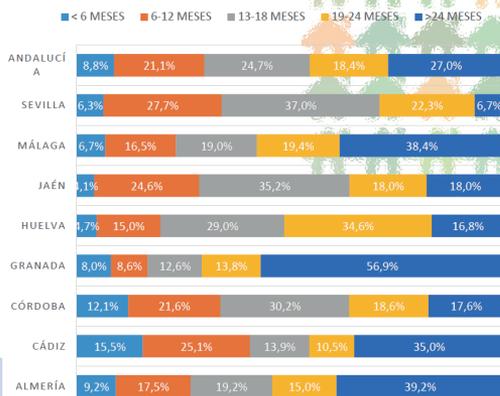
### Subprograma: Tratamiento a familias en Riesgo Social. Duración media del tratamiento

La duración media del tratamiento en una situación de riesgo social **supera los 17 meses**

Un 8,8% concluye en menos de 6 meses

Un 25% entre 13 y 18 meses

Un 45,4% necesita más de 19 meses para finalizar el tratamiento



Distribución de la duración del proceso de tratamiento en familias en riesgo social. Andalucía, 2017

Nota: Datos obtenidos a partir del 84% los casos atendidos en Riesgo social. No existe información para 346 (6%) casos lo que puede conducir a un error de sesgo.



Las familias que se atendieron en el Programa de Reunificación Familiar fueron 429 durante 2017, el 6,8% del total, de las que 255 (el 59,4%) ya se habían atendido en años anteriores y 174 familias (el 40,6%) se incorporaron en 2017. El 2,6% de estas familias vinieron derivadas por los Servicios Sociales Comunitarios, el 96,5% viene de los Servicios de Protección del Menor y menos del 1% desde los ETF (otros equipos).

En la distribución provincial hay algunos números disonantes de la media andaluza (429 familias), como por ejemplo Cádiz, con 189 familias atendidas en este subprograma, frente a las sólo 22 de Almería o 29 de Sevilla.

### Subprograma: Reunificación Familiar. Familias atendidas



- ↑ 429 familias atendidas
- ↑ 6,8% del total de familias en PTFM
- ↑ 255 (59,4%) de años anteriores
- ↑ 174 (40,6%) se incorporaron en 2017
- ↑ Derivación de casos: 2,6% desde SS.SS.CC, 96,5% desde SPM, <1% desde ETF (otros equipos)



Número de familias atendidas en el subprograma reunificación según provincia. Andalucía, 2017

	Años anteriores	Incorporados en 2017	Total
Almería	16	6	22
Cádiz	107	82	189 *
Córdoba	15	12	27
Granada	20	18	38
Huelva	29	9	38
Jaén	21	9	30
Málaga	27	29	56*
Sevilla	20	9	29
<b>Andalucía</b>	<b>255</b>	<b>174</b>	<b>429</b>

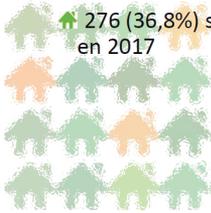
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección

Respecto al número de menores atendidos en este subprograma en 2017, nos encontramos con 750 menores (el 6,1% del total de niños y niñas en PTFM), de los que 474 (63,2%) ya se habían tratado en años anteriores y 276 menores (el 36,8%) se incorporaron en 2017.



## Subprograma: Reunificación Familiar

-  750 menores de edad atendidos (6,1% del total de niños y niñas en PTFM)
-  474 (63,2%) de años anteriores
-  276 (36,8%) se incorporaron en 2017



Menores de edad atendidos en el subprograma reunificación según provincia. Andalucía, 2017

	Años anteriores	Incorporados en 2017	Total
Almería	24	12	36
Cádiz	193	118	311
Córdoba	35	20	55
Granada	46	29	75
Huelva	57	13	70
Jaén	47	18	65
Málaga	44	51	95
Sevilla	28	15	43
<b>Andalucía</b>	<b>474</b>	<b>276</b>	<b>750</b>

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección

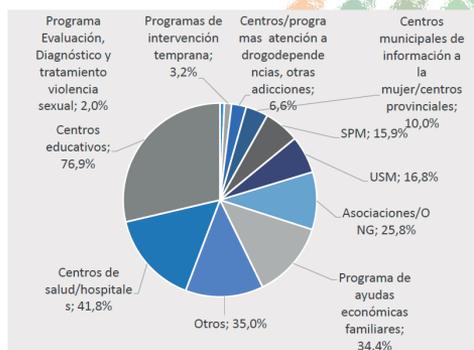
En este subprograma son 750 menores de edad, el 6% de los menores atendidos por todo el programa de tratamiento, y como vemos, siguen las distribuciones más o menos similares a lo que hemos visto.

"Es obvio, y todos los que estáis aquí lo sabéis, que para educar a un niño hace falta la tribu entera. Sin el apoyo y la coordinación con otros recursos y servicios es imposible hacer una buena gestión de estas intervenciones", afirma Francis Alaminos. En este caso, un 77% de los niños y niñas se ha beneficiado de una intervención coordinada con el centro educativo. Un 42% con centros de salud y/o hospitales. Un 34% se beneficiaron del Programa de Ayudas Familiares. En un 25% de los casos se colaboró con asociaciones y ONGs, en un 15% con SPM y también ha colaborado otras instituciones como los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, fiscalía, juzgados, recursos educativos, Instituto Andaluz de la Mujer, etc. "No siempre esa colaboración será tan sencilla ni seguramente tan eficaz, pero se intenta hacerlo", recalca.



## ... hace falta la tribu entera

- ✦ Resulta imprescindible la **coordinación y el apoyo** de otros recursos o servicios del sistema en las intervenciones con los menores de edad
- ✦ Un 77% de los niños y niñas se ha beneficiado de una intervención coordinada con su Centro Educativo
- ✦ Un 42% con centros de salud y/o hospitales
- ✦ Un 34,4% se beneficiaron del Programa de ayudas familiares
- ✦ Un 25,8% de la colaboración con asociaciones u ONGs
- ✦ Un 15% con el SPM, etc
- ✦ También han colaborado **otras instituciones** como: fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, fiscalía y juzgados, recursos educativos y otros relacionados con empleo y vivienda, etc.



Porcentaje de menores de edad según los servicios que han participado en la intervención. Andalucía, 2017

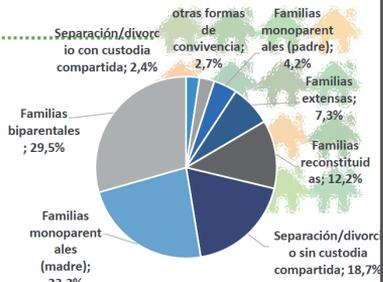
Por último, para cerrar, vamos a hablar del tipo de familias en los PTFM. Un 29,5% de las familias son biparentales. Un 23,2% son monoparentales, pero siendo la cabeza de familia una mujer. El 18,7% está en una situación de divorcio sin custodia compartida, el 12,2% son familias reconstituidas, el 7,3% de los niños y niñas vive con la familia extensa. Un 24% de las familias son familias numerosas, donde también observamos disparidad según la provincia. En Granada son más del 30% mientras que en Cádiz representan el 17,6%.

Por otro lado, respecto a la situación laboral de estas familias, vemos que un 41% de las madres y un 19% de los padres, está en situación de desempleo. Si tenemos en cuenta que el 23% de las familias son monoparentales, con cabeza de familia en la madre, estos datos son significativos. Por otro lado, un 42% de las madres y un 33,7% de los padres tiene un empleo temporal. Estas dos situaciones nos suman casi el 80% de las madres y un 50% de los padres.



## Características principales de las familias en el PTFM. Tipos de familia y situación laboral

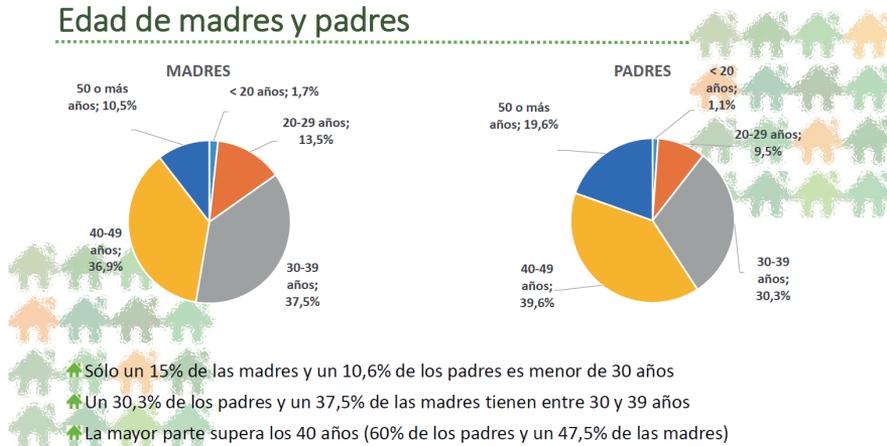
- 🏠 Un 29,5% son familias biparentales
- 🏠 23,2% monoparentales (madre)
- 🏠 18,7% en situación de separación o divorcio sin custodia compartida
- 🏠 12,2% son familias reconstituidas
- 🏠 7,3% de los niños y niñas viven con familia extensa
- 🏠 En un 24% se trata de familias numerosas
  - 🏠 En Granada son más del 30%
  - 🏠 En Cádiz el 17,6%
- 🏠 Un 41,2% de las madres y 19,0% de padres está en situación de desempleo
- 🏠 Un 41,9% de las madres y 33,7% de los padres tienen un empleo temporal



En cuanto a la edad de padres y madres, no son familias tan jóvenes: sólo un 15% de madres y un 10% de padres tiene menos de 30 años. Sin embargo, el 60% de los padres y un 47,5% de las madres supera los 40 años de edad. Incluso hay un 10% de madres y casi un 20% de padres mayores de 50 años.

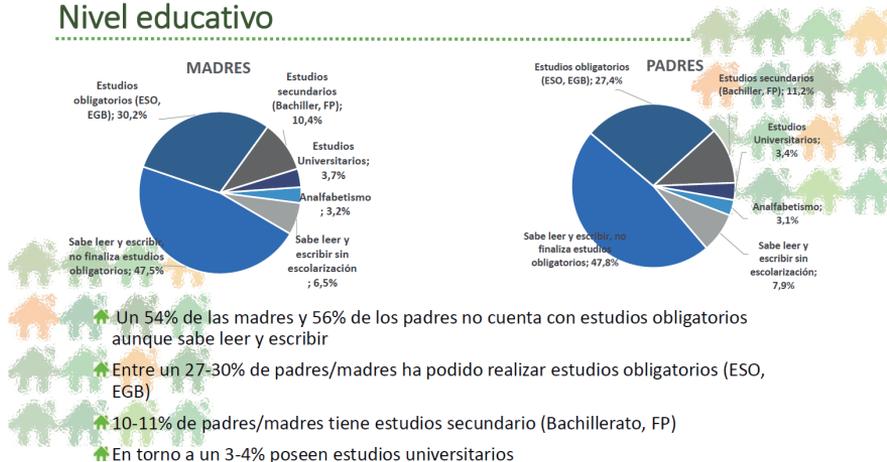


## Características principales de las familias en el PTFM Edad de madres y padres



Respecto al nivel educativo de estas familias, vemos que algo más de la mitad no cuenta con estudios obligatorios, aunque saben leer y escribir. "Si esto lo sumamos a la situación laboral que hemos visto que tenían, se entienden muchas de las situaciones con las que nos encontramos. Un 27-30% ha podido realizar estudios obligatorios.", explica Un 10% de padres y madres tienen estudios de secundaria y un 3-4% posee estudios universitarios.

## Características principales de las familias en el PTFM. Nivel educativo





Para concluir, Alaminos habla de los principales factores de riesgo asociados a estas familias.

En la mayoría de estas familias, un 56%, se producen situaciones conflictivas en la unidad de convivencia (con la pareja, hijos/as). Un 43,5% de las familias mantienen relaciones conflictivas con sus hijos/as, esto incluye también la violencia filio-parental. Un 49% de familias carece de conciencia sobre el problema familiar en el que se encuentra y un 47,5% muestra falta de motivación para el cambio. Esto tiene mucha relación con la eficacia de las intervenciones que se pueden hacer, la adherencia al tratamiento que se vaya a seguir, y sobre todo con el tiempo desde que se empieza a trabajar con la familia hasta que se consigue dar un paso que nos acerque a una mejoría.

