



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

MANUAL DE REFERENCIA DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR

*DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y
FAMILIAS*

NOVIEMBRE 2007

INDICE

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1. MARCO LEGAL	9
2. MARCO TEÓRICO	19
a. ¿Control o ayuda en la prevención de la desprotección infantil?	22
b. Ideas clave del programa de tratamiento a familias con menores	23
3. MODALIDADES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES	35
3.1. Tratamiento a familias con menores en situación de riesgo social	35
a) Finalidad	35
b) Objetivos	35
c) Destinatarios	37
d) Criterios de inclusión	40
	42
3.2. Tratamiento a familias para posibilitar la reunificación familiar:	
a) Finalidad	42
b) Objetivos	42
c) Destinatarios	44
d) Criterios de inclusión	45

CAPÍTULO II: MODELO ORGANIZATIVO PARA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

1. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA	49
2. NIVELES Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA	51
3. ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES	54
4. CRITERIOS DIFERENCIALES DE ACTUACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS DEL PTF	67
5. CIRCUITO GENERAL DE DERIVACIÓN DE CASOS	74

CAPÍTULO III: LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR

1. PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE TRATAMIENTO FAMILIAR. FUNCIONES Y TAREAS COMUNES DEL EQUIPO Y ESPECÍFICAS DE CADA PROFESIONAL	80
2. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR	85
3. CONDICIONES FAVORECEDORAS DEL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR	86

CAPÍTULO IV: DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

1. CONCEPTO DE TRATAMIENTO	93
2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO	96
3. PROCESO DE TRATAMIENTO	97
a. FASE INICIAL	97
- Proceso de evaluación e instrumentos	98
- Pronóstico, vulnerabilidad y competencia familiar.	101
- Factores de protección	103
- Factores de riesgo	107
- Indicadores de gravedad y riesgo	110
- Técnicas recomendadas durante esta fase	111
b. FASE DE TRATAMIENTO	115
- Elaboración del Proyecto de tratamiento familiar	115
- Condiciones que facilitan el éxito de los acuerdos	119
- Realización del tratamiento	120
- Técnicas recomendadas durante esta fase	121
c. FASE DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	125
- Técnicas recomendadas durante esta fase	125
- Procedimiento para finalizar el tratamiento	128
- Recomendaciones sobre la elaboración de informes	130
- Seguimiento del caso	131
- Evaluación del caso	132

CAPITULO V: SINGULARIDADES DEL SUBPROGRAMA DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR

1. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	135
2. CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA RECUPERABILIDAD DE LA FAMILIA	138
3. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y EL PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR	139
4. TEMPORALIZACIÓN	141
5. FUNCIONES DE LOS AGENTES IMPLICADOS	143
6. SISTEMAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN	150

CAPÍTULO VI: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES


a. EVALUACIÓN DEL CASO	156
1. Seguimiento del caso	156
2. indicadores de evaluación de resultados	157
b. INDICADORES BÁSICOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	162
1. cobertura general del programa	162
2. características de los casos atendidos	162
3. evaluación de los recursos	163
4. evaluación del proceso	163

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
SIGLAS UTILIZADAS EN EL MANUAL	167

ANEXOS:

1. RESUMEN DE LA DOCUMENTACION NECESARIA	170
A. Documentos técnicos que necesita el etf	170
B. Documentos técnicos que ha de emitir el etf	171
C. Documentación interna del etf	172
	173

2. ANEXOS

 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	173
a. Necesidades infantiles	173
b. Factores de protección y de riesgo (de los padres, menores y entorno)	176
c. Factores de riesgo de los padres mas frecuentes en cada uno de los tipos de maltrato infantil	183
d. Escala de bienestar infantil	185
e. Inventario de problemas de conducta del niño	187
f. Criterios de gravedad y de riesgo en situaciones de maltrato/abandono infantil	188
g. Definiciones, indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltratos infantiles..	204
h. Factores asociados al pronóstico y recuperabilidad familiar	213
i. Esquema de las áreas familiares a explorar	218



PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN

j.	Protocolo de derivación de los SSCC al ETF	220
k.	Protocolo de derivación del SPM al ETF	222
l.	Acta del coordinador/a aceptando que el ETF trabaje con la familia	224



DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF

m.	Proyecto de tratamiento familiar	225
n.	Acta de acuerdo entre los servicios implicados en el PTF	230
o.	Contrato del ETF con la familia	232
p.	Informe de seguimiento al derivante	233
q.	Protocolos de derivación del ETF al Servicio de Protección de Menores	238



DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF

r.	Registro de actuaciones en el caso	258
s.	Ficha de seguimiento de la coordinación	259
t.	Solicitud a los SSCC sobre la utilización de recursos comunitarios	260
u.	Seguimiento educativo del menor	261
v.	Protocolo de registro de visita domiciliaria	265



DOCUMENTACIÓN de evaluación del ptf

w.	Memoria técnica anual	268
----	-----------------------	-----

CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES (PTF)

1. MARCO LEGAL

2. MARCO TEÓRICO

- A. ¿Control o ayuda en la prevención de la desprotección infantil?
- B. Ideas clave del programa de tratamiento a familias con menores

3. MODALIDADES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

3.1. Tratamiento a familias con menores en situación de riesgo social:

- a) Finalidad
- b) Objetivos
- c) Destinatarios
- d) Criterios de inclusión

3.2. Tratamiento a familias para posibilitar la reunificación familiar:

- a) Finalidad
- b) Objetivos
- c) Destinatarios
- d) Criterios de inclusión

MARCO LEGAL

Además de ser un compromiso moral que la sociedad debe contraer con sus miembros más débiles, los poderes públicos, por imperativo legal, deben asegurar a los niños y niñas la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar y desarrollo integral, arbitrando las medidas tendentes a que las personas a cuyo cargo se encuentran los menores, los protejan y promuevan el ejercicio de sus derechos.

Estos derechos se han plasmado a lo largo del siglo XX en diferentes instrumentos normativos de carácter internacional, nacional y autonómico. A continuación se relaciona, sin ser exhaustivos, la normativa más relevante relacionada con esta materia, existiendo otra legislación que en el marco estatal y autonómico está vinculada a la temática de menores.

A- Normativa Internacional.

La Convención de los Derechos de la Infancia, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, donde se recogen y desarrollan los principios enunciados en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959. Fue ratificada por el Estado Español el 30 de noviembre de 1990, entrando en vigor el 6 de enero de 1991. Representa un instrumento internacional obligatorio por el que los estados que la ratifican se comprometen formalmente a respetar los derechos y deberes en ella enunciados, pasando a formar parte del derecho interno de estos países.

B- Normativa Estatal.

- La **Constitución Española de 1978** además de otorgar a los niños y niñas todos los derechos reconocidos como fundamentales en su Título I, establece en su articulado una serie de garantías para que sea efectivo el cumplimiento de los mismos, proporcionando una especial protección tanto a la infancia como a la familia (art. 39), a nivel social, económico y jurídico.

De acuerdo a la distribución competencial establecida en su Título VIII, la cual responde al modelo de organización territorial en Comunidades

Autónomas, se distinguen en el ámbito de la protección a la infancia dos marcos jurídicos diferenciados, el estatal y el autonómico, a los que corresponden también atribuciones distintas. Se distinguen de esta forma el marco judicial (estatal) y el marco administrativo (autonómico) .

Así, según el artículo 149 de la Constitución Española, al Estado le corresponden las competencias exclusivas en materia de administración de justicia y legislación penal y penitenciaria.

De acuerdo a ello se han promulgado distintas Leyes Orgánicas en el ámbito de la atención y protección a la infancia:

- **Ley 21/1987**, de 11 de noviembre, la cual introdujo cambios significativos en el ámbito de la protección al menor. Entre ellos, la sustitución del concepto de abandono por el mucho más amplio y completo de desamparo, serecoge la figura del acogimiento como nueva institución jurídica y se regula un nuevo régimen de adopción.

Del mismo modo, potencia el papel de las Entidades Públicas con competencias en protección de menores, reduciendo simultáneamente la intervención judicial.

- **Ley Orgánica 10/1995**, de 23 de noviembre, **del Código Penal** vigente, que dedica el Capítulo III del Título XII del Libro II, a los delitos contra los derechos y deberes familiares.
- **Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de **Protección Jurídica del Menor**. Construye un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones directamente relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general. Para ello se realiza una reforma en profundidad de las instituciones de protección reguladas en el Código Civil, introduciéndose una serie de conceptos clave, como la situación de riesgo y desamparo, que facilitan la actuación de los poderes públicos.
- **Ley Orgánica 5/2000**, de 12 de enero, reguladora de la **responsabilidad penal de los menores**. Sitúa la mayoría de edad penal en los 18 años y establece, de acuerdo a los mismos principios que inspiraron la ley Orgánica 4/1992 sobre Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores, las medidas aplicables, el procedimiento, los recursos, la responsabilidad civil y la ejecución de las medidas en los supuestos de

menores que cometan hechos tipificados como delitos o faltas.

- **Ley 7/1985**, de 2 de abril, reguladora de las **Bases de Régimen Local**. Atribuye a los municipios competencias en materia de prestación de servicios sociales y de promoción y de reinserción social en los términos establecidos en la legislación del Estado y de la Comunidad Autónoma.

C- Normativa Autonómica.

El artículo 148 de la Constitución Española contempla que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia de asistencia social, en base a lo cual el **Estatuto de Autonomía para Andalucía, Ley 6/1981**, recoge la asunción de competencias exclusivas en materia de asistencia y servicios sociales y en materia de instituciones públicas de protección y tutela de menores, respetando la legislación civil, penal y penitenciaria (art. 13).

- **Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía**. Regula y garantiza un sistema público de Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma, siendo una de sus áreas específicas de actuación la promoción del bienestar de la familia, infancia y adolescencia. Establece los niveles de responsabilidad de las distintas Administraciones Públicas (la autónoma, Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos) en el ámbito de los servicios sociales.

En virtud de la misma le corresponde a las **Corporaciones Locales**:

- La prevención, información y reinserción social de los menores.
- La detección de los menores en situación de desprotección.
- La intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio.
- Apremiar, intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo.

La **Administración Autonómica** realizaría actuaciones de:

- Planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores de la Comunidad Autónoma.
- Desarrollo reglamentario de dichas materias.
- Ejercicio de las funciones de protección que implican separación del

menor de su propio medio familiar “apreciar el desamparo, asumir la tutela, ejercer la guarda, promover el acogimiento familiar y formalizar la propuesta previa de adopción”. En este sentido, la entidad pública competente para el desarrollo de estas funciones de protección y tutela en la Junta de Andalucía es la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Infancia y Familias y los Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social.

- En desarrollo de la ley 2/1988 se aprueba el **Decreto 11/1992**, de 28 de enero, por el que se regula y se establece la **naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios**.

Las actuaciones en este ámbito están dirigidas a la prevención, detección y a la intervención con el fin de proporcionar el bienestar social que precisen los ciudadanos y se concretan en los siguientes programas:

- Información, valoración, orientación y asesoramiento.
- Servicio de cooperación social.
- Servicio de Ayuda a Domicilio, regulado por la Orden de 22 de octubre de 1996.
- Servicio de convivencia y reinserción social.
- Prestaciones Básicas Complementarias. En ellas se enmarcan las ayudas económicas a familias con carencias de recursos suficientes para la atención de las necesidades básicas de los menores a su cargo, evitando así el internamiento del menor y facilitando su integración en el entorno familiar y social.

Los Servicios Sociales Comunitarios desarrollan intervenciones con menores y familias a través de programas de carácter comunitario o bien dirigidos especialmente a la familia e infancia, así como proyectos individualizados de intervención.

- **Orden de 13 de abril de 1998, por la que se regulan las ayudas económicas familiares**, como prestación complementaria de los Servicios Sociales Comunitarios y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales de su territorio.

Son prestaciones temporales, dinerarias o en especie, de carácter preventivo, que se conceden a familias para la atención de las necesidades básicas de los menores a su cargo cuando carecen de recursos económicos suficientes para ello. Se dirigen a la prevención,

reducción o supresión de factores que generan situaciones de dificultad social para los menores, con el fin de evitar su institucionalización y posibilitar su integración en el entorno familiar y social.

- **Ley 1/98, de 20 de abril, de los derechos y de la atención al menor.** Establece el marco jurídico de actuación en materia de promoción y protección de los derechos de los menores y explicita los principios rectores a los que habrán de ajustarse las actuaciones públicas y privadas en este ámbito, siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor.

A través de esta Ley se conforma el Sistema de Atención a la Infancia de Andalucía, como conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Públicas orientados a satisfacer los derechos de los niños a través de la promoción, la prevención de las situaciones de riesgo y el establecimiento de los sistemas protección tendentes a garantizar su desarrollo integral y promover la vida familiar normalizada.

La Ley 1/98 articula un sistema de colaboración y cooperación entre las distintas administraciones públicas para posibilitar una actuación coordinada en aras a garantizar el adecuado ejercicio de los derechos de los menores, así como la detección y prevención de situaciones de riesgo o del maltrato.

En concreto, establece que la **Administración de la Junta de Andalucía** es competente para la “planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores en la Comunidad Autónoma”. Por su parte, a las **Corporaciones Locales** les corresponde “el desarrollo de actuaciones de prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como para la detección de menores en situación de desprotección y la intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio. Igualmente son competentes para apreciar, intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo”.

Del texto de la Ley 1/98 se desprenden cuáles han de ser los criterios de actuación en cualquier intervención en materia de menores, tales como:

- El fomento de medidas preventivas a fin de evitar situaciones de desprotección y riesgo para los menores.
- Se procurará la permanencia del menor en su propio entorno familiar.
- Se promoverán planes integrales dirigidos a la promoción de la

infancia y a la prevención de situaciones de riesgo.

- Las medidas de apoyo a la familia podrán ser de carácter técnico y económico.
- El apoyo técnico consistirá en intervenciones de carácter social y terapéutico a favor del menor y su propia familia, y tenderá a la prevención de situaciones de desarraigo familiar.
- Las medidas de apoyo a la familia se llevarán a la práctica con la colaboración y de forma coordinada con los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes.

La Ley define expresamente las situaciones de riesgo como “aquéllas en las que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que no requieran su separación del medio familiar”. Con la misma claridad, la Ley obliga a la administración a actuar en estos casos al establecer que la apreciación de la situación de riesgo conllevará la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención social individual y temporalizado que, en todo caso, deberá recoger las actuaciones y recursos necesarios para su eliminación.

La ley 1/98, entre otras aportaciones contempla la creación de la figura del Defensor del Menor, como adjunto al Defensor del Pueblo Andaluz y de una serie de órganos colegiados de participación y coordinación como son el Consejo Regional y los Consejos Provinciales de la Infancia, así como el Observatorio de la Infancia en Andalucía para el desarrollo de la investigación y formación en este ámbito.

- El **Decreto 237/1999**, de 13 de diciembre, regula el **Consejo Regional** y los **Consejos Provinciales de la Infancia**, como foros de participación social de las Administraciones Públicas Andaluzas y las instituciones públicas y privadas, incluidas las integradas por menores, interesadas en promover la planificación y el seguimiento de las políticas públicas relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de los menores.
- Por otro lado el **Decreto 228/1999**, de 15 de noviembre, regula el **Consejo Andaluz de Asuntos de Menores**, órgano colegiado consultivo y asesor de las Administraciones Públicas en materia de menores. Su objeto es ofrecer una visión objetiva e independiente de la situación de la infancia en nuestra Comunidad que contribuya al análisis de los problemas que le afectan y a la definición y formulación de las políticas públicas en este ámbito. Para ello se compone de una selección de pensadores, científicos e intelectuales andaluces o que desarrollen su actividad en Andalucía.

- Como complemento a este fin se crea mediante **Decreto 75/2001**, el **Observatorio de la Infancia en Andalucía**, órgano de carácter colegiado para el desarrollo de actuaciones de investigación, formación documentación, así como el establecimiento de un sistema de información que permita el adecuado conocimiento, análisis técnico, seguimiento y evolución de los asuntos relacionados con los derechos y la atención a los menores.
- El **Decreto 205/2004**, de 11 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, designa a la **Dirección General de Infancia y Familias** como el centro directivo al que corresponde, entre otras funciones, las siguientes:
 - Las relativas al ejercicio de las competencias que tiene atribuidas la Junta de Andalucía en materia de adopción, acogimiento familiar y otras formas de protección a la infancia.
 - La ordenación y coordinación de los recursos destinados a la infancia y familias, tanto tanto de la Administración de la Junta de Andalucía como colaboradoras y la gestión de los recursos propios.
 - El establecimiento, gestión y control de las ayudas económicas y de otra especie que se otorguen en esta materia.
 - El diseño, realización y evaluación de programas específicos en este ámbito.
 - Las competencias relativas a centros de atención socioeducativa de niños de 0 a 3 años, excepto su autorización, registro e inspección.
 - Reconocimiento, expedición y renovación de títulos de familia numerosa.

A las **Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social**, a través de los denominados en su momento Servicios de Atención al Niño, le corresponden la ejecución, en el ámbito territorial de su provincia, de las funciones que a la Comunidad Autónoma compete en su condición de entidad pública. De forma básica, la iniciación, tramitación y resolución de todos los expedientes de protección.

Los **Servicios de Atención al Niño** han experimentado una transformación organizativa de acuerdo al **Decreto 156/2002**, de 21 de mayo, por el que se modifica parcialmente la relación de puestos de trabajo de la Administración General de la Junta de Andalucía correspondiente a la Consejería de Asuntos Sociales. La nueva situación supone un importante incremento en términos de estructura y de dotación cuantitativa de recursos con el fin de impulsar y consolidar el compromiso de los poderes públicos en el desarrollo del sistema de atención a la infancia y familia, proporcionando una mejor respuesta en lo concerniente a la intervención

publica en la prevención y protección de menores.

En virtud de ello los Servicios de Atención al Niño se diversifican en dos servicios distintos, el de Prevención y Apoyo a la Familia, entre cuyas funciones cabe destacar el seguimiento y coordinación en el ámbito provincial de programas de prevención y apoyo a la familia, y el de Protección de Menores, el cual concentra las tareas operativas de tutela, acogimiento y adopción, así como la gestión y supervisión de los centros de menores.

- Como consecuencia de la distribución de competencias que se recoge en la Ley 1/1998, la Administración de la Junta de Andalucía y las Corporaciones locales deben establecer los oportunos mecanismos de cooperación para el adecuado ejercicio de sus respectivas competencias.

De acuerdo a este mandato legal, y con el fin de ofrecer una respuesta efectiva a otros principios legales de actuación en materia de protección a la infancia, como son el fomento de las medidas de prevención y las actuaciones dirigidas a evitar la separación familiar del menor, se pone en marcha el **“Programa de Intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social”**, a través de la **Orden** de la Consejería de Asuntos Sociales **de 13 de julio de 2000**.

Su finalidad principal se dirige a preservar los derechos y el desarrollo integral de aquellos menores en situación de riesgo por circunstancias de dificultad familiar, evitando la separación de la familia, mediante un tratamiento e intervención específica e integradora que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de desventaja social que pueda afectar directa o indirectamente el desarrollo de los niños

Para ello se articulan una serie de subvenciones económicas dirigidas a los ayuntamiento andaluces de municipios con población igual o superior a 50.000 habitantes, y que se destinan a la constitución de uno o más equipos multiprofesionales, en función de su población, compuestos por un psicólogo, un trabajador familiar y un educador familiar.

El equipo se integra dentro de los servicios sociales municipales y desarrolla sus actuaciones a través de un Proyecto de Intervención Familiar, en constante colaboración y coordinación tanto con los Servicios Sociales Comunitarios como con los Servicios de Atención al Niño de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Asuntos Sociales.

A raíz de la puesta en marcha del Programa se suscribieron 22 Convenios de Cooperación con sendos ayuntamientos lo que supuso la creación de 28 equipos de tratamiento.

La progresiva consolidación del Programa y la experiencia adquirida durante el proceso, así como la valoración positiva general del mismo han evidenciado la necesidad de su continuidad, introduciendo no obstante cambios en lo que respecta a los criterios de distribución poblacional así como la ampliación de las situaciones susceptibles de tratamiento por los distintos equipos, reforzando además los recursos personales de los mismos.

Para ello y transcurrido un año desde el inicio del Programa, con fecha **31 de octubre de 2001** se publica una **Orden** de la Consejería de Asuntos Sociales, modificando la de 13 de julio de 2000, con la cual se aumenta el número de equipos, de 1 a 2, en aquellos municipios con una población comprendida entre 180.000 y 400.000 habitantes.

Posteriormente, **la Orden de 10 de mayo de 2002**, supone la revisión y el ajuste de algunos aspectos técnicos del Programa, que pasa a denominarse de **Tratamiento a Familias con Menores**, así como y un importante incremento en cuanto a los municipios que pueden acogerse al mismo y de los recursos personales disponibles, que tienen como fin la mejora de la eficacia y de la eficiencia de las intervenciones. De esta forma, se amplía el límite poblacional a los 20.000 habitantes y se aumentan el número de profesionales y de equipos por municipio, en función de determinados criterios de población.

Es destacable asimismo que junto a las actuaciones con menores en situación de riesgo, finalidad inicial del Programa, se abordarán igualmente los casos en los que sea factible la reunificación familiar de los menores con los que se haya adoptado una medida de protección.

- Dentro del proceso de planificación e implementación del programa a todo el territorio, a tenor de los resultados obtenidos y del propio desarrollo del marco establecido en la Ley 1/1998, de 20 de abril, con la publicación de la **Orden de 25 de marzo de 2.003**, por la que se extiende a las Diputaciones Provinciales la aplicación de lo dispuesto en la Orden de 10 de mayo de 2.002, se culminó la implantación del programa en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Las innovaciones normativas de la Ley 38/2003, General de Subvenciones,

y en la Ley 3/2004, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras, así como la experiencia acumulada durante la vigencia de las anteriores órdenes reguladoras, y los resultados obtenidos en el proceso de evaluación de los diversos agentes implicados en el programa, hicieron necesarios la adecuación del procedimiento y el ajuste de algunos aspectos técnicos del mismo para conseguir mejorar su eficacia y eficiencia, que se concretaron en la publicación de la **Orden de 20 de junio de 2.005**, por la que se establecen las bases para otorgar subvenciones a las Corporaciones Locales para la realización del programa de tratamiento a familias con menores, actualmente en vigor y que deroga a las anteriores.

- La necesidad de modificar algunos aspectos definitorios del programa en aras de enriquecer la calidad de la atención a las familias y fundamentalmente, con el claro propósito de modificar la composición y, la distribución de los equipos técnicos, se publica la **Orden de 25 de julio de 2006** por la que se regulan las bases para otorgar subvenciones a las Corporaciones Locales para la realización del programa de tratamiento a familias con menores.

Con esta nueva Orden se contempla la figura del educador sociofamiliar en todos los equipos técnicos(antes solo se contemplaba para los municipios de más de 40.000 hb,) ésto supone una ampliar la operatividad de los equipos y poder atender e intervenir adecuadamente en un área tan influyente y decisiva en las dinámicas familiares que se pretenden modificar, como es el área educativa.

Por otra parte, el criterio establecido en la Orden de 2005 para la asignación de los equipos técnicos a las Corporaciones Locales es exclusivamente el número de habitantes. La experiencia adquirida desde la incorporación al programa de las Diputaciones Provinciales ha puesto de manifiesto que este único parámetro es insuficiente para distribuir los equipos en función de las peculiaridades y las necesidades reales de estas Corporaciones Locales. En base a lo anterior, en la Orden de 2006 se ha realizado una nueva adjudicación valorando, además de la población, otros criterios añadidos que reflejen de la manera más aproximada posible, la compleja sustantividad de las Diputaciones Provinciales, tales como población infantil, número de municipios con población inferior a veinte mil habitantes, número de zonas de trabajo social en su ámbito de actuación y extensión del área geográfica de influencia.

- Siguiendo lo dispuesto en la ley 1/98 que preveía su desarrollo reglamentario, se publica el **Decreto 40/2001**, de 12 de febrero, que **regula la actuación de la Administración de la Junta de Andalucía en los procedimientos de desamparo, tutela y guarda administrativa**. De acuerdo al mismo, la intervención administrativa ante casos de desprotección debe garantizar la efectividad de los derechos de los menores a través de dos objetivos. Por un lado, evitar y en su caso, poner fin a situaciones de maltrato y desprotección y por otra, colaborar con la familia de los menores para proporcionarles una asistencia que ésta no puede asumir de forma temporal. Junto a ello se arbitran mecanismos para que queden salvaguardados los derechos de los padres con relación a sus hijos durante todo el procedimiento.

No obstante, cuando se detecten circunstancias que puedan poner en grave riesgo la integridad física o psíquica de los menores, se prevé una declaración provisional de desamparo, como medida cautelar que permite una actuación administrativa de carácter inmediato

En aquellos casos en los que existan evidencias de dificultades familiares que impliquen un riesgo para el desarrollo personal o social del menor, el artículo 19 del Decreto establece la colaboración de la Administración de la Junta de Andalucía y la local a través de la utilización de los recursos disponibles para evitar que se produzca la situación de desamparo, promoviendo, en su caso, un cambio positivo y suficiente en el comportamiento y actitud de los padres, tutores o guardadores.

MARCO TEORICO

La aproximación al fenómeno de los malos tratos infantiles se ha desarrollado desde distintas perspectivas, relacionadas con los tradicionales marcos teóricos existentes en el ámbito de las Ciencias psicosociales. Cada uno de ellos determina diferentes niveles de análisis de las variables que explican la génesis del maltrato y su mantenimiento, así como las orientaciones para la intervención sociofamiliar. En ellas se ha producido un progresivo desplazamiento de la atribución causal del maltrato, primero centrada en el individuo, después en la sociedad y posteriormente en las interacciones intrafamiliares y sociofamiliares. Destacan entre ellas:

- **Teorías psicológico-psiquiátricas:** las características psicológicas de los padres y la posible existencia de trastornos psicopatológicos condicionan la aparición del maltrato infantil.
- **Teorías sociológicas:** analizan la importancia del contexto social y cultural en la aparición del maltrato.
- **Teorías sobre la interacción familiar:** Se asume, al contrario que en las anteriores, que las relaciones entre padres e hijos no son unidireccionales, sino bidireccionales. El modelo teórico de referencia es el de la teoría del aprendizaje, desde la cual se explican los factores que pueden desencadenar el maltrato y los que pueden mantenerlo.

Algunos autores se han centrado dentro de esta perspectiva en el análisis de aquellas características infantiles que en interacción con las paternas pueden generar en las familias mayores niveles de estrés y precipitar el maltrato. Es el modelo de vulnerabilidad infantil.

- **Teorías multicausales o interactivas:** las interacciones familiares se ven influenciadas además por los factores ambientales. Abordan el fenómeno en toda su complejidad, analizando e interviniendo en la diversidad de factores que actúan de formas simultánea. En la actualidad la mayoría de los modelos explicativos del maltrato se

enmarcan en esta conceptualización general, y aportan además modelos específicos para cada uno de los tipos de maltrato.

Siguiendo esta orientación, desde el Programa de tratamiento a familias con menores se parte de una **visión ecológico-sistémica** de los malos tratos infantiles, que toma como referencias teóricas fundamentales las aportaciones de BRONFENBRENNER (1979) sobre la ecología del desarrollo humano y la visión ecológico-sistémica de BELSKY (1989), en la cual factores individuales, del microsistema, del exosistema y del macrosistema pueden generar tanto riesgo como protección hacia los malos tratos:

- **Desarrollo ontogenético:** Todo lo relacionado con el proceso evolutivo de un individuo y que determina su estructura de personalidad.
- **Microsistema:** Representa el contexto inmediato en el cual se produce el abuso. Al principio para el niño es muy reducido y a medida que crece aumenta su complejidad. Forman parte de este sistema los comportamientos concretos de los miembros de la familia, las características paternas y de los hijos así como su interacción.
- **Exosistemas:** Formado por las relaciones bidireccionales entre los diferentes contextos de desarrollo del niño: escuela, barrio, relaciones sociales, etc.
- **Macrosistemas.** Son los marcos de acción para el resto de sistemas y reflejan supuestos compartidos acerca del modo de interpretación de hechos y fenómenos, sobre el modo de acción, valores, creencias, experiencias colectivas, etc., que componen la cultura.