Entre aquellos factores de riesgo relacionados con la economía familiar: inestabilidad o precariedad laboral (46,1%) y el desempleo (41,5%) son los principales factores. Entre aquellos factores relacionados con la salud, los problemas psíquicos o comportamentales (44,4%) y las adicciones (26,3%) son los dos principales referidos. También hay que tener en cuenta la conflictividad con el entorno social y/o vecinal (16,7%) o el aislamiento social (17,7%). Estas familias viven en barrios y entornos, en muchos casos, deprimidos. Podemos ver otras causas como problemas relacionados con la planificación familiar (11%), conductas delictivas habituales (8,5%), estancia en prisión (6,8%), madre o padres adolescente (4,7%) o inmigrante en situación irregular en el 2%.

### El Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo (PTFM). Principales factores de riesgo asociados a las familias

- ✦ En la mayoría de las familias, un 56%, se producen **situaciones conflictivas** en la unidad de convivencia (con la pareja, hijos/as)
- ✦ Un 43,5% de las familias mantienen relaciones **conflictivas con sus hijos/as**
- ✦ Un 49% de familias carece de **conciencia sobre el problema familiar** en el que se encuentra y un 47,5% muestra **falta de motivación para el cambio**
- ✦ Entre aquellos **factores de riesgo relacionados con la economía familiar**: inestabilidad o precariedad laboral (46,1%) y el desempleo (41,5%) son los principales factores
- ✦ Entre aquellos **factores relacionados con la salud**, los problemas psíquicos o comportamentales (44,4%) y las adicciones (26,3%) son los dos principales referidos.
- ✦ También la **conflictividad con el entorno social y/o vecinal** (16,7%) o el aislamiento social (17,7%)



"Con todos estos datos, de alguna forma, deseábamos llamar la atención sobre lo que pasaría si no existiera este programa, qué pasaría si nadie atendiera a estas familias", concluye.



## Mesa 2. Evaluación del Programa de Tratamiento Familiar.

### Avance de resultados

M<sup>a</sup> Victoria Hidalgo García

Profesora Titular en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



M<sup>a</sup> Victoria Hidalgo afirma que hay "una clara apuesta por que este programa sea un programa basado en evidencias, que demuestre que lo que llevamos haciendo desde hace años en nuestra comunidad está sirviendo para mucho, que realmente estamos consiguiendo mejorar no solo el funcionamiento de estas familias sino, en muchos casos, recuperar a muchos de estos menores". Unos menores que han sufrido verdaderos traumas y requieren de una intervención reparadora que consiga su bienestar en el futuro. Pero para ello, se necesitan evidencias de su efectividad. "No es de recibo que más de una década desde que el programa se generalizó en todas las provincias, después de que más de 60.000 familias han pasado por este programa, no exista una evaluación distinta de datos como los que nos acaban de contar. Son datos muy útiles, pero no nos hablan de la efectividad del programa ¿Realmente esas familias que han pasado por el programa han mejorado en su funcionamiento familiar? ¿Realmente esos padres y madres tienen mejores competencias parentales cuando salen de nuestros equipos? ¿Realmente hemos conseguido mejorar el bienestar



de esos niños y niñas?", se pregunta. En este sentido, la profesora Hidalgo explica que no hay datos de efectividad ni eficacia del programa, por lo que se vio necesario llevar a cabo una evaluación rigurosa del programa, una evaluación que permitiera dotar al programa de la etiqueta de un programa "basado en la evidencia".

"¿Por qué queremos que este programa –el Programa de Tratamiento Familiar– sea un programa basado en la evidencia?", se pregunta Hidalgo. La respuesta es clara: es la única manera de poder demostrar científicamente, con datos empíricos, que el programa funciona, que el programa beneficia, que consigue los objetivos para los que fue diseñado. Es también la única manera de obtener conocimiento que permita su mejora, que permita a los políticos responsables de la planificación y a los profesionales, responsables de su aplicación y trabajo cotidiano, saber cómo mejorar, cómo incorporar e innovar actuaciones que permitan que el programa sea más efectivo. "Tenemos que asegurar que el dinero público se invierte realmente en actuaciones que producen el bienestar de los ciudadanos. Es una responsabilidad a todos los niveles, desde el profesional al político, el que consigamos evidencias de que este programa consigue ese beneficio en las familias con las que trabajamos".

De todas las características que tienen que cumplir los programas basados en la evidencia, sin duda, contar con una evaluación rigurosa, que cumpla con los estándares de calidad que se exigen desde organismos internacionales especializados en la evaluación de programas de intervención social, es fundamental para lograr esa etiqueta de calidad, "de que realmente lo que estamos haciendo tiene sentido hacerlo".

Actualmente no se entiende una intervención que no se evalúe. Es necesario saber, por ejemplo, cuál es el intervalo temporal que hace falta para conseguir los objetivos marcados. Es necesario conocer cuál es el perfil de familia. "Sabemos que hay familias con las que funciona el programa y otras con las que no conseguimos resultados... ¿qué es lo que las diferencia? Porque eso significa hacer más eficiente un programa. Si podemos saber el perfil de familias con las que funciona lo que estamos haciendo, evidentemente estamos haciendo más eficiente nuestra intervención porque podemos derivar a ese programa a las familias que realmente sabemos que se van a beneficiar del mismo", explica.

Con esta lógica es con la que se ha empezado la evaluación del Programa de Tratamiento a Familias con Menores, que se marca dos objetivos muy claros:

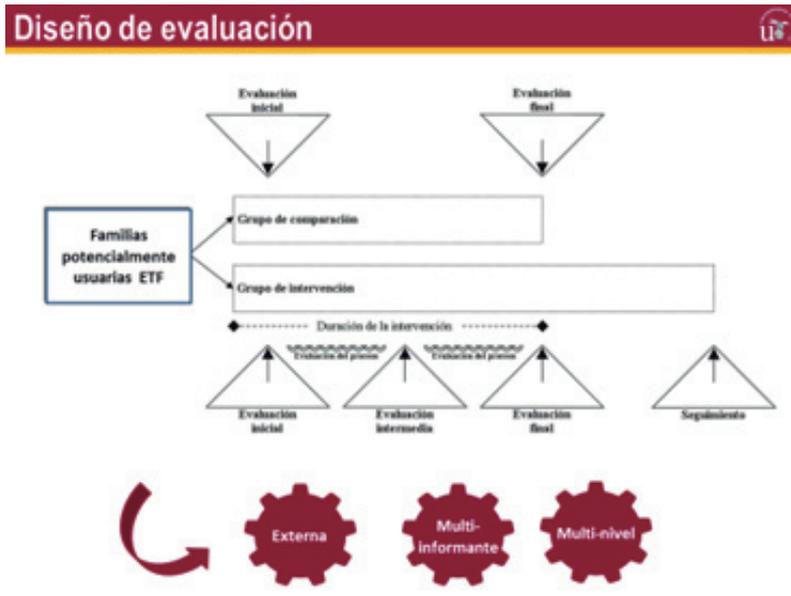
- Conocer el impacto real de la intervención sobre las familias participantes.
- Obtener conclusiones que permitan optimizar el programa para dar un servicio de calidad de la forma más eficiente posible.

Esto ha llevado a plantear la evaluación en base a los siguientes puntos:



- Evaluación de la cobertura del programa.
- Evaluación de la implementación. Se observan muchas diferencias en cómo se implementa el programa, entre unas provincias y otras, entre unos programas y otros... No es un programa homogéneo, aunque se esté bajo el mismo paraguas y la misma etiqueta. Es necesario saber qué se está haciendo en los equipos, lo que permitirá poner en relación cómo distintas actuaciones consiguen distintos resultados. En evaluación de programas, es más importante la evaluación del proceso que la evaluación añadida de los resultados ya que, en función de si se consigue el objetivo, analizando el proceso se puede saber por qué se han conseguido unos objetivos y otros no.
- Evaluar la eficacia. Saber si con cada familia se cumplen los objetivos que se habían propuesto en el plan de intervención. "Y eso no es sólo en cuanto a la percepción del profesional, que es muy importante, sino objetivamente con un mismo instrumento. Podemos evaluar al entrar cómo está el menor, qué competencias tienen los padres y al salir del programa podemos volver a aplicar exactamente los mismos instrumentos y saber si ha habido un cambio o no y si este cambio es clínicamente relevante", asegura.
- Evaluar la eficiencia. Ya no vale decir que una intervención funciona, sino que se exigen análisis de eficiencia: para qué perfil de familias, bajo qué condiciones de implementación, análisis de coste-beneficio, etc.

Respecto al diseño de evaluación... En cualquier diseño de evaluación de programas es necesario llevar a cabo un seguimiento longitudinal de esas familias desde que entran en el programa hasta que salen y con un seguimiento posterior. Cuando esa familia se va del programa es necesario saber cuánto tiempo permanecen los efectos positivos del programa. ¿Estamos seguros de que los cambios producidos en esa familia sólo se deben a la intervención practicada? "Los niños crecen y ciertos problemas son normativos de la adolescencia. El paso del tiempo, en muchos casos, hace que no sea lo mismo una situación a los 15 años que a los 18. Cualquier diseño de evaluación requiere un grupo de comparación de familias potencialmente iguales, pero con las que no se está interviniendo para ver qué ocurre con estas familias si no se interviene con ellas".



La doctora Hidalgo considera que para que la evaluación sea objetiva, debe ser una evaluación externa, multi-informante y multi-nivel.

A lo largo de 2018, a través del convenio firmado entre la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales con la Universidad de Sevilla, se seleccionaron tres provincias: Sevilla, Cádiz y Almería, ciudades que representaban tres realidades muy distintas. Hasta el momento, se ha llevado a cabo la evaluación inicial.

- Diciembre (2017) - Febrero (2018): FASE DE PLANIFICACIÓN
  - o Revisión de las memorias anuales de ETF.
  - o Elaboración del protocolo de evaluación.
- Febrero - Abril (2018): FASE DE ORGANIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE DATOS
  - o Contactos y reuniones de coordinación.
  - o Panel de expertos con profesionales de las tres provincias (marzo 2018).
- Abril- Agosto (2018): FASE DE RECOGIDA DE DATOS
  - o Profesionales: Ficha de Perfil y pretest de las familias.
  - o Familias: Pretest (entrevistas).
- Septiembre (2018): FASE DE REALIZACIÓN DE LA MEMORIA



o Entrega de la Memoria de Actuaciones y de los Protocolos de Evaluación.

De gran importancia ha sido la Fase de Organización y de Recogida de Datos. "Han sido muy importantes las reuniones con los técnicos responsables, con los coordinadores y con los profesionales. Los datos que vamos a ofrecer se refieren a esto. Ya hemos recogido información tanto de los profesionales como de las familias. Hemos entrevistado a las familias que iban entrando nuevas en los equipos de estas provincias. Hemos entrevistado también a los profesionales, al tratarse de una evaluación multi-informante. Por tanto, vamos a tener de las mismas dimensiones, dos informaciones: lo que el profesional percibe y otro, la evaluación objetiva de esa dimensión evaluada directamente de las familias", asegura M<sup>a</sup> Victoria Hidalgo.

Lo primero que se llevó a cabo con los profesionales fue la realización de paneles de expertos. "No podíamos ni siquiera pensar en qué dimensiones evaluar sin conocer de primera mano lo que vosotros nos ibais a contar sobre el trabajo que lleváis a cabo en los equipos", explica.

Se realizaron tres paneles de expertos, uno por cada provincia participante, con 10 profesionales de ETFs por equipo, seleccionados según la equidad y representatividad en cuanto al perfil profesional, años de experiencia, distribución geográfica, perfil de usuarios y representatividad de los equipos del programa.

En esos paneles de expertos, esenciales para poder planificar el resto de recogida de datos, era necesario conocer cómo se implementaba el programa por los distintos equipos y efectuar una primera visión que permitiera saber cuáles eran las necesidades y fortalezas de la aplicación del programa con objeto de preparar propuestas de mejora. Para ello se recogió información sobre el proceso de derivación, evaluación e intervención con las familias, el grado de coordinación, el seguimiento de los casos una vez finalizada la intervención, qué criterios de éxito se tomaban desde los equipos, cuáles eran las fortalezas y debilidades desde el punto de vista de los profesionales, etc...

Los principales resultados han sido los siguientes:

La fase de derivación y acceso eran muy similares en todos los equipos.

Con respecto a la evaluación de las familias, la doctora Hidalgo explica que, en primer lugar, el seguimiento del manual del programa es flexible. "Se ha conseguido incorporar el VALORAME dentro de esa evaluación, pero faltaba un procedimiento homogeneizado. Los propios profesionales se quejaban de que les faltaban instrumentos estandarizados homogéneos que pudieran aplicar y además, solía haber un reparto de funciones, de forma que desde que entraba la familia suele haber un profesional de referencia que es quien asume esa fase en la valoración".

En la fase de intervención lo más habitual es un enfoque terapéutico desde el modelo sistémico con una implicación de todos los profesionales y, de nuevo, lo que se echa en falta es un plan sistematizado de la intervención. Faltaba rigurosidad en el plan de intervención.



En relación al grado de coordinación, los profesionales lo consideran satisfactorio pero mejorable. Reclaman mayor coordinación con salud, con educación... incluso entre los propios ETFs y los comunitarios.

Respecto a la fase de seguimiento, prácticamente no se lleva a cabo. En la mayoría de los casos no se hace un seguimiento sistemático una vez que las familias salen de los equipos.

Los criterios de éxito usados por los distintos equipos se basaban fundamentalmente en la disminución de los factores de riesgo. "Se entraba en las familias viendo el riesgo que tienen y se decide que se ha tenido éxito en la intervención cuando disminuyen esos factores de riesgo. Ese enfoque basado en el déficit de factores de riesgo está superado en la intervención familiar en estos momentos, por tanto, tenemos que mirar mucho más allá, ver qué conseguimos incorporar en positivo en las familias más que ver lo que hemos evitado".

Victoria Hidalgo explica que "no se suele utilizar de forma generalizada el VALORAME y de nuevo la demanda de todos los equipos era que necesitaban protocolos e instrumentos de evaluación estandarizados que les permitieran de un modo objetivo tener claro si se habían conseguido los objetivos de la intervención".

Las fortalezas que se destacaban por parte de los Equipos son:

- Equipo interdisciplinar.
- Valoración de la coordinación inter e intra-institucional.
- Alto nivel de implicación y especialización de los profesionales de los equipos.

Estas fortalezas, para los profesionales, permitían una buena alianza con la familia, es un recurso valioso por su acotación temporal, ofrece intervención familiar no asistencial y apuesta por la preservación familiar y la protección de menores.

Como aspectos susceptibles de mejora, los profesionales consideran que:

- Falta reconocimiento, visibilidad y difusión del Programa.
- Necesidad de Facilitación y fortalecimiento de la coordinación intra e interinstitucional.
- Necesidad de supervisión del trabajo de los equipos.
- Necesidad de protocolos de evaluación e intervención homogéneos y sistematizados.
- Necesidad de batería de instrumentos de evaluación (estandarizados y validados).
- Necesidad de ajuste temporal en la intervención.
- Ajustar ratio por equipos.
- Adaptación a las nuevas realidades sociales.



- Se requiere formación específica y continua.
- Facilitación de encuentros entre profesionales.
- Estabilidad y mejora en las condiciones laborales.

El siguiente paso fue establecer un instrumento que permitiera cuantificar y que pudieran rellenar todos los profesionales de los equipos de las 3 provincias consultadas: Sevilla, Cádiz y Almería. Así, todos los profesionales recibieron un instrumento que permitiría evaluar el programa por parte de los profesionales. Este instrumento permitió evaluar:

- Grado de identificación con el programa.
- Motivación para aplicarlo.
- Valoración de la eficacia y utilidad para alcanzar los objetivos para los que fue diseñado.
- Valoración general del programa.
- Fidelidad con la que lo implementan respecto al Manual y los cambios que consideran necesarios realizar.

Entramos ahora a analizar cada uno de estos apartados.

En relación al grado de identificación del programa, la mayoría de profesionales responden que se sienten bastante (51,2%) o muy identificados con el programa (47,5%). Respecto al grado de motivación, el 49,4% indica que se halla bastante motivado/a y el 47% muy motivado/a. Respecto a la percepción de la eficacia y utilidad del programa encontramos que el 73,2% considera el programa bastante eficaz y útil. En cuanto a la fidelidad en la implementación del programa, el 71,4% muestra bastante fidelidad en la implementación del programa según lo establecido en el Manual. Finalmente, en cuanto a la valoración general del programa, el 76,8% de los profesionales hace una valoración del programa bastante buena tal y como se está llevando a cabo en la actualidad.

Pasamos ahora a ver las necesidades de modificación del programa expresadas por los profesionales.

Un alto porcentaje pide revisar la temporalización; en segundo lugar, mejorar la coordinación; en tercer lugar, incluir estrategias que permitan homogeneizar la evaluación y el trabajo en los equipos; en cuarto lugar, revisar el volumen de trabajo; en quinto lugar, necesidad de formación; en sexto lugar, la adaptación a nuevas realidades y, finalmente, la estabilidad laboral y la supervisión.



## RESULTADOS del INSTRUMENTO PV

Necesidades de modificación del programa expresadas por los profesionales



El último del conjunto de resultados ofrecidos incluye el perfil de las familias atendidas por los ETFs y la propia valoración que los profesionales tienen de las familias que están iniciando el procedimiento de atención por los ETF.

Cada profesional ha sido el encargado de rellenar un instrumento sobre las situaciones estresantes y de riesgo que han vivido los cuidadores principales de la familia, tanto en la trayectoria vital previa como en la situación actual. Además, han hecho una valoración del nivel de riesgo que creen que tiene esta familia y cuál es el pronóstico. Este instrumento se ha rellenado tras el proceso de evaluación.

Este instrumento lo han rellenado 43 ETF en relación a 102 familias repartidas en las distintas provincias escogidas. "Si analizamos la trayectoria vital de donde vienen estas familias, los datos son escalofriantes. Más del 30% de los progenitores han sido víctimas de malos tratos en la infancia y más del 40% padece situaciones de maltrato en la edad adulta. La precariedad económica les ha acompañado a lo largo de toda su trayectoria vital", explica Victoria Hidalgo.



## Perfil de las familias



### Situaciones estresantes y de riesgo: Trayectoria Vital

Cuidador Principal	
Maltrato en la infancia	30,6%
Maltrato en la adultez	41,8%
Precariedad económica	62,2%
Desempleo prolongado/precariedad laboral	60,2%
Abuso de sustancias/drogodependencia	16,3%
Comportarse de manera violenta o antisocial	21,4%
Problemas judiciales (demandas, juicios, cárcel...)	33,7%

En relación a las situaciones estresantes... ¿cuáles son las principales situaciones de estrés? Se han destacado dos porcentajes significativos: relaciones de pareja conflictivas en más del 70% y procesos de separación o divorcio en el 67,3%. "Esto nos lleva a pensar que la realidad de las familias con las que se trabaja empieza a cambiar el perfil porque, aunque la situación económica inestable es alta, ahora incluso la conflictividad dentro del contexto familiar supera en algunos casos a la precariedad económica. De igual modo, casi un 35% de estas familias tiene relaciones muy conflictivas con los hijos. Son familias en conflicto aquellas con las que vamos a tener que trabajar".



## Perfil de las familias



### Situaciones estresantes y de riesgo: Situación Actual

Cuidador Principal	
Ser víctima de maltrato	31,6%
Comportarse de forma violenta o antisocial	17,3%
Ingreso en prisión	0%
Enfermedad mental/trastorno psicológico (diagnosticado)	8,2%
Problemas físicos de importancia	11,3%
Hacerse cargo de un familiar	14,4%
Consumo abusivo de sustancias tóxicas	9,3%
Relación de pareja conflictiva	70,4%
Separación/divorcio	67,3%
Relación conflictiva con los hijos	34,7%
Situación económica muy apremiante	38,8%
Situación laboral inestable y/o difícil	67,3%
Desahucio	5,1%
Problemas judiciales/policiales	31,6%
Graves conflictos o peleas con otras personas	23,5%

Según la percepción de los ETFs, el nivel de riesgo de las familias se sitúa en un notable alto. No creen que el nivel de riesgo sea extremadamente alto, lo que permite que este programa no pierda su carácter preventivo. Lo bueno es que el pronóstico de éxito que otorgan los profesionales es muy positivo. En la mayoría de los casos la expectativa de éxito es muy alta para los equipos profesionales.

Por tanto, con estos resultados, se pueden ofrecer unas primeras conclusiones.

En relación con los profesionales:

- Los profesionales valoran positivamente el programa, creen en su eficacia y utilidad.
- Manifiestan una fuerte identificación y motivación para implementar el programa.

En relación con las familias atendidas:

- En el perfil de las familias atendidas destacan las dificultades laborales y las relaciones conflictivas entre sus miembros, sobre todo con la pareja.
- Los profesionales valoran a las familias dentro de un nivel de riesgo medio-alto, aunque su valoración del pronóstico es bastante positiva.

En relación con el programa:

- Recurso muy valioso por la alta especialización de los equipos y el tipo de intervención que desarrollan.
- Necesidad de homogeneizar la evaluación y dar una mayor sistematización a la intervención.



- Necesidad de visibilizar el programa y dotarlo de estabilidad.

Victoria Hidalgo explica que los próximos retos son completar la evaluación iniciada en Almería, Cádiz y Sevilla, "ya que sin esa evaluación será imposible llevar a cabo ese contraste que nos permita ver qué cambios se han producido en la familia". De igual modo, se plantea ampliar la evaluación al resto de todas las provincias para que sea una evaluación comprensiva, que incluya a todos los equipos, a los grandes y pequeños, a los de ámbito rural y urbano, etc.

Los resultados de la evaluación permitirán obtener evidencias empíricas del impacto real del Programa de Tratamiento Familiar y obtener información para introducir las mejoras necesarias para hacerlo más eficiente.





## Mesa 3. Buenas prácticas en la intervención de los equipos de tratamiento familiar

Carlos Martínez Martínez

Miembro de la Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar de Andalucía



Carlos Martínez Martínez, miembro de la Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar de Andalucía, fue el encargado de presentar las experiencias de buenas prácticas de los Equipos de Tratamiento Familiar:

- La utilización terapéutica de los cuentos. ETF Ayuntamiento de Aljaraque (Huelva).
- Convivir entre la tormenta y la calma. ETF Ayuntamiento de Armilla (Granada).
- Escala 'Graded Care Profile' para trabajar situaciones de negligencia. ETF del Ayuntamiento de Baena (Córdoba).

Para Martínez, estas experiencias son consideradas como Buenas Prácticas porque permiten una visión integral de la persona en su contexto relacional con sus potencialidades y vulnerabilidades; son adecuadas para las familias y su situación; están de acuerdo con los valores y la ética profesional; dan resultados positivos para un objetivo específico; son innovadoras en el contexto, en el proceso o en el resultado y, finalmente, son experiencias que empoderan a las familias, a los y las profesionales y a la comunidad.



## Mesa 3. Buenas prácticas en la intervención de los equipos de tratamiento familiar La utilización terapéutica de los cuentos

**Ricardo Antonio Verdejo Rocataliata**

Psicólogo. ETF del Ayuntamiento de Aljaraque (Huelva)

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



El uso de cuentos, relatos y metáforas –entendido como cualquier recurso narrativo oral o escrito que comporte un traslado de significado– es algo normalizado desde distintas corrientes psicológicas como el psicoanálisis, el constructivismo; la psicología humanista, la psicología Gestalt, la terapia narrativa, la terapia breve estratégica o la terapia de aceptación y compromiso.

Philip Barker habla de dos tipos de cuentos y metáforas. Por un lado, tenemos las historias largas y elaboradas, que se caracterizan por recoger con detalle situaciones clínicas complejas, estar cuidadosamente construidas, partiendo de un conocimiento profundo y exhaustivo de la situación de la familia – persona y su problemática y presentan guiones elaborados. Este recurso terapéutico requiere de cierta destreza a la hora de escribir.