El **modelo ecológico** reconoce explícitamente no sólo el rol causal potencial de cada uno de estos sistemas, sino también su interacción en la etiología del maltrato. De acuerdo con BELSKY “el hecho de que la respuesta de un padre al conflicto y al estrés tome la forma de maltrato infantil es una consecuencia de la experiencia de los padres en su infancia (desarrollo ontogenético) y de los valores y prácticas de crianza que caracterizan la sociedad o subcultura en la que el individuo, la familia y la comunidad están inmersos”.

Junto a estos **factores** denominados **de riesgo** existen otros **compensatorios** que pueden equilibrar la influencia de los anteriores y que se

situarían en los distintos sistemas. El maltrato tendría lugar cuando el peso de los factores de riesgo fuera muy superior. De ahí la importancia de proporcionar las fuentes de apoyo social necesarias para evitar que en el seno de las familias con dificultades se origine el maltrato o bien evitar la separación de los hijos en el caso de que éste ya se haya producido.

Para ello se ha de intervenir en diferentes contextos: el propio menor, sus familiares, su entorno social, etc. Sólo se llevara a cabo la separación cuando las respuestas de la familia no garanticen la adecuada protección. Es por ello que se plantea integrar las políticas de protección infantil en el marco más amplio de apoyo a las familias en sus contextos, lo cual ha de implicar:

- Priorizar la detección precoz.
- Ofrecer a los profesionales asesoramiento y a las familias tratamiento especializado para disminuir las derivaciones a los servicios de protección infantil.
- Dar respuestas diferenciadas a necesidades diferentes

En concreto, las **LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN** que guían el Programa de Tratamiento a familias con menores son:

- una perspectiva amplia, ecológico-sistémica, que guíe los procesos de análisis e intervención, así como una actitud de permanente acceso y coordinación con las redes y servicios comunitarios.
- Las estrategias y técnicas de tratamiento deben estar adaptadas a las necesidades y posibilidades reales de la familia.
- Ayudar a las familias para que sean competentes en sus funciones parentales.
- Colaboración y corresponsabilidad de las instituciones y profesionales
- Coordinación de la intervención por parte de los diferentes agentes complementarios entre sí.
- Trabajo en equipo e interdisciplinariedad. No sólo con referencia a la labor desempeñada por los equipos constituidos para el desarrollo del Programa, formados por distintos profesionales (psicólogo, trabajador social y

educador socio-familiar), sino también respecto a la necesaria colaboración, coordinación e interrelación con profesionales de otros ámbitos relacionados con la infancia.

- Búsqueda del consenso (documentos, protocolos, decisiones sobre los casos, etc.)
- Visión integral y compartida de la situación de los niños y de sus familias.

Este programa incorpora como principios de actuación los recogidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en su publicación sobre la **Buena Práctica en la Protección Social a la Infancia. Principios y criterios. (1997)** en la cual se definen las **buenas prácticas** como “el conjunto de declaraciones que representan las prácticas más deseables que se recomiendan en el campo de la protección infantil. El propósito final es que se implanten de modo generalizado y que, por tanto, produzcan una unificación en los criterios de intervención”.

Enmarcamos el programa dentro de las necesidades y derechos reconocidos legalmente para la Infancia, entendiendo en concreto que:

- Los niños tienen derecho a una atención adecuada, a una infancia libre de malos tratos y a que sus **necesidades** sean cubiertas.
- Los **padres** son los que mejor pueden protegerles y el recurso normal para cubrir sus necesidades. La mejor forma de proteger a los chicos/as es ayudando a sus padres o cuidadores para que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado.
- la **Administración Pública competente** debe adoptar la medida más oportuna según las características del caso cuando los padres no pueden, no saben o no desean protegerles
- Las decisiones que se tomen tienen que estar basadas en el principio de primacía del **interés del menor**.

A. ¿CONTROL O AYUDA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESPROTECCIÓN INFANTIL?

En la atención a la infancia se produce el falso dilema control-ayuda. Cuando hablamos de prevenir e intervenir sobre los malos tratos o de riesgo de los mismos, no sólo es posible, sino **necesario mantener ambos requerimientos**: el ejercicio del control y el establecimiento de la relación de

ayuda.

La relación de **ayuda** es el componente esencial que permite al profesional modificar las situaciones problema. El ejercicio del **control** para prevenir cualquier forma de violencia familiar supone la influencia intencionada que se ejerce sobre terceros sin emplear coacción física y que tiene como consecuencia que alguien se comporte de una manera más respetuosa con los demás a como lo hubiera hecho de no existir dicho control.

Los profesionales, deben asumir tanto el respeto a los derechos del grupo familiar en su conjunto y al mismo tiempo la defensa del interés del menor y el respeto a sus derechos. Cuando los derechos del menor se vulneran, los **elementos implícitos del control social** que se ponen en juego para proporcionar ayuda son:

1. **Detectar/ señalar** una determinada situación que pueda comportar riesgo, desatención, sufrimiento a un/unos menores. De ahí que sea imprescindible un buen conocimiento de indicadores y factores de riesgo tanto en los menores como en sus familias y contextos.
2. **Ofertar ayuda** una vez detectada una situación, esto es, se ha de procurar influir en las familias para que modifiquen aquellos aspectos que impiden o merman que las necesidades de sus hijos se cubran. El consenso social que establecen las distintas legislaciones así lo determina. En los contextos de riesgo de maltrato, las intervenciones van dirigidas a procurar mejorar las condiciones de vida de su medio a nivel material y relacional.
3. **Poder derivar a niveles de intervención más especializados en la red de atención** en el caso de que no se acepte la ayuda profesional o de que ésta sea ineficaz o insuficiente. La posibilidad (también establecida en las legislaciones) de que la no aceptación por parte de la familia de la intervención o el tratamiento adecuado para modificar conductas maltratantes o negligentes, puede conllevar consecuencias legales, no se han de entender desde una perspectiva punitiva y/o finalista sino que otros servicios con otros instrumentos y desde otro contexto puedan abrir otras posibilidades de atención.

B. IDEAS CLAVE DEL TRABAJO CON FAMILIAS

El trabajo a desarrollar con las familias en el ámbito del Programa de Tratamiento a familias con menores se fundamenta en una serie de ideas clave que resaltamos a continuación, así como se definen los conceptos que también representan los pilares de este programa.

Por un lado, hay que resaltar que los **Equipos de Tratamiento** realizan su intervención en un contexto de sistema público de servicios sociales, estando integrados en el marco de los **Servicios Sociales Municipales**, pero diferenciándose de los Servicios Sociales Comunitarios.

Su acción se debe coordinar con el resto de instancias implicadas en el ámbito de la protección a menores, fundamentalmente las que constituyen los otros elementos integrantes del Programa, los Servicios de Protección de Menores y los Servicios Sociales Comunitarios.

En el Programa se establece un circuito de derivación de los casos a atender por los Equipos de Tratamiento Familiar, con el fin de que éstos intervengan exclusivamente con aquellas familias que cumplan los requisitos establecidos en la Orden reguladora, en cuanto a las características de la dinámica familiar y el tipo de intervención previa que se haya realizado con las mismas desde los otros servicios implicados en el Programa.

Es deseable y necesario que cuando se desarrolla una intervención dirigida a familias con menores en situación de riesgo social o en casos de reunificación familiar, que los distintos profesionales y servicios que actúan con las mismas, **compartan una terminología lo más común posible** para así poder:

- Facilitar la comunicación entre los agentes implicados y mejorar las derivaciones
- No añadir dificultades a las familias (adultos y menores) pues ya les resulta suficientemente complejo el entender los mecanismos y lenguajes administrativo - profesionales.

A continuación se definen algunos términos que se consideran de especial relevancia en el ámbito del trabajo con familias. Otros se desarrollan con detenimiento en la descripción de las fases del proyecto de tratamiento familiar.

.-FAMILIAS CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

Son aquellas en las que los Servicios Sociales Comunitarios (o los

S.P.M, en algunos casos) han detectado que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, que en principio no requieren la separación del medio familiar, pero sí que necesitan cambios en la dinámica familiar para evitar la previsible adopción de una medida de protección de continuar las mismas circunstancias. Estas familias requieren por tanto una intervención terapéutica específica para modificar sus pautas de comportamiento y para disminuir o eliminar los factores de riesgo para los menores, y así poder evitar siempre que sea posible la separación del menor de su entorno familiar.

.- SITUACIÓN DE RIESGO

El concepto de situación de riesgo es utilizado habitualmente con dos acepciones distintas. Por un lado hace referencia a la probabilidad de que un menor sufra maltrato por parte de su familia, en función de la presencia en su entorno de una serie de circunstancias, los denominados “**factores de riesgo**”.

La simple presencia de los mismos en el entorno, en los cuidadores o en los patrones de relación padres-hijos no es signo de maltrato, ya que éste va a ser el resultado de la interacción y el refuerzo mutuo de estos factores. Sí nos van a indicar la probabilidad más o menos alta de que se produzca, si no se dispone del apoyo social o familiar que puedan compensarlos.

Técnicamente entendemos por factores de riesgo: “determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales, medibles mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales), que de acuerdo con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan probablemente en los antecedentes o en los situaciones asociadas a la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades sociales o implicadas en estas” (Casas, 1989).

En resumen, un factor de riesgo es una situación individual, familiar, social o cultural que obstaculiza el desarrollo normal del niño y que puede llegar a provocar la situación de maltrato. Así pues sería la interacción de varios factores de riesgo la que desencadenaría la situación de maltrato, junto con factores específicos que pueden precipitar como sucesos de las diferentes etapas de la vida, interpretación de los hechos, percepción subjetiva del estrés, etc.

Por otro lado nos encontramos con el **sentido jurídico-legal** del término, que adoptamos en este manual, y que se contempla en la distinta normativa

sobre el tema, a raíz de la Ley Orgánica 1/1996, como distinción con las situaciones de desamparo. La **Ley 1/1998** de los derechos y la atención al menor define la situación de riesgo en su artículo 22 como “aquella en la que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, síquico y social, y que no requiera su separación del medio familiar”. En desarrollo de esta Ley el Decreto 42/2002 de 12 de febrero, del Desamparo, Tutela y Guarda del Menor, establece que la detección de circunstancias que impliquen un riesgo para un menor conllevará la colaboración de la Administración Local y Autonómica a través de la movilización de todos los recursos disponibles a fin de promover los cambios necesarios en el comportamiento y actitud de los padres, tutores o guardadores que eviten que se produzca la situación de desamparo.

En función de la gravedad, del grado de colaboración de los padres y del pronóstico se asignará a la familia a un tipo de intervención u otro como veremos mas adelante. En los anexos se adjuntan varios listados para facilitar el análisis del riesgo: las necesidades infantiles (anexo 2A) y los factores e indicadores de protección y de riesgo (anexo 2B).

.- DESAMPARO

El desamparo supone la existencia de una **desprotección** de los menores que requiere la inmediata intervención de la Administración competente, con el fin de prestarles la atención que precisen.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 172 del Código Civil, la Ley Orgánica 1/1996 y la Ley 1/1998 de los Derechos y la Atención al Menor, se define la situación de desamparo como “la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos quedan privados de la necesaria asistencia moral o material”. Igualmente hace referencia a una medida de protección adoptada por la Administración cuando se ha constatado y documentado dicha situación.

La Ley 1/1998 considera **situaciones de desamparo** las siguientes:

- El abandono voluntario del menor por parte de la familia.
- Ausencia de escolarización habitual del menor.
- La existencia de malos tratos físicos o síquicos o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de éstos.
- La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier

- otra explotación económica del menor de análoga naturaleza.
- La drogadicción o el alcoholismo habitual del menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.
 - El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
 - Drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
 - La convivencia en un entorno sociofamiliar que deteriore gravemente la integridad moral del menor o perjudique el desarrollo de su personalidad.
 - La falta de personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas personas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el menor.

.- MALOS TRATOS

Son las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del cuidado del niño, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño (Martínez Roig/ De Paul, 1993). Ya no hablaremos de factores de riesgo sino de indicadores presentes en el menor y en los cuidadores (ver anexo 2G).

Bajo el concepto genérico de maltrato infantil encontramos diferentes tipos de situaciones, diferentes en su etiología, tratamiento y prevención. Sin embargo, tienen algunas características comunes:

- Son el resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar psicológico de los padres o tutores, y a su entorno presente o pasado.
- Afectan negativamente a la salud física y/o psíquica del menor y comprometen su adecuado desarrollo.
- Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

Pero no siempre que ocurren situaciones de malos tratos se tiene que declarar un desamparo, pues como veremos más adelante en función de la gravedad y cuando existan posibilidades de modificar las situaciones de

desprotección familiares puede realizarse una intervención específica en el propio medio del menor, sin necesidad de separarlo de su familia.

En el **anexo 2G** se detallan las definiciones de los diferentes tipos de malos tratos infantiles así como los principales indicadores en los cuidadores y en los niños para cada uno de ellos. Hay un cierto acuerdo en utilizar categorías de mayor o menor gravedad, según la intensidad y frecuencia de los episodios, para definir los diferentes tipos de maltrato: físico, abandono físico, abuso sexual, maltrato emocional y abandono emocional. Las categorías “severas” dentro de cada uno de estos tipos de maltrato apuntarían hacia una intervención directa del Servicio de Protección de Menores. Las categorías “moderadas” en cambio podrían ser tratadas por equipos específicos de tratamiento en el propio entorno familiar.

.- REUNIFICACIÓN FAMILIAR

La adopción de una medida de protección supone la separación del menor de su entorno familiar para garantizar su integridad y seguridad. No obstante, la reunificación familiar es la alternativa prioritaria a considerar y conlleva necesariamente la puesta en marcha de una serie de actuaciones encaminadas a establecer las condiciones necesarias en la familia de origen para posibilitar el retorno definitivo del menor. Esto implica la movilización de una serie de recursos diversos que estarán en función de la problemática presentada por la familia. Uno de estos recursos posibles son los ETF, que colaborarán en el desarrollo y ejecución en el medio de las actuaciones técnicas necesarias para alcanzar en el plazo de tiempo previsto, los objetivos establecidos por los responsables del caso en el Servicio de Protección de Menores para la familia con la que el menor convivía antes de la adopción de la medida protectora, y a la que se pretende que retorne.

.- PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

La adopción de una medida de protección respecto a un menor o menores conlleva la elaboración de un PPI por parte del Servicio de Protección de Menores para el caso en cuestión, que se convierte en el **marco de referencia que guía las actuaciones a seguir** tanto desde este servicio como desde los restantes dispositivos y agentes intervinientes en el caso. La elaboración del PPI y el diseño de su contenido implica la responsabilidad de una serie de decisiones técnicas que competen exclusivamente a los responsables de caso en el Servicio de Protección.

El PPI debe incluir los siguientes aspectos ⁽¹⁾:

- Definición de la **finalidad de la medida adoptada**, el programa en que se incluye al menor y los objetivos generales de la intervención.
- **Duración prevista para las separaciones de carácter temporal**. Plazos de tiempo previstos para la consecución de los objetivos planificados.
- **Recurso a utilizar con el menor**: Acogimiento familiar o residencial; tiempo previsto para el acogimiento; características que debe poseer la familia/centro, para responder a las necesidades específicas del menor, etc.
- Otras **intervenciones complementarias** necesarias, tanto con al menor como con la familia y condiciones para llevarlas a cabo.
- **Valoración de los riesgos** que conlleva el Plan.
- Plazo de tiempo para **la revisión global de caso**.

.- AGENTES IMPLICADOS

Se definen como los servicios, instituciones, profesionales, redes sociales informales y todas aquellas personas que de una forma mas o menos directa tienen una implicación y participación en el caso.

.- REFERENTE DE LA FAMILIA (O “REFERENTE DEL CASO”)

Profesional de cualquier equipo que trabaje con la familia que:

- Coordina las actuaciones de los miembros del equipo.
- Facilita la comunicación entre todos los agentes implicados para que si es necesario puedan modificar sus intervenciones
- Centraliza la información y la relación entre los agentes para que se pueda llevar acabo una intervención globalizada.

.- DETECCIÓN

Supone el primer paso en el proceso de intervención ante las situaciones de desatención y desprotección, y un mecanismo de prevención de las mismas ya que la detección temprana de situaciones de riesgo permitirá poner en

⁽¹⁾ Manual de Intervención de los Servicios de Atención al Niño.

marcha las medidas que impidan una evolución negativa.

Cuando ello no es posible, la detección del maltrato permitirá su notificación, evaluación y la adopción de las medidas de protección correspondientes.

Ha de resaltarse la importancia de que la detección se realice de la forma más precoz posible, a fin de minimizar las secuelas que a nivel físico y psicológico pueda ocasionar el maltrato en el menor.

Para detectar este tipo de situaciones se precisan conocimientos suficientes de los **factores de riesgo** que pueden predisponer y precipitar la aparición de malos tratos (vulnerabilidad) **y de protección (competencia familiar)**, y de los **indicadores** de las consecuencias de los malos tratos.

La colaboración de la población general y concretamente del entorno más cercano a la familia, así como de los profesionales que tienen contacto con la infancia es inestimable, como principales fuentes de información.

En este sentido hay que indicar la obligación que a nivel legal se establece para estos profesionales (sanitarios, de educación, etc.) en la ley 1/1998, de poner en conocimiento de los organismos competentes en materia de protección de menores, de la Autoridad judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar para evitar y resolver tales situaciones en interés del menor.

La detección de una situación de riesgo o maltrato conlleva necesariamente la notificación a las entidades correspondientes y la recepción por parte de las mismas, fases que deben cumplir una serie de requisitos mínimos que garanticen que el proceso se desarrolle en las condiciones adecuadas que permitan una respuesta ágil y eficaz.

• **Errores típicos en la fase de detección**

- Desconocer los derechos de los niños y sus necesidades
- Creer que la detección sólo es responsabilidad de unos pocos
- No creer a los niños cuando ellos mismos denuncian
- No confiar en los servicios sociales de protección de menores o no conocerlos
- Dejarse atrapar por la complicidad en la relación con la familia o el menor y no denunciar su situación, esperando a cambio otros

compromisos.

- Notificar como problema de protección situaciones que no lo son.
- Ofrecer datos erróneos e imprecisos.
- Notificar una supuesta situación de maltrato sin tener motivos razonables para pensar en su existencia.
- No notificar por no estar completamente seguros de que existe la situación.
- Desentenderse del caso una vez notificado.

.- EVALUACIÓN DEL CASO

Ya en el momento de la detección se realiza una valoración inicial de las circunstancias del menor, de su familia y de los posibles signos de desatención o de riesgo.

La **evaluación del caso o el diagnóstico de la situación** se refiere al análisis de las características de la familia y de su funcionamiento que previamente se han definido como indicadores de riesgo social.

La evaluación pormenorizada del caso y su diagnóstico requiere el conocimiento y valoración tanto de los factores de riesgo como de los indicadores de maltrato infantil, y la recogida de la información pertinente de distintos ámbitos.

El objeto de la evaluación es posibilitar la toma de decisiones acerca de las medidas que deben adoptarse con el menor y el tipo de intervención o tratamiento que permita un cambio positivo en las circunstancias familiares.

- Los **errores más frecuentes** en esta fase de evaluación son:
 - No evaluar o realizar evaluaciones incompletas.
 - Plantear solo la evaluación desde las deficiencias de la familia
 - Que la evaluación se plantee en términos finalistas y no orientada a la posterior intervención.
 - Basar la evaluación sólo en los datos obtenidos por uno solo de los servicios intervinientes, sea este el servicio de protección infantil o cualquier otros.

.- PRONÓSTICO

A través de la evaluación del caso se obtendrá la información que nos

permita realizar una valoración de las posibilidades de modificación de la situación familiar, si se disponen de los apoyos y ayudas precisos, de tal forma que disminuya de forma considerable el riesgo de maltrato o éste deje de producirse.

Toda **intervención social**, en el ámbito de la atención a la infancia y familias, se basa en la introducción intencional de una serie de factores en una determinada realidad con el fin de conseguir una situación mejor (Casas, 1998). De este modo, en las situaciones de riesgo de maltrato infantil, el pronóstico podrá medir las **posibilidades/capacidades** que el núcleo familiar del niño tiene para mejorar su situación, así como el equilibrio entre factores de riesgo o vulnerabilidad y factores de protección o de competencia familiar (Montserrat, C. / Val, A. 2000)

El estudio de las situaciones de riesgo o de maltrato tendrá como finalidad elaborar un diagnóstico y un pronóstico, para así poder tomar la decisión más adecuada en beneficio del menor y optar por la propuesta de recurso más acorde a su situación personal, familiar y social.

Los indicadores de vulnerabilidad y de protección pueden facilitar la toma de decisiones pero la valoración global de la situación estará en función del equipo profesional y en último término del coordinador municipal y de la comisión técnica. Por otro lado, es importante hacer referencia a la posibilidad que tiene toda valoración pronóstica de contener **errores**. Cuando las causas de estos errores están derivadas de la práctica profesional, a menudo nos encontramos con un vacío importante relacionado con la insuficiente capacidad de autocrítica que debería existir por parte de los servicios.

Se entiende por **pronóstico** el juicio científico que se emite sobre un periodo de tiempo determinado y cuya evolución desde el presente hasta el punto pronosticado se puede predecir de forma aproximada a base de experiencias anteriores. Por esto, en caso de que durante el desarrollo hacia la meta del pronóstico se observen desviaciones, puede realizarse una corrección del mismo. En el contexto de la intervención social con la infancia y las familias, el **pronóstico** determina la probabilidad de que las situaciones de maltrato y abandono aparezcan, persistan o disminuyan en un futuro.

· - TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones permanente que se produce en la intervención social supone:

- **Definir la situación que esperamos lograr** con la intervención, es decir, los objetivos de cambio a mejor que se proponen a la familia.
- **Introducir una serie de variables nuevas** en la realidad, con la intención de conseguir influir para la consecución de los objetivos establecidos.

La característica esencial de la decisión es la existencia de **incertidumbre y probabilidad**, en este sentido la toma de decisiones siempre entraña un riesgo. Por ejemplo, la opción de separar a un/a menor de su familia es una de las decisiones más complejas y que producen mas tensión para los servicios y profesionales que deben tomarlas porque pueden hacer cambiar totalmente la vida de muchos seres humanos. En el proceso de toma de decisiones es importante que se consiga la colaboración de todos para obtener unos resultados más satisfactorios.

.- PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR

Hace referencia a la **intervención planificada** y acordada entre los agentes y la familia para conseguir los cambios necesarios para eliminar o paliar la situación de riesgo o desprotección para los menores. El diseño de este plan de tratamiento vendrá determinado por el diagnóstico y pronóstico sobre la situación familiar. Cuando existan indicios de recuperabilidad se elaborará el **proyecto de tratamiento familiar**, entendido como un plan de tratamiento acordado con la familia para la normalización de su situación.

Tendrá un carácter integral, de forma que se establezca un diagnóstico individual de cada núcleo familiar objeto de intervención, así como una planificación de las actuaciones encaminadas a la superación de la situación conflictiva que presenta dicho núcleo y a la supresión de los factores que han originado la situación de riesgo o de desprotección.

El proyecto debe establecer un sistema de indicadores que permitan la valoración continuada y final del tratamiento realizado.

.-SEGUIMIENTO

Fase de la intervención que comprueba de forma directa o indirecta que se mantienen los resultados obtenidos durante la intervención, para, en función de ello, decidir la finalización del tratamiento y cierre del caso, o bien, plantear otras intervenciones.

Requiere la colaboración y actuación de los distintos agentes implicados en el caso y puede realizarse con la colaboración de otros servicios, especialmente los Servicios Sociales Comunitarios.

.-TRABAJO EN EQUIPO

La intervención y el trabajo con las familias reviste un carácter integral, que requiere el trabajo simultáneo y coordinado de distintos profesionales que constituyan un equipo de trabajo de carácter interdisciplinar. Ello nos permitirá disponer del máximo de información relevante y facilitará la toma de decisiones razonadas (separar o mantener al menor en su núcleo familiar, derivar o no a las familias a otros servicios, etc.)

Para facilitar las actuaciones que desarrolle este equipo deben establecerse claramente los principios y criterios básicos de intervención, la protocolización de la recogida de la información y de los distintos informes técnicos, así como los cauces de coordinación entre las distintas administraciones intervinientes.

Entendemos por **equipo** no sólo el formado por los profesionales de un mismo servicio, sino también el grupo de profesionales de diferentes equipos que están interviniendo con cada familia concreta.

La colaboración necesaria para abordar casos de maltrato, ha de responder a principios de **complementariedad y corresponsabilidad** entre servicios y/o profesionales.

Diferentes aspectos emocionales pueden interferir en la capacidad del profesional para enfocar, desarrollar y proporcionar ayuda efectiva a estas familias, en definitiva en su trabajo con situaciones de desprotección infantil, es por ello, que los ha poder identificar para poderlos controlar y manejar.

El trabajo en equipo con una **metodología interdisciplinar** es necesario para poder disponer del máximo de información relevante y de análisis para la toma de decisiones razonadas (separar o mantener al menor en el núcleo familiar, derivar o no a la familia a otros servicios, etc.)

.- ALGUNAS IDEAS ERRÓNEAS EN EL TRABAJO CON FAMILIAS EN RIESGO

- **“Las personas que han sido maltratadas durante su infancia lo repiten con sus hijos cuando son padres”.** Haber padecido maltrato durante la infancia no conlleva automáticamente maltratar de adulto. Los maltratadores suelen haber sido maltratados en su infancia, pero no todos los que han sufrido maltrato en la infancia tienen comportamientos maltratadores.
- **“Los factores de riesgo de aparición de malos tratos infantiles son las causas de los malos tratos”.** Los factores de riesgo son situaciones individuales, familiares, económicas, sociales o culturales que obstaculizan el desarrollo normal del niño y que pueden llegar a provocar la situación de maltrato.
- **“La atención a estas problemáticas es responsabilidad exclusiva de los equipos de protección a la infancia”.**
Esta idea no es la que promueven las diferentes legislaciones, que nos hablan, en cambio, de responsabilidad de todos los profesionales y de todos los ciudadanos.
- **“La información sobre las familias pertenece a los profesionales y a las instituciones”.**
Esta información pertenece en primer lugar a las propias familias, y se ha de entender el manejo de estas informaciones como una herramienta para contrastar con las familias, motivarlas y favorecer los cambios de funcionamiento familiar, y no como un objetivo en si mismo.
- **“La evaluación es una fotografía de lo que ocurre en la familia”.**
La evaluación no es ni una fotografía objetiva ni un reflejo de algo estático. Debe reflejar las posibilidades de cambio que de es capaz la familia.

MODALIDADES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

3.1.- TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO.

A.- FINALIDAD:

- Potenciar que las familias que participen en el programa **proporcionen a los menores un entorno familiar adecuado** que garantice su desarrollo integral suprimiendo los factores que son o podrían ser causa de desprotección
- Preservar la integridad de las familias **evitando la separación** de los menores mediante una intervención específica e integradora que permita la adquisición y generalización de pautas que compensen la situación de dificultad que pueda afectar directa o indirectamente a la situación de los menores.

B. OBJETIVOS:

B-1. GENERALES:

- Mitigar los factores de riesgo, para evitar la separación del menor de su familia.
- Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos, evitando cualquier conducta negligente o maltratante, garantizando la seguridad y la integridad básica de los mismos.

- Lograr que la familia funcione de manera autónoma y adecuada y los hijos tengan una atención y cuidados acordes a sus necesidades.