Por otro lado, Barker recoge un segundo grupo, constituido por anécdotas e historias cortas. Éstas incluyen analogías, símiles, imágenes o frases metafóricas breves, son representaciones,

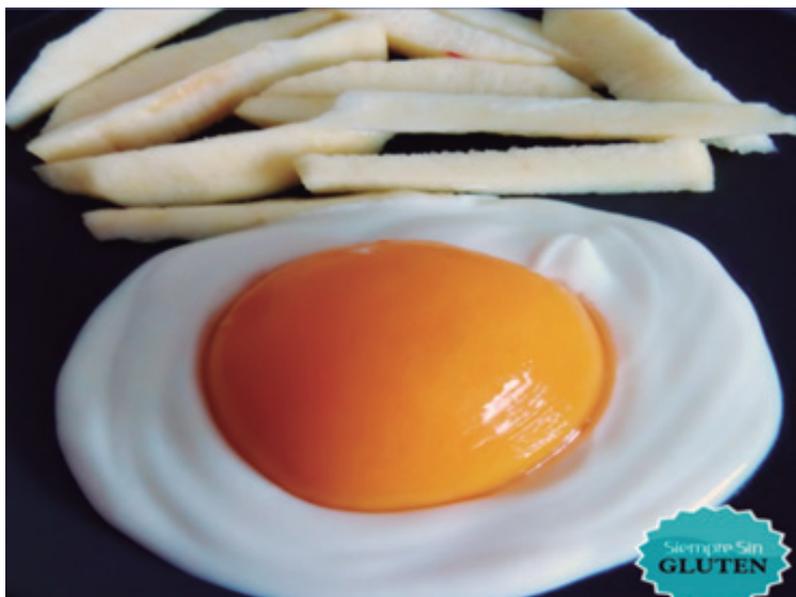


imágenes o conceptos que ilustran algo concreto y suelen ser expresiones cercanas al lenguaje de la familia-persona.

Jenifer Moix, de la Universidad Autónoma de Barcelona, da una serie de pinceladas sobre por qué pueden resultar útiles los cuentos y las metáforas en el proceso terapéutico:

1. Pueden constituir un buen inicio del proceso terapéutico.
2. Proporcionan una nueva forma de contemplar las circunstancias problemáticas de la familia-persona.
3. Se fomenta la creatividad y la imaginación (papel activo).
4. Resultan fáciles de recordar.
5. Anulan las resistencias de la familia-persona para el abordaje de aquello que les preocupa.
6. Permite externalizar el problema y analizarlo con más distancia.
7. Permiten el contacto con las emociones, y su expresión.

"¿Dónde radica el potencial terapéutico de los cuentos y las metáforas para un niño y su familia?", se pregunta Ricardo Verdejo. "En el carácter isomórfico respecto a las circunstancias de la persona-familia con la que estamos trabajando". El isomorfismo es la equivalencia congruente entre dos sistemas que están relacionados a través de una metáfora. Cuando presentamos al niño o a los padres una historia que refleja su problema, pero no es una descripción real y exacta de su problema, se identifican con lo que oyen.





Ricardo Verdejo ejemplifica un caso real. "Nos vino derivado del centro de salud el caso de una madre separada con dos niños, a los que llamaremos Darío y Manuel. La madre viene desbordada por Darío, diagnosticado con TDAH y que le preocupa por su comportamiento disruptivo. Hay un padre periférico que no cumple con sus obligaciones de régimen de visitas y que protagonizó situaciones de violencia de género en presencia de los hijos. Tras intentar contactar con él para trabajar con él se negó a venir. Nos dio el consentimiento para trabajar con sus hijos, pero él se negó".

Verdejo explica que su equipo trató de hacerle ver a la madre que Darío no es el problema. Además, su hermano Manuel está diagnosticado como sobredotado. "Los ojos de Darío son de sufrimiento y su hermano Manuel asume un rol de adulto, de padre ausente que ayuda a la madre para contener a un niño incontinente".

"Decidí entonces ponerme a escribir un cuento para que la madre tome conciencia sobre lo que sienten sus hijos y comenzar a trabajar. La mejor forma de construir una relación terapéutica con un niño que sufre es demostrarle a ese niño que vemos su sufrimiento", explica.

El cuento es el siguiente:

'Sol y luna, hermanos'

"Sol y Luna eran hermanos. Sol era visible, imponente, resplandeciente, luminoso... Luna era igualmente visible, imponente, resplandeciente y luminosa. Cada uno de ellos era majestuoso, de un modo ciertamente distinto. Sol estaba contento de ser quien era. Se enorgullecía de iluminar la vida de todo un planeta. Era agradable sentirse tan poderoso... Bueno, la mayoría de las veces... Porque en algunos momentos a Sol le había resultado abrumador tener que mostrarse siempre tan reluciente y brillante. En alguna ocasión había deseado no tener que presidir el cielo de un modo tan vigoroso. Hubiera estado bien alguna vez poder brillar a medio gas ("sol cuarto menguante", ¿tal vez?). Pero esto no podía ser así, de ninguna manera. En su caso, estaba obligado siempre a mostrarse reluciente, hasta dar paso a su hermana, Luna. Era agotador tener que mostrarse siempre tan lleno de luz, cuando en ocasiones se sentía apagado, sin energía.

Luna, por su parte, deseaba mostrarse siempre llena de fuerza, como su hermano Sol. Cuando era Luna llena se sentía pletórica, poderosa, radiante. Pero era bastante deprimente ver cómo iba decreciendo su tamaño, sin poder hacer nada al respecto, más allá de aceptar que esto era un hecho intrínseco a su propia existencia. Otra cosa bien distinta es cuando iba creciendo, pasar de cuarto menguante a luna llena era una sensación inexplicable, totalmente mágica. Pero sabía que, al poco tiempo, volvería a ser más pequeña nuevamente, sintiéndose más débil... En cambio, su hermano Sol, presidía los cielos siempre con tanta majestuosidad, que parecía que no hubiera otra cosa que hacer en la vida más que observar su belleza y dejar que los minutos pasasen lentamente.

Hubo un día en el que hubo un eclipse total de Sol, fundiéndose ambos en una única figura. Luna fue al encuentro de Sol. Estaba ansiosa por ver el mundo desde la posición de su hermano. Tenía



ganas de sentirse tan poderosa como Sol, que todo el mundo se diera cuenta de su grandeza. Pero pronto pudo comprobar que nadie podía mirar directamente a su hermano. Ni siquiera en un día como hoy, donde los expertos recomendaban no mirar al cielo. Era tal el poder de Sol, que contemplarlo directamente era totalmente inviable, su luz cegadora lo hacía totalmente imposible. Por un momento, se sintió un poco triste. "¿De qué servía ser tan poderoso si nadie podía mirarte?"

Por su parte, Sol le preguntó a su hermana: "Luna, ¿cómo se siente uno siendo débil?". Luna le respondió con otra pregunta: "¿Y siendo siempre tan poderoso, Sol?". "Es agotador, Luna. Uno no tiene siempre la misma energía para brillar con fuerza, pero tienes que hacerlo. Todos esperan que lo hagas. Si al menos pudieran mirarme... ¿De qué me sirve tanto poder si nadie puede mirarme, Luna? Todo el mundo puede observar tu belleza, recrearse en tu luminosidad y tu blancura inmaculada. Pero en mi caso no es posible. Todos saben que estoy ahí, pero nadie me mira. Y el que, despistado, osa hacerlo, desvía rápidamente la mirada encandilado por mi poder".

En lo que duró el eclipse, los hermanos estuvieron hablando todo el tiempo, intercambiando opiniones sobre lo que significaba ser Sol y ser Luna. Una vez que finalizó, ambos volvieron a separarse, con el dulce recuerdo de ese enriquecedor encuentro y deseando que tuviera lugar otro eclipse muy pronto para (re)encontrarse. A fin de cuentas, tanto ser Sol como ser Luna tenía sus ventajas y sus inconvenientes. Había hecho falta ese eclipse para que ambos se percataran de ello y tomaran conciencia. Desde ese encuentro, ya fueron capaces de mirar y mirarse de un modo distinto".

Uno de los hermanos, Darío, se identificó con Luna. Su hermano Manuel, con el Sol.

Las conclusiones que podemos extraer de esta terapia son:

- Además de nuestras destrezas técnicas, es interesante poner al servicio del proceso terapéutico nuestras habilidades y recursos personales.
- Los relatos-cuentos-metáforas facilitan un cambio de encuadre, un cambio de gafas para contemplar nuestra realidad.
- Como cualquier otra técnica puesta al servicio del proceso terapéutico, puede ser más o menos útil dependiendo del terapeuta (y su convicción en la eficacia de la misma), la persona (canal preponderante) y el momento del proceso en que se lleva a cabo.
- Pensamos que es factible la utilización del cuento con un objetivo terapéutico en cualquier fase del proceso de tratamiento familiar: fase de evaluación, fase de tratamiento y fase de cierre.



## Mesa 3. Buenas prácticas en la intervención de los equipos de tratamiento familiar

### "Entre la tormenta y la calma"

Charo Rodríguez Morales, Antonia del Ojo Rodríguez y M.<sup>a</sup> del Pilar González Ruiz

ETF del Ayuntamiento de Armilla (Granada)

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



"Entre la tormenta y la calma" hace referencia a un programa de competencia parental para familias cuyo indicador de riesgo son los problemas de conducta. Esta iniciativa se basa en el Programa EmPeCemos, de los autores Estrella Romero, Paula Villar, M.<sup>a</sup> Ángeles Luengo, José Antonio Gómez-Fraguela y Zaida Robles, adaptado en cuanto a contenidos y también a metodología en función de la evolución de los participantes en relación al reconocimiento del riesgo y la motivación de cambio. El programa EmPeCemos se enfocó por tanto para reunir a las familias y trabajar en la prevención de las situaciones de maltrato.

Charo Rodríguez considera que "de los indicadores de riesgo que manejamos los ETFs, los problemas de conducta tienen algo positivo y es que, al ser tan llamativos, los padres se ven obligados a pedir ayuda".

Los problemas de conducta en los menores tienen especial incidencia en las familias de riesgo incluidas en el PTF. Son también los indicadores de riesgo más frecuentes que encontramos en



los menores con familias en riesgo y pueden llegar a agravarse, pueden llegar a establecerse diagnósticos como el trastorno negativista-desafiante y el trastorno grave de conducta entre otros. El daño que puede llegar a producir en los menores puede ser el rechazo de iguales, consumo de drogas, depresión, abandono escolar y delincuencia, por lo que es muy importante e intervenir tempranamente para evitar la cronicidad.

La finalidad del proyecto presentado es identificar e intervenir el maltrato infantil, especialmente en los problemas de conducta, y reparar el daño en su caso, previniendo nuevas situaciones de riesgo ante las conductas perturbadoras de los menores.

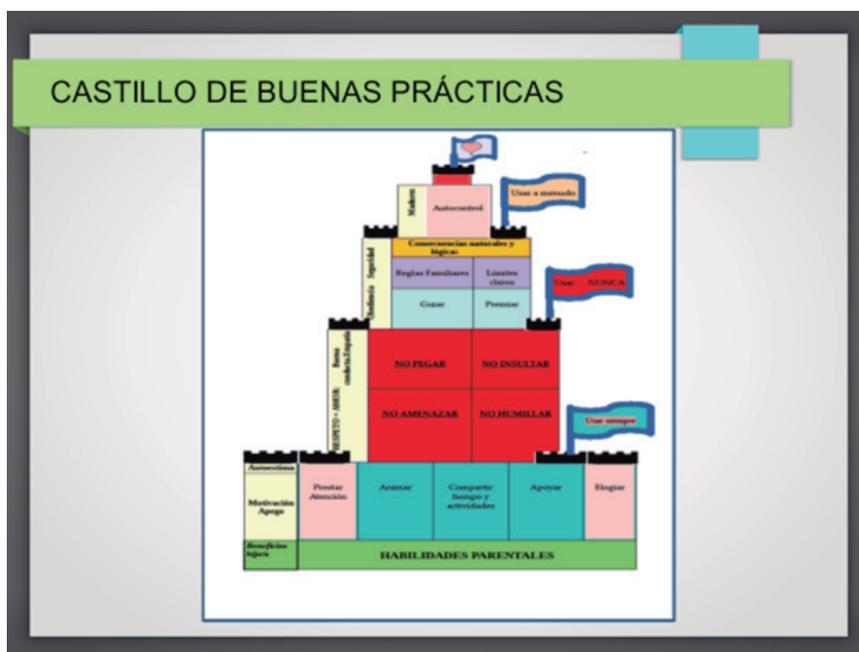
En las sesiones de trabajo se abordan una serie de contenidos básicos, como son:

- El amor y el respeto por los hijos e hijas y la comprensión del daño. Tratamos de identificar las consecuencias de las conductas parentales en los hijos, tanto las positivas como las negativas. Motivación para el cambio.
- Colaboración con el centro educativo. Implicación y ayuda en las tareas escolares.
- Promover una comunicación familiar afectiva, respetuosa y honesta. Ser ejemplares.
- Aprender a ignorar y elogiar: supervisar en positivo.
- Manejar el estrés y el autocontrol.
- Establecer normas y límites de forma eficaz.
- Abordar la mala conducta: qué hacer y qué NO hacer.





En la experiencia se aborda la construcción de un 'castillo de las buenas prácticas':



Los destinatarios son, de manera general, de 5 a 10 figuras adultas de familias con menores en riesgo incluidas en el ETF, cuyos hijos e hijas tienen problemas de conducta y con edades comprendidas entre los 5 y 12 años.

El programa se inicia en enero y finaliza en mayo, con un máximo de 18 sesiones que se llevan a cabo todos los jueves de 10:00h a 12:00h con un desayuno compartido.

La metodología de trabajo es muy escrupulosa por el miedo al fracaso, a que las familias no vinieran. Se trabaja sistemáticamente sobre la motivación para la participación continua al taller:

- Análisis obstáculos para la participación (Trabajadora Social).
- En el centro escolar y hogar familiar se supervisan y atienden las dificultades que surjan con los menores y la familia (Educativa social).
- Apoyo psicológico individual y familiar. (Psicóloga).

Durante las sesiones se utiliza el visionado de videos, los debates y las experiencias compartidas con la finalidad de modelar y moldear las habilidades objeto de aprendizaje.

Todas las tareas se realizan con las familias presentes. "Jamás se les manda hacer 'deberes' fuera, porque hemos descubierto que es una de las razones que hace que muchas familias dejen de venir",



comenta Charo Rodríguez.

Uno de los aspectos considerados es que, dado que muchas familias están desempleadas, por lo que tienen la continua necesidad de estar en otros sitios –buscando trabajo, formándose, etc...– se han intentado incorporar unos títulos homologados con objeto de que les pudieran servir para las bolsas municipales de empleo. "Y de momento funciona bien...", asegura.

Respecto a la evaluación del proceso, hay altas cifras de participación:

- El 89% de las familias se implicaron activamente en el programa.
- El 90% continuaron hasta el final en 2018 y en 2019, el 80%. La tasa de abandono: 10-20%, principalmente por motivos laborales.
- El número promedio de sesiones a las que asistieron fue de 11,20.

También se ha registrado un alto índice de integridad: el 87% de las actividades previstas fueron aplicadas. Hay una percepción altamente positiva por parte de los participantes:

- El 100% de las familias percibieron mejoras.
- El 100% consideraron apropiado el modo en el que el programa les ayudó a afrontar los problemas.
- El Índice de satisfacción global es del 100% en relación al impacto del programa en sus vidas y un 100% lo recomendaría a otras familias.

En cuanto a la eficacia del programa, se comprueba que:

- Desciende la práctica de tácticas basadas en el castigo.
- Aumenta el uso de refuerzos positivos.
- Aumenta la implicación afectiva con sus hijos.
- Descienden las dificultades para autocontrolarse.
- Disminuyen los patrones de comunicación defensiva.
- Se reducen los problemas de conducta con especial fuerza en los problemas de conducta más severos.



## Mesa 3. Buenas prácticas en la intervención de los equipos de tratamiento familiar

### Escala Graded Care Profile para trabajar situaciones de negligencia

Antonio Luis Molina Expósito

ETF del Ayuntamiento de Baena (Córdoba)

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Este proyecto trata de adaptar a España una escala de valoración de situaciones de negligencia. "La situación de la que partíamos era las dificultades para valorar las situaciones de negligencia porque en muchas ocasiones nos centrábamos en lo más grave y había otras áreas que dejábamos en segundo plano y nos costaba trabajo decidir si el ritmo de cambio era suficiente o no lo era y tardábamos en darnos cuenta de su gravedad. También había casos en que nos costaba trabajo decidir si el ritmo de cambio era el adecuado o no y cuando íbamos a tomar una decisión. También era un esfuerzo recopilar toda la información sobre el caso y que resultara fácil de transmitir sin dejarnos ninguna faceta. También descubrimos que necesitábamos herramientas que estuvieran validadas..." explica Antonio L. Molina.

¿Por qué se decide optar por la Escala Graded Care Profile de Srivastava y Polnay? "Vimos que era una escala accesible (de hecho, se puede descargar fácilmente el original desde Internet) y vimos que



estaba muy reconocida, había una evidencia que apoyaba su calidad y había estudios en el Reino Unido de su implantación a nivel nacional. En esos estudios hablaban de cuáles eran las ventajas y cuáles eran los inconvenientes. Nos ahorra mucho trabajo trabajar con una herramienta de la que ya supiéramos sus limitaciones. Fue fundamental también el hecho de contactar con el autor quien no solo nos dice que nos va a ceder los derechos, sino que nos va a ayudar a la adaptación".

Las características principales de esta escala son:

- Valora los cuidados que da la persona cuidadora al menor.
- Están organizados en ítems donde se valora de 1 a 5 la calidad de ese cuidado, entendiendo que 1 es lo ideal y 5 cuando no se cubre ninguna necesidad, según la pirámide de Maslow.
- Describe lo observado en visitas domiciliarias y entrevistas.
- Hay que identificar cual es el nivel de cada cuidado, en una escala ordinal de cinco, según la implicación en el cuidado y, por tanto, el nivel en el que se cubren las necesidades del menor de edad.
- Tiene alto acuerdo entre personas evaluadoras.

¿Qué aplicaciones se pueden dar a esta escala?

- Valora de forma exhaustiva las situaciones de negligencia.
- Sirve para identificar las lagunas de información de los evaluadores. La prueba sirve muchas veces para firmar con las familias en los proyectos de intervención que uno de los objetivos va a ser conseguir información sobre determinadas áreas.
- Identifica los puntos fuertes de la unidad familiar. Es útil para construir alianzas con las familias.
- Implicación de la familia en la valoración y en la elección de los objetivos. Se puede rellenar la escala conjuntamente con la familia.
- Propuesta de objetivos de forma graduada.
- Seguimiento/evaluación continua del caso. Permite comprobar cuáles son los cambios experimentados.
- Herramienta de comunicación entre servicios. Se puede pasar la información a otros servicios para que puedan comprobar si el caso mejor o empeora.
- Mejora de la objetividad en la toma de decisiones.

¿Qué se ha hecho hasta el momento?

- Prueba piloto por el ETF de Baena (2017-2018)



- Revisión de la traducción ya adaptación (segundo semestre de 2018).
- Revisión de la herramienta con profesionales (primer semestre de 2019)
- Participación de 30 entidades y profesionales.

Objetivos próximos:

"Nuestro siguiente paso es celebrar una jornada formativa para el 25 de junio. Nuestra intención con esta jornada es:

- Ofrecer información sobre cómo utilizar el Perfil de Niveles de Cuidados.
- Recoger datos para analizar el grado de acuerdo entre jueces.

Esto nos permitirá la primera aproximación para comparar la fiabilidad de la adaptación española con la original británica y poder utilizarla en cualquier situación y dar la oportunidad para aquellos que quieran mejorarla de tener un punto de partida", comenta Antonio.







## La alianza terapéutica en el trabajo con las familias: cómo empoderar a la persona/familia en los casos difíciles

**Valentín Escudero Carranza**

Profesor de Psicología. Director de la UIICF. Psicoterapeuta y supervisor clínico (FEAP).

Director del programa de tratamiento de menores Xunta-FUAC

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Valentín Escudero comienza su intervención explicando como "desde el año 2000 estaba implicado en el trabajo de establecer alianzas con las familias. Realmente conseguir un sistema de trabajo con los usuarios es mucho más que una dificultad coyuntural, creo que es el desafío fundamental. Esta fue la idea que nos animaba entonces y lo que vamos a trabajar".

Con el tiempo se ha logrado que esté escrito negro sobre blanco en las leyes de protección a la infancia y que se plantee la idea de riesgo sin colaboración es igual a probabilidad alta de desamparo. Esto es muy importante porque se está hablando no solo de las situaciones de riesgo sino de la colaboración. Al mismo tiempo es muy peligroso decir si las familias colaboran o no colaboran... La colaboración no es a veces lo que pensamos. "Muchas veces los usuarios se quejan de que no colaboramos. La parte que es peligrosa cuando se dirime la colaboración como algo que puede formar parte de una toma de decisiones, es que siendo algo que es bidireccional (co-laborar: trabajar juntos) pues lo va a decidir la parte que tiene más poder, esto es: los profesionales", explica. "Esto



implica una responsabilidad muy grande”.

Recientemente se ha lanzado el libro 'Alianza Terapéutica con Familias' "donde explicamos desde un modelo sencillo como construir alianzas de trabajo con las familias. Nosotros no consideramos que el usuario sea difícil o que la familia sea difícil. A veces ni siquiera el problema en sí podemos considerarlo fácil o difícil. Lo que consideramos difícil es el caso, la complejidad de algunas situaciones", comenta Escudero. En el libro se repasan algunas quejas de parejas en conflicto muy enquistado, trabajo con adolescentes muy reacios, padres aislados, situaciones de trauma y maltrato y el contexto de familias desfavorecidas multiestresadas que van a la deriva en un mar de profesionales, profesionales que también se sienten a veces a la deriva...

[\(Ver vídeo de la sesión de terapia\)](#)

Tras esta experiencia... ¿Cuáles serían las preguntas a plantear ante una situación familiar similar?

- ¿Debería la terapeuta imponer una estructura para que todos puedan hablar? ¿Qué necesita para poner una estructura? ¿Necesita seguridad?
- ¿Debería preguntar por el problema más inmediato que ha llevado a la familia a la terapia? ¿Debería preguntar por el problema 'oficial', en este caso, los problemas del chico del ejemplo?
- ¿Debería centrarse en quien hizo la solicitud?
- ¿Debería comenzar con el menor de edad, ya que es él el identificado como quien tiene el problema?
- ¿Debería respetar la jerarquía de la familia pidiéndoles a los padres que expliquen sus preocupaciones y razones para solicitar la cita?

Veamos las dificultades que se han sugerido en la experiencia de simulación.

- ¿Debería explorar todos los problemas que han salido ya, o mejor debería centrarse en el conflicto que se desarrolla ante ella?
- ¿Es una buena idea hablar por separado con los padres y/o con los adolescentes? ¿Haría eso calmarse a todos, o separar a los miembros de la familia los frustraría aún más y generaría más desconfianza? Ya es un paso que todos hayan acudido juntos a la terapia... Hay una preocupación que es lo que une a todos los miembros de esta familia en conflicto. La cuestión de hablar por separado siempre es una decisión importante porque exige una seguridad del profesional para sobreponerse al clima emocional y crear él un nuevo clima emocional y estructurar un contexto.

Si pensamos en el concepto de alianza terapéutica con las familias, la teoría más tradicional de Bordin (1979) respecto a la alianza de trabajo en psicoterapia nos dice que el vínculo emocional y el acuerdo sobre los objetivos y las tareas son los tres componentes esenciales. Es muy importante que exista en el 'cliente' una sensación de seguridad, de que el profesional va a llevar al cliente a



dónde quiere ir. Respecto a las tareas, no hagamos cosas que para el cliente no tengan sentido. O las explicamos muy bien o las adaptamos a su manera de entender la vida. Si hacemos cosas muy reflexivas a alguien que no es reflexivo, si le pedimos escribir un diario a una persona que casi no sabe leer ni escribir, es evidente que no se va a establecer una buena colaboración.

También es necesario que haya un vínculo entre la persona del terapeuta y la persona del paciente, que haya una sensación de aceptación. Cuando aplicamos esto a una familia en conflicto, se nos queda muy pequeño. La investigación respalda ampliamente este modelo tradicional cuando se trata de psicoterapia individual, pero se nos queda pequeño para un trabajo familiar sistémico.

Tenemos que intentar construir una estructura que nos vaya bien, pero necesitamos siempre tomar decisiones inmediatas. Y en las situaciones de conflicto, este tipo de decisiones suelen ser intuitivas.

Necesitamos tener un punto de vista nuevo, necesitamos un punto de vista que sea inclusivo, que sirva para todos ellos, y que sea eficiente, es decir, que sirva para que se generen cambios en las conductas más difíciles.

¿En qué contexto de experiencia subjetiva es razonable, tiene sentido, el comportamiento que genera conflicto, sufrimiento o bloqueo?

En relación a la sesión de terapia familiar mostrada, hay que tratar de entender, por ejemplo, porqué el hijo está enfadado. Y qué siente. ¿Qué necesitaría para sobreponerse a esta sensación de necesidad de huir? ¿Qué intervención le serviría, aunque fuese muy puntualmente?

"Bien, tienes que sentirte muy seguro para estructurar. Si te sientes seguro, la gente accede a participar en acciones que, a priori, les pueden parecer extrañas", afirma Escudero.

"Puedes empezar a crear un marco donde las preguntas tienen que ver con que cada uno de ellos explique en qué contexto su comportamiento es legítimo o razonable, en base a sus aspiraciones. Tienes que hacer preguntas que hagan ver que es 'razonable' lo que hace, que pueda validar a la persona con su experiencia subjetiva".