B.2 INSTRUMENTALES:

- Tras la implantación y consolidación en una primera fase del Programa, de 28 Equipos de Tratamiento Familiar en 22 municipios con una población superior a 50.000 habitantes, la pretensión es ampliar el ámbito territorial, creando una red de equipos en todos los municipios a partir de 20.000 habitantes, y en los de población inferior a través de las Diputaciones Provinciales (Este objetivo se alcanzó con la entrada en vigor de las órdenes de 10 de mayo de 2002 y de 25 de marzo de 2003).
- Reforzar los **recursos personales** destinados al programa, a través de la ampliación del número de equipos por Municipio y del número de profesionales por equipo, de acuerdo a determinados criterios poblacionales, para que puedan atender a las familias que lo necesiten hasta alcanzar la máxima cobertura de atención que pueden dar.
- Crear un **sistema de coordinación y de toma de decisiones funcional** entre los diferentes elementos institucionales del programa (Dirección General de Infancia y Familias, Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social, coordinadores municipales/locales del programa y equipos de tratamiento familiar).
- **Identificar las dificultades** ocasionadas en el contexto familiar que puedan perjudicar al desarrollo físico, psíquico y social de los menores así como los **recursos propios** de las familias que puedan contribuir al pronóstico de recuperación.
- **Motivar** a los padres para que se **incorporen** al programa de tratamiento a familias con menores y se **mantengan** en el mismo durante el tiempo acordado, participando de forma activa en el proceso de mejora.
- **Concienciar** a los padres para que modifiquen modelos educativos de riesgo para sus hijos, instaurando pautas educativas adecuadas para favorecer el desarrollo integral de los menores.

B.3 DE RESULTADOS:

- Disminuir los **factores de riesgo** presentes en la situación de las familias que participen en el programa y potenciar sus factores de protección de forma que puedan funcionar de forma autónoma.
- **Conseguir los objetivos acordados** con la familia y el servicio derivante al inicio del proyecto de intervención familiar a través del trabajo psico-socio-educativo de los equipos de tratamiento familiar, y así disminuir las posibilidades de separaciones familiares.
- Generalizar el **aprendizaje de habilidades parentales y actitudes** positivas para satisfacer las necesidades de los menores y hacer frente a posibles situaciones de crisis, reforzando los sistemas de apoyo social, de forma que no vuelvan a ser identificadas como familias en riesgo.
- Facilitar la **derivación** al Servicio de Protección de Menores en las mejores condiciones posibles para aplicar las medidas de protección infantil más adecuadas, cuando el trabajo de ayuda no haya logrado los objetivos de mejora del núcleo familiar.
- Garantizar que, en los casos en que haya intervenido el Equipo de Tratamiento Familiar, la adopción de una medida protectora por parte del Servicio de Medidas de Protección se realice sobre la base de **argumentaciones técnicas** que acredite que a pesar de la intervención no existe pronóstico o posibilidad de cambio que minimice los factores de riesgo, por lo que se hace necesario la adopción de la medida.
- Establecer unos circuitos de derivación ágiles y unos criterios de intervención operativos que posibiliten que a cada familia se le proporcione en cada momento el recurso más idóneo en función de sus necesidades, evitando así derivaciones inadecuadas.

C. DESTINATARIOS:

El Programa de Tratamiento a familias con menores en situación de riesgo, tiene como **objeto de atención**:

- Las familias con menores a su cargo en situación de riesgo social.
- Familias monoparentales con hijos menores de 18 años en situación de dificultad social.
- Familias en cuyo seno se han detectado situaciones de violencia que afectan directa o indirectamente a los menores a su cargo.

La atención de estas familias se realizará en base a las siguientes **circunstancias**:

- Los Servicios Sociales Comunitarios han detectado en la familia carencias o dificultades en la atención de las necesidades de los menores que no requieren la separación urgente del menor pero sí una serie de cambios en la dinámica familiar para evitar ésta. Para ello se valora la conveniencia de un tratamiento familiar específico.
- El Servicio de Protección de Menores valora la presencia de indicadores de riesgo en las familias, que requieren un tratamiento específico para evitar la adopción de una medida protectora.

Aunque no existe una familia maltratadora típica o un patrón de funcionamiento común a estas familias, sí es cierto que suelen presentar una serie de **características y necesidades comunes** que habrán de ser tenidas en cuenta en el diseño del plan de tratamiento:

- Dificultades importantes (individuales, familiares o sociales) en diferentes etapas del ciclo vital de la familia que suponen la **acumulación de factores de riesgo** para la correcta atención de las necesidades de los menores.
- Ausencia o escaso **apoyo social** para hacer frente a cargas familiares excesivas.
- Son familias **multiproblemáticas** que además de tener prácticas parentales inadecuadas, tienen otros problemas asociados como analfabetismo, toxicomanías, trastornos emocionales, absentismo escolar, minusvalías psíquicas importantes asociadas a la crianza de los hijos, falta de control sanitario y de planificación familiar, precaria organización familiar, deficiente salud mental, conflictos de pareja y violencia familiar, marginación social, precariedad económica, falta de apoyo social, etc.

- Los problemas que presentan suelen estar **cronificados**, fruto de una evolución en la que han ido aumentando progresivamente la gravedad. En muchos casos, el comportamiento maltratante o negligente se encuentra firmemente instalado en el funcionamiento individual y familiar.
- En general, previamente, se ha intentado solucionar sus problemas desde distintos servicios comunitarios sin éxito. Por tanto, es necesario una intervención más específica y personalizada.
- En muchos casos, existe una **dependencia de los Servicios Sociales** en los que buscan la solución a sus problemas, en lugar de procurar una forma de funcionamiento autosuficiente.
- Dentro de la dinámica de funcionamiento de la familia pueden surgir repentinamente **episodios de crisis** y provocar situaciones de tensión, conflicto o violencia familiar que requieran la intervención inmediata.
- Los padres maltratantes o negligentes no suelen tener conciencia clara de su problemática ni asumen su responsabilidad en el abuso o maltrato, desconociendo las repercusiones negativas que tendrán en sus hijos estas situaciones, por lo que la demanda original de tratamiento no proviene de las propias familias. En la mayoría de los casos la motivación para participar en el tratamiento obedece a **presiones externas**.
- Una de las características más significativas en las familias maltratantes o negligentes es la **dificultad de los padres para asumir sus responsabilidades**, tanto en los cuidados de sus hijos como en otras áreas: laboral, económica, etc.
- Suelen presentar limitaciones o peculiaridades que pueden determinar el tipo de estrategias o técnicas de tratamiento a utilizar. La intervención puede verse condicionada por la situación sociocultural, las dificultades económicas o las limitaciones intelectuales.

Estas características o situaciones familiares se suelen presentar, en mayor o menor medida, en los casos susceptibles de tratamiento por parte del ETF. No obstante, se pueden establecer **dos criterios fundamentales** que deberán ser tenidos en cuenta para la intervención del mismo:

- a) Que se trate de familias en **situación de riesgo**, esto es, que aún existiendo maltrato (carencias o dificultades en la atención a las

necesidades básicas de los menores), la integridad física y/o psíquica de los mismos no está tan amenazada o la situación no alcanza la gravedad suficiente como para requerir la adopción de una medida de protección de manera inmediata, pero se hace imprescindible un cambio en la dinámica familiar puesto que de persistir las mismas circunstancias, la adopción de la medida podría ser necesaria.

- b) Que existan **indicios de recuperabilidad** de la familia, y que el diseño de un tratamiento específico posibilite el refuerzo de los elementos positivos, la toma de conciencia de la situación y el abordaje de la problemática que presenta, para evitar así la separación del menor de su entorno familiar.

Por todo ello, podemos señalar como notas comunes a estas situaciones familiares la existencia de carencias y/o dificultades en la atención a las necesidades básicas de los menores y cierta garantía de que la situación familiar puede mejorar con el tratamiento adecuado. En caso contrario, se deberá proponer la adopción de una medida protectora para evitar la situación de desprotección de menor, puesto que los menores no pueden permanecer en situación de riesgo indefinidamente.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En el apartado anterior se han señalado los criterios fundamentales que determinan la intervención del ETF. Esto quiere decir que para saber si una familia es susceptible de ser tratada por el equipo, se debe realizar previamente un trabajo técnico con la misma. En consecuencia, el Coordinador Municipal/Local antes de derivar un caso al equipo debe constatar:

- Que los SSCC hayan realizado un **diagnóstico y una intervención previa** con ese grupo familiar, y que el resultado de ese trabajo no haya sido satisfactorio en el sentido de reducir/eliminar los factores de riesgo detectados para los menores, o bien, aún siendo satisfactorio el trabajo realizado, se requiere un tratamiento adicional más especializado. Excepcionalmente se podrán derivar casos sin intervención previa, pero es necesario siempre el diagnóstico previo de la situación familiar por parte de los SSCC y la constatación de la existencia de factores de riesgo y de una situación de riesgo.

- **Que la familia, sea informada** de la existencia del ETF y de la finalidad del tratamiento, y se realice un trabajo previo de información y sensibilización para que quede bien claro todo el proceso.
- Que exista un **informe de derivación del caso**, especificando entre otros aspectos las intervenciones realizadas y resultados obtenidos cumplimentado según anexo 2J, y firma de un acuerdo escrito entre la familia y el ETF. Identificación explícita, que conste en el informe de derivación, de **factores de riesgo** y de los **factores de pronóstico positivo** de la situación familiar (ver capítulo 4 y anexo 2.H)

El ETF no es una etapa más que la familia debe agotar necesariamente en su itinerario por el sistema de Servicios Sociales. Al tratarse de un recurso específico, sólo trabajará con aquellos casos en los que se valore previamente la necesidad y la posibilidad real y efectiva de proporcionar a la familia un tratamiento para evitar la adopción de una medida protectora. En consecuencia, existen situaciones en las que la actuación del ETF se debe obviar en aras de proporcionar cuanto antes a los menores otro recurso más adecuado para garantizar su bienestar y seguridad. Entre estas situaciones se pueden destacar las siguientes:

- **Negativa de la familia**, después de haber sido informada de la existencia del ETF y de la finalidad del tratamiento, a ser atendida por éste. No obstante, la negativa de la familia no debe ser el criterio determinante para excluirla del programa. En estos casos, el ETF debe tratar de **trabajar la motivación** de la familia para el cambio. Si aún así persiste la resistencia a colaborar, habría que plantear otras alternativas.
- Que los menores **no convivan en el núcleo familiar y no exista previsión de convivencia**.
- Identificación explícita en el informe de derivación de **situaciones de desprotección** que de forma **crónica** o de forma **urgente**, no aconsejan la continuidad del menor con su núcleo familiar y justifiquen la derivación al Servicio de Protección de Menores.
- En los casos en los que pueda existir situaciones de **abuso sexual infantil**, los equipos de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de abuso sexual a menores serán los encargados de la intervención, sin que ello excluya el trabajo conjunto con el Equipo de Tratamiento Familiar y el tratamiento que

desde el mismo puede realizarse con el núcleo familiar.

Cuando el equipo que desarrolla el programa de tratamiento a familias con menores no pueda atender toda la demanda, se tenderá a priorizar los casos de las familias a través de los siguientes criterios:

- Familias con **niños pequeños o bebés**.
- Familias en las cuales se haya evaluado que, inicialmente presentan **indicios de recuperabilidad** más favorables en relación al tratamiento, según los elementos de apoyo psicológico, social y familiar que presenten.
- Familias en las que existan menores que por su edad y características cognoscitivas y personales **no cuenten con los recursos necesarios para protegerse a ellos mismos**

En los casos de riesgo social derivados por el Servicio de Protección, si se considera necesario, el Coordinador del programa en la Corporación Local conjuntamente con el Coordinador del Servicio de Protección de Menores podrán analizar y tomar decisiones sobre las problemáticas concretas que puedan presentarse al objeto de dar mayor agilidad al programa, sin que ello suponga obviar a las Comisiones Técnicas, puesto que es en ellas donde deben conocerse estas situaciones y donde han de comunicarse las propuestas concretas. Todo ello no excluye el mantenimiento de cuantos contactos sean necesarios entre los profesionales de las diferentes instituciones.

3.2.- TRATAMIENTO PARA POSIBILITAR LA REUNIFICACIÓN FAMILIAR.

A.- FINALIDAD DEL PROGRAMA

- Facilitar la reintegración del menor **en su grupo original de convivencia** tras la adopción de una medida protectora. Para ello se realizará un abordaje técnico especializado, al objeto de que la familia de origen adquiriera las competencias necesarias para garantizar el adecuado

desarrollo físico, psíquico y social de los menores.

- Conseguir en el máximo número de casos acortar todo lo posible, el tiempo de separación del menor con su familia para realizar la reunificación familiar **si se ha valorado que ésta es la alternativa prioritaria y preferente.**

B. OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

B-1. GENERALES:

- Corregir en el menor tiempo posible las disfunciones de la dinámica familiar que dieron lugar a la necesidad de adoptar una medida de protección, para que el menor o menores se puedan integrar en el seno de **su grupo natural de convivencia** cuanto antes, sin ninguna amenaza para su bienestar y desarrollo adecuado.
- Facilitar **la reintegración y la adaptación** del menor a su familia tras la separación ocasionada por la adopción de una medida protectora.

B-2. ESPECÍFICOS:

- Lograr que los padres tengan una **conciencia clara de su problemática** y de como ésta ha sido causa de situaciones de sufrimiento tanto para ellos como para su hijo.
- **Eliminar** la necesidad de separación del niño de su familia.
- **Reducir al máximo** el tiempo de separación del niño con su familia.
- Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos, eliminando conductas negligentes o maltratantes proporcionándoles las **habilidades y/o recursos técnicos** necesarios para superar estas situaciones.
- Facilitar la **adquisición de pautas de atención básica** y prácticas

educativas adecuadas a la edad del niño.

- Capacitar a la familia para enfrentarse a situaciones de crisis reforzando en sus miembros el sentimiento de **identidad familiar**.
- **Ejecutar en el medio** con la familia de origen, el plan personalizado de integración familiar y social elaborado por el Servicio de Protección de Menores para los menores en cuestión.
- Facilitar a las familias con cuyos hijos se ha debido adoptar una medida de protección urgente, la posibilidad de recibir **el tratamiento adecuado** para modificar las actitudes y conductas parentales que han promovido la separación del menor, de tal forma que asuman la necesidad de cambio y que el retorno del menor en condiciones óptimas para su seguridad y desarrollo se realice en el menor tiempo posible.
- Posibilitar en aquellas familias en las que se haya promovido el retorno de los menores con medidas de protección, la adquisición de pautas de cuidado parental adecuadas y estables y una dinámica relacional que garantice **el éxito de la reunificación familiar**.

B-3. ESTRATEGIAS PARA CONSEGUIR LOS OBJETIVOS:

- Establecer una **metodología de actuación conjunta** en los casos de adopción de medida protectora con previsión de retorno, y organizar el procedimiento de coordinación entre los técnicos de las Administraciones autonómica y locales.
- Elaborar por parte del Servicio de Protección de menores un **Plan personalizado de integración** familiar y social, en el que se incluyan la **finalidad** y los **objetivos generales de la actuación** respecto al menor y su familia.
- Incluir en el Plan personalizado de integración los **recursos** a aplicar con el menor, las condiciones para ello y otras intervenciones complementarias necesarias, tanto con el menor como con la familia.
- Elaborar por parte del E.T.F. el **Proyecto de Tratamiento Familiar** adecuado a los objetivos marcados en el Plan personalizado de

integración familiar y social en relación con las familias. El ETF desarrollará este proyecto con la familia mientras dura la separación, necesariamente con anterioridad al retorno del menor, retorno que estará programado en el mismo proyecto.

- Evitar la duplicidad de actuaciones y aprovechar al máximo los recursos existentes, tanto generales como especializados que forman parte de la red de servicios públicos. Utilizar en cada momento el recurso más **cercano y accesible**.
- **Dinamizar y coordinar** una red de sistemas y servicios (normalizados o específicos) de apoyo a la familia y al niño, que les ayude para llegar a conseguir un funcionamiento adaptativo a nivel individual, parental, familiar y social, y eliminar o controlar la reaparición de situaciones de desamparo.
- Promover la **participación y cooperación** de los padres en: la comprensión de la situación/problema, la definición de los cambios que se requieren para el retorno de niños al domicilio y la planificación de la intervención.
- Mantener la **máxima frecuencia e intensidad** de contactos padres-hijos y promover que los padres sigan ejerciendo el máximo de responsabilidades parentales durante la separación.

C. DESTINATARIOS:

La población objeto del subprograma de reunificación son familias con menores sobre los cuales se ha adoptado medida protectora que ha implicado la separación temporal, en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Familias con menores en protección en las cuales el Servicio de Protección de Menores valora la existencia de **indicios de recuperabilidad** y la idoneidad de la reunificación familiar si se desarrolla un tratamiento específico para la superación de la problemática que ha ocasionado la separación.
- b) Familias tratadas por el E.T.F por encontrarse los menores en situación de riesgo, en las que no se consiguieron los objetivos propuestos inicialmente, y la Comisión Técnica considera que la adopción de medida protectora puede suponer **un punto de inflexión importante en la dinámica familiar**.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL SUBPROGRAMA:

- Familias con menores sujetos a medidas de protección e incluidos por el Servicio de Protección en el programa de separación temporal y posterior reunificación familiar de acuerdo a lo establecido en el **Plan Personalizado de Integración**, mientras está vigente la medida protectora de desamparo y el menor o menores se encuentran fuera del núcleo familiar, en un recurso residencial o familiar transitorio.
- Reconocimiento por parte de los padres de la problemática familiar y de la necesidad de tratamiento, aceptando por escrito el **acuerdo promovido por el Sº de Protección de Menores**.
- Existencia de **indicios objetivables sobre las posibilidades de rehabilitación familiar** y en los que el Servicio de Protección de Menores ha valorado que no existe ningún otro factor que haga inviable o inadecuado proporcionar a la familia el tratamiento (ej.: No cobertura de necesidades básicas, fracaso de tratamientos anteriores, separaciones definitivas de otros hijos, padres toxicómanos sin tratamiento, familias transeúntes, etc).
- Presencia en la familia de al menos una figura adulta con una mínima **capacidad para ejercer responsabilidades parentales**.
- Familias con un plazo de tiempo previsto para su rehabilitación **compatible** con las necesidades de los niños.
- Familias en las que no existan **experiencias previas de fracaso** en el proceso de reunificación, siempre que estas condiciones se mantengan.
- Familias en las que lo padres no han **renunciado** a sus obligaciones y/o derechos como tales.

CRITERIOS DE PREFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE LOS CASOS:

- Familias con medidas de protección con las que no se haya realizado

previamente tratamiento alguno.

- Familias con niños pequeños.
- Grupo de hermanos.
- Familias con mejor pronóstico en relación con el tratamiento.
- Familias en las que se considere el resultado de la intervención como decisivo para tomar medidas de separación definitiva.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA RECUPERABILIDAD DE LA FAMILIA:

Para todos los procesos de intervención en familias y siempre que se abordan situaciones de riesgo y/o desprotección en la infancia, se hace necesario establecer un **pronóstico** que nos permita medir las posibilidades que presenta el grupo familiar en relación a los procesos de cambio y el tiempo propuesto para la intervención.

En relación al subprograma de reunificación familiar, es prioritario que se establezca un pronóstico, en el que para su establecimiento se contemplen:

- a) **Conciencia del problema** en los padres que ha derivado en la adopción de medida protectora.
- b) **Motivación** por el cambio en los padres.
- c) **Implicación** de los padres en el desarrollo del Plan de integración.
- d) Logro de **acuerdos formales** con ellos.
- e) **Respuesta** a intervenciones anteriores.
- f) Grado de **cronicidad** de la problemática familiar.
- g) Nivel de **incapacidad parental**.
- h) Grado en que los problemas de la familia asociados al desamparo sean **modificables** o no.
- i) Grado de **violencia intrafamiliar**.
- j) Existencia de **vinculación afectiva** padres-hijos.
- k) **Gravedad** del daño producido al niño.
- l) **Problemas** presentados por el niño.
- m) **Red informal de apoyo** a la familia.

La conciencia del problema y la motivación por el cambio en los padres constituyen requisitos imprescindibles para conseguir la rehabilitación familiar. No obstante, no es habitual que estas familias se muestren concienciadas y motivadas desde el principio. En estos casos, lo que ha de hacerse es **iniciar una intervención** dirigida a probar si los padres son capaces de adquirir

conciencia de su situación y desarrollar motivación de cambio (interna o externa). Cuando, a pesar de haberse realizado todos los esfuerzos posibles ésto no se consiga habrá de incluirse en un pronóstico negativo. Los restantes criterios utilizados para la elaboración del pronóstico constituyen circunstancias o condiciones que pueden dificultar seriamente o favorecer el proceso de rehabilitación.

En muchos casos, es difícil establecer un pronóstico sobre la rehabilitación familiar. En estas situaciones, **sólo cuando se proporcione a la familia la oportunidad de recibir tratamiento**, podrá establecerse con claridad si hay o no posibilidades de recuperación.

Como regla general (salvo excepciones), puede establecerse que si una familia que recibe tratamiento intensivo no muestra ningún cambio mínimamente significativo durante los **seis primeros meses de tratamiento**, éste deberá darse por finalizado, ya que no es previsible que dichos cambios se produzcan a corto-medio plazo.

CAPITULO II:

MODELO ORGANIZATIVO PARA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

- 1. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA**
- 2. NIVELES Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA**
- 3. ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES:**
 - Dirección General de Infancia y Familias
 - Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social
 - Servicios Sociales Comunitarios y Equipos de Familia
 - Coordinadores del Programa en la Corporación Local
 - Comisiones de Seguimiento
 - Comisiones Técnicas
 - Equipos de Tratamiento Familiar
 - Familias
- 4. CRITERIOS DIFERENCIALES DE ACTUACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS DEL PTF**
- 5. CIRCUITO GENERAL DE DERIVACIÓN DE CASOS**

1. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA

La intervención en malos tratos implica siempre situaciones complejas y a veces conflictivas para los profesionales. El bienestar infantil no es nunca un regalo mágico, es el resultado de la acción de toda una comunidad. La prevención y el abordaje del maltrato se ha de entender como un conjunto de acciones que se estructuran como un proceso en el cual se trata de influenciar en las dinámicas violentas o de negligencia y abandono.

Debido a la multiplicidad de servicios que intervienen en este ámbito es imprescindible **planificar el proceso de atención adecuadamente y establecer una buena colaboración y coordinación** entre todos los agentes que intervienen en el ámbito local, provincial y autonómico de los diferentes sectores de atención a la infancia: servicios sociales, sanidad, educación, etc. La atención a estas problemáticas no es responsabilidad exclusiva de ninguno. a menudo, los servicios y profesionales pueden y han de intervenir con diferentes grados de implicación.

El recurso fundamental en la prevención y el tratamiento de los malos tratos es la persona del **profesional**. En la intervención habremos de crear procedimientos que aseguren no solamente una coherencia en la atención técnica a las familias que provocan malos tratos, sino que además protejan a los profesionales del riesgo del síndrome del agotamiento profesional.

Muchas veces en situaciones de maltrato, la falta de organización y de buena comunicación entre los que intervienen **puede llegar a agravar el problema** de los menores y adultos de estas familias. Por ejemplo, se escucha a menudo a este respecto: “eso le toca a los otros”, “se ha de hacer lo que proponemos nosotros”, o nos encontramos con negativas a facilitar información sobre el niño y los adultos, utilización del niño como “recurso terapéutico” en el tratamiento de personas con problemas graves de salud mental, ausencia de coincidencia de objetivos y falta de ganas para consensuarlos, lucha de poderes entre diferentes disciplinas, etc.

Por tanto, un desafío es **facilitar procesos de organización y de comunicación** de los diferentes niveles institucionales y de los recursos profesionales que asegure la colaboración y la competencia (no la

competitividad) de cada una de las instancias implicadas.

Desde esta propuesta comunitaria de tratamiento de la temática de infancia de lo que se trataría es de que cada uno se situara en un conjunto de manera que a través de un compromiso solidario y concertado se garantizara el intercambio de información y la colaboración de los participantes en la red de intervención. El objetivo vendría marcado por el interés de participar todos juntos en la construcción de un modelo que permita en el ámbito de una comunidad, una mejor utilización de los recursos y competencias.

Las instituciones y servicios públicos implicados principalmente en esta tarea pertenecen a distintos ámbitos: municipal, judicial, sanitario, educativo, de protección, y otros servicios públicos y voluntariado. Por ejemplo:

- Servicios Sociales Comunitarios
- Sistema Judicial/ Ministerio Fiscal
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- Servicios de Salud
- Servicios Educativos
- Instituciones colaboradoras con las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social
- Otros servicios públicos y de voluntariado.

Todos los ámbitos tienen un papel importante, habiéndose de valorar en cada caso que no se dupliquen, que no hayan vacíos y que ninguno de ellos haga dejación de funciones.

2. NIVELES Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

En este apartado nos centraremos en los niveles de atención a la infancia y familia así como en sus diferentes competencias y recursos para desarrollarlas.

La tarea de atención y protección a la infancia y de respeto y promoción de sus derechos es responsabilidad de toda la sociedad comenzando por los propios padres y madres. Cuando hablamos a nivel de instituciones y sistemas de atención hemos de considerar los **diferentes niveles de competencia**. Podemos hablar de diferentes niveles de responsabilidad y de diferentes mecanismos sociales de protección a la infancia. Los dos primeros niveles habrían de funcionar de manera que la intervención del tercer nivel fuera mínima.

PRIMER NIVEL

Padres, madres y tutores en el ejercicio de la patria potestad. Cuidadores en ejercicio de la guarda.

Han de velar por sus hijos, tenerlos en compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, así como representarlos y administrar sus bienes.

Ciudadanos en general.

Sus principales obligaciones al respecto son: notificar las situaciones de malos tratos y de desprotección de las que tengan conocimiento, denunciar la comisión de delitos que presencien y colaborar con la administración.

SEGUNDO NIVEL

Todas las **administraciones públicas** de las diferentes áreas (educación infantil, primaria y secundaria, salud, salud mental, servicios sociales, policiales, etc.) deben:

- Garantizar desde sus competencias específicas los derechos

fundamentales de los menores y de su entorno familiar.

- Notificar la existencia de situaciones de desamparo.
- Adoptar en el ejercicio de sus competencias, las medidas necesarias para que los dispositivos y recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo.

La coordinación entre los diferentes servicios que componen el sistema de protección social: educación, salud, servicios sociales, policiales, vivienda, trabajo, etc. es básica para prevenir la situaciones de riesgo para los niños y adolescentes. Especial relevancia tiene en este nivel los **Servicios Sociales Municipales**, donde se integran los Servicios Sociales Comunitarios, los Equipos de Tratamiento Familiar, así como cuantos recursos, centros y dispositivos puedan existir en el municipio que favorezcan el desarrollo y bienestar de las familias y menores.

Los **Servicios Sociales Comunitarios** se centran fundamentalmente en la promoción, prevención, detección e intervención y reinserción a través de los diferentes programas, ayudas técnicas y económicas y recursos sociales que para este fin se arbitran. Deben ser la puerta de entrada al sistema de atención y protección, por las funciones que tienen asignados en esta materia.

TERCER NIVEL

- La **administración competente** en materia de protección de menores es la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Infancia y Familias (Decreto 205/2004), correspondiéndole el desarrollo, coordinación y proposición de iniciativas en relación con las competencias de la Comunidad Autónoma en materia de infancia y familia.
- La Administración de la Junta de Andalucía puede adoptar, según el artículo 3 del Decreto 42/2002, las siguientes **medidas para la protección** de los menores:
 - Declaración de la situación de desamparo y asunción de la tutela.
 - Asunción de la guarda.
 - Determinación del régimen de relaciones personales de los menores con sus padres o tutores, parientes o allegados.

- Modificación y cese y de las medidas acordadas por la propia Administración.
- Propuesta a los órganos judiciales de modificación y cese de medidas en interés de los menores.
- Cualquier otra actuación que resulte procedente a favor de los menores.

Estas competencias son desarrolladas a través de las **Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social** y para su desarrollo se solicita la colaboración de distintos ámbitos: Administración General del Estado, otros organismos autonómicos y Corporaciones Locales.