Para Valentín Escudero, "lo más difícil es encontrar un punto de vista que haga compatibles todas sus motivaciones 'razonables'. Razonable en el sentido de que, desde su experiencia, es 'razonable' que esté llevando a cabo un comportamiento disfuncional".

"Tenemos que generar un cambio", asegura. Las familias siempre tienen una idea positiva, una idea privilegiada, que es la que genera expectativas y que es la que asocian a felicidad y luego hay una serie de dificultades. Lo importante es preguntar por esa idea que ellos tienen. Este es el mejor momento para separarles y que cada integrante de la familia te cuente sus problemas íntimos.

¿Qué obstáculos nos encontramos para consolidar este nuevo marco que queremos crear?

- Nuestra autoridad técnica nos puede inducir a pensar que nuestras intervenciones tienen



un efecto previsto y acotado. A veces creemos que nuestra intervención tiene un efecto determinado. Y esto no es así. Sabemos que una intervención va a tener un efecto no siempre previsible.

- Nuestros puntos ciegos: no ver que no vemos (tabús, prejuicios, estereotipos, mecanismos de defensa, puntos ciegos, creencias 'naturales'...). Esto puede ser un obstáculo.

Mecanismos para llevarla a cabo:

- Curiosidad terapéutica.
- Complejidad (hacernos competentes en la complejidad).

Tenemos un conocimiento reflexivo e intuitivo. En la curiosidad terapéutica, el conocimiento intuitivo es muy importante: quiere decir que sabemos llegar a algo, pero no sabemos el porqué, el cómo. El conocimiento reflexivo es cuando podemos dar una explicación teórica de algo, podemos ofrecer una descripción válida de cómo hemos llegado a algo. La curiosidad terapéutica entonces implica ser consciente de que no se sabe algo y sentir un impulso por descubrirlo (hay una parte intelectual y otra emocional). Esto no tiene nada que ver con la edad ni la experiencia. Está relacionado con la emoción. La curiosidad terapéutica nace de la emoción.

Llega el momento en que debemos preguntarnos ¿qué explorar?

- ¿Qué parece estar impulsando el caso y el conflicto en esta sesión inicial?
- ¿Quién teme más a participar en la terapia? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor).
- ¿Quién se siente señalado o acusado como la causa de los problemas de la familia?
- ¿Quién siente más vergüenza por la situación que ha llevado a la familia a la terapia?
- ¿Quién se siente acusado de algo concreto por los otros miembros de la familia?
- ¿Quién teme más lo que los demás puedan decir sobre él o ella? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor).
- ¿Quién podría temer que se revele un secreto que él o ella no quiere afrontar?
- ¿Quién teme más que el conflicto se vuelva violento? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor ante la aparición de violencia).
- ¿Quién podría pensar que obtendrá algún beneficio personal del resultado de la terapia? ¿Imaginas qué beneficio sacaría?
- ¿Quién podría tener una idea concreta de lo que le gustaría lograr como resultado de la terapia?
- ¿Quién puede tener claro que es bueno el hecho de que los otros miembros de la familia



vengan y participen en la terapia?

- ¿Quién parece más dispuesto a agradar a la terapeuta? Hay que tener cuidado con esto... Un terapeuta debe trabajar para todos, no sólo para los que le agradan o conectan con él.
- ¿Quién parece más abierto a la idea de que la terapeuta podrá entenderlo y comprender su situación personal?
- ¿Quién podría estar más convencido de que la terapeuta entenderá a los otros miembros de la familia y comprenderá por lo que cada uno está pasando?
- ¿Quién teme que la terapeuta tome partido por los otros en contra de él/ella?
- ¿En qué contexto (o marco subjetivo) resulta legítimo y tiene sentido lo que hacen los distintos miembros de la familia?
- ¿Por qué es 'razonable' lo que hacen?

Una vez que tenemos respuesta de estos interrogantes, la cuestión que se plantea es cómo hacerlo.

El modelo SOFTA de alianza terapéutica empieza por la seguridad. Básicamente, trata de ver cómo puedo fomentar un nivel mínimo de seguridad para que el proceso comience mejor. La seguridad tiene mucho que ver con la seguridad del profesional. ¿Cómo puedo mostrar un interés genuino por comprenderles y entender su visión de los problemas sin que nadie se sienta excluido o acusado? De igual modo, ¿cómo puedo transmitir la convicción y sentimiento de que cada miembro de la familia está sufriendo? ¿Puedo unir a los miembros de esa familia ayudándolos a recordar o recuperar el amor que sienten el uno por el otro y todo lo bueno que han compartido?

"Lo que planteamos es que el proceso empieza siempre por construir seguridad y por fomentar conexión emocional. Es decir, que la persona se sienta emocionalmente entendida, que sienta validada su experiencia subjetiva", explica Valentín Escudero.

Estos son los dos mecanismos básicos para generar compromiso y colaboración como familia. Si no hay seguridad es muy difícil que se genere conexión emocional o que se reconecten ellos si no creas un contexto seguro y si no hay conexión emocional todo nuestro conocimiento técnico no sirve de nada.

Hay 3 axiomas muy importantes:

Alianza expandida: En contextos particularmente difíciles es imprescindible construir una alianza fuerte y personal con cada miembro de la familia y ampliar esa alianza dentro de la propia familia (es decir, entre ellos) para identificar –y trabajar en– objetivos compartidos. Nosotros empleamos un modelo llamado multimodal recursivo, es decir, que la intervención tiene espacios diferentes. Cada persona necesita un espacio. Algunos chicos que vemos en desprotección, que no tienen familia practicable, muy abandonados... utilizamos terapia de grupo de adolescentes como otro espacio



diferente. Intentamos coordinar espacios terapéuticos que se relacionan con las necesidades de la familia, con la estructura familiar. Son recursivos en el sentido de que yo les pido permiso a ellos.

Casos difíciles: ¿Difícil? ¿Qué o quién? No es 'difícil' la persona o la familia que atendemos sino el caso, calificamos como "difícil" el contexto terapéutico como un todo –el problema, la derivación, la cronicidad, el conflicto, los recursos, etc.- y nos incluye a nosotros.

¿Difícil... significa?: "Difícil" es un adjetivo asociado en nuestra mente a "complejidad", "desafío profesional", "motivación especial"; "privilegio", poder aprender de esa complejidad.

Las tareas del proceso de intervención. ¿Cómo organizamos el trabajo?

1. Crear un contexto de alianza: Seguridad para conectar. Conectar antes de corregir. "Expandir la alianza".
2. Conocer el sistema familiar: explorar/valorar el riesgo/daño. Fórmula de equilibrio del sistema.
3. Re-encuadre sistémico: Es como confeccionar un puzzle. Ellos vienen con una serie de piezas, las más feas, las más dolorosas, las que más les molestan... y las ponen sobre la mesa de una manera desorganizada. Lo que se ve ahí o es caótico o es feo. La función del profesional es sacar más piezas, porque la familia tiene piezas bonitas, recuerdos que les unen, experiencias positivas... Y llega un momento en que, con ellos, juntamos las piezas y ven otra cosa que ya no es tan fea. Esto es el re-encuadre sistémico.
4. Promover cambios: cambios en la pareja, individuales, etc.
5. Terminar: saber cuándo y dónde finaliza la intervención. Hay que resistir la presión.

¿Qué ideas rescataría como las más importantes? Para dar respuesta a esta pregunta os presento este 'Decálogo de la intervención focalizada en la alianza':

1. Hay buenas personas que son malos padres y malas personas que son buenos padres.
2. Hay usuarios que no se han sentido seguros ni en el útero materno. He conocido chicos con dificultades enormes que, pese a todos los intentos, jamás se han sentido seguros.
3. ¿Soy un explorador o soy un soldado? Confieso que el profesional que me gusta es un explorador, una persona con facilidad para ser infiel a su propio mapa, puede cambiarlo y corregirlo. Hablo de ser infiel a las propias hipótesis con facilidad, es decir, buscar caminos apropiados diferentes para la gente que estás guiando, aunque el mapa que te has hecho señale otro camino... Tener curiosidad siempre. El soldado, por contra tiene un razonamiento motivado y claro: esto es un síntoma tal o un síndrome cual y el camino para la solución es este. Creo que quienes trabajamos en servicios sociales tenemos muchos momentos 'soldado'. ¿Qué hace que las personas sean flexibles? La gente más flexible no es que tengan un coeficiente intelectual



mayor; el pensamiento crítico, las lecturas, influyen... es básicamente, enamorarte de ser un explorador. Lo fundamental es la variable emocional, hay gente que le gusta ser explorador, tienen esa curiosidad terapéutica.

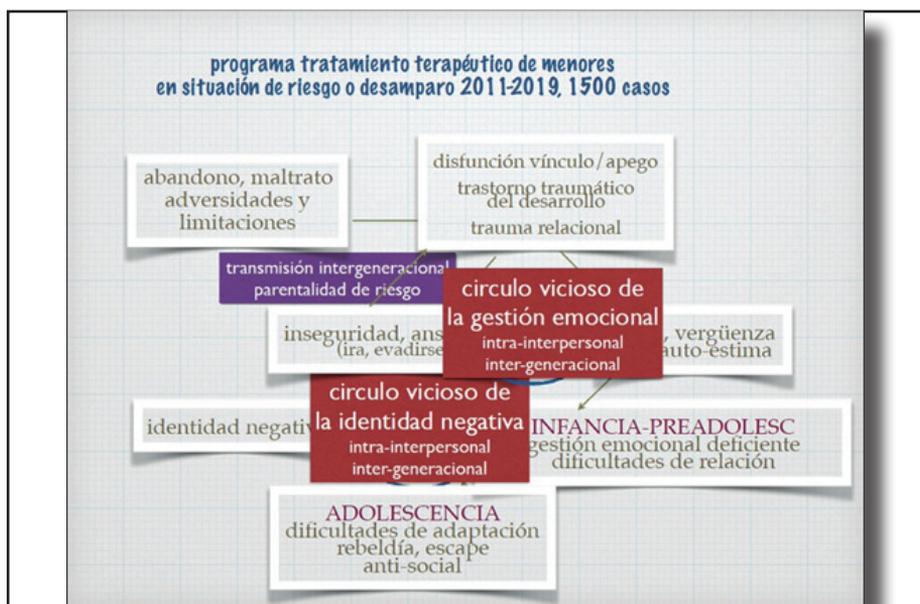
4. La protección (temporal) de un usuario se puede prescribir, en ocasiones de forma coercitiva. La colaboración del usuario en cambio no se puede prescribir.

5. ¿Qué falta aquí... disposición, motivación o capacidad? Podemos encontrarnos con usuarios que no tienen la menor gana de estar en la terapia, no tienen disposición, pero sí pueden estar motivados. En ocasiones una persona puede estar muy dispuesta a la terapia y luego en el trabajo con la persona, se muestra desmotivada. Y finalmente, podemos encontrar una persona con mucha disposición, mucha motivación y una incapacidad para hacer determinadas acciones que le encomendamos porque no tiene la capacidad real de hacerlas.

6. ¿Qué es el 'Riesdaño'? Valoramos el riesgo y valoramos el daño, pero debemos valorar también la interacción que hay entre riesgo y daño. Es muy importante entender que determinadas situaciones de daño hacen vulnerable y ponen en riesgo a la persona por muchísimo tiempo. Incluso el tratarle bien le puede suponer un riesgo.

7. ¿Por qué el problema se parece a una cebolla? Casi siempre trabajamos en capa, especialmente la parentalidad. La capa exterior, que llamamos CxC, es el trabajo de consenso y coordinación. La capa intermedia, donde trabajamos la relación de pareja (o en el nivel relacional de un sistema parental) y se genera una triangulación del menor. La tercera capa es la capa interior, un trastorno del vínculo o de salud mental en uno (o ambos) progenitores o sistemas cuidadores.

8. ¿Cómo se origina y mantiene esta enfermedad invisible? En el siguiente esquema reproduzco cómo entendemos nosotros la dificultad que lleva a un círculo vicioso en la gestión emocional y a un círculo vicioso en la identidad negativa. Cuanto peor hijo se siente él, más atrapada ella, más malos padres se sienten ellos... y cuanto más malos padres se sienten ellos, más culpables y peores hijos se sienten. Es el círculo vicioso de la identidad negativa. Están, por tanto, gestionando mal sus emociones. Cuanto más frustrado se siente él, más le culpabiliza a él y más rebelde se pone. Los dos objetivos centrales del trabajo es interrumpir el círculo vicioso de la gestión de emociones y el círculo vicioso de la identidad negativa.