Los **recursos disponibles** para la aplicación de las medidas que implican separación de la familia biológica son:

- Acogimiento familiar.
- Adopción.
- Acogimiento Residencial.

En lo que respecta a los **Órganos Judiciales y Ministerio Fiscal**, les corresponden entre otras, las competencias siguientes:

Ministerio Fiscal:

- Proteger al menor de edad mediante el conocimiento y vigilancia de la situación de los niños con medidas de protección
- Proponer al juez la adopción de medidas protectora.

Órganos Judiciales:

- Decretar la suspensión de la Patria Potestad.
- Establecer el régimen de visitas de los padres cuando estén en desacuerdo con lo establecido por la administración protectora.
- Sancionar las faltas y delitos de padres, tutores y guardadores.
- Ratificar la tutela provisional, a instancia de los padres, el niño, el fiscal o la entidad competente.

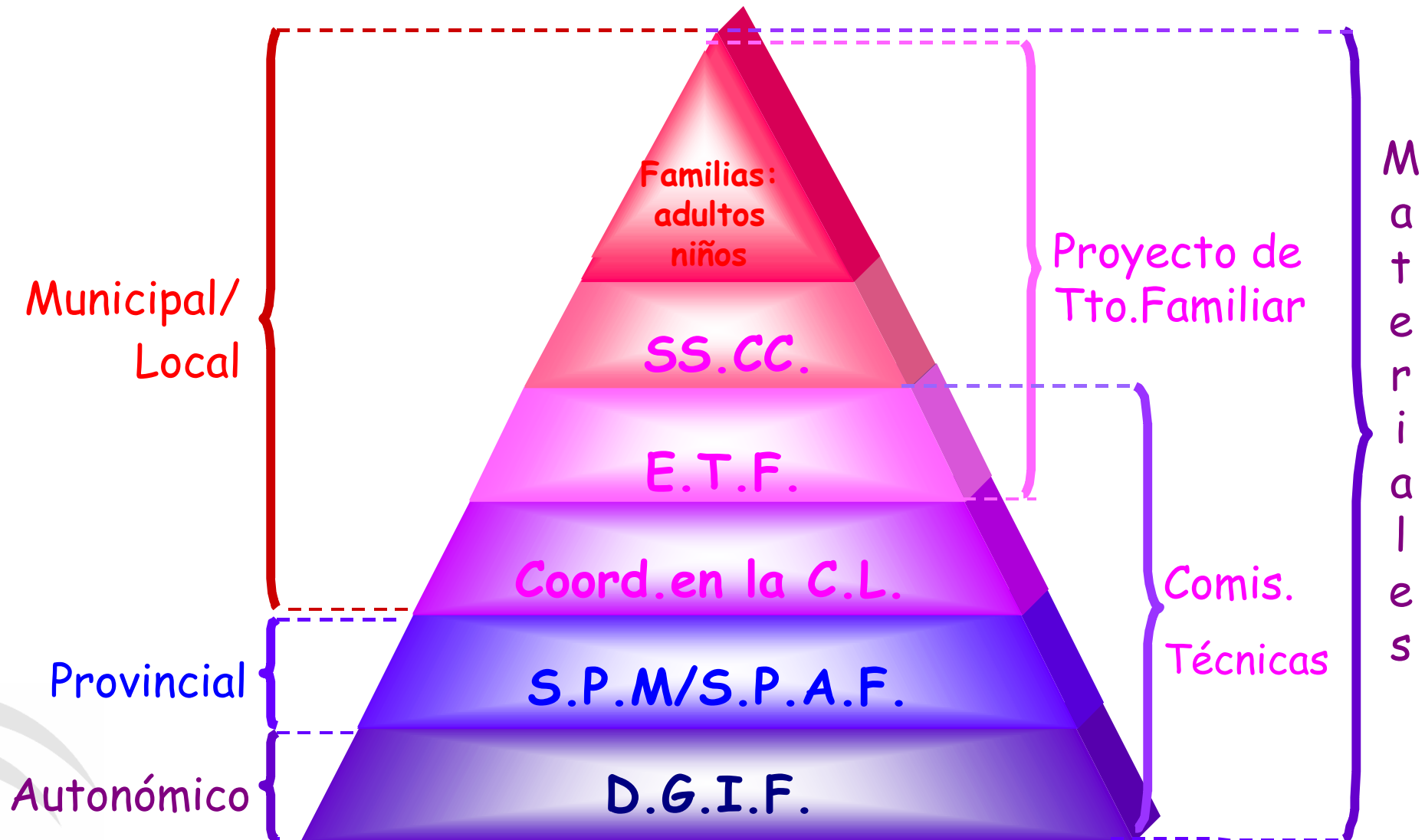
- Decretar la adopción y el acogimiento en los casos que contempla la Ley
- Tutela ordinaria

3, ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

A continuación se esquematizan los elementos específicos que forman parte del Programa de Tratamiento a Familias con Menores (PTF en adelante). Se han de entender estos elementos como integrantes de una amplia red de subsistemas interrelacionados entre sí, y que configuran el sistema general de atención y protección a la Infancia.

Hay otras instituciones y servicios que pueden trabajar con las familias y que aunque no están representados en este esquema, desarrollan una importante función como complemento al trabajo de los ETF.

Programa de Tratamiento a Familias con menores



La complejidad de las situaciones que se abordan y la conveniencia de unificar recursos para que el desarrollo del programa mantenga una adecuada y constante coordinación, hacen necesaria la actuación conjunta de cada uno de estos elementos, cada uno de ellos como responsables de un nivel de coordinación y de toma de decisiones concreto.

A continuación iremos detallando para cada uno de los principales elementos del programa algunas de las tareas específicas que deberían aportar al Programa de Tratamiento a familias con menores. En cada uno de ellos se señalan las siglas con las que serán identificadas a lo largo de este Manual.

DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIAS (DGIF)

La D.G.I.F, básicamente a través del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia, pretende con la puesta en marcha de este Programa dar respuesta al mandato legal que establece la necesidad de realizar una intervención específica e individualizada en las situaciones de riesgo, adaptada a las necesidades familiares, cuyo objetivo sea eliminar los factores concretos que obstaculizan el desarrollo normal del niño.

Los objetivos específicos desde este nivel son:

- Establecer unos criterios de trabajo homogéneos y consensuados para el tratamiento a familias con menores en situación de riesgo/reunificación familiar en Andalucía.
- Consolidar los ETF como uno de los elementos definitorios del PTF.
- Integrar a los ETF en el sistema de servicios sociales municipales.
- Mejorar y reforzar la colaboración de los niveles autonómicos y locales.
- Coordinar el Programa de Tratamiento a familias con menores (facilitando la comunicación entre los SPAF/SPM y las Corporaciones Locales, estableciendo directrices, evaluando el programa, etc.).
- Coordinar los procedimientos de derivación de los casos, a través de compartir estrategias, procedimientos, informes escritos, guías de evaluación, indicadores, etc

La Dirección General de Infancia y Familias es el órgano responsable del diseño del marco de referencia común de las actuaciones en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía.

DELEGACIONES PROVINCIALES DE IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL (DPIBS)

A partir de la publicación del **Decreto 156/2002**, se crean dos servicios en las Delegaciones Provinciales, el de Protección de Menores y el de Prevención y Apoyo a la Familia, con el fin de proporcionar al sistema de atención a la infancia de los refuerzos profesionales y técnicos precisos para optimizar los resultados de las intervenciones. En relación al PTF, las funciones de cada uno de estos servicios es:

Los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familia de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social serán el referente técnico de las Corporaciones Locales incluidas en el Programa de tratamiento a familias con menores en la provincia y sus funciones son:

- a) Dinamizar y optimizar el funcionamiento de las comisiones técnicas y de seguimiento.
- b) Garantizar que los casos atendidos se ajusten al perfil del programa.
- c) Establecer los mecanismos necesarios y los criterios adecuados para que no se produzca una inadecuada utilización de los equipos de tratamiento y evitar con ello la inoperancia de los mismos.
- d) Cualquier otra función derivada de la coordinación y seguimiento global del programa en el ámbito de la provincia.

Los Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social son los responsables de la derivación, seguimiento y supervisión técnica de los casos derivados al equipo de tratamiento para reunificación familiar. En el marco del P.T.F. sus funciones son:

- a) Derivar a los E.T.F. aquellos casos que deben ser incluidos en el programa de reunificación familiar.
- b) Establecer el marco de referencia de las actuaciones a seguir en dichos casos.

- c) Definir los objetivos que se pretenden obtener con las familias con el propósito de que desde los ETF se adecúen las intervenciones a desarrollar, que para tal fin se diseñen.
- d) Analizar y evaluar formalmente la información recogida sobre la evolución de los casos de reunificación familiar y los resultados del tratamiento.
- e) Valorar la necesidad de modificaciones en la medida, en su duración y en la asignación de medios o recursos.

La **coordinación y seguimiento del programa** en su totalidad se establece en el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de las respectivas Delegaciones, que se constituye en el referente institucional del programa en la provincia. Todo ello con independencia de los canales de coordinación y colaboración interna que desde este Servicio deban establecerse con el Servicio de Protección de Menores y de la presencia de técnicos de éste en cuantas reuniones y Comisiones se soliciten, especialmente cuando se trate de casos de reunificación familiar u otras situaciones que lo requieran.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS (SSCC) Y EQUIPOS DE FAMILIA (EF)

Los SSCC desarrollan **intervenciones** con menores y familias, entre otros, a través de:

- Programas comunitarios
- Programas dirigidos especialmente a la familia e infancia,
- Proyectos individualizados de intervención.
- Otros.

La actuación de los SSCC está dirigida a la prevención, detección, intervención y a la reinserción. Tienen un carácter polivalente e integral que les capacita para actuar en aquellas situaciones que puedan ser objeto de atención a nivel comunitario. A este nivel, en materia de infancia y familia, las actuaciones deben ir encaminadas a:

- Aumentar la calidad de la intervención con las familias, mediante la optimización de las prestaciones básicas.

- Potenciar y mejorar los mecanismos de prevención y detección de las situaciones de maltrato.
- Realizar la valoración, estudio y análisis de estas situaciones.
- Elaborar los proyectos de intervención.
- Proponer al Coordinador del programa en la Corporación Local los casos que consideran que puede tratar el Equipo de Tratamiento Familiar, avalando los mismos con los informes pertinentes.
- Intervenir con la familia una vez que se han adoptado medidas protectoras en pro de una reunificación familiar, si ello es posible, independiente o conjuntamente con el Equipo de Tratamiento Familiar.

En algunos municipios, integrados en el programa de Convivencia y Reinserción, se han creado unos **Equipos de Familia**, que se han especializado en el abordaje de los casos relacionados con Infancia y Familia.

COORDINADORES DEL PROGRAMA EN LA CORPORACIÓN LOCAL (CM/CL)

Los coordinadores del programa en la Corporación Local son los responsables de la coordinación del programa dentro del ámbito de la Corporación Local, de la movilización de los recursos municipales y de la activación de los mecanismos de colaboración con el resto de servicios implicados en la atención a familias. Su actuación tiene como finalidad optimizar los recursos, evitar solapamientos en las intervenciones y derivaciones innecesarias. Sus principales funciones son:

- Facilitar la **coordinación** dentro de la propia Administración Local y otras instituciones (directores de centros de SSCC, EF, ETF, SPM, etc.) para la buena marcha del PTF.
- Facilitar al ETF el **acceso a los diferentes recursos** disponibles dentro del municipio.
- **Garantizar que las propuestas de derivaciones de casos** a los ETF estén justificadas, debidamente argumentadas y acompañadas de los informes técnicos pertinentes.

- Velar por que las **derivaciones al SPM** con propuestas de adopción de medida protectora se acompañen de los informes técnicos pertinentes.
- **Recepcionar los casos** y canalizar las derivaciones de éstos al ETF, a los SS.CC., al Servicio de Protección de Menores o a otros recursos en función del análisis y la valoración técnica que realice de los mismos.
- **Impulsar que en aquellos casos en los que se ha adoptado una medida protectora** se establezcan los canales de coordinación adecuados entre los diferentes estamentos y recursos, tanto especializados como comunitarios.
- **Realizar el seguimiento técnico** de los casos.
- Participar en las reuniones de las Comisiones Técnicas.
- Cualquier otra función relacionada que se considere necesaria para la consecución de los objetivos del programa.

El Coordinador del Programa en la Corporación Local ha de ser una figura unipersonal y debe corresponderse con un técnico de los Servicios Sociales de la Corporación Local, con formación y experiencia en el trabajo con familias, con capacidad operativa y atribuciones en la toma de decisiones y la gestión de recursos, así como con la dedicación necesaria para el adecuado desempeño de estas funciones, preferentemente no perteneciente a los Servicios Sociales de base ni el equipo de tratamiento familiar.

COMISIONES TÉCNICAS (CT)

Es un órgano de carácter colegiado, creado especialmente para el Programa en el marco de cada Convenio, que tiene como objetivo optimizar y agilizar los mecanismos de coordinación intersectorial.

Estas Comisiones Técnicas estarán **formadas** por:

- Un representante de los equipos de tratamiento
- El responsable del programa en el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la provincia correspondiente.

- Un representante del Servicio de Protección de Menores, si procede .
- El Coordinador del Programa en al Corporación Local.
- Un representante de la Dirección General de Infancia y Familias, potestativamente.
- Técnicos de otras áreas o servicios, si se considera necesario, en función de los casos a tratar.

Las **principales funciones** de las Comisiones Técnicas son:

- a) Seguimiento global de las intervenciones que se estén llevando a cabo.
- b) Intercambio de información sobre los casos atendidos por el equipo.
- c) Establecimiento y revisión de circuitos de intervención.
- d) Análisis y discusión técnica de los casos que por sus peculiaridades lo requieran.
- e) Supervisión y seguimiento de casos más significativos por su trayectoria.
- f) Información, conocimiento y traslado de las propuestas de derivación de casos para la adopción de medida de protección, y de casos para reunificación familiar.
- g) Establecimiento de los criterios de prioridad para la derivación de casos al ETF.
- h) Elaboración de los documentos técnicos que la dinámica de trabajo requiera.
- i) Coordinación de todos los agentes implicados en el Programa.
- j) Cualquier otra función que esté estrechamente vinculada al desarrollo de las intervenciones con el menor y la familia.

Además de éstas, en las Comisiones técnicas se podrán abordar otras cuestiones relacionadas con el programa, tales como:

- Aplicar y adaptar las directrices generales del PTF a cada municipio
- Optimización de los recursos
- Consensuar todo lo relativo a criterios de actuación entre ambas administraciones sobre la intervención y el tratamiento.

- Priorizar a las familias del PTF en la asignación de recursos
- Clarificar y resolver posibles discrepancias en el abordaje de los casos.
- Proponer la toma de decisiones: en la adopción de las medidas de protección, cierres de casos, etc.
- Establecer mecanismos de información para que los profesionales que intervengan o han intervenido en los casos, conozcan su evolución.
- Asegurar la **transmisión de información** entre los servicios.
- Mantener un seguimiento de los casos más significativos desde el principio al final de la intervención.
- Posibilitar la presencia de un asesor jurídico en las reuniones de la CT cuando se considere necesario

Esta Comisión se reunirá, al menos, una vez al trimestre. La **convocatoria** de las Comisiones Técnicas corresponde al Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la Delegación Provincial, pudiendo realizarse también a petición de los Coordinadores del programa en la Corporación Local o del Servicio de Protección de Menores. La **propuesta de orden del día** será realizada por el SPAF, pudiendo igualmente los Coordinadores del programa y el Servicio de Protección de Menores proponer puntos a ser tratados. De cada reunión se levantará acta que se hará llegar a todos los participantes en la misma.

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Es un órgano de carácter colegiado que tiene las finalidad de velar por el cumplimiento del Convenio en cada Corporación Local. Se reúne ordinariamente, al menos, una vez al semestre, sin perjuicio de hacerlo a petición de cualquiera de las partes. Esta Comisión estará formada por:

- Dos representantes de la Corporación Local que suscribe el Convenio.
- La persona titular del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la Delegación Provincial correspondiente, o persona en quien delegue.
- Un representante de la Dirección General de Infancia y Familias.
- Si se considera necesario, un representante del equipo de tratamiento, con voz y sin voto.

Las **funciones** a desarrollar por esta Comisión son:

- a) Velar por el cumplimiento de lo establecido en el Convenio.
- b) Resolver las cuestiones de interpretación que sobre el mismo se planteen.

- c) Conocer y realizar el seguimiento de las actuaciones llevadas a cabo por el equipo de tratamiento para la ejecución de este programa.
- d) Evaluar el desarrollo del programa.
- e) Realizar propuestas para la elaboración de los documentos técnicos e informes necesarios para la ejecución, seguimiento y evaluación del programa.

EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR (ETF)

Constituyen el núcleo fundamental del Programa como encargados de desarrollar el tratamiento de familias con menores. Son **equipos interdisciplinarios** específicos para el tratamiento psico-socioeducativo a familias con menores en situación de riesgo social o en situación de desamparo. No son equipos de mediación familiar, ni de evaluación y no intervienen en cualquier situación de dificultad familiar. Se centran especialmente en aquellas familias en la que existen menores en situación de riesgo o bien en los casos en los que hay indicios favorables para una reunificación familiar en niños con medidas de protección.

El ETF está integrado dentro de los **Servicios Sociales Municipales**, y depende orgánica y funcionalmente de la Corporación Local firmante del Convenio.

Su composición y número en el marco de cada Convenio varía en función de los criterios poblacionales establecidos en las Ordenes de 20 de junio de 2005 y 25 de julio de 2006. Sus integrantes son un psicólogo, un trabajador social y un educador sociofamiliar.

Su actuación se plantea y se desarrolla en el propio entorno familiar del menor. Trabajan con familias en las que los S.S. Comunitarios han detectado que hay menores con carencias o dificultades en la atención de sus necesidades básicas, y en las que se ha valorado que, si no se producen cambios significativos en el comportamiento y actitud de los padres hacia el menor, es posible que en un futuro a corto plazo sea necesario separar a éste de su entorno familiar.

Otro ámbito de actuación son las familias con menores con medidas de protección en las que se valoran signos positivos que indican su recuperabilidad si se proporciona el tratamiento específico adecuado para superar su problemática.

Las **funciones** del Equipo de Tratamiento Familiar, de acuerdo a la **Orden de 20 de junio de 2005** son las siguientes:

- a) Trabajar en los **casos derivados por el coordinador del programa** en la Corporación Local, que podrán proceder de los Servicios Sociales Comunitarios o de los Servicios de Protección de Menores.
- b) **Estudiar el caso y profundizar en el conocimiento de la situación**, contrastando y completando la información recibida, a través de otras fuentes o servicios relacionados con el mismo, para establecer un pronóstico de los cambios y logros que puede conseguir la familia detectándose o reforzando los recursos disponibles dentro de la red de apoyo social.
- c) Formular las hipótesis de trabajo y elaborar un **Proyecto de Tratamiento Familiar** individualizado y temporalizado para los menores y las familias, estableciendo los objetivos y las estrategias a seguir, así como los recursos implicados en la resolución de los conflictos familiares.
- d) **Consensuar con la familia el proyecto diseñado** a fin de conseguir la máxima implicación de la misma en el tratamiento propuesto.
- e) **Desarrollar y efectuar el seguimiento** del Proyecto de Tratamiento Familiar mediante la aplicación de las técnicas adecuadas y ajustadas a cada caso para conseguir los objetivos propuestos de acuerdo a la evolución del mismo.
- f) Establecer los **mecanismos de información** permanente necesarios para mantener la colaboración y la implicación del servicio que haya derivado el caso, así como de los recursos de los que éste disponga, para su adecuada resolución y posterior derivación, si procede.
- g) **Colaborar con las instituciones implicadas** en la atención al menor y su familia, en las diferentes fases del tratamiento.
- h) Elaborar cuanta **documentación e informes técnicos** sean necesarios para facilitar el conocimiento y la evolución de los casos tratados, así como la transmisión de esta información a otros servicios implicados, y especialmente aquéllos requeridos por el Servicio de Protección de Menores.
- i) Establecer **mecanismos de colaboración** con la red de Servicios Generales y con otros dispositivos especializados, con el fin de proporcionar a cada familia los recursos idóneos para la resolución de su problemática.

- j) **Proponer la derivación de los casos** a los recursos sociales más adecuados, una vez finalizado el tratamiento, para que se continúe con el seguimiento de los mismos, cuando sea necesario. Para ello deberán remitir la documentación técnica que se precise para conocer los pormenores del tratamiento realizado y su evolución.
 - k) **Proporcionar información** sobre la evolución general del programa y asistir a las reuniones de trabajo y comisiones técnicas que se establezcan.
 - l) Cualquier otra función relacionada que se considere necesaria para la consecución de los objetivos del programa.
- Los **OBJETIVOS MÁS ESPECÍFICOS** desde de los **ETF** son:
 - Estar integrados dentro del ámbito de los Servicios Sociales Municipales.
 - Disminuir los factores de riesgo de los menores y aumentar la capacidad educativa de la familia
 - Que las propuestas que se realicen sean reales, creíbles.
 - Desarrollar programas de tratamiento al objeto de evitar, siempre que sea posible, la adopción de una medida de protección y procurar la reunificación familiar.
 - Dinamizar y colaborar con la red de profesionales y servicios que intervienen con la familia conjuntamente con los S.S. comunitarios, y con otros servicios de la zona.

El equipo contará con un portavoz cuya función será desempeñada de forma rotatoria por cada uno de los miembros del mismo, compatibilizándola con las tareas propias de su perfil profesional.

FAMILIAS DESTINATARIAS DEL PTF

Las familias objeto de tratamiento presentan por lo general alguna de las siguientes **características**:

- Tienen menores a su cargo que se encuentran en situación de riesgo social.
- Son monoparentales con hijos menores de 18 años en situación de dificultad social.
- En su seno se han detectado situaciones de violencia que afectan directa o indirectamente a los menores a su cargo.

- Tienen menores con los que se ha adoptado una medida de protección, y hay posibilidades de retorno.

El **tratamiento psico-social y educativo** que se desarrolla con las familias requiere por parte de éstas una motivación y participación activas y un grado de compromiso durante todo el proceso para garantizar el éxito del mismo.

En consecuencia, lograr esta actitud de predisposición se va a convertir en uno de los objetivos fundamentales de la fase inicial de tratamiento. Además de ésto, otros aspectos relacionados con las familias en los cuales habrá que incidir en aras de facilitar el cambio propuesto son:

- Posibilitar a las familias a través del programa que tomen conciencia de su situación y de la necesidad del tratamiento para conseguir la mejora de la situación.
- Ofrecerles una visión clara del nuevo contexto del PTF y de sus elementos diferenciadores con respecto a los SSCC o al SPM.
- Potenciar en la familia la importancia de su participación activa dentro del proceso de tratamiento y de los resultados que del mismo se obtengan.
- Recibir un tratamiento individualizado, específico y diferenciado que pueda cubrir los déficits que presenta.
- No perpetuar con la familia pautas de intervención de otros servicios o entidades que no dieron resultado con anterioridad

4, CRITERIOS DIFERENCIALES DE ACTUACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS DEL PTF

La especificidad de los ETF respecto al resto de servicios que trabajan con familias, especialmente los SSCC y los SPM viene dada entre otros por los siguientes **criterios** que sin ser exhaustivos, se reflejan a continuación:

- los **criterios diferenciales de intervención** entre los SSCC/ETF y SPM, que se detallan en la siguiente tabla resumen.
- Las **distintas situaciones** que se pueden abordar. Los dispositivos no intervienen sobre familias diferentes sino sobre diferentes momentos por los que atraviesan las familias.
- El **proceso de derivación de casos** (esquema del circuito general de derivación de casos) en el cual es clave la figura del coordinador del programa en la Corporación Local, como en el resto del proceso de intervención.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS (SS.CC) Y EQUIPOS DE FAMILIA (EF)	EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR (ETF)	SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE MENORES (SPM)
<p>Suponen un primer nivel de atención, y sus actuaciones están dirigidas a la prevención, detección, intervención y reinserción, con programas comunitarios o específicos de familia e infancia.</p>	<p>Suponen un segundo nivel de atención dirigida a casos muy concretos (familias con menores en situación de riesgo), en los que la intervención de los SSCC ha resultado insuficiente, o se detecta la necesidad de un tratamiento complementario a esa intervención. En algunos casos, colaboran en la reunificación familiar</p>	<p>Son los evaluadores y decisores de la adopción de medidas de protección</p>
<p>Intervienen, entre otras situaciones, en familias con menores, mediante la gestión de prestaciones básicas, recogida de información sobre la situación de los menores, seguimiento de acogimientos, Tienen diferente nivel de desarrollo y en algunos municipios, y dentro de la prestación de Convivencia y Reinserción, se han creado los denominados Equipos de Familia.</p>	<p>Intervienen sólo con familias con menores en situación de riesgo social, con indicios positivos respecto a la recuperabilidad de la familia. También en aquellos casos en los que se ha adoptado una medida de protección si se valora la idoneidad de la reunificación familiar por parte del Servicio de Protección de Menores.</p>	<p>Han de intervenir cuando la situación familiar requiere la adopción de una medida protectora que implique la separación del menor de su entorno.</p>

<p>Voluntariedad</p>	<p>Voluntariedad parcial, especialmente cuando se trata de evitar la derivación a los SPM. En la mayoría de los casos, que la familia acepte voluntariamente el tratamiento implica un trabajo técnico previo con ella para facilitarle el asumir la situación.</p>	<p>Sus actuaciones (la adopción de medidas de protección), en la mayoría de los casos se producen en contra de la voluntad de los padres</p>
<p>Suele existir conciencia de problema y voluntad de cambio</p>	<p>Es necesaria la conciencia de problema y voluntad para el cambio. En caso contrario, se convertirá en un objetivo a conseguir en la fase inicial del tratamiento.</p>	<p>Generalmente no hay conciencia de problema ni voluntad de cambio.</p>
<p>No está en peligro la integridad del menor siempre que se inicie una intervención precoz</p>	<p>La integridad del menor puede verse en peligro si no se interviene y se modifica la dinámica familiar.</p>	<p>Está en peligro la integridad del menor. La separación comportaría mas beneficios que perjuicios</p>
<p>Red social de apoyo</p>	<p>Puede existir una red de apoyo social y familiar que, si se modifican algunos aspectos disfuncionales, puede proporcionar al menor un entorno familiar adecuado para su desarrollo</p>	<p>Los recursos disponibles han fracasado y persiste la situación, por lo que los menores están en situación de desprotección</p>

<p>Finalidad de las actuaciones de los SSCC: intervención sobre las áreas de necesidad para evitar el agravamiento o la cronificación de la situación</p>	<p>Finalidad programa de tratamiento Familiar: Normalizar la situación familiar para evitar la separación.</p> <p>Tender a la reunificación en aquellas familias en que sea posible.</p>	<p>Finalidad de las actuaciones: Garantizar la integridad del menor, protegiéndole del peligro que supone continuar en su núcleo familiar</p>
<p>Situaciones de dificultad familiar en la atención de las necesidades de los menores que pueden normalizarse con los recursos y prestaciones básicas de los que disponen</p>	<p>Situaciones de Riesgo: dificultad familiar en la atención a las necesidades básicas de los menores que requieren de un tratamiento específico, de tipo social, psicológico o educativo.</p> <p>Situaciones de desprotección cuando se ha adoptado una medida de protección y hay indicios favorables para la reunificación familiar.</p>	<p>Situaciones de Desprotección que requieren la adopción de una medida de protección Desamparo o Guarda</p>
<p>Pronóstico positivo</p>	<p>Indicios de recuperabilidad</p>	<p>Pronóstico desfavorable a corto o medio plazo</p>

A continuación, en el siguiente gráfico, se resumen los criterios diferenciales de actuación entre los diferentes elementos del PTF.

Criterios de intervención

Servicios Sociales Municipales



Positivo: Pronóstico favorable con necesidad de intervención o tratamiento según nivel o indicios de recuperabilidad.

Negativo: Pronóstico desfavorable con propuesta de medida de protección inmediata por la gravedad de la situación, el fracaso en intervenciones anteriores o la escasa participación de la familia.

SS.CC.: Prestaciones básicas, recursos sociales e intervención realizada a través de las Z.T.S. y/o equipos de Infancia y Familia de los SS.CC.

La **atención a las necesidades de la infancia y la familia** es uno de los pilares básicos en los que se fundamentan y han de inspirarse las actuaciones de las Administraciones Públicas con competencia en la materia.

La **gran diversidad de situaciones** a las que las familias han de enfrentarse a lo largo de su biografía, la necesidad de disponer de recursos personales para afrontarlas, así como la influencia que sobre éstas tienen factores externos como la situación económica, social, etc., pueden generar una amplia gama de situaciones problemáticas que pueden afectar a las familias, lo que obliga a los servicios públicos encargados de servir de apoyo y ayuda a las mismas, a diversificarse y especializarse para poder ofrecer el recurso y la atención específica necesaria para abordar estas situaciones con garantías de éxito.

En consecuencia, en el sistema público de Servicios Sociales se integran una serie de **dispositivos y servicios** cuyas actuaciones se dirigen a informar, orientar, intervenir o tratar a las familias según las circunstancias en las que se encuentren, basándose en la premisa de que para lograr una mayor efectividad y eficiencia del sistema, así como para optimizar los recursos de los que se dispone, es necesario que cada situación familiar sea abordada por el recurso más idóneo en ese momento.

Los **ETF** suponen un elemento más dentro del sistema y para su adecuada integración en el mismo, es preciso definir muy claramente cuál es su ámbito de actuación, y cómo ha de complementarse con los servicios previamente existentes, sin solaparse con los mismos.

Así pues, tras la puesta en marcha de los ETF y en virtud de la distribución de competencias establecida en la Ley 1/1998, la configuración del **Sistema Público de Atención a la Infancia y la Familia** en el medio, quedaría de la siguiente manera:

- Los **Servicios Sociales Municipales** se ocupan del desarrollo de actuaciones de promoción y prevención en materia de menores, detección de situaciones de riesgo, maltrato y desprotección, intervención y tratamiento cuando los casos lo requieran y la propuesta y derivación hacia los SPM cuando el menor se encuentra en una situación de desprotección, aconsejando la adopción de una medida y por último, el seguimiento, reinserción y reunificación familiar.
- La **Administración Autónoma** es la responsable de la planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de menores, así como del ejercicio de las funciones de protección de menores que implican la separación del menor de su medio familiar. La **Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social** es la

entidad que asume estas competencias en el ámbito de la provincia.

Ante una situación de necesidad detectada o una demanda realizada por una familia, son los **SSCC** los responsables de estudiar el caso, recabar la información relevante, establecer el pronóstico de la situación, evaluar la necesidad y, en consecuencia, realizar la intervención adecuada para lograr la normalización de la situación familiar. Pero también es cierto que, en algunos casos, las necesidades de las familias no pueden ser totalmente satisfechas desde un ámbito estrictamente comunitario, sino que requieren de una atención más específica, continua y personalizada que la que estos servicios, por su naturaleza, estructura y dotación, pueden ofrecer.

Así pues, en función de las actuaciones realizadas por los **SSCC** con la familia, de los resultados obtenidos y de las perspectivas de evolución del caso, éste será asumido totalmente por los SSCC, se derivará a la DPIBS si se considera necesaria la adopción de una medida protectora o bien se derivará al **ETF** si la valoración del caso determina la necesidad de un tratamiento específico y personalizado de la unidad familiar.

En determinadas circunstancias la situación familiar puede requerir una intervención a dos niveles: por un lado, puede ser necesario el tratamiento específico de las disfunciones que alteran la dinámica familiar, y por otro, una intervención a nivel comunitario mediante prestaciones básicas o el acceso a los recursos sociales disponibles en la comunidad, de manera que, con la misma familia, intervienen simultáneamente los SSCC y los ETF, cada uno desde su horizonte de actuación.

5, CIRCUITO GENERAL DE DERIVACIÓN DE CASOS

Todos los elementos del programa han de compartir el acuerdo sobre el papel clave que tiene la **coordinación** como mecanismo para mejorar la calidad de las intervenciones optimizando los recursos y evitando solapamientos y derivaciones innecesarias.

Las derivaciones a los ETF deben hacerse siempre a través del **Coordinador Municipal del programa o Coordinador en la Corporación Local** (CM/CL) del PTF, acompañadas por el consiguiente soporte documental. Estos casos llegan al CM/CL a través de los SSCC o el SPM. El coordinador local del programa será el encargado de recibir los casos y, una vez analizada y valorada la información recibida, los remitirá al ETF o SSCC, según proceda, mediante el documento de derivación formal que se establezca al efecto.

El ETF debe contactar con los profesionales que le derivan el caso. Es de especial interés que **en la derivación/ primer contacto del ETF con la familia**, siempre que sea posible y las circunstancias así lo aconsejen, pueda estar presente el profesional responsable del caso en el servicio derivante, para sentar las bases del proceso de trabajo, la comunicación, las tareas de cada equipo, los pedidos que se le hacen a la familia, etc. y así eliminar la posibilidad de malentendidos que se pueden derivar de la no adecuada comprensión por parte de la familia de la derivación.

Este mecanismo que se plantea como ágil, dinamizador y resolutorio no debe impedir cualquier otro tipo de contacto que agilice la buena marcha del trabajo con la familia.

DERIVACIONES POSIBLES AL ETF:

a) Casos procedentes de Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC)

El menor se encuentra integrado en el contexto familiar ya que la **conflictividad** no ha adquirido la gravedad que aconseje separar al menor de su entorno. Analizado y estudiado el caso, los técnicos de los SSCC estiman que existe una situación de riesgo para los menores por lo que es

necesario modificar la dinámica familiar a través de un tratamiento específico para evitar la adopción de una medida de protección, y que este tratamiento no puede ser prestado desde este nivel.

En estas derivaciones nos podemos encontrar dos supuestos:

- Que con el menor y la familia se está interviniendo desde los SSCC, pero se considera necesario complementar este trabajo con un tratamiento más específico (**Derivación parcial y trabajo simultáneo de ambos niveles**)
- Que analizado y estudiado el caso por los SSCC, se estime que existen indicadores de riesgo que hacen necesario un tratamiento específico con la familia, o bien, una vez finalizada su intervención no se han conseguido los objetivos previstos de eliminación de la situación de riesgo, por lo que, en ambos casos se hace aconsejable su traslado al ETF (**Derivación total, el ETF se hace cargo del caso**)

b) Casos procedentes del Servicio de Protección de Menores

En estas derivaciones nos podemos encontrar dos supuestos:

- En algunos casos en que exista **duda o sospecha** de que los menores integrantes de una familia pueden estar siendo objeto de conductas maltratantes o negligentes por parte de sus padres. No obstante, y tras el análisis pormenorizado del caso, los técnicos del SPM pueden considerar que la situación de los menores no es tan grave como para adoptar una medida de protección, y la familia tiene posibilidades de rehabilitar y modificar las conductas conflictivas que dieron lugar al inicio del expediente si se somete a un tratamiento específico, estimándose viable la permanencia de los menores en su hogar mientras dura este tratamiento.
- Familias con algún hijo con medida de protección, en las que se han detectado indicios de recuperabilidad y que necesitan de un abordaje específico para que el cambio positivo se haga efectivo y se posibilite la reunificación familiar.

DERIVACIONES POSIBLES DEL ETF:

a) Derivación de casos del ETF a SSCC:

En estas derivaciones nos podemos encontrar dos supuestos:

- Familias con las que el ETF ha desarrollado y concluido el proyecto de tratamiento familiar con la consecución de los objetivos establecidos en los plazos previstos, que se derivan a los SSCC para que realicen el seguimiento del caso y la vigilancia del mantenimiento de los cambios logrados.
- Familias con las que el ETF ha agotado los plazos y ha de finalizar el tratamiento sin conseguir los objetivos propuestos, en las que tanto los técnicos del equipo como del Servicio de Protección coinciden en que los indicadores que presentan no son suficientes para declarar una situación de desamparo. En estos casos únicamente cabe solicitar un especial apoyo y seguimiento a los SSCC para evitar que los menores que permanecen en contextos familiares de riesgo cronificado deriven hacia situaciones de desamparo. Llegado el caso, si ocurriera este extremo desde SSCC a través del CM/CL, darán traslado de dicha información al Servicio de Protección.

b) Derivación de casos del ETF al Servicio de Protección de Menores:

- **Procedimiento habitual.**

Si el ETF tras su intervención con la familia no ha obtenido los resultados de cambio previstos y considera que la situación pone en grave riesgo el desarrollo del menor, propondrá al CM/CL la derivación del caso al SPM, solicitando la declaración de desamparo, acompañando ésta de un informe de derivación.

En esta fase se ha de evitar que hasta que el SPM intervenga, la familia y los menores no tengan contacto con ningún equipo, por lo cual, tras el trabajo realizado por el ETF sin conseguir los resultados previstos, y para no agotar el recurso de cara a posibles próximas actuaciones para reunificación familiar, es preferible que sean los técnicos de los SSCC y de los equipos de familia de comunitarios los que realicen el seguimiento de estas familias para atender las situaciones que así lo requieran.

En ocasiones puede ocurrir que el ETF considera finalizada su intervención sin conseguir los objetivos y propone que se adopte medida protectora, pero el Servicio de Protección de Menores considera que los indicadores que presentan los menores no son susceptibles de declaración de desamparo. En estos casos, y siempre con las salvaguardas legales que una decisión de este tipo debe cumplir, se propone que se adopte la medida protectora dado que la presencia continuada de indicadores de riesgo, su frecuencia y las posibles consecuencias que su prolongación en el tiempo

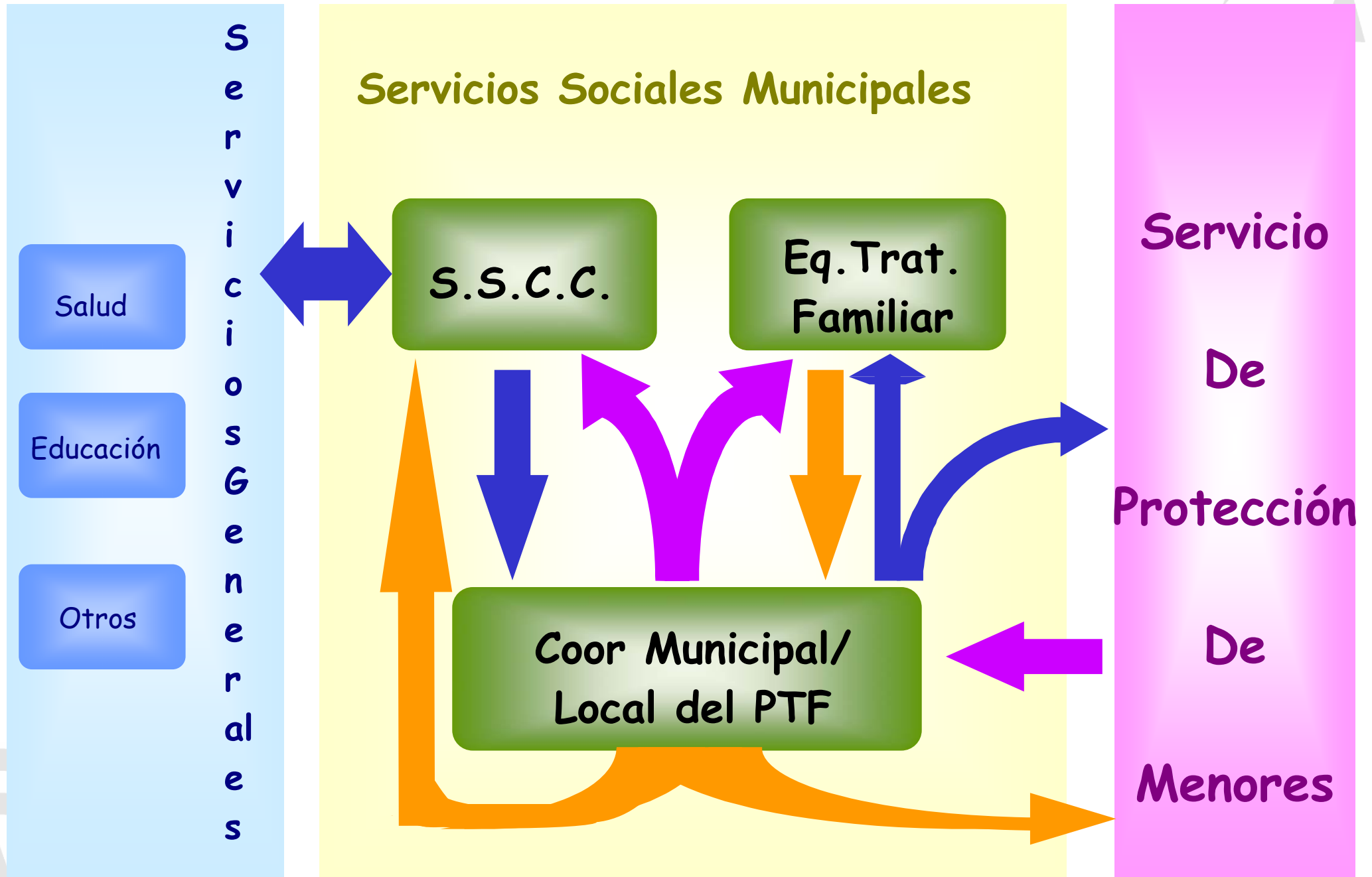
puedan generar, aconsejan la adopción de dicha medida.

- **Procedimiento de mayor urgencia para decretar situaciones de desamparo con carácter provisional.** En aquellos casos en los que, durante la intervención por el ETF, se produce alguna situación o circunstancia que requiere la adopción urgente de una medida de protección, obviamente es importante que se produzca un intercambio de información ágil que posibilite una rápida coordinación y toma de decisiones entre ETF, CM/CL y SPM.

En el gráfico siguiente esquematizamos el circuito general de derivación, sobre el cual realizamos algunas **recomendaciones** sobre la metodología de las derivaciones:

- El derivante ha de explicar a la familia y al equipo entrante porqué es necesaria y conveniente hacer la derivación, para prevenir que la derivación se perciba como un castigo.
- Derivar no significa desentenderse de la situación de la familia. En los casos que lo requieran, hasta que el servicio propuesto no comience a intervenir el equipo derivante, o el que proceda según el caso, habrá de mantener un cierto trabajo con la familia.
- En el proceso de derivación, además del preceptivo informe (cada una de las flechas se debe corresponder con un instrumento protocolizado y sistemático de transmisión de la información relativa a las actuaciones realizadas), en la medida de lo posible, se realizará una entrevista de presentación a la que asistirán, al menos, un profesional del equipo que deriva, otro del equipo que se hace cargo del mismo, y la familia. El objetivo de esta reunión conjunta es clarificar a la familia su papel y los motivos de la derivación.

Circuito General de Derivación de Casos



CAPITULO III:

LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR (ETF)

1. PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE TRATAMIENTO FAMILIAR. FUNCIONES Y TAREAS COMUNES DEL EQUIPO Y ESPECÍFICAS DE CADA PROFESIONAL
2. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR
3. CONDICIONES FAVORECEDORAS DEL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

1. PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL ETF. FUNCIONES Y TAREAS COMUNES DEL EQUIPO Y ESPECÍFICAS DE CADA PROFESIONAL

El **Equipo de Tratamiento Familiar** tiene un carácter interdisciplinar y esta constituido por un profesional de la psicología, un profesional del trabajo social y un profesional de la educación familiar, si bien tanto su composición como su número dependen de la población a atender en el marco de cada convenio. El ETF ha de aplicar con la ayuda del resto de elementos del Programa el planteamiento que se desarrolla en este capítulo relativo al trabajo interdisciplinar y en red de servicios.

En relación con su **funcionamiento como equipo** y a sus componentes, se resalta la importancia de:

- La **delimitación de funciones específicas** es necesaria para evitar la invasión de un profesional en el espacio del otro, pero asimismo ha de aceptarse y consensuarse por todos que la labor en equipo conlleva espacios comunes por lo cual los límites entre una y otra disciplina han de ser permeables y flexibles, así como ser constante la colaboración entre los miembros del equipo.
- El **referente de la familia** (interlocutor y nexo entre familia y equipo) será el profesional mas adecuado según las características del caso.
- **Las reuniones de equipo** frecuentes y programadas, facilitando el coordinador municipal o local del PTF el flujo de la información, el análisis del funcionamiento del equipo con los miembros del mismo, la metodología y la organización del trabajo, y valorar las necesidades de formación específica.
- La evaluación, diagnóstico, pronóstico y plan de intervención se ha de realizar en equipo así como la **toma de decisiones**, sobre todo cuando se

propone derivar el caso al SPM.

FUNCIONES COMUNES DE LOS MIEMBROS DEL ETF

Los tres miembros del ETF participaran en las tareas de:

Análisis y desarrollo de la comunidad.

Conocimiento de la comunidad en todos los recursos y aspectos necesarios para el desarrollo de los proyectos de tratamiento familiar. Además, basándose en su información y experiencia con las familias atendidas puede sugerir actividades y orientaciones para que sean mejor atendidas las necesidades de estas familias.

Evaluación, planificación, orientación y motivación.

Análisis de potencialidades y dificultades de los miembros de las familias (habilidades sociales, resolución de conflictos, toma de decisiones, actitudes, etc.), y ayuda para establecer planes de mejora para resolverlos. Participación en la elaboración de proyectos de tratamiento familiar. Motivación de la familia para el cambio.

Apoyo y atención directa.

- **Desarrollo de las actividades derivadas del Proyecto de Tratamiento Familiar** de cada familia de acuerdo con las tareas que cada uno tiene señaladas. Aplicación de técnicas y estrategias adecuadas para la capacitación personal y social, promoción, prevención de dificultades.
- **Apoyo a la familia** (a través de formato individual, familiar): estableciendo una relación de ayuda, proporcionando apoyo social (instrumental, emocional, informativo), tratamientos individuales y/o familiares, proponiendo e informando sobre recursos específicos a solicitar a los programas municipales.
- **Intervención grupal** (con familias que son atendidas por el ETF, con adolescentes, madres,...), por ejemplo sobre: habilidades de parentales, resolución de conflictos, comunicación, reflexionar sobre conductas y consecuencias, solución de problemas, habilidades sociales en general.

Conexión de la familia con la comunidad

Orientación sobre servicios de la comunidad que necesiten: redes sociales, ayuda mutua y autoayuda.

Referente de la familia y coordinación del caso

Cada familia atendida tendrá a un miembro del equipo como referente y éste lo será, en todo lo relacionado con esta familia, para el resto de servicios y profesionales que se relacionan con la familia. Igualmente recogerá toda la información y análisis que aporten el resto de miembros del equipo. No es incompatible que un miembro del ETF pueda realizar las coordinaciones con sus iguales de la misma disciplina de otros equipos con el hecho de que otro de los miembros del ETF sea el referente de la familia.

Asesoramiento mutuo entre los miembros del equipo y apoyo en el desarrollo de sus intervenciones.

Documentación

Elaboración de informes sobre las familias atendidas o alguno de sus miembros.

Evaluación

Participar en las tareas de evaluación de las familias y del resto de aspectos del PTF.

Otras tareas requeridas dentro de sus competencias

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE CADA MIEMBRO

PORTAVOZ

Se desempeñará de una **forma rotatoria anual** por cada uno de los miembros del equipo, compatibilizándolo con las tareas propias de su perfil profesional.

Se encargará de:

- Ser el representante del equipo al nivel de las diferentes instituciones (no para situaciones familiares concretas)

- Tener la visión global del trabajo del equipo en el desarrollo del PTF

PSICÓLOGO

El espacio del psicólogo en los ETF esta centrado en el ámbito de las relaciones y de las vinculaciones afectivas dentro de la familia y en la evaluación del funcionamiento familiar y de cada uno de sus miembros.

- **Asesoramiento relacional**, ofreciendo opiniones a los profesionales del ETF y al resto de profesionales, entidades, grupos, etc. que intervienen con las familias que tiene derivadas el ETF.
- **Evaluación psicológica de los menores, de los adultos y de la dinámica familiar** (relaciones internas y externas, niveles de riesgo y posibles repercusiones, etc.).
- **Detección de psicopatología** para determinar la posible derivación a recursos de salud mental.
- **Tratamiento terapéutico** individual, familiar y grupal, sobre los aspectos relacionales contemplados en el proyecto de tratamiento familiar. Reestructuración de la dinámica familiar, modificación de pautas disfuncionales entre padres-hijos-hermanos.
- **Intervención en crisis**
- **Coordinación para el intercambio y derivaciones** con los profesionales de los recursos específicos relacionados con la salud mental

TRABAJADOR SOCIAL

El espacio donde se definen sus funciones es la comunidad y la relación de la familia con ésta. Se ha de destacar que en general los trabajadores sociales de los ETF suelen tener una formación especializada en aspectos relacionales y terapéuticos, lo cual supone una gran ayuda en diferentes aspectos del trabajo de los ETF como son la toma de decisiones y la reorganización familiar.

Puede parecer a simple vista que hay solapamiento con algunas

funciones de los trabajadores sociales de los SSCC, sin embargo no debe ser así. Es más supone un valor añadido el hecho de que desde el ETF se integre la perspectiva social desde la recepción de la demanda hasta la devolución de información al derivante o a otros equipos que hayan de intervenir con la familia y el menor. No son las mismas **funciones**, en todo caso, trabajan desde otro contexto diferente al de los SSCC.

- **Recepcionar las demandas** que llegan al ETF.
- **Asesoramiento social** a los profesionales que intervienen con las familias que tiene derivadas el ETF.
- **Actualizar la información del ETF sobre los recursos sociales** del territorio y gestión de recursos sociales para poder informar, orientar y asesorar a las familias.
- **Diagnóstico de necesidades y relaciones** socio-familiares (redes sociales, familia extensa, laborales, económicas, vivienda, etc.).
- **Intervención familiar y comunitaria**, por ejemplo sobre: (re) inserción socio-laboral, utilización de recursos y redes de apoyo formal e informal.
- **Colaborar en tareas como “co-terapeuta”** a demanda del psicólogo/a.
- **Orientar y movilizar** sobre ayudas y otros recursos sociales para cada familia y para todas las familias y **gestionarlo** cuando el caso lo requiera, así como **entrenar** a las familias en gestiones para el acceso a recursos y prestaciones.
- **Coordinación permanente** con las instituciones y servicios socio-sanitarios relacionados con la atención a las familias que atiende el ETF.

EDUCADOR FAMILIAR

El espacio del educador familiar es el ámbito educativo, ya sea con respecto a los menores, ya sea respecto a los padres.

- **Evaluación** de habilidades, capacidades y modelos educativos familiares.
- **Orientar** a la familia relaciones de convivencia y en sus funciones socializadoras ofreciendo pautas educativas, modelándolas, etc.

- **Acompañar** en gestiones para el acceso a recursos y prestaciones.
- **Intervenir con los menores** en su espacio (escuela y barrio) para favorecer su integración (seguimiento escolar, etc.).
- **Programar actividades socio-educativas específicas** (realizadas por él o por otros profesionales) en las áreas de: organización y economía familiar (horarios, higiene...), educación para la salud (alimentación, seguridad en el hogar...), integración de los menores en el medio escolar, conductas educativas, información de las necesidades de cada menor en función de su edad, habilidades socio-laborales, etc.
- **Comprobar directamente el cuidado que reciben los menores** así como recoger información directa y permanente sobre la situación de la familia.
- **Promover, orientar y movilizar** sobre recursos educativos (ocio y tiempo libre, educación formal, etc.) para cada familia y para todas las familias.
- **Coordinar** con las instituciones socio-educativas que inciden en la familia.

2. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS ETF

El Programa de tratamiento a familias con menores lo desarrollan los ETF los cuales pondrán en marcha para cada familia un proyecto de tratamiento familiar. Se calcula que un equipo integrado por tres técnicos, anualmente pueda **desarrollar proyectos de tratamiento con 30/40 familias, aproximadamente. Aunque ésto estará en función de las características de los casos atendidos, de la fase de tratamiento en que se encuentren y del ámbito de actuación del ETF.**

Sobre la **ubicación física** de los ETF, se recomienda que para una mayor coordinación con lo SSSCC se encuentren próximos a ellos, es imprescindible que estén diferenciados, para así favorecer la idea de cara a las familias de que no son integrantes del nivel primario de atención.

Respecto a los **horarios**, será necesario que puedan ofrecer atención por las tardes, tanto para el trabajo familiar, como para el grupal así como para

determinadas coordinaciones.

Sería deseable que dispusieran de unos **recursos materiales** adecuados: espacio físico adecuado (especialmente para el trabajo con niños), mobiliario, material fungible, materiales para el **trabajo con niños**, juegos, etc..

Para facilitar tanto la elaboración de informes como también el trabajo en red con el resto del equipo y con el resto de equipos (ETF, SPM, DGIF, etc.) sería conveniente que el equipo dispusiera de una adecuada **dotación y/o soporte informático** (ordenadores, conexión a Internet, impresora, etc.).

Se habría de valorar el facilitar acreditación identificativa a los miembros de los ETF, así como la elaboración de un programa informático que facilite el seguimiento y la evaluación de las intervenciones.

Como **aspectos organizativos** y del trabajo en equipo, podemos señalar:

- Una reunión diaria de 1 hora (preferentemente al inicio de la jornada) de los tres **miembros del equipo**, para coordinar sobre los casos abiertos.
- una **reunión de coordinación** (semanal o quincenal) del **coordinador/a municipal/local del PTF con el ETF**, en la cual, entre otros temas se trata de los casos propuestos para que atienda el ETF.
- Realizar **actas de las reuniones** mantenidas con instituciones en las que se recogen los compromisos y acuerdos adoptados.
- **Distribución de tareas** entre los profesionales
- Adoptar **acuerdos internos** y prever los recursos externos e internos que se pueden utilizar
- Efectuar una **valoración conjunta de equipo/s**
- Dotar a cada familia de un **referente técnico en el equipo**. El referente del caso, o el técnico afín contacta con los **recursos** externos necesarios.
- Posibilitar el desarrollo de encuentros y cualquier otro tipo de reunión que favorezca el mejor desarrollo del trabajo.

3. CONDICIONES FAVORECEDORAS DEL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

La violencia familiar y en concreto las situaciones de riesgo de malos tratos infantiles son una de las temáticas que por su gravedad y dificultad de abordaje pueden “poner a prueba” la coherencia y profesionalidad de los servicios e instituciones que planifican y atienden a las personas afectadas. Si estos servicios e instituciones no están suficientemente preparados o no tienen un suficiente nivel de trabajo en equipo se pueden generar actitudes y comportamientos hacia el tema y/o hacia las personas a las que se ha de atender, que pueden ir de la inhibición a la actuación precipitada e irreflexiva.

Una manera de paliar algunos de estos peligros en la intervención, es la potenciación y mejora permanente de uno de los instrumentos técnicos maspreciados en la intervención con infancia en riesgo: la coordinación con otros dispositivos y la toma de decisiones decidida y conjunta para determinar e implementar hacia donde puede apuntar “el cambio a mejor” de una familia determinada. A continuación resumiremos las aportaciones elaboradas por Alonso, J.M. / Val, A. (2000).

Podemos entender por **equipo**:

- el formado por los profesionales de un mismo servicio,
- el grupo de personas que utiliza en un momento dado un método de trabajo específico llamado trabajo en equipo
- el grupo de profesionales de diferentes equipos que están interviniendo en/con cada familia concreta.

Son estos últimos “equipos” a medida que intervienen conjuntamente con diferentes familias los que pueden ir llegando a acuerdos entre ellos sobre **aspectos metodológicos**:

- la actuación en diferentes situaciones de desprotección infantil,
- el intercambio de información entre ellos (escrita, telefónica, presencial, etc.),
- la jerarquía administrativa ante determinadas situaciones,
- quién es el referente del caso, tareas y roles de los profesionales de los diferentes equipos,
- el calendario de evaluaciones a realizar.