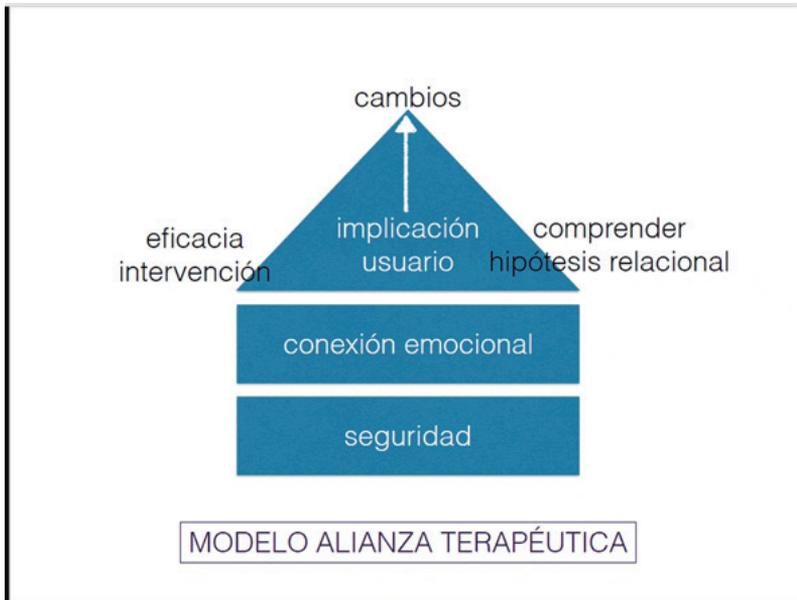


9. ¿Qué significa la frase "no tiene conciencia del problema"? ¿Y "no tiene control" del problema?

paradigma	posición	características	directriz básica
no problema	no te reconozco	antagonismo relacional, defensividad, confrontación con profesionales	no escalar, encajar bien
	no entiendo esa necesidad	asimilación, limitaciones, cultura de negligencia o maltrato, transmisión intergeneracional	educar, apoyar, valorar limitación
	no consciente, negación	situaciones traumáticas, enorme dificultad de afrontamiento, mecanismo de defensa psi.	analizar el nivel inconsciente, psic.
no control	son los otros	atribución externa dentro de la familia, hacia otras personas, profesionales, instituciones	trabajar la atribución
	ya he/mos hecho todo	impotencia, desamparo aprendido, burn out	trabajar la auto-eficacia



10. La casa terapéutica.



Finalmente, y para terminar, concluir que la base de todo, la base principal, es la seguridad.





## La nueva funcionalidad de la aplicación SIMIA. Hoja de Notificación y VALÓRAME

**Pilar Hidalgo Figueroa**

Jefa del Servicio de Prevención. Dirección General de Infancia y Conciliación. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Pilar Hidalgo considera que el maltrato infantil es un problema de etiología multifactorial que requiere un desarrollo y actuaciones coordinadas y de manera integral. "Afortunadamente tenemos un enfoque de trabajo con las familias bajo el prisma de la parentalidad positiva. Esto se relaciona con los escenarios que tenemos en cuanto al sistema de atención a la infancia y adolescencia", explica.

En primer lugar, Pilar Hidalgo sitúa la promoción de los derechos y el interés superior del menor presente en todos los escenarios.

En segundo lugar, sitúa la prevención, en sus niveles primarios, secundarios, terciarios, etc. "y en donde es muy importante contar con instrumentos para poder valorar las capacidades protectoras y resilientes que tienen las familias". Para Hidalgo, siempre hay que tener en cuenta, dentro de la cultura del buen trato, la importancia del enfoque de la educación parental.

En tercer lugar sitúa el nivel de asistencia, donde se estructura toda la red del sistema de protección



de menores, con las competencias autonómicas y locales en Andalucía.

"Por último nos encontramos con la reparación, es muy importante recuperar el proyecto vital del niño, niña o adolescente cuando se le ha dañado", explica.

Pilar Hidalgo señala que en la actual legislación existe la obligación de notificar posibles situaciones de riesgo o desprotección. "Hay todo un entorno estructurado a nivel internacional y nacional en el que se establece que toda persona o autoridad, en el ejercicio de su profesión, está obligada a notificar las situaciones de maltrato, riesgo o desamparo a la autoridad competente. En nuestra normativa autonómica hay dos artículos que también establecen esta obligación".

Es decir, se parte de una premisa en la que notificar situaciones de riesgo y desprotección es algo en lo que todos los sectores implicados deben participar.

Hidalgo explica que la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor, establece en su artículo 8 que, para la detección y notificación de las situaciones de malos tratos a menores, las Administraciones Públicas de Andalucía establecerán los mecanismos de coordinación adecuados, especialmente en los sectores sanitario, educativo y de servicios sociales.

Al respecto, el 20 de noviembre de 2002, Día de la Infancia, se suscribió por parte de organismos de distintos ámbitos competenciales y territoriales, implicados en la atención a menores, el 'Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía', publicado mediante la Orden de 11 de febrero de 2004, que recoge una serie de compromisos, asumidos por las diferentes instituciones que lo suscriben, con la finalidad de desarrollar y potenciar una actuación coordinada, estableciendo protocolos de actuación y promoviendo la creación de un registro unificado del maltrato infantil.

En este contexto normativo se puso en marcha el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA), regulado por el Decreto 3/2004, de 7 de enero, modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, y desarrollado por la Orden de 23 de junio de 2006, por la que se aprueban los modelos de la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.

Pilar Hidalgo considera que "dado el tiempo transcurrido desde la elaboración de la normativa relativa a situaciones de maltrato a la infancia y adolescencia, y de acuerdo con la práctica y el marco normativo existente, se ha considerado necesario la actualización e implantación de forma generalizada de un procedimiento de actuación ante posibles situaciones de riesgo, desprotección o desamparo, con el fin de proteger a los menores de estas situaciones y prevenir daños irreversibles en su desarrollo, así como disponer de datos epidemiológicos para la planificación de medidas". Para ello, afirma Hidalgo, se consideró de gran importancia poder contar con la participación de profesionales de los distintos ámbitos relacionados con la atención y protección a la infancia y adolescencia, mediante la creación de un grupo de trabajo intersectorial.



Así, el 23 de noviembre de 2018, se publicó en el BOJA el Decreto 210/2018, de 20 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (SIMIA), y actualmente se está tramitando su normativa de desarrollo.

Hidalgo explica que la nueva normativa del SIMIA entrará en vigor el día 24 de agosto de 2019, derogando el decreto 3/2004 de 7 de enero, modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, así como a la orden de 23 de junio de 2006. Los principales aspectos que regula son los siguientes:

- 1) Establece un procedimiento de actuación unificado, que implica a la totalidad de profesionales que trabajan con infancia y adolescencia, tanto desde servicios públicos como privados, para la detección, notificación, valoración y registro de casos en los que se tenga constancia o se sospeche la existencia de situaciones de riesgo o desamparo vinculadas al ejercicio de los deberes de protección de los niños, niñas y adolescentes, por parte de sus padres, madres, personas tutoras o guardadoras.

- 2) Se aprueba un modelo de hoja de notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo, que sustituye al anterior modelo de hoja de detección y notificación de maltrato infantil, de manera que se simplifica su cumplimentación y tramitación, con el fin de generalizar y facilitar el uso de la misma.

En este sentido, se elimina el uso de códigos, se agrupan en 4 las 11 tipologías de maltrato existentes y se utilizan listados de indicadores físicos, emocionales, de negligencia y de violencia sexual, más frecuentes, con notas aclaratorias donde se ha considerado necesario. Asimismo, solo se realiza una valoración global, distinguiéndose entre dos niveles de gravedad: "leve/moderado" y "grave". En función de lo señalado, la hoja se notificará telemáticamente a los Servicios Sociales Comunitarios (leve/moderado), o bien al Servicio de Protección de Menores (grave).

- 3) Se aprueba y publica el Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía, VALÓRAME, que aporta criterios técnicos para la valoración de la existencia y la gravedad de estas situaciones producidas en el seno familiar, así como para las correspondientes tomas de decisión.

- 4) Establece el uso de la aplicación SIMIA, para la cumplimentación informática de la hoja de notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo, así como de la hoja resumen del instrumento VALÓRAME, posibilitando el anexo de documentación complementaria, su envío electrónico a los organismos competentes, y ofreciendo a su vez, información sobre las situaciones de riesgo y desamparo, tipologías, valoración de su gravedad y pautas de actuación.

- 5) Configura el registro SIMIA, que contendrá los datos de las hojas de notificación, así como de las hojas resumen del instrumento VALÓRAME, permitiendo el seguimiento de los casos y



la aproximación a la dimensión social de este fenómeno, disponiendo de datos que ayuden en la planificación de medidas y permitiendo asimismo la colaboración con el Registro Unificado de Maltrato Infantil, de ámbito estatal, mediante la integración en el mismo de los datos estadísticos correspondientes.

6) Dispone el establecimiento de protocolos y convenios, en los que se acuerden las pautas de actuación que deberán inspirar la intervención de los distintos ámbitos relacionados con la atención a la infancia y adolescencia, a fin de evitar duplicidad de actuaciones o intervenciones inadecuadas, y conseguir una actuación coordinada.

7) Establece la colaboración ciudadana en la detección y comunicación de posibles situaciones o circunstancias que comprometan el bienestar o pongan en peligro la integridad de los niños, niñas y adolescentes, a través de los medios telefónicos, electrónicos y de atención directa que se articulen para ello, incluyendo canales específicos para su uso por la infancia y la adolescencia.

8) Dispone la realización de acciones dirigidas a la sensibilización y formación permanente de los y las profesionales, así como la creación de mecanismos de supervisión, seguimiento y apoyo que faciliten la eficacia y eficiencia del trabajo.

9) Establece la evaluación y revisión del procedimiento mediante informes estadísticos, grupos intersectoriales de trabajo y otros mecanismos que se consideren adecuados, a fin de proceder a su actualización tras la experiencia en su aplicación, introduciendo las modificaciones que resulten necesarias para su mejora.

10) Finalmente, regula las actuaciones ante la detección de intervenciones profesionales inadecuadas, estableciendo que deberá ponerse en conocimiento de la persona superior jerárquica y colaborar en la adopción de las medidas oportunas para su corrección.



## La nueva funcionalidad de la aplicación SIMIA. Hoja de Notificación y VALORAME

**Carlos Martínez Bermúdez**

Psicólogo del Equipo de Tratamiento Familiar de Tarifa. Diputación Provincial de Cádiz

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Carlos Martínez comenzó su intervención realizando una reflexión sobre el Sistema de Protección de Menores: "me apasiona ver que todos los que trabajamos en temas de infancia en situación de riesgo, lo hacemos en un único sistema. Esto nos permite tener a nuestro alcance todos los instrumentos que se están construyendo". Martínez considera al SIMIA como una herramienta que permite hacer todo el trabajo de detección y notificación, "que es la primera puerta de entrada por donde llegan nuestros niños y niñas en situación de riesgo". De igual modo, considera necesario hacer un gran trabajo con las escuelas y los centros de salud, a los que considera como "los grandes notificadores de las situaciones de riesgo". "Necesitamos por tanto sensibilizarlos sobre la gran importancia que tiene el que nos comuniquen cualquier situación de riesgo", asegura.

Carlos Martínez afirma que se ha avanzado mucho en estos últimos 25 años, "viendo ahora los sistemas que tenemos, todos los instrumentos con que contamos y la gran profesionalidad de los equipos, veo que hemos avanzado muchísimo. Y no sólo en el caso de los ETF sino también en los servicios sociales comunitarios. Tenemos que ser optimistas por todo lo que hemos construido a



nivel individual y a nivel colectivo.

Para el psicólogo de la Diputación de Cádiz, la principal prioridad en estos momentos es la de potenciar la relación entre los Servicios Sociales y los Servicios de Protección de Menores. "Somos especialistas en que familias que no se comunican, con enormes disfuncionalidades, terminen llevándose bien y comunicándose. Pero, paradójicamente, no tenemos ni idea de cómo mejorar la comunicación entre nosotros y los servicios de protección de menores ¿Por qué no somos capaces de aplicar todas nuestras estrategias terapéuticas y lograr una mejor comunicación?", se pregunta.