A pesar de todo, es relativamente frecuente encontrar dificultades para la colaboración entre los diferentes servicios que intervienen en el proceso de atención a las situaciones de riesgo de malos tratos. Pero, **¿por qué es necesaria la interdisciplinariedad y el trabajo en red de servicios**, en concreto, en el trabajo de protección infantil? Podemos apuntar entre otras razones:

- La complejidad de las tareas de protección infantil. La incapacidad de que cada entidad o servicio pueda abordar con sus propios recursos de manera integral todas las necesidades del niño y de su familia.
- La disgregación de conocimientos en diferentes disciplinas profesionales (medicina, psicología, trabajo social, pedagogía, etc.) y a la vez la necesidad de integrarlos
- No hay una sola disciplina profesional que lo sepa todo y pueda hacerlo todo. En cambio, juntas pueden saber más y tener mas poder para propiciar cambios.
- La existencia de un marco legal que distribuye competencias concurrentes entre diferentes dispositivos.
- La constatación de que cada vez son más las entidades privadas que colaboran con la administración en diversos programas de intervención en el marco de la protección a la infancia.
- El poder disponer del máximo de información relevante y de análisis para la toma de decisiones razonadas (separar o mantener al niño en su núcleo familiar, derivar o no a otros servicios, etc.). El consenso supone una gran responsabilidad para poder dar un significado a las conductas de una familia y establecer la mejor manera de atender tanto al menor, como a su familia.

El **trabajo interdisciplinar** es una práctica relativamente moderna y reciente, que nos habla de:

- **Procesos de creación y cooperación** y de crear dinámicas y compromisos para el cumplimiento de objetivos.
- Entender a los **equipos** como una **realidad dinámica** que funciona por una serie de procesos vinculados a las vicisitudes de las dinámicas de grupos humanos, que se han de conocer.
- Un **proceso singular**. La práctica interdisciplinar es un proceso que cada equipo particularizará estableciendo su propio proceso y organizándose e implementando una metodología de trabajo.
- **Profesionales de diferentes disciplinas**, con objetivos comunes y con planificación conjunta. Cada profesional aporta unos conocimientos

específicos y en consecuencia asume unas responsabilidades específicas. Profesionales diferenciados por informaciones y por intervenciones en función de las características y prioridades del problema.

Han de ser **profesionales capacitados para:**

- Reorganizar sus intervenciones previamente acordadas, pudiendo adaptar las técnicas de cada disciplina a la solución de los problemas concretos que tiene delante y no al revés.
- Dirigir, colaborar o ser auxiliares en función de las características de la situación. A veces se produce la paradoja de que haya equipos que no quieran dirigir el proceso y que a la vez no quieran hacer la intervención puntual pero clave que la familia necesita.
- Realizar aportaciones desde una posición de igualdad superando prejuicios mutuos. No se trata de la mera adición de aportaciones de profesionales de cada disciplina, sino de realizar una síntesis coherente de todas.

El **trabajo de equipo** es **garantía de una cierta calidad** respecto al control de acciones individuales y coherencia en las respuestas. El profesional que trabaja solo toma decisiones siguiendo exclusivamente sus propios criterios de referencia. Ahora bien, no siempre un trabajo de este tipo ahorra tiempo. Éste es un ámbito de responsabilidad compartida, con funciones diferenciadas para cada nivel de atención (aunque no siempre establecidas de manera clara) con el objetivo de dar garantías de continuidad a todo el proceso.

El trabajo en equipo no permite conseguir cualquier objetivo, podemos hablar de algunas **CONDICIONES QUE PUEDEN FAVORECER LA INTERDISCIPLINARIEDAD** y no sólo estamos pensando en el estímulo institucional, sino también en que el equipo tome decisiones respecto a:

Definición de objetivos concretos de producción: Tener suficiente información sobre el encargo, poder acordar sus contenidos entre los miembros del equipo, valorar la pertinencia, las posibilidades, los límites y los medios disponibles para llevarlos a cabo. En este sentido se ha de trabajar más en la concreción y definición de lo que supone trabajar en equipo; cuáles son los límites, dificultades, beneficios y conveniencia o no de implementar esta metodología en un momento dado.

Definición de objetivos específicos: Hemos de estar dispuestos/as a:

- Romper con las resistencias y los “a priori”. Trabajar en equipo supone romper con los prejuicios en las percepciones recíprocas de los

colaboradores, ya que pueden ser fuentes de conflictos.

- Optar por la complementariedad entre los colaboradores y por la ampliación de las percepciones y de los análisis individuales o por seguir en nuestro mundo profesional más manejable y menos complejo.
- Priorizar la diversificación de modelos intelectuales y disciplinarios que nos permitan una mayor calidad y diversidad de hipótesis sobre las situaciones y por una intervención con respuestas más plurales.
- Apostar por una mejor utilización de competencias individuales (funcionando solos/as hemos de responder a cualquier situación, seamos o no competentes; en equipo tenemos la posibilidad de aprender alternativas nuevas).

Elaboración de normas de trabajo que constituyan un marco metodológico que permita la consecución de los objetivos fijados, por ejemplo: manejar un lenguaje lo más común posible, contrastar criterios con otros equipos, tener espacios de trabajo grupal, de formación continuada, de supervisión interna y externa, etc. Articular las características individuales de cada uno de los miembros del grupo requiere esfuerzos ya que se ha de pasar de un funcionamiento aislado a otro que suponga integrar al otro/a/os/as miembro/s del equipo y construir un esquema de referencia compartido.

Por otro lado, y siendo realistas, hemos de identificar los **RIESGOS DE LA PRÁCTICA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINAR** que pueden suponer el aumentar los problemas en lugar de disminuirlos. Algunos de estos riesgos son:

La existencia de **mitos** que se repiten en el discurso de los interventores sociales como algunos de los que se señalan a continuación:

- Ser visto como una panacea. No toda intervención ha de ser interdisciplinar. Por otro lado, un equipo interdisciplinar no tiene respuestas para todo.
- Ficción: a veces decimos que trabajamos de forma interdisciplinar pero no es así. “Hemos de trabajar en equipo por necesidad”, como para justificar un discurso de cambio y “esconder” prácticas cotidianas que cambian poco.
- Rigidez: reparto de tareas y funciones que no permiten el intercambio ni la adaptación funcional a las situaciones que el equipo ha de dar respuesta.
- Indiferenciación: Todos los miembros del equipo hacen las mismas tareas, lo cual no justifica el porqué han de ser de disciplinas diferentes. Se piensa que trabajar en equipo es hacer todos lo mismo, con la idea de perseguir la justicia y la igualdad. Esta idea parte de la cohesión en lo afectivo intentando evitar conflictos aunque esto tenga a veces como coste “borrar”

las diferencias.

Ver al equipo como lugar de ventilación de los propios conflictos, por ejemplo conflictos por estatus y rol: a veces detrás de supuestas diferencias disciplinares lo que hay son otro tipo de conflictos que disminuyen la eficacia de la intervención profesional.

Primar la satisfacción de necesidades y deseos individuales. Estos objetivos implícitos serían aquellas expresiones de deseo personal de quien participa en el grupo de trabajo:

- Romper con el sentimiento de soledad y aceptar maneras ineficaces de trabajo en equipo. Buscar la seguridad en el equipo para poder escapar de la responsabilidad en las decisiones.
- Vivir el trabajo en equipo como una limitación de la libertad individual.
- Ambigüedades personales (bloqueo relativo a la implementación de la propia función, subestimar las propias cualidades y sobrevalorar las competencias de los otros...)
- Priorizar la espontaneidad por encima de la utilización de una metodología en el abordaje de las situaciones.

Dificultades de organización e institucionales. Muchas veces no sabemos qué se puede o qué hemos de esperar de la dirección de nuestro servicio o de la propia institución, que establece que se ha de trabajar con metodología de trabajo en equipo pero no favorece los procesos para poderla implementar con más grado de éxito.

Dificultades técnicas y metodológicas:

- Acostumbran a funcionar en equipos constituidos a priori y en estos equipos así formados, no suelen explicitarse y consensuarse una normas básicas de trabajo
- Se permiten pocos espacios de reflexión conjunta. Se acostumbra a pasar de una descripción vaga de las situaciones a la organización de los medios resolutivos para hacerles frente.
- Los proyectos de acción están definidos a largo plazo, y eso dificulta la renegociación periódica de objetivos dando como resultado en muchas ocasiones, intervenciones rutinarias y equipos poco motivados para innovar.

CAPITULO IV: DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

1. CONCEPTO DE TRATAMIENTO

2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

3. PROCESO DE TRATAMIENTO:

A. FASE INICIAL

- Proceso de evaluación e instrumentos
- Pronóstico, vulnerabilidad y competencia familiar
 - a. Factores de protección
 - b. Factores de riesgo
- Indicadores de gravedad y riesgo
- Técnicas recomendadas durante esta fase

B. FASE DE TRATAMIENTO

- Elaboración del Proyecto de tratamiento familiar
- Condiciones que facilitan el éxito de los acuerdos
- Realización del tratamiento
- Técnicas recomendadas durante esta fase

C. FASE DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Técnicas recomendadas durante esta fase
- Procedimiento para finalizar el tratamiento
- Recomendaciones sobre la elaboración de informes

- Seguimiento del caso
- Evaluación del caso

CONCEPTO DE TRATAMIENTO

Suele haber cierta confusión entre los términos “intervención familiar” y “tratamiento familiar”. Muchas veces los profesionales que los utilizan no establecen en la práctica diferencias entre ambos. Entendemos que el término “**intervención**” es demasiado genérico, ya que puede referirse a:

- Cualquier actuación de un profesional en cualquier fase de intervención
- Cualquier actuación de un profesional con o sin intencionalidad específica de tratamiento
- El trabajo que realiza un profesional que trabaja solo

En resumen, “intervención” no enfatiza la direccionalidad clara enfocada al cambio, imprescindible cuando estamos hablando de familias con situaciones que han sido valoradas por diferentes servicios como de riesgo para los menores. En el caso de los Equipos de Tratamiento Familiar podemos hablar específicamente de “**tratamiento**” debido a que:

- Realizan **proyectos de intervención especializada y planificada** para conseguir determinados objetivos y para evitar determinadas consecuencias negativas para la familia.
- Se presentan a la familia como **equipos de tratamiento** quedando claro el objetivo de trabajo y el contexto de la misma, en el cual hay ayuda (a través de diferentes recursos) y control (se trata de disminuir el riesgo que se ha detectado por otros equipos sobre la situación de los menores).
- Pretenden ayudar con su intervención externa a que **las familias solucionen sus problemas** (aunque a veces inicialmente no tengan conciencia de ellos), aportándoles visiones diferentes a las que utilizan para explicar lo que les ha pasado, les pasa o piensan que les podrá pasar, y aportándoles también técnicas para que puedan actuar de forma que no comprometa el desarrollo de los niños.
- Pretenden conseguir objetivos a través de **procesos estratégicos de influencia**. Los profesionales tienen un elevado poder delegado por la sociedad, que para que sea realmente útil ha de ser administrado de forma

consciente y planificada (qué informaciones obtener, qué objetivos establecer, qué actuaciones concretas llevar a cabo por el profesional, etc.). La **estrategia** sería la forma de administrar dicho poder, en concreto, definiendo los objetivos de la intervención y eligiendo las técnicas que se consideran más adecuadas para conseguirlos.

ESTRATEGIA = Objetivos + Técnicas + recursos

Los **objetivos** se han de establecer por áreas, priorizándolos y temporalizándolos. Han de incluir tanto los percibidos por la familia como los sugeridos por los profesionales. Se habrán de redactar de forma comprensible, clara y lo más motivadora posible para la familia. El proyecto de tratamiento familiar y por extensión los objetivos, etc. han de ser: medibles, evaluables, entendibles, temporalizables, asequibles y seguibles con el paso del tiempo

Las **técnicas** serían procedimientos para realizar actuaciones con finalidad de cambio, y podrían ser aplicadas en diferentes fases del proceso de atención. En cada una de las tres grandes fases que se distinguen en este programa se sugieren bloques de técnicas a tener en cuenta.

Los **recursos** pueden ser muy variados, pudiendo ser del propio equipo (análisis, cuestionamiento y entrenamiento relacionado con el funcionamiento familiar mediante entrevistas, etc.) como proporcionados por otros equipos: utilización de equipamientos, ayudas económicas, etc.

El **TRATAMIENTO** es una fase de la intervención donde se pretende un cambio terapéutico, momento en que el equipo tiene definidos los objetivos, cambios y recursos necesarios para realizar la intervención familiar. Lo que define a estos equipos no es tanto la orientación, o la valoración, la asistencia en general, o la sustitución de funciones familiares, sino el **tratamiento psico-socio-educativo**, que podemos detallar en:

- El tratamiento **relacional o psicológico**.

Centrado a comprender los problemas y desajustes relacionales y buscar respuestas a ellos conjuntamente con la familia y con los recursos del equipo. Se trabajarán habilidades de comunicación, cooperación, negociación, etc.

- El tratamiento **educativo**.

Enfocado a hacia la enseñanza- aprendizaje y posterior puesta en práctica de habilidades educativas e incorporación de hábitos (de organización, comportamientos, pautas educativas hacia los hijos, etc.). que doten a los padres de herramientas útiles que favorezcan el desarrollo integral de los menores. Se ha de desarrollar este trabajo no sólo en el espacio propio del ETF sino también en el domicilio familiar.

- El tratamiento **social (preventivo y de promoción)**

Evitando la institucionalización y promoviendo la capacidad de desarrollo de la familia para que pueda potenciar sus redes sociales informales y aprovechar las redes sociales formales, es decir, los recursos profesionales normalizados.

Evidentemente los profesionales necesitamos modelos y teorías para realizar una intervención eficaz al servicio del bienestar de los adultos y los niños de las familias con especiales dificultades. Sin embargo, a partir de la premisa “teorías al servicio de las personas y no al revés” proponemos que un profesional **pueda utilizar técnicas no específicamente creadas por su modelo teórico sino todas las que puedan ser de ayuda a las familias**, siempre que las técnicas que utilice estén dentro de una estrategia coherente y esté familiarizado con ellas.

Las intervenciones y las técnicas no tienen que ser rígidas y aburridas sino más bien han de ser creativas, flexibles y motivadoras tanto para quien las han de implementar como para las personas a las que van dirigidas, las cuales no olvidemos, tienen niveles importantes de sufrimiento.

Recordemos, por último, algunos de los principios de intervención que se recomiendan en las **buenas prácticas en la protección a la infancia**, elaborada por el **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales** (1997):

- “La familia debe ser considerada el cliente de la intervención aunque nuestro objetivo sea el niño”.
- “Es imprescindible incorporar a los padres en el proceso de toma de decisiones y responsabilizarles mediante acuerdos escritos de la ejecución del plan de intervención que les corresponda”.
- “En la toma de decisiones hay que valorar los riesgos estimados para cada opción y los recursos disponibles para amortiguarlos”.
- “Debe existir un marco temporal dentro del cual la decisión deba ser tomada, balanceando la necesidad de disponer de información relevante con el riesgo de retrasar la decisión”.
- “Es necesario que exista un técnico en cada servicio que coordine todas las

actuaciones que se deben llevar acabo sobre todos los niños protegidos de una misma familia”.

TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

La intervención que desarrollo el ETF con la familia durante el proceso de tratamiento debe tener **un carácter limitado en el tiempo**, ya que con ella se persigue dotar a las figuras parentales de las habilidades y capacidades adecuadas para que el cuidado y la relación con los hijos satisfaga las necesidades físicas, síquicas y sociales de los niños de manera estable.

De igual forma, se trata de capacitar a la familia para que, una vez finalizado el tratamiento, pueda acceder de **forma independiente y autónoma** a los recursos existentes en su entorno en la medida que los necesite.

Por todo ello, la planificación de cada Proyecto de Tratamiento Familiar debe contemplar **la temporalización de las actuaciones en un plazo máximo de tiempo**, a partir del cual, dado que hay evidencias de que si en aproximadamente un año y medio la familia recibe un apoyo intensivo de tratamiento y no hay una mejora significativa no es conveniente continuar la y se han de buscar otras fórmulas para garantizar el bienestar y seguridad de los niños.

Se ha de evitar que la fase de **EVALUACIÓN INICIAL** de los ETF sea excesivamente prolongada, la cual habría de situarse en torno a un mes. No obstante, debe ser lo suficientemente exhaustiva como para permitir el diseño del proyecto de tratamiento familiar.

En la fase de **TRATAMIENTO**, se ha de evitar la cronificación y la falta de clarificación sobre el desarrollo del tratamiento, así como la dilación en la propuesta de posibles medidas de protección a adoptar.

- Una vez realizado el acuerdo de trabajo con la familia la duración del período de tratamiento habría de estimarse alrededor **de un año, siendo el período máximo de año y medio** (en los casos de riesgo social) o de **doce meses** si se trata de reunificación familiar.
- No en todos los casos **es necesario agotar este periodo** tanto si se han conseguido los resultados como si la situación se ha agravado.

- Si se supera el año ha de ser porque se ha **argumentado de forma clara** por el ETF y hay una tendencia de mejora y se han de modificar los acuerdos. Evidentemente, durante este periodo se pueden realizar varios planes de mejora o modificaciones del acordado inicialmente.
- En los casos de tratamiento para la **reunificación familiar**, estos plazos se deberán ajustar en función de **las características y las necesidades de los menores, no obstante se considera que no se debe superar un período de tratamiento por encima de los 12 de meses.**

La fase de **SEGUIMIENTO** previa a la finalización del tratamiento puede desarrollarse conjuntamente con los SSCC y tendrá una duración estimativa de seis meses.

PROCESO DE TRATAMIENTO

A. FASE INICIAL

A continuación se detallan los **objetivos y criterios operativos** del trabajo de los ETF hasta la firma de los acuerdos del proyecto de tratamiento familiar:

- **El CM/CL decide la inclusión de la familia en la agenda del ETF** de acuerdo a los criterios establecidos, para lo cual es recomendable que haya un breve proceso de análisis y discusión que se busque el consenso entre el CM/CL y el ETF.
- **Valoración inicial del caso** por parte del ETF, de acuerdo a los informes recibidos por los servicios derivantes.
- **Establecer una vinculación positiva con la familia.** Especial importancia se ha de dar a la presentación de la familia, a través de una reunión conjunta con la familia y algún profesional del equipo derivante, de forma

que éste sea el presentador al miembro o miembros del ETF, siempre que ello se considere procedente según las características del caso.

Se ha de hacer especialmente referencia a los elementos más positivos de la familia, explicación del marco de referencia y de los objetivos que pretende el programa de los ETF y comienzo del proceso de motivación de la familia para que pueda entender y valorar que la intervención que se le ofrece puede ser una ayuda. La **visita domiciliaria** puede, además de ser una técnica de recogida de información una forma de acercarse realmente a la realidad de la familia. Si el equipo lo considera conveniente se ha de **citar a la familia extensa**.

- **Análisis del/los problema/s con la familia** para evaluar el grado en que los padres tienen conciencia de sus déficits y dificultades en la crianza de sus hijos, y su motivación al cambio, así como identificar los factores asociados a la situación de riesgo/desprotección.
- Evaluación y diagnóstico del caso y elaboración de las **hipótesis de trabajo**. Las etapas a desarrollar en el proceso de confirmación de las hipótesis de trabajo para determinar los objetivos iniciales (generales y específicos) serán las siguientes:
 - Los diferentes miembros del ETF ampliarán, si procede, la información recibida sobre la situación del niño y su familia para llegar a una correcta evaluación del caso y confirmar/profundizar la información sobre la familia.
 - Definición del problema con la familia, intentando implicar a todos sus miembros para poder implicarse en unos objetivos comunes con el equipo.
 - Determinar los recursos necesarios para la intervención familiar, tanto del propio programa como de otros recursos.

□ **PROCESO DE EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS**

La **EVALUACIÓN DE LOS CASOS** no es una fase de trabajo exclusiva de los equipos de protección infantil, ya que todos aquellos equipos que intervengan respecto a un caso en un momento u otro del proceso, deben hacer una evaluación de la situación al nivel que corresponda. Por ejemplo, los SSCC deberán evaluar las necesidades del niño que se cubran con los recursos que cuenten y decidir cuándo éstos no son suficientes o cuándo el

pronóstico no apunta a una mejora de la situación. La evaluación de un caso hace referencia al proceso de análisis de las condiciones particulares, características y funcionamiento familiar relacionadas con la situación de riesgo o desprotección de cara a **tomar decisiones de más calidad**. Esta fase persigue contestar a preguntas como:

- ¿Qué ha llevado a los padres o responsables a no satisfacer algunas de las necesidades primarias del menor?
- ¿Qué necesita la familia (adultos y niños/as) para cambiar la situación?
- ¿Qué servicios o tratamientos se requiere para ello?
- ¿Que probabilidades existen de que la familia cambie con los servicios que pueden proporcionársele?

Estas preguntas podrán responderse por la investigación de un solo dispositivo o bien por la complementariedad de la investigación, diagnóstico e hipótesis de los diferentes equipos que intervengan o hayan intervenido con una familia concreta. El **objetivo fundamental** de esta fase consiste en tener información sobre las siguientes áreas globales de evaluación de la familia, el/la menor y las circunstancias que les rodean y de esta manera poder:

A) Identificar las **causas** que han motivado la aparición y mantenimiento del maltrato.

- ¿Las circunstancias o factores que propician el maltrato están bajo el control o la capacidad de los padres o responsables? ¿Tienen los padres capacidad para prevenir estas características pero no lo hicieron?
- El maltrato ¿es intencionado o no?
- Las características ¿han aparecido de forma gradual o de repente?
- ¿Qué factores están implicados en el maltrato?
- ¿Hasta qué punto puede protegerse al menor de la conducta o circunstancias peligrosas?
- ¿Supone un peligro real o potencial para la vida o salud de la/el niña/o
- ¿Cómo reaccionan los distintos miembros de la familia frente a la situación?
- ¿A quién se culpa del problema?
- ¿En qué medida esas características están generalizadas? ¿Afectan a más aspectos del funcionamiento familiar?
- ¿Desde cuándo está presente la situación de maltrato?
- ¿el problema es causado por acciones o por omisiones?

B) Determinar igualmente cuáles son los **aspectos positivos o puntos**

fuertes, en los que se podrá basar el profesional para diseñar una intervención que tenga mas visos de poder ser respondida por la familia. Asimismo determinar a la luz de esa información cuáles son los **puntos débiles** vinculados directamente con la situación de maltrato y establecer hipótesis respecto a como esos aspectos incidirán en la intervención que se planifique.

C) Consecuencias en el menor y/o en su familia.

D) Determinar el **pronóstico del caso** (este aspecto se verá en este mismo capítulo), y **la percepción y respuestas de la familia al problema.**

- ¿Reconocen el problema cuando aparece?
- ¿Pueden identificar el problema y sus consecuencias?
- ¿La familia ha hecho esfuerzos concretos para resolver o hacer frente al problema?
- Frente a las dificultades ¿utilizan siempre las mismas estrategias para hacerles frente?
- Muestran algún optimismo acerca de su capacidad para cambiar su conducta o circunstancias?

E) Establecer cuáles son las **áreas sobre las que se debe incidir** para modificar la situación problemática; ésto generalmente supone **elaborar un proyecto de tratamiento familiar** que deberá ser consensuado con la familia.

En la evaluación se ha de contemplar una doble perspectiva, que es complementaria, sobre **las necesidades del grupo familiar** y sobre las **necesidades infantiles** (en concreto de los indicadores de gravedad y riesgo). Las grandes áreas de necesidades familiares que deben ser valoradas en estas familias serán el marco de referencia para elaborar los objetivos del proyecto de tratamiento familiar. Para poder explorar estas áreas, es preciso que la evaluación incida sobre un gran número de variables. El contenido de las entrevistas para obtener información relevante cubre una serie de áreas temáticas que se consideran cruciales para llevar a cabo un adecuado diagnostico de la situación, las cuales son (ver esquema de las principales áreas en **anexo 2.H**).

Se pueden utilizar durante este proceso diferentes **MEDIOS Y TÉCNICAS:**

- **Observación** directa e indirecta de la relación entre los padres y el niño, tanto en situaciones estructuradas como no estructuradas.

- **Coordinaciones interprofesionales** verbales y/o escritas.
- **Entrevistas** (Por ejemplo: “Entrevista semi-estructurada para padres”)
- **Factores asociados al pronóstico y recuperabilidad familiar** (anexo 2.H)
- **Cuestionarios, autoinformes y escalas.** Se recomienda la utilización de instrumentos estandarizados para ayudar a la formulación de objetivos y en la evaluación de los resultados de tratamiento con las familias. En concreto los instrumentos recomendados han sido diseñados con una orientación práctica y orientada a la intervención directa, proporcionando información relevante y siendo sencillos en su administración e interpretación, recogiendo información de diversas fuentes y en diferentes formatos. Estos instrumentos, cuyas características se explican en el anexos 2.D, 2.E y 2.F, son:
 - **Escalas de Bienestar Infantil.** CWBS, Magura y Moses (1986). Versión española de De Paul y Arruabarrena (1998).
 - **Inventario de problemas de conducta del niño.** CBCL-TRF-, Achenbach (1986, 1991)
 - **Definiciones, indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltratos infantiles**

En cada caso particular podrán utilizarse además los instrumentos de ayuda que sean necesarios.

Las principales **FUENTES DE INFORMACIÓN** a utilizar por los ETF pueden tener conocimiento directo o indirecto de la situación familiar y pueden ser las siguientes:

- **El menor y la propia familia.** De especial interés es recoger su vivencia de la problemática y las posibilidades de asumir la solución de los problemas.
- **Informadores clave del entorno** (familia extensa, amigos, vecinos, Grupo de iguales del menor: compañeros de clase, de actividades extraescolares, etc.)

- **Instituciones y profesionales:** Centros sanitarios, Centros escolares y equipos psico-pedagógicos, centros de tiempo libre, SAE y otras relacionadas con el empleo y la formación, Fiscalía, SSCC, SPM, fuerzas de seguridad, ONG de diferente tipo, etc.

□ **PRONÓSTICO, VULNERABILIDAD Y COMPETENCIA FAMILIAR**

En las situaciones en las que aparecen factores de riesgo de maltrato infantil, **el pronóstico podrá medir las posibilidades/capacidades que el núcleo familiar** del niño tiene para mejorar la situación de un niño, así como el **equilibrio** entre **factores** de riesgo o vulnerabilidad y factores de protección o de competencia familiar.

Con el pronóstico se puede **determinar la probabilidad de que el maltrato aparezca, persista, vaya in crescendo o desaparezca en un futuro**. El pronóstico, siempre a partir del diagnóstico va a ser previo al diseño del **proyecto de tratamiento familiar**, entendido como un plan de intervención acordado con la familia para la mejora de su situación, y su posterior desarrollo, por parte del equipo encargado del caso. Por lo tanto en todo plan de intervención social será imprescindible definir de manera detallada qué nueva situación se espera lograr con la familia y el niño. De ahí la importancia de que en el proyecto de tratamiento familiar **los acuerdos consten por escrito**.

Definiremos un sistema como **vulnerable** cuando tiene menos posibilidades adaptativas y de control sobre sus relaciones con otros sistemas y con el medio físico. Es por tanto, un estado de menor resistencia a las molestias y agresiones. Es también el resultado de las interacciones entre factores genéticos y ambientales. Puede ser definitiva o temporal, generalizada o que afecte sólo parcialmente.

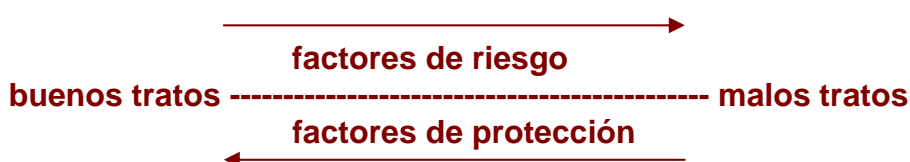
Para algunos autores como Cicchetti y Rizley (1998) la **vulnerabilidad** representa características o condiciones de riesgo crónicas, a diferencia de otros factores de riesgo transitorios o de tipo circunstancial. Los primeros se relacionan con déficits en la historia evolutiva (experiencias infantiles negativas respecto, por ejemplo, a las relaciones afectivas), determinadas características físicas del niño o de la personalidad de los padres.

Todas las familias y todas las personas pasan por **periodos de vulnerabilidad**. Ahora bien para poder explicar o entender situaciones de

verdadera dificultad social hay que poder identificar los núcleos familiares más vulnerables de la sociedad, especialmente en las familias que están atendidas por los servicios sociales que presentan **factores de dificultad para ejercer la parentalidad**. Entre ellos resaltamos a:

- Las madres ó padres solos sin red afectiva
- La ausencia o escaso red de apoyo familiar y social para hacer frente a cargas familiares excesivas
- La falta de información de los padres e hijos sobre sus derechos como ciudadanos y sobre el funcionamiento de las instituciones encargadas de ayudarlos.
- La pobreza crónica y la marginación, que generan situaciones de vulnerabilidad familiar crónica
- El desempleo de larga duración, que genera progenitores extremadamente vulnerables.
- Familias inmigrantes con dificultades económicas y de integración social.
- Los padres tienen una falta de referentes de una parentalidad adecuada y viven en una sensación permanente de fracaso

La presencia de estos factores y su interacción recíproca pueden influir, determinar o predisponer que aparezca una situación de protección, de riesgo o de alto riesgo. Participan en los antecedentes o en las situaciones asociadas a la emergencia o no de determinadas problemáticas sociales. Podemos hablar de un **continuo** entre las formas óptimas de cuidado de los niños y las situaciones más graves de malos tratos. La relación de fuerzas entre factores de riesgo y factores de protección nos acercaría mas a uno u otro extremo:



La probabilidad de aparición del maltrato va a estar determinada por el equilibrio entre factores de riesgo y factores de protección o compensación.

A continuación se indican los factores de protección, relacionados con la competencia familiar, tanto a nivel parental como de los propios niños, y los factores de riesgo, con relación a la familia, a los menores y al entorno.

A. FACTORES DE PROTECCION

Los factores pueden ser de **protección** cuando:

- Potencian el desarrollo normal del niño
- Compensan una situación de un menor en dificultades, su presencia reduce las probabilidades de que aparezca una situación de maltrato
- Permiten contener situaciones que cuando no están estos factores se convierten en insostenibles.
- Ayudan a tener un pronóstico más favorable de los casos.
- Son los elementos en los que hemos de apoyar nuestra intervención con los adultos y los niños/as de las familias.

El concepto contrapuesto al de la vulnerabilidad viene a ser el de la **competencia familiar**, definida como:

- La capacidad que tienen los individuos para resistir acontecimientos adversos en su experiencia vital, sin consecuencias negativas o perturbadoras a largo plazo para su desarrollo o su socialización (Rutter, 1990).
- La capacidad emocional - cognitiva que ofrece a las personas o a los grupos los instrumentos, las posibilidades y el desarrollo de los recursos actuales o potenciales para reconocer y enfrentarse con la mejor calidad y constancia a situaciones causantes del sufrimiento o portadoras y generadores de estrés.

Los **indicadores de parentalidad positiva** o factores de protección o de competencia familiar, que influyen en un pronóstico positivo, se producen cuando los padres o guardadores:

- Tienen un vínculo sano e intenso
- Aceptan al hijo, lo saben proteger y satisfacen sus necesidades emocionales.
- Saben proporcionarle ratos de estar incondicional
- Saben ponerle límites
- Propician el cambio y el crecimiento
- Educan en la responsabilidad y en la expresión adecuada de las emociones
- Facilitan interacciones recíprocas
- Presentan un equilibrio entre dependencia e independencia
- Utilizan la disciplina más que el castigo
- Saben enseñar habilidades para la vida
- Actitud positiva generalizada por parte de los padres hacia sus hijos,
- Enfoque no autoritario e implicación en la educación del niño.
- Son conscientes de sus dificultades personales y sociales

- Saben pedir ayuda cuando les superan las dificultades

En situaciones en que el **estrés** potencial esta asociado con **un bajo nivel económico** (debido a problemas de vivienda, bajos ingresos u otras adversidades) algunos **factores positivos** pueden mitigarlos, como son las buenas relaciones maritales, una familia que da ayuda y la existencia de amigos.

La diferencia entre las **familias** denominadas **competentes** y las de los demás tipos de funcionamiento de riesgo o de malos tratos no radica en no tener problemas significativos, ya que las primeras también pueden tenerlos ni en el hecho de haber vivido una infancia sin problemas.

Algunas investigaciones apuntan a que las diferencias de funcionamiento en familias con la misma problemática radica en que las competentes percibían que el trato que habían tenido durante su infancia había sido dañino e injustificado y su objetivo actual era hacerlo mejor que sus padres. Su criterio de éxito era la felicidad de sus hijos y entender qué es lo que querían y necesitaban. Calor afectivo y alegrarse de estar juntos y en compañía de otras personas, claridad en normas y las consecuencias de no respetarlas eran previsibles, resolviéndose los conflictos sin ataques personales. Cooperación frente a coerción, competición o rechazo. Los niños de estas familias parecían confiados en que sus necesidades serían atendidas por sus padres. Se implicaban fácilmente en actividades diversas y tenían un escaso o nulo nivel de ansiedad, recelo, miedo, cólera o inhibición cuando se encontraban en relación con los profesionales. Igualmente Crittenden (1992) establece diferentes **niveles de funcionamiento familiar** que nos permiten distinguir diferentes tipologías de familias:

TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN NIVEL DE FUNCIONAMIENTO. CRITENDEM (1992)

Independientes y adecuadas	Son capaces de cubrir las necesidades de sus hijos combinado sus propias habilidades con la ayuda de amigos, familiares y servicios que buscan y utilizan. Son competentes a la hora de resolver problemas y crisis.
-----------------------------------	--

<p>Vulnerables a las crisis</p>	<p>Necesitan ayuda temporal (6-12 meses) para resolver problemas inusuales (nacimiento de un hijo con algún handicap, divorcio, pérdida de trabajo, muerte de un familiar, etc.), por lo demás funcionan de forma independiente y adecuada. Su inclusión en esta categoría depende de su respuesta a la crisis no de la existencia de la crisis.</p>
<p>Restaurables</p>	<p>Son familias multiproblemáticas que necesitan entrenamiento en habilidades específicas o terapia sobre algunos aspectos específicos. La intervención puede durar varios años, tras la cual se espera que funcionen de forma independiente y adecuada.</p>
<p>Con necesidad de apoyo</p>	<p>Con estas familias no se puede esperar que los servicios ofrecidos les permitan funcionar de manera independiente y adecuada (madre con retraso mental, depresiva, uno de los padres abusa del alcohol o de las droga de forma crónica, etc.). Sin embargo con servicios específicos y continuados estas familias pueden cubrir las necesidades físicas, intelectuales, emocionales y económicas básicas de sus hijos.</p>

A continuación se enumeran los principales **factores de competencia intrafamiliar en los niños**, que apoyarán la existencia de un pronóstico favorable, el cual nos indica el nivel de gravedad y afectación de la situación en el niño y nos da tiempo para trabajar con todos los miembros de la familia sin pensar en la separación del menor, pues el riesgo de vulnerabilidad de éste no es tan elevado.

- Flexibilidad y empatía
- Habilidades para comunicarse
- Sensación de ser mayor
- Sentido de la independencia y de la propia identidad
- Actitudes y conductas pro-sociales

- Sentimiento de identidad
- Responsabilidad y autonomía personal
- Coeficiente intelectual alto
- Experiencias escolares positivas
- Capacidad para centrar sus objetivos vitales fuera de la familia
- Relación afectiva positiva con uno de los progenitores
- Capacidad para buscar la satisfacción de las propias necesidades, sin caer en la trampa de satisfacer las de sus progenitores
- Existencia de una red afectiva y social
- Estabilidad económica y laboral en el seno de su familia
- Normas culturales contrarias al uso de la violencia

El cuadro que sigue (inspirado en S. Vanistendael y B. Benard) recoge varios **indicadores para medir variables de la competencia familiar en los niños**. Se puede observar cómo los factores obstaculizadores descritos coinciden en gran medida con los indicadores de maltrato en la conducta de los padres o guardadores, y especialmente con los indicadores de maltrato emocional. En cambio, los indicadores en el niño aquí presentados son la cara opuesta, lógicamente, a los que presentan los niños que han sido afectados por una situación de malos tratos.

FACTORES DE COMPETENCIA INTRAFAMILIAR EN LOS NIÑOS

Variables	Indicadores en el menor	Factores obstaculizadores	Factores facilitadores
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Explicita sus cualidades • Confía en sus capacidades • Explicita sus habilidades • Explicita sus límites 	<ul style="list-style-type: none"> • Crítica reiterada • Indiferencia • Falta de relación afectiva • Autoritarismo • Censura • Rigidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento esfuerzos • Reconocimiento méritos • Identificación de su espacio propio • Respeto a sus deseos • Ambiente bromista • Flexibilidad •

<p>Autonomía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia acciones voluntariamente • Escoge lo que le interesa • Escoge lo que quiere hacer • Escoge cómo y cuando quiere hacerlo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreprotección • Disciplina severa • Falta de retos • Sumisión • Miedo a equivocarse • Castigos severos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia estable del referente • Respeta a sus preferencias
<p>Creatividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inventa juegos, bromas, palabras y cantos • Da diferentes usos a los mismos objetos • Sugiere soluciones a los problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritarismo • Sumisión • Miedo a equivocarse • Ausencia de comunicación verbal • Informaciones negativas • Castigos severos 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a sus deseos • Valoración positiva del juego • Ambiente propicio a las bromas
<p>Humor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crea situaciones que provocan la risa • Crea palabras y expresiones corporales cómicas • Disfruta con las situaciones cómicas creadas por otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la expresión verbal • Castigos severos • Falta de experiencias lúdicas • Asociación del humor a la falta de seriedad y de responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo familia divertido • Jugar con los hijos • Clima optimista • Flexibilidad en las relaciones

B. FACTORES DE RIESGO

Los factores también pueden ser de **riesgo** (cuando predisponen a la creación o mantenimiento de una situación de riesgo o de alto riesgo para el menor). Las situaciones de riesgo afectaran de diferente manera a cada sujeto y/o familia en función del grado de vulnerabilidad que tenga/n para soportar situaciones adversas. El riesgo es una variable continua que no puede reducirse a al presencia o ausencia del mismo.

A continuación de forma resumida (y en el **anexo 2.B** de forma más detallada) señalamos los principales factores de riesgo que con mayor frecuencia presentarán las familias atendidas por los ETF. La presencia de algunos de estos factores de riesgo o de todos en una familia no ha de suponer que no pueda intervenir el ETF, al contrario, justificaría plenamente su intervención. Se han de valorar tanto los factores de protección como los factores de riesgo (que nos hablan de probabilidad de ocurrencia de malos tratos) como los indicadores de cada uno de los malos tratos infantiles (ver **anexo 2.G**).

Los **criterios diferenciales** que determinan que una familia sea atendida por los ETF o por los equipos de Infancia y Familia de los SSCC vendrían dados no sólo por una **mayor acumulación de los factores de riesgo**, sino sobre todo porque los SSCC o los equipos de Infancia y Familia de los SSCC hayan realizado un diagnóstico y una intervención previa con ese grupo familiar, y que el resultado de ese trabajo no haya sido satisfactorio en el sentido de reducir/eliminar los factores de riesgo detectados para los menores, o bien, aún siendo satisfactorio el trabajo realizado, se requiere un **tratamiento adicional** más específico.

La presencia continuada de indicadores graves de maltrato podría justificar la derivación inmediata a los SPM, sin necesidad de intervención del ETF. Como se señaló en el capítulo primero la frontera entre los casos de los ETF y de los SPM vendría marcada de forma resumida por:

- la severidad/frecuencia del maltrato/abandono,
- el acceso del abusador al menor,
- la incapacidad física, intelectual y emocional del cuidador, y
- el rechazo a cooperar en la planificación y desarrollo de la intervención

-Factores de riesgo con relación a la familia

El pronóstico dependerá de los factores compensadores y desfavorables que existan en su historia vital, de los patrones sociales de conducta de los progenitores, del funcionamiento familiar, y de los aspectos de salud. Los padres con **riesgo de provocar maltratos** presentan unas características formales y/o sociales de:

- Limitaciones físicas, intelectuales o emocionales.

- Familia con un número elevado de hijos
- Han sufrido malos tratos
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Ausencia de algún progenitor
- Aislamiento social/ familiar
- Relación de pareja conflictiva
- Carencia de habilidades parentales
- Carencias económicas
- Control deficiente de impulsos
- Parentalidad inadecuada cuando:
 - Los padres son incapaces de ejercer las funciones paternas/ maternas y atender a las necesidades de sus hijos debido a su propia debilidad e inseguridad y que les sitúa en un rol más de receptor de afecto y apoyo en detrimento del rol de nutriente.
 - Los padres se erigen como sobreprotectores,
 - Los padres tienen una baja autoestima que intenta compensar con un estilo tiránico de tratar a los demás miembros de la familia y la utilización de una disciplina excesivamente dura o inadecuada.

-Factores de riesgo con relación a los menores

Una detección precoz de los problemas que afectan a los niños favorecerá un pronóstico positivo. El pronóstico también estará en función de si estamos ante un niño más vulnerable o más resiliente. Los niños con más **riesgo de ser maltratados** tienen unas especiales características psicofísicas específicas y viven en una familia con dificultades:

- Edad temprana
- Niños que presentan algún déficit físico, psíquico o sensorial.
- Niños nacidos de una unión anterior, que son rechazados por la nueva pareja
- Niños no deseados
- Niños hiperactivos y/o de llanto continuo.
- Familia que no atiende sus necesidades de higiene, escolarización, etc.

-Factores de riesgo con relación al entorno.

Las situaciones con riesgo hacen referencia a **entornos** y situaciones en las que concurren diversas contingencias desfavorables:

- Falta de apoyo familiar y de la red social informal
- Falta de recursos escolares, formativos, laborales, de tiempo libre....
- Alto índice de violencia, delincuencia o de victimización; o bien entornos sociales que rechazan al niño por sus características culturales o étnicas.
- Otras circunstancias del medio que pueden incidir en el desarrollo personal y social del menor: viviendas con déficits en sus condiciones de habitabilidad, hacinamiento y/o déficit espacial.
- Consideración social del maltrato (pautas culturales que rigen en una comunidad)
- Posibilidades que ofrezca el ambiente.

Por tanto, además de que los **padres se interesen y ayuden** a promover el desarrollo cognitivo y la adaptación social en niños vulnerables, han de estar adecuadamente **ayudados por la familia y la comunidad** de la que forman parte.

▣ **INDICADORES DE GRAVEDAD Y RIESGO**

Al igual que utilizan la mayoría de sistemas de protección, se sugiere la utilización por los ETF de indicadores de gravedad y riesgo. La gravedad se refiere al maltrato detectado y el riesgo a la probabilidad de ocurrencia del maltrato. Los indicadores son los siguientes (Arruabarrena y otros, 1993).

Anexo 2f

INDICADORES DE GRAVEDAD:

- Severidad/frecuencia del maltrato/abandono,
- Cercanía temporal del incidente
- Presencia y localización de la lesión
- Características comportamentales del niño
- Salud mental y estatus cognitivo del niño

INDICADORES DE RIESGO:

- Historia previa de informes de maltrato/abandono
- Acceso del abusador al menor,
- Edad del niño y visibilidad por parte de la comunidad
- Capacidad del niño para protegerse o cuidarse de si mismo

- Capacidades físicas, intelectuales y emocionales del cuidador
- Capacidades asociadas a la edad del cuidador
- Habilidades parentales y expectativas hacia el niño
- Métodos de disciplina y castigo hacia el niño
- Abuso de drogas/ alcohol
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva
- Historia personal de maltrato/abandono en la infancia
- Interacción cuidador-niño
- Relación de pareja
- Presencia de compañero/a padre/madre sustituto
- Condiciones del hogar
- Fuentes de apoyo social
- Respuesta ante la intervención

En el **anexo 2H** se detallan estos factores asociados al pronóstico. Basándose en la valoración de los múltiples aspectos indicados y en el pronóstico se ha de decidir la asignación a cada nivel y modalidad de **programa de tratamiento a familias con menores:**

- **sin separación** del menor (riesgo social)
 - Tratamiento de situaciones de riesgo leve o moderado de maltrato (SSCC, Equipos de Infancia de los SSCC)
 - Tratamiento de situaciones de alto riesgo (ETF)
- **con separación** (alto riesgo, es decir, corre peligro la integridad física y/o emocional del niño y procede declarar la situación de desamparo por las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social):
 - Reunificación Familiar.

□ **TECNICAS RECOMENDADAS DURANTE ESTA FASE**

Durante esta fase inicial pueden producirse diferentes **impedimentos e interferencias**, por ejemplo:

- Ocultación o deformación de informaciones relevantes
- Negación del problema o atribuciones a otros de los mismos
- Movilidad de las familias

- Miedo de los informantes (el menor, otros familiares, profesionales, etc.) a represalias de miembros de la familia.
- Por parte del observador hemos de minimizar la subjetividad, las dificultades de comunicación (prejuicios, lenguaje inadecuado, etc.), información no contrastada.

En el **proceso de obtención de datos** se puede producir, por ejemplo: pérdida de información, ausencia de estrategia global de análisis, ausencia de protocolos comunes, falta de coordinación (duplicaciones de información y vacíos en la misma), ausencia de colaboración de otros profesionales.

Para hacer frente a éstas dificultades recomendamos diferentes estrategias y técnicas, muchas de las cuales no son de utilización exclusiva durante esta fase de valoración sino también recomendadas durante el resto de fases de trabajo con la familia. Señalaremos a continuación técnicas relacionadas con: construir la relación con la familia implicar a otros servicios y familiares recoger la información trabajar con la información devolución de información implicar a la familia.

TÉCNICAS GENERALES

- Disponer de una estrategia de recogida de la información: procedimiento, áreas a analizar, fuentes de información más adecuadas para cada área, protocolos...
- Hacer participar al menor y a la familia del proceso de evaluación.
- Partir de la demanda de la familia, priorizar sus necesidades y tener en cuenta sus propias iniciativas
- Mantener contacto a través del profesional mejor posicionado con la familia
- Relacionarse en su ambiente y en un espacio físico adecuado
- Minimizar la percepción de control a través del proceso de comunicación, empatía que ayude a crear un clima de confianza y colaboración
- Evitar estereotipos y sesgos culturales
- Constatar la validez de la información durante todo el proceso de intervención, pero especialmente: antes de formular hipótesis y tomar decisiones, cuando haya informes profesionales o datos de la familia contradictorios

TÉCNICAS DIRIGIDAS A CONSTRUIR LA RELACIÓN CON LA FAMILIA

- Establecer una relación empática
- Utilizar un lenguaje adaptado, en lo posible, al de la familia.
- Trabajar con objetivos y metas limitados (temporalizados, asequibles y adecuados a realidad de las familias)
- Escucha activa (mensajes, asentir, mirar, tono de voz,...). Ser el “caldero de los vómitos” (que los usuarios puedan expresar sus sentimientos y dificultades)
- Pactar acuerdos/contratos y escribirlos (plan familiar/individual)
- Reforzar positivamente potencialidades, pequeños logros y aspectos positivos.
- Fomentar habilidades de pensamiento crítico, especialmente en la búsqueda de soluciones.
- Resumir. Por ejemplo: resultados obtenidos, revisión del proceso.
- Ritualizar. Por ejemplo: en las evaluaciones del proceso estar presentes varios profesionales de los diferentes equipos que atienden.
- Actitud de respeto, no juzgar, desestigmatizar a estas familias
- Dar valor a las necesidades que las familias perciben como suyas
- No oponerse frontalmente a sus actitudes y creencias.
- Asignar tareas directas (“deberes”)

TÉCNICAS PARA LA IMPLICACIÓN DE OTROS SERVICIOS Y FAMILIARES

- Coordinación entre servicios: “saber qué puede hacer cada uno”, “que vean que se trabaja coordinado”.
- Reuniones (con el nuestro, con otros equipos)
- Conseguir aliados: por ejemplo, accediendo a otros profesionales y a personas representativas de la familia para que así la apoyen.
- Utilizar grupos entre personas con problemáticas similares, como paso previo para que se constituyan como grupo de auto-ayuda.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Visitas a domicilio
- Observación directa (en visita domiciliaria, en el entorno escolar, en el juego, etc.)
- Entrevistas (estructurada, semi, abierta) con cada miembro de la familia, con el grupo familiar, con profesionales, etc.)
- Hacer pequeñas pausas durante la entrevista para ganar tiempo y mientras poder pensar, igualmente utilizar algunos silencios que se

producen durante la entrevista..

- Obtener información sobre ellos (en entrevistas, a través de informes escritos de otros) y dársela para que la reelaboren
- Elaborar registros (absentismo, de la frecuencia y la intensidad del síntoma)
- Técnicas lúdicas con los niños: jugar, dibujar.

TÉCNICAS PARA TRABAJAR CON LA INFORMACIÓN

- Mantener a la familia informada/ establecer el itinerario con el usuario (por qué, para qué, con quién...), “que el usuario y el equipo sepan cuándo va a acabar el proceso”.
- Presentaciones (del servicio, del porqué estamos interviniendo, que conozcan que somos facilitadores/ controladores)
- Objetivar, contrastar la información recogida antes y durante la intervención.
- Clarificar expectativas y potenciar la claridad en la comunicación con las familias.
- Realizar comparecencias (tomar nota textual de lo que quieren y que ellos lo firmen)
- Utilizar la legislación (informar sobre derechos, deberes, etc.)

TÉCNICAS DE DEVOLUCIÓN DE INFORMACIÓN

- En general, y siempre que sea aconsejable, leer los informes escritos por los profesionales a las familias que son protagonistas de los mismos, para cuidar más lo que se escribe sobre ellos, para incrementar su sensibilización, para evitar, entre otras cosas, que piensen que hemos escrito cosas que no hemos escrito.

TÉCNICAS PARA IMPLICAR A LA FAMILIA

- Empezar a trabajar por temas que preocupen a las familias, sean sencillos y que los puedan conseguir mas rápido. “Empezar desde el lugar en donde se encuentra el usuario”
- Búsqueda y creación del consenso, hacer que la familia participe desde el inicio (en la toma de decisiones, etc.)
- Dar contraprestaciones a cambio de que movilicen sus recursos
- No sustituir a la familia, potenciar la autonomía del usuario
- Favorecer la relación de la familia con otros recursos: acompañándola, y potenciando su relación con recursos y grupos normalizados.
- Dar reconocimiento formal delante de otros profesionales o familiares, y que lo reciban por parte de otros. Que las familias puedan ser modelos

en otros espacios, por ejemplo, grupales.

- Saber esperar y dar tiempo a las familias para que realicen sus tareas: “dejar en adobo”, “alejamiento controlado”, “dejar puertas abiertas” por si necesitan ayuda en el futuro

Generalmente esta fase de evaluación culmina con un **INFORME** en el que se describe la situación. Debería ser un criterio de buena practica profesional:

- Que en dicho documento constara junto con las circunstancias, causas y puntos débiles, los aspectos positivos y puntos fuertes tanto de niños/as, familias y entorno, todo ello con la pretensión de agotar todas las posibilidades del entorno inmediato de los/as niños/as antes de plantear otro tipo de alternativas.
- Que los informes escritos sirviesen como instrumento para trabajar con las familias y que fuese redactado para ser conocido por/ leído ante ellas en función de las características de las familias.

B.-FASE DE TRATAMIENTO

⌘ ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR

El **Proyecto de Tratamiento Familiar** concreta los elementos necesarios para conseguir los objetivos de cambio establecidos para la familia, organizando unas actividades con una metodología estructurada y orientada hacia cambios individuales y familiares. En los casos de reunificación familiar, el proyecto de tratamiento familiar estará **directamente vinculado** a los objetivos y temporalización establecidos en el PPI diseñado por el SPM para el caso.

El **objetivo de esta fase** es planificar y realizar el plan de tratamiento globalizado y adaptado a las especificidades de cada familia, a través de la colaboración entre profesionales y familia.

Así pues las **tareas básicas de esta fase** serán:

- **Firmar el compromiso o contrato técnico** entre el ETF, la familia, y en su caso miembros de la familia extensa cuando sea necesario.
- **Temporalizar y priorizar** las actuaciones y tareas, coordinando técnicamente con el resto de servicios y profesionales que intervienen con la familia
- **Desarrollar el programa de tratamiento** y llevar a cabo las intervenciones necesarias para lograr los cambios definidos y para consolidarlos.
- **Promover los cambios** para que la familia desarrolle capacidades para resolver sus propios conflictos. Una de las claves es que la familia desarrolle pequeños cambios que han de ser fuertemente valorados.
- **Evaluar** permanentemente la evolución de la intervención y en caso necesario reformular objetivos, estrategias y recursos.

Las **pasos por los que habrá de pasar la familia** esquemáticamente son:

- Asumir la situación que vive y asumir su responsabilidad en la búsqueda de soluciones.
- Ensayar cambios, formas alternativas de conducta y de relación.
- Consolidar el cambio. Enfrentarse a los problemas y estar preparada para responder a problemas nuevos.

El **tratamiento** es **específico** para cada familia, elaborado a través del proceso que se ha descrito e intenso durante un periodo de tiempo. Puede desarrollarse en varias **modalidades** complementarias de tratamiento familiar:

- **Individual**, con uno o varios miembros de la familia.
- **Familiar**, con todo el grupo familiar
- **Grupal**, con la participación de diferentes familias que participan en el programa, ya que sus proyectos de tratamiento pueden coincidir en diversos puntos y el formato grupal ayuda a incrementar la motivación y el apoyo social.

El **Proyecto de Tratamiento Familiar** contiene los siguientes apartados:

- Datos de identificación de la familia
- Areas y objetivos que se van a trabajar prioritariamente (**QUÉ**)
- Temporalización (**CUÁNDO**)
- Contrato o compromiso (**ACUERDO**)
- Actividades a realizar para producir los cambios (**QUIÉN y CÓMO**)
- Evaluación (**QUÉ HEMOS CONSEGUIDO**)

A continuación detallaremos estos aspectos:

.- QUÉ Y CUÁNDO

Objetivos por áreas, priorización (corto y medio plazo) y temporalización. Han de incluir tanto los percibidos por la familia como los sugeridos por los profesionales. Se habrán de redactar de forma comprensible, clara y lo más motivadora posible para la familia. El proyecto de tratamiento familiar y por extensión los objetivos, etc. han de ser:

- **M**edibles, evaluables
- **E**ntendibles
- **T**emporalizables
- **A**sequibles
- **S**eguibles con el paso del tiempo

Podemos distinguir para diferentes áreas de la familia, posibles objetivos generales a trabajar con un nivel de profundidad mayor que el que pueden realizar los SSCC. En el área de relaciones socio-familiares podemos señalar a modo de ejemplo:

- Establecer unas pautas mínimas de convivencia y relación familiar
- Responsabilizarse de atender al menor en sus necesidades afectivas y de relaciones básicas.
- Diferenciar los roles familiares y respetar los límites funcionales.
- Adquirir patrones adecuados de identificación y resolución de conflictos interpersonales.
- Reforzar positivamente patrones relacionales adecuados con sus hijos.
- Fomentar lazos afectivos con la familia extensa.
- Ampliar la participación en la red social del entorno de acuerdo con sus características personales y familiares.
- Practicar unas pautas de estudio y trabajo y establecer unas pautas diarias para estar con los hijos para crear unos hábitos cotidianos.