Martínez considera que "tenemos un cliente común. Nuestros clientes no son los padres. Trabajamos con los padres para su recuperación, pero para mejorar el bienestar del niño. Nosotros, los ETFs no nos debemos terapéuticamente a los padres. El trabajo terapéutico con los padres es porque queremos, por supuesto, mejorar el bienestar de los padres, pero el fin último es mejorar el bienestar de los niños".

Finalmente, propone que los ETFs y los técnicos de protección de menores se sienten juntos "y digamos "tenemos a este niño, tenemos que ayudar a este niño, tenemos que salvaguardar a este niño... vamos a hacerlo". Me da igual que sea dentro o fuera de casa, pero ambos tenemos que comprometernos para mejorar esta situación".





## Declaración de situaciones de riesgo en el actual marco normativo

**Jaime Aguilera García**

Jefe del Servicio de Protección de Menores de Málaga

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Jaime Aguilera resalta dos ideas básicas:

- El sistema de protección es amplísimo. "El sistema de protección nos atañe a todos. Muchas veces somos víctimas de que se focaliza en determinadas personas porque parece que "eso es vuestro", explica.
- Necesidad de evitar la confrontación entre distintos servicios, "cuando estamos todos en el mismo barco y hay un único objetivo que es el niño, y para eso se nos paga, para que ese niño salga a delante".

En relación a la declaración de riesgo, Jaime Aguilera resalta el modelo vasco y, especialmente, la necesidad de utilizar la declaración de riesgo como un instrumento sólo y exclusivamente cuando sea necesario, "y si no nos sirve, no la utilizemos". Para Aguilera "es necesario ponderar muchísimo cuando hacer uso de esa herramienta. Por ejemplo, en una situación que es grave pero no tanto como para un desamparo y además se puede trabajar con la familia, no lo utilizemos. En estas circunstancias, quizás aún podamos conseguir algo".



En relación a las familias con riesgo crónico, por ejemplo, cree que la declaración de riesgo no servirá de nada. "Al final lo único que consigues es establecer un muro de desconfianza con la familia. El gran peligro es utilizar la declaración como 'paso a previo a'...".

Para Aguilera hay dos requisitos previos para evitar hacer uso de la declaración de riesgo:

- Una situación que es grave, pero no lo suficiente como para una declaración de desamparo.
- Una familia que, con el temor a la declaración de riesgo, se pueda trabajar con ella, aún se pueda hacer algo.

"Si se dan esos dos requisitos, continuemos trabajando", afirma.

En relación al aspecto legal de la declaración de riesgo, Jaime Aguilera explica que "hace dos años nos reunimos todos los servicios con los fiscales y nos dejaron claro que, respecto a la declaración de riesgo, hoy en día es perfectamente legal hacer que cualquier alcalde de cualquier municipio andaluz, previa la instrucción del procedimiento administrativo correspondiente, firme una declaración de riesgo".

Aguilera cree que "la ley de infancia en Andalucía debería estar ya en vigor". De igual modo, considera que el papel de la Junta de Andalucía en todo el proceso debe ser el de asesorar, acompañar y legislar, "pero eso no es ninguna coartada para que los ayuntamientos se nieguen a hacer declaraciones de riesgo porque digan que la ley no está en vigor".

El modelo básico de procedimiento es un procedimiento administrativo con un instructor, para municipios de más de 20.000 o para los de menos de 20.000 en acuerdo con Diputación.

"Todos estamos de acuerdo en que al final tiene que haber un órgano colegiado que justo empieza donde termina el instructor", señala. Actualmente se barajan dos caminos: un órgano colegiado más decisor, que se parecería más a la comisión provincial de protección; y un órgano colegiado no decisor que lo que hace es una propuesta técnica o un informe-propuesta que se hace llegar al alcalde-presidente de esa comisión.

Respecto a la composición de ese órgano, hay dos grandes líneas:

- Una comisión colegiada donde solo está el ayuntamiento (SSC, ETF...).
- Una comisión que se abre a otros actores de la población (centros de salud, centro educativo, policía local, guardia civil...).

"Personalmente me gusta más esta última porque lleva a un aspecto clave como es la corresponsabilidad entre todos los actores, los maestros, el centro de salud, la policía local... En definitiva, todos ellos son parte del sistema de protección. No hay que olvidar que la declaración de riesgo lleva consigo un proyecto de intervención. Se le dice a la familia que el foco está sobre ellos. Si no participa más gente que no sean los servicios sociales, creo que el fracaso está más



que asegurado. Y si al final el director del colegio y el director del centro de salud tienen que votar en la comisión, su voto hace mucho más potente el instrumento cuando de verdad sea necesaria la declaración de riesgo", afirma.

## Declaración de situaciones de riesgo en el actual marco normativo

**Antonio Manuel Jiménez Sánchez**

Servicio de Prevención de la Delegación Territorial de Málaga

[\(Ver vídeo de la intervención\)](#)



Antonio Manuel Jiménez considera "muy bueno tener la oportunidad de que Protección y Prevención estemos juntos hablando de un tema que a todos nos interesa, como es la declaración de riesgo". Acto seguido pasa a explicar el proceso seguido en la provincia de Málaga a la hora de afrontar la declaración de riesgo.

En la provincia de Málaga se parte de dos ideas motrices a la hora de afrontar la declaración de la situación de riesgo:

La responsabilidad de las corporaciones locales en la declaración de situación de riesgo. "Nosotros consensuamos que a partir de la Ley 1/98, el mandato que teníamos en la legislación estatal era que la declaración de situaciones de riesgo correspondía a las corporaciones locales. Partiendo



de eso, no nos parecía correcto iniciar ninguna andadura sin contar con las entidades locales, Ayuntamiento y Diputación, que son quienes deben pilotar esta cuestión. El servicio de protección y el servicio de prevención estaban embarcados juntos en este tema". Jiménez considera que este es un sistema llamado a entenderse y que los agentes de base, servicios sociales comunitarios y equipos de tratamiento familiar, tienen que estar incluidos. "Ellos iban a ser quienes declarasen la situación de riesgo y para ambos servicios teníamos claro que debíamos facilitar, acompañar y establecer un espacio de diálogo sobre las declaraciones de situaciones de riesgo. Creo que eso lo que hace es hermanar y mejorar el trabajo. Nuestra idea es conseguir que los servicios de prevención sirvan de espacio de diálogo, de esa oportunidad de encuentro entre administraciones locales y autonómicas. Creemos que ese es el marco a poner en valor".

A propuesta de la Dirección General, explica Jiménez, se llevaron a cabo una serie de encuentros, se estableció una hoja de ruta en la que se invitaba a establecer propuestas y se ofrecía la oportunidad de hacer un pilotaje de lo que debía de venir con la nueva ley de infancia. "Es cierto que el marco ideal habría sido tener esa legislación que, tal y como dice el mandato estatal, articulara en cada territorio autonómico como se iba a ejecutar la declaración de situación de riesgo. Eso no lo teníamos. Había una presión de fiscalía y creíamos que la inacción era dar pie a que se pudieran generar una serie de iniciativas particulares –siempre loables– pero que corrían el riesgo de generar dispersión normativa y procedimientos diferentes en función de cada corporación local", explica.

Así, "llegamos a la conclusión de que era necesario mantener ese debate y en la medida de lo posible, reflexionar conjuntamente y tratar de llegar a consensos y propuestas que no solo sirvieran para el territorio provincial de Málaga, sino que también pudieran alumbrar el debate que se impulsaba desde la Dirección General y aspiraba a generalizarse al resto de provincias".

Para Jiménez, era evidente la necesidad de contar con las corporaciones locales. "Ellas son las que van a hacerlo y por tanto el papel del servicio de prevención y protección de menores era simplemente el acompañarles y facilitarles una reflexión en base a lo que conocíamos".

Y puntualiza: "la declaración de riesgo debe servir para algo. Esto es un mandato legal y viene para quedarse. Podemos hablar sobre la pertinencia o no de la declaración de riesgo, pero más allá de las conclusiones de cada uno, el caso es que teníamos ese instrumento, la declaración de riesgo. El reto es hacer virtud de ella, que sirva para algo, servir a la intervención profesional".

Así, se convocó un encuentro con responsables políticos para informarles del estado de la cuestión. "Durante un tiempo fuimos señalando determinadas situaciones a los responsables institucionales y explicando que hay una reforma legal en marcha que está por venir. Sabíamos que había algunos reglamentos planteados sobre el asunto y que era un mandato legal que la fiscalía podía llegar a exigir".

En estas primeras reuniones con los dirigentes políticos lo principal era recordarles que ellos son



los responsables de regular el marco autonómico. "Nosotros vamos a esperar, pero no ponemos el inconveniente para que nuestros cuadros técnicos empiecen a colaborar para ir iniciando la reflexión sobre cómo aplicar la declaración de situaciones de riesgo", explica.

Se tuvieron nuevos encuentros de trabajo con los profesionales de base, se invitó a servicios sociales comunitarios y ETFs a hablar sobre ello. "Nos enorgullece decir que todos nuestros técnicos, de las 17 corporaciones locales de la provincia, participaron en las tareas de debate sobre la declaración de riesgo", comenta.

Las jornadas de debate permitieron ver la diversidad de ideas que había sobre la cuestión. Igualmente emergía la necesidad de unificar y homogeneizar los procedimientos. También emergió la solicitud expresa de que la administración autonómica, aunque no era la competente en la declaración de las situaciones de riesgo, sí debería acompañar a las corporaciones locales en todo el proceso.

La segunda premisa clave es que las declaraciones de riesgo deben ser útiles. "Llevamos muchos años funcionando sin ellas. El sistema de protección ha ido avanzando sin las declaraciones de riesgo por tanto... ¿qué viene a sumar la declaración de riesgo? De eso se trata, de que la declaración de riesgo sea un instrumento operativo. Que se ponga en marcha cuando realmente funcione y pueda contribuir a la intervención profesional. Declarar el riesgo sólo por sentirnos seguro a la hora de realizar propuestas de desamparo... pues no lo vemos, creemos que apoya inercias institucionales, ralentiza tiempos, agota intervenciones profesionales y no contribuye en nada a la mejora de la situación del niño o de la niña", explica Jiménez. Para los equipos de Málaga, la declaración de situación de riesgo debe hacerse solo en aquellos casos en los que la familia no muestre su colaboración y cuando haya un pronóstico de evolución desfavorable hacia situaciones de desamparo. "Las demás creemos que se pueden atender con los recursos que tenemos", afirman. "Declarar una situación de riesgo por declarar no sirve de nada".

Consideran muy positivo el hecho de que, al estudiar la situación de determinadas familias, se propicie un dialogo entre todos los agentes implicados. "Nosotros apostamos por la organización de un órgano colegiado que conforme una voluntad, pero no solo por alcanzar una declaración administrativa concreta sino por la oportunidad de crear espacios de relación y reflexión entre los diversos agentes que intervienen con el niño. Si decimos que es necesario sentar a salud, educación, a las fuerzas de seguridad, a los ETFs... es porque creemos que ese grupo puede ser una oportunidad para saber qué le pasa a ese niño. Es la oportunidad de construir un caso". En este sentido, huyen del formalismo de un órgano local. "Lo interesante es que los referentes reales de esa familia, el maestro, el profesor, el pediatra, la trabajadora social... sean los que realmente compongan esa comisión", asegura Jiménez.

Para los equipos de Málaga, quienes mejor pueden hablar sobre una declaración de riesgo en el seno de una familia son los que mejor conocen a esa familia, "si no, no nos sirve".



El objetivo es crear espacios de dialogo, crear oportunidades de hacer pedagogía sobre lo que supone el sistema de protección para agentes clave de la comunidad. Supone sensibilizar sobre la dureza y las dificultades del trabajo con familia. Y supone, en definitiva, la oportunidad de crear compromisos concretos de cara a esa intervención ulterior que debe venir tras la declaración de la situación de riesgo.

Jiménez resume, finalmente, la propuesta de Málaga: "declaración de situación de riesgo, pero siempre que sirva; y para que sirva necesitamos que sea un órgano de trabajo operativo, que hay que hacerlo compatible con los requerimientos legales de los órganos colegiados. Para nosotros la comisión de riesgo sí es un órgano que tiene capacidad de corresponsabilizarse y por tanto de tomar decisiones. Nosotros no nos escondemos. Esa comisión es la que analiza lo ocurrido, toma compromisos concretos y adopta decisiones".

De igual modo, valoran la necesidad de que, en ausencia de marco legal, por la propia seguridad jurídica de las familias y los equipos, se aproximen posturas y "se siga construyendo" entre todas las entidades implicadas.









JUNTA DE ANDALUCÍA