.- ACUERDO

Los compromisos o acuerdos a los que se llega como consecuencia del trabajo sobre todos los aspectos anteriores se plasman en un documento que ha de redactarse en un lenguaje sencillo para la familia, no en lenguaje cifrado. Se pueden realizar diferentes borradores, escribirlo con la familia en un papelógrafo y que ellos puedan añadir, tachar, argumentar. Se trata de un contrato educativo en el que ha de constar como mínimo:

- **Los acuerdos** de objetivos y tareas claras y concretas
- **La temporalización**
- **Las fechas de evaluación**
- **Las firmas** de la familia y los profesionales mas implicados

Si la familia no firma el contrato que a juicio de los técnicos del ETF

garantiza un marco estable y seguro para los menores caben varias posibilidades:

- **Citación por parte del Servicio de Protección de Menores**, en los casos de reunificación familiar, para que conjuntamente con el ETF, sitúe con mayor claridad el contexto de protección infantil, y explicita el encargo al ETF y a la familia para modificar las situaciones que dieron lugar a la adopción de la medida protectora..
- **Derivación a SSCC** para que realicen una intervención si la familia lo acepta, si no es así intentarán realizar un seguimiento indirecto y si la conclusión de éste es de aconsejar separación del menor el CM/CL lo ha de derivar al SPM.
- **Derivación al SPM** si ya hay elementos suficientes de juicio durante la fase inicial, para proponer la adopción de una medida protectora.

.- QUIÉN

Han de quedar claramente establecido los agentes implicados:

- **Profesionales (tareas y funciones de cada uno),**
- **Familia** (negociar con ella el futuro que es posible y deseable que conseguir).
- **Profesional referente del caso**

.- CÓMO

Recursos (coordinación,...), estrategias y técnicas. Se ha de evitar en lo posible repetir la utilización de recursos y estrategias que se han utilizado en el pasado con dicha familia y no han dado resultado positivo.

Especial importancia merece darse a los bloques de técnicas que tienen que ver con la:

- **Construcción de la relación** (cómo implicar a otros en el proceso de ayuda a la familia, presentaciones de los servicios, cómo motivar a las familias para implicarlas más y sobre cómo disminuir las dificultades de acceso de las familias a los servicios etc.).
- Recogida y manejo de la **información**, para poder actuar

posteriormente de forma más ajustada a la realidad de la familia. Se ha de evitar un exceso de atención a la información (que en muchos casos no es tan central ni relevante ni se aprovecha toda para el trabajo posterior) en detrimento de la utilización de otras técnicas más centradas en la consecución de cambios y en la motivación de la familia para conseguirlos. Se debe trabajar siempre y en cualquier fase sobre la motivación de los miembros de la familia.

- **Herramientas concretas** de tratamiento psico-socio-educativo. Algunos de los aspectos más deficitarios de estas familias sobre los que necesitan mejorar son: comunicación, expresión, autoestima, etc.

.- QUÉ HEMOS CONSEGUIDO

Evaluación periódica

El **proceso de evaluación** debe ser **continuo** y la valoración periódica debe contemplarse desde el mismo momento de la planificación de las actuaciones. El plan de tratamiento ha de ser flexible para reajustar los objetivos cuando sea necesario. Para ello podemos utilizar:

- Indicadores de evaluación
- Registros de comportamientos
- Entrevistas de evaluación y revisión de acuerdos con la familia
- Valoración conjunta con otros servicios (pueden ser reuniones breves o coordinaciones telefónicas o por correo electrónico, los equipos que dispongan de él)

⌘ CONDICIONES QUE FACILITAN EL ÉXITO DE LOS ACUERDOS

A continuación resaltamos algunas de las condiciones que facilitaran el éxito de los acuerdos relacionados con el proyecto de tratamiento familiar:

FAMILIA

- Que la familia pueda **reconocer la existencia de algún problema**. Es decir que tenga conciencia de que algo no funciona, de que afecta a los niños y

su parte de responsabilidad en ello.

- **La respuesta** por parte de la familia a recibir ayuda o a confiar en los servicios.
- Que la familia haya tenido experiencias anteriores con otros servicios y profesionales con **resultados positivos**
- **Existen factores de control y/o apoyo social** por parte de familiares, entidades y profesionales.

RELACION FAMILIA- PROFESIONALES

- Que el servicio que deriva pueda **explicitar** a la familia y al ETF lo alcanzado y lo que no lo ha sido, los aspectos fuertes y los débiles de la familia, que justifican la derivación.
- **Acuerdos negociados**, no impuestos. Esto supone que el punto de vista de la familia es respetado. Todos los participantes se han podido asesorar. Y el documento final es un pacto aceptado por todos, también por los niños.
- **Revisión de los acuerdos**, de lo contrario pierden su sentido.
- **Disponibilidad del profesional/servicio para reconsiderar** los acuerdos en función de su evolución o aparición de nuevos elementos. También su contenido puede ser reconducido y ajustado posteriormente.
- Acuerdos **escritos en un lenguaje claro**, sin ambigüedades.

PROFESIONALES

- **Respeto a la diversidad de formas de atención** siempre que no atenten contra el desarrollo de los menores.
- **Motivación** favorable del **profesional**. Aunque este aspecto parece obvio, en algunas ocasiones encontramos que el punto de partida es, por el contrario, el de "*no hay nada que hacer*".
- **Proyecto de tratamiento familiar común** entre los diferentes servicios implicados.
- **Definición clara de las tareas del profesional**. Deben incluirse las que afecten al servicio que atiende a la familia y aquellas otras que impliquen a otros servicios.

- La **organización de la atención**. Para que la atención pueda implementarse y ser eficaz deberá ser adecuada, coherente, evaluada de forma continuada y **coordinada** con los demás servicios y sobre todo que tenga al niño en el principal punto de mira.

⌘ REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Las principales cuestiones clave durante el proceso propiamente de tratamiento son:

- Comprobar en la práctica la adecuación de los objetivos propuestos. Si es necesario se han de **reajustar** lo antes posible. Puede ser debido a sucesos imprevistos en las familias o a una evaluación que no se acaba de ajustar a la situación familiar. Para reajustar objetivos se puede:
 - Poner metas más cortas
 - Utilizar la técnica de puntos fuertes y débiles, amenazas y oportunidades (DAFO) aplicada a cada objetivo.
- La persona **referente del caso** debe de asegurar la adecuada comunicación entre todos los agentes implicados en el proceso.
- Flexibilidad pero **evitando cronificar** la intervención
- **Consolidar los resultados**, a través de:
 - Refuerzo continuado
 - Hacer explícito lo que se va consiguiendo
 - Disminuir el apoyo hasta que la familia mantenga autónomamente aquel objetivo.
 - Recursos materiales: prestaciones económicas, becas, etc.
 - Prevenir el desgaste y cansancio de la familia, facilitando la comunicación, manteniendo la motivación a través por ejemplo de una comunicación constante, clara, positiva y bidireccional

⌘ TÉCNICAS RECOMENDADAS DURANTE ESTA FASE

A continuación presentamos un **cuadro resumen** de algunas de las técnicas señaladas más frecuentemente por los profesionales de los servicios sociales y educativos que trabajan con este tipo de familias

GRUPOS DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

- CONSTRUIR LA RELACIÓN CON LA FAMILIA
- IMPLICAR A OTROS SERVICIOS Y FAMILIARES
- RECOGER LA INFORMACIÓN
- TRABAJAR CON LA INFORMACIÓN
- DEVOLVER LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS
- IMPLICAR A LA FAMILIA
- MOTIVAR A LA FAMILIA
- TRABAJAR EN EQUIPO
- SUGERIR TAREAS
- SOLUCION DE PROBLEMAS
- FACILITAR LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS POR LAS FAMILIAS
- FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LOS USUARIOS
- NEGOCIACIÓN
- APOYO SOCIAL GRUPAL
- TÉCNICAS DE ENTREVISTA
- INTERVENIR EN CRISIS
- REFERENTES PROFESIONALES
- ASERTIVIDAD
- CREATIVIDAD
- REDUCIR EL ESTRES
- RELAJACION
- DAR/RECOMENDAR DOCUMENTACIÓN

Los seis primeros bloques de técnicas se han detallado al tratar de la fase inicial. Algunos ejemplos de **técnicas y estrategias** que podemos incluir en cada uno del resto de bloques se detallan a continuación:

TÉCNICAS PARA MOTIVAR A LA FAMILIA

- Explicar claramente el porqué y el para qué de la intervención

- Ofrecerles el máximo de información posible
- Utilizar un lenguaje accesible a la familia
- Valorar con la familia las dificultades que puede suponer el cambio y el plan de tratamiento
- Valorar con ellos sus posibilidades reales de cambio
- Informar a la familia de sus derechos y deberes.
- Concienciar a la familia sobre las consecuencias que podría tener su no mejora en los aspectos que se considera necesario mejorar.
- Confrontar a la familia con la realidad que ve el equipo, intentando desangustiarla y ofreciéndola otra visión de la situación.
- Fomentar la autoestima. La familia ha de ver que es tenida en cuenta y sentir que ha emprendido un camino hacia el éxito y no hacia el fracaso.

TÉCNICAS DE TRABAJAR EN EQUIPO

- Pedir consejo/ asesoramiento entre profesionales
- Colaboración entre profesionales
- Ser conscientes de las limitaciones (“hasta aquí hemos llegado”, “no se hacer mas”...) y hacer consciente de ellas a los demás.
- Búsqueda y creación del consenso (entre los profesionales y entre éstos con las familias)
- Crear en la familia idea de equipo de profesionales que les atienden

TÉCNICAS PARA FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LOS USUARIOS

- Que expresen por escrito lo que quieren y cómo lo quieren, por ejemplo: estimular que las personas en prisiones escriban cartas.
- Que representen gráficamente situaciones o problemas en folios o paneles

TÉCNICAS PARA FACILITAR LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS POR LOS USUARIOS

- “Ir a su terreno”: adecuar la intervención a sus necesidades (salir del despacho, espacios informales, etc.)
- Horario adecuado a los usuarios y no solamente a los profesionales (“pedimos que trabajen pero a la vez que dejen de trabajar para venir a vernos”).

TÉCNICAS PARA SUGERIR TAREAS

- Ayudar a su organización de tareas.
- Delegar progresivamente en las familias las tareas que asumen inicialmente los profesionales, para facilitar que cuando finalice la intervención sean capaces de funcionar autónomamente
- No dar excesivas directrices. Intentar no utilizar: “deberías...” “tendrías que...”
- Facilitarles fichas de tarea

TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Identificar problemas,
- Clarificar/ Trabajar sobre alternativas viables,
- Focalizar la demanda de forma temporal (redefiniéndola, subdividiendo el problema en otros mas sencillos).
- Pedir cambios mínimos
- Dar información útil que pueda ayudar a pensar

TÉCNICAS DE NEGOCIACIÓN

- Se puede aplicar a: tareas a realizar, dar recursos a cambio de realizar tareas.
- Interpretación positiva del conflicto y reconducción hacia la consecución de los objetivos planteados y aceptados por la familia (FISHER,R. y otros, 1996; URY,W.,1997).
- Saber lo que se puede negociar y lo que no

TÉCNICAS DE APOYO SOCIAL GRUPAL

- Asamblea familiar (por ejemplo: manifestar los diferentes miembros sus necesidades y las mejoras que ellos ven posibles realizar).
- Actividades educativas dirigidas a toda la población que nos puedan ayudar a detectar situaciones de dificultad elevada.
- Escuelas de padres.
- Programas intergeneracionales (en escuelas, institutos).
- Facilitar asistencia a recursos de tiempo libre a los niños que lo necesiten.

ALGUNAS TÉCNICAS DE ENTREVISTA

- Cartas de citación para entrevistas con presentaciones adecuadas y motivadoras que muevan a la reflexión.

- No tratar muchos temas en la misma visita o entrevista.
- Entrevistar por separado a diferentes miembros de la familia.
- Dar importancia a la comunicación no verbal.
- Elaborar hipótesis.
- Hacer preguntas circulares (que relacionen informaciones, personas, etc.) o del tipo: “¿Qué harían si yo no estuviera?” .
- Trabajar con lo que la familia nos presenta de positivo y de negativo .
- Confrontar con la familia la realidad tal como la ve el equipo.
- Grabación de entrevistas (vídeo, cassette) para poderlas analizar con otros profesionales.



OTRAS TECNICAS

- **Intervenir en crisis** (reestructuración cognitiva, ensayo de conducta, introducir elementos externos en la solución del problema) (SLAIKEU, K.A., 1988).
- **Dar folletos, recomendar libros** (por ejemplo de auto-ayuda).
- **Asertividad** (utilizar el “no”, “disco rayado”).
- **Creatividad** (consultar por ejemplo De Bono, 1988, 1992)
- **Relajación** (existen distintas modalidades, algunas de ellas muy sencillas).
- **Reducción del estrés** (administración del tiempo, nutrición, recomendar ejercicio físico, rechazo ideas irracionales, etc.).
- Establecer **referentes profesionales estables** en los equipos para las familias así como el cambio de estos en situaciones determinadas.
- **Dar respuestas inesperadas** (sentido del humor, exageración).
- **Escuchar a los niños y adolescentes.**
- **Trabajar con grupos de familias.**
- **Identificar puntos fuertes** en las familias.
- **Inducción de la crisis**, por ejemplo prescribiendo el síntoma,
- Entrenamiento en **habilidades: sociales**, comunicación, negociación, etc.
- **Rol-playing.**
- **Redefinir** (dar al problema un significado nuevo positivo).
- Comunicar **sentimientos del profesional/** identificarnos con ellos (explicarles cosas similares que a nosotros nos pasaron).
- Que las familias realicen **autoevaluaciones.**
- Utilizar la **ayuda** y el **control.**
- Impulsar **cambios** en algunos miembros para que repercutan en los demás.
- Trabajar con el **padre**, creando compromisos con él y no a través de la mujer (no fabricar padres “periféricos”).
- Promover pautas de **autocontrol.**
- Crear/acordar **normas de funcionamiento** en la familia.

- Utilizar **protocolos** de detección, de coordinación, etc.

C. FASE DE FINALIZACIÓN

Como el resto de las fases del proceso de atención, las fases finales de las intervenciones con familias tienen un importante **componente educativo**, pues depende de cómo se realicen y de cómo se aprovechen sus potencialidades de aprendizaje, dejaremos a las familias con una experiencia de lo que supone el trabajar con profesionales de la ayuda que condicionará sus posteriores contactos con otros profesionales.

Se trata de una separación gradual, cuyo objetivo es reducir la **dependencia** a medida que se aumenta su **autonomía** y se generalizan los comportamientos alternativos a los que mostraban antes del tratamiento.

TÉCNICAS PARA TRABAJAR CON LAS FAMILIAS DURANTE LA FASE DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Son numerosas las técnicas y estrategias que desde el inicio de la intervención nos pueden ayudar a que la finalización responda al pronóstico y a la consecución de los objetivos y prevenir las dificultades más frecuentes en esta fase. Algunas de estas técnicas y estrategias son (Alonso, J.M., 2000):

- **Trabajar el final desde el inicio.** Podríamos decir que, en general, las características de las intervenciones realizadas al inicio influye en la fase final de éstas. Por ejemplo, un inicio poco claro en el que ni la derivación del equipo que sale ni lo que hace el nuevo equipo sea entendido por la familia, puede contribuir a un final no deseable.
- **Un enfoque desde la realidad y con la máxima transparencia.** Ir definiendo conjuntamente con el usuario, desde el inicio, los objetivos que quiera alcanzar, acordando explícitamente objetivos claros que él comparta, que vea posible conseguir y que esté suficientemente motivado para conseguirlos (para no caer en una trampa mutua). Es necesario no tener un plan de intervención con “puntos oscuros”: lo que planifiquen los profesionales habría de coincidir con el proyecto de tratamiento familiar a acordar por las partes.

- **Imaginar el final continuamente.** Tener “fotografías” lo más claras y realistas posibles del final para que nos ayuden a “guiar” el proceso. No dejar que el final lo decida solamente la familia u otros, pues los profesionales tenemos un papel importante en cómo será el final del caso, ya que es una de nuestras responsabilidades no olvidarnos de esta fase del proceso. Si, habiendo dado como equipo y como profesionales lo mejor de nuestro saber y hacer, el final se aleja mucho de la “fotografía” de final que habíamos imaginado, quizá habremos de mejorar futuras intervenciones: aprendiendo a hacer mejores pronósticos, trabajando sobre los objetivos mas importantes, superando barreras culturales, aceptando la realidad, tolerando mejor la frustración, etc.
- **Ritualizar los diferentes momentos que se dan en el proceso** (presentaciones, derivaciones, la propia finalización), para conseguir que queden claros los motivos de inicio de la intervención, los del cambio de cada fase, y evidentemente los de finalización, y **recapitular** durante cada uno de estos diferentes momentos, no sólo al finalizar. Se trata de pasear por todas la fases del proceso de atención y lo que ha ocurrido, pero sin instalarnos en el pasado.
- **Establecer limites:** por ejemplo, haciendo contratos de planes de mejora que definan lo que entendemos por final, teniendo lo más claro que sea posible, profesionales y familia, el contexto y la misión de la tarea que se trata (lo que uno quiere ser y hacer, los valores/ principios que le dan fundamento a cada uno e incluso redactarla si es posible), y equilibrando la relación entre ayuda y control.
- **Revisar frecuentemente y conjuntamente los planes** de intervención o de mejora, evaluando especialmente los objetivos más importantes, y resaltando no sólo lo que falta sino también lo que se ha conseguido.
- **Reforzar su autocompetencia y su confianza** en su capacidad como familias: devolviendo los cambios positivos que han realizado, reforzando las habilidades que ellos ya tienen incorporadas.
- Aprender a **delegar tareas** en los miembros de las familias para ayudarles en su proceso de autonomía y de preparación de su finalización, para que ésta se haga de forma gradual. Así potenciaremos la toma de decisiones del usuario y su autonomía facilitando su aprendizaje para moverse entre las redes sociales, conectarlos con recursos normalizados por ejemplo en el caso de temas de protección infantil, etc. Esto nos lleva a plantearnos ¿somos eficaces cuando delegamos o nos delegan tareas en nuestra

organización y en nuestro equipo?

- **Derivar adecuadamente al siguiente** servicio o profesional o al derivante inicial. En el caso de cambio de profesionales, se recomienda intentar estar presentes en la derivación con la familia los dos profesionales (el que sale y el que entra) para evitar manipulaciones de la familia, y que ésta se remita continuamente al momento de la derivación por idealización del trabajo con el anterior profesional, por no entender los motivos de la derivación, etc. La derivación y el traspaso bien hecho legitima, reafirma y facilita el conseguir los objetivos acordados con la familia.
- **Explicitar los criterios** que tienen los servicios del territorio sobre la coordinación interprofesional y sobre los procedimientos de cierre (para reducir los niveles de dependencia del usuario, para ahorrarle el repetir su historia, para tomar decisiones mejor, etc.) como paso previo para establecer acuerdos al respecto.
- **Gestionar mejor nuestro tiempo** para poderlo dedicar, entre otras cosas, a pensar y a realizar la finalización. Hay numerosas formas de “fabricar” tiempo, por ejemplo: priorizando mejor, escuchando más, sabiendo decir “no”, asistiendo a menos reuniones y mejorando la preparación de las reuniones a las que asistamos.
- Tener una **actitud proactiva** centrándose en el “yo puedo hacer...”, “yo puedo ser más... autocrítico, estratégico, positivo, comprensivo, etc.” y no tanto en el “si yo tuviera mas... apoyo de mi equipo, tiempo, recursos, etc.”. La proactividad nos habla de aumentar nuestro margen de maniobra para influir en muchas situaciones por difíciles que parezcan, mientras que la otra actitud nos culpabiliza y paraliza, dando a los demás todo el poder sobre nosotros, pues decimos que “no podemos hacer nada” a menos que los demás hagan algo. Generalmente las familias que se atienden también necesitan incrementar su proactividad pues hacen únicamente atribuciones externas de todo lo que les ha ocurrido o les está ocurriendo y así esperan que quienes cambien sean los demás.
- **Decidir el cierre en equipo**, y con diferentes equipos si es que intervienen varios, utilizando técnicas de búsqueda de consenso. En casos más complicados es recomendable contar con la ayuda de supervisión interna y externa. Puede no ser necesario que todos los equipos que intervienen cierren el caso, sino que replanteen la intensidad de su intervención.
- **Estar presentes** en los momentos de finalización todos los miembros de la

familia implicados ayuda a evitar distorsiones y falsos cierres. Se ha de cuidar especialmente las despedidas sobre todo con los niños y adolescentes, pues de la percepción que tengan de ser tenidos en cuenta dependerá su confianza, mas adelante, en el resto de profesionales.

- Durante la **última sesión** se recomienda que participe todo el equipo que ha estado interviniendo (evidentemente incluido el referente del caso). La recapitulación en la última entrevista puede incluir: valorar logros y dificultades durante el proceso, resaltar la capacidad de la familia para resolver problemas futuros, y sugerir señales de alerta a observar sobre los puntos tratados, señalar posibles carencias que se sigan observando y riesgos derivados si se mantienen, motivos de la baja del caso y medidas que ello supondrá.
- **Dejar “puertas abiertas”** ayuda a las familias para que sepan cuando pueden recurrir de nuevo al equipo, informar de los posibles apoyos a los que recurrir antes de que estallen los conflictos, **conectarlos con recursos normalizados** pues, en muchos casos, serán los profesionales de los SSCC los que seguirán apoyando a la familia.
- Aprovechar la experiencia que tienen las familias de nosotros y de nuestros servicios para **que nos evalúen** y así poder aprender de esta múltiple evaluación.
- **Aplicarnos a nosotros mismos las estrategias y técnicas** eficaces que utilizamos con las familias, y al revés, aplicarles a ellas las que nos aplicamos a nosotros y nos funcionan, de no ser así, estaríamos ante posibles problemas deontológicos. Cuanto más y mejor trabajemos sobre nosotros mejor los podremos ayudar, pues cada día hacemos numerosos planes de mejora con muchas familias ¿ello supone el compromiso con nosotros mismos de hacer igualmente planes de mejora periódicamente?

PROCEDIMIENTO DE FINALIZAR EL TRATAMIENTO

En los casos de **riesgo social**, el ETF finaliza su tratamiento con un informe final para el CM/CL con sus propuestas. Siempre quien deriva los casos es el CM/CL, atendiendo a las propuestas del equipo y a su propia valoración técnica. Esquemáticamente podemos distinguir las **formas mas frecuentes de finalizar:**

- Se han producido cambios consistentes y se han adquirido las habilidades necesarias para la adquisición de la autonomía plena.
- Se han producido cambios que hacen superar la situación de riesgo y se han adquirido hábitos que la capacitan para enfrentares a nuevas situaciones de crisis pero mantienen una situación de necesidad en momentos críticos, por lo cual se puede acordar con los SSCC que asuman de nuevo a la familia.
- Se han producido cambios suficientes que hacen superar la situación de riesgo, pero se necesita un proceso de apoyo que verifique y ayude a que los cambios se mantienen y no hay retrocesos importantes, por lo cual se puede comenzar un nuevo proyecto de tratamiento mas breve y temporalizado desde el ETF.
- Se detecta la necesidad de tomar medidas de protección de los menores por hallarse en situación de desamparo.
- Se traslada la familia de localidad de residencia sin comunicarlo al ETF ni a los SSCC. No será motivo suficiente para la salida de la familia del programa, a no ser que tras diversos intentos de localización a través de las distintas redes formales e informales no se accediera a la nueva dirección.
- Se agrava la situación al no producirse cambios, existiendo falta de colaboración por la familia.
- Se han producido cambios consistentes y se han adquirido las habilidades necesarias para la adquisición de la autonomía plena, y el menor vuelve con su familia.

Cuando se propone la derivación al SPM se le ha de plantear a la familia dicha derivación, pues además de que es un derecho de la familia saber el procedimiento que se ha de seguir, puede ser una forma de que la familia vea la realidad de las consecuencias negativas y active nuevos recursos.

En los casos de **reunificación familiar** , el ETF finaliza su tratamiento con un informe final para el Servicio de Protección de Menores, que ha de incluir, entre otros, aspectos tales como la especificación del tratamiento realizado, la descripción de los objetivos planteados y el nivel al que han sido alcanzados, el pronóstico de las necesidades futuras y una valoración global de

los resultados.

En base a los resultados del tratamiento, los casos pueden finalizar en los siguientes supuestos:

- Se han producido cambios consistentes y se han adquirido las habilidades necesarias para la adquisición de la autonomía plena, por lo que se propone la vuelta del menor con su familia de origen.
- No se han producido cambios significativos en las situación que dio lugar a la adopción de la medida protectora en el plazo de tiempo establecido y no puede garantizarse el bienestar de los menores, por lo que se propone que se busque para éstos otra alternativa convivencial estable y segura.
- Pese a no ser lo idóneo, se pueden dar casos en los que se revoca la medida protectora antes de la finalización del Proyecto de Tratamiento Familiar, por considerar que la situación ha mejorado lo suficiente como para adoptar esta decisión, pero se valora que ha de continuar el tratamiento con la familia. En estos casos, el Servicio de Protección de Menores ha de continuar vinculado al caso coordinando las actuaciones del ETF hasta la finalización del Proyecto o hasta que la situación sea tal que no exista riesgo o al menos el riesgo existente sea leve y tan sólo requiera la utilización de algún recurso de Servicios Sociales Comunitarios.

RECOMENDACIONES SOBRE LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES

Los informes no son fines sino medios. Son herramientas estratégicas de trabajo y no meros trámites. Han de servir para facilitar el trabajo del ETF y de los profesionales a los que vaya dirigido.

Igualmente los informes escritos han de servir como instrumento para trabajar con las familias por lo que se recomienda que sea redactado para poder ser conocido por las familias y leído ante ellas, cuando sea recomendable a criterio del equipo.

Los **informes** son instrumentos que ayudan a pensar, ordenar y clarificar. Han de procurar tener las siguientes **características**:

- Ser necesarios, concretos y concisos (aunque con los anexos que sean necesarios)
- Estar contrastados y ser coherentes. Distinguir entre la información documentada y la no verificada.
- Recoger los hechos, valoraciones y conclusiones relevantes.
- Desechar la información irrelevante. Evitar juicios y valoraciones vagas, inconsistentes o sin apoyo.
- Tender a la objetividad, distinguiendo lo que es lo más descriptivo (importante el reflejar un resumen cronológico) de lo que es mas valorativo.
- Clarificador. Sin ser simplista pero que ayude a la intervención del destinatario, y para que este se implique en lo que depende de el.
- Estructurado, con apartados claros y secuenciados: dirigido a, pedido por, motivado por, se solicita...
- Entrecomillar las manifestaciones significativas de las personas de forma textual.
- Personalizados a la situación de cada familia, y a cada destinatario.
- Comprensible. Redacción en un lenguaje técnico asequible a los destinatarios del informe
- Que motive a su lectura y a implementar las medidas que se solicitan del destinatario
- Integrar los informes de cada profesional en el interdisciplinar sin que sea una mera adicción de visiones parciales, sino llegando a una visión superior a la de los tres por separado.
- Señalar cual será la evolución más previsible si no hay una intervención del destinatario en el sentido sugerido.

SEGUIMIENTO DEL CASO

Respecto al seguimiento no estamos de acuerdo con su acepción excesivamente amplia y además ampliamente extendida, que en la práctica incluye a casi todo lo que se hace después de la valoración. Entendemos, mas bien, algo más restringido, como el comprobar de forma directa o indirecta que se mantienen los resultados obtenidos durante la intervención, para en función de ello decidir no intervenir o plantear otras intervenciones.

Se trata, **en resumen**, de:

- Supervisar y controlar la situación de los niños en la familia.
- Supervisar si los cambios producidos se mantienen una vez que el ETF se va retirando de la vida familiar.

- Favorecer una desvinculación adecuada de la familia respecto a los profesionales del ETF.
- Reforzar una vinculación adecuada de la familia con los servicios y profesionales que a partir de entonces serán su apoyo y referencia.

La idea de seguimiento está ligada a la idea de **evaluación posterior** a la intervención, y a la de **prevención de recaída** en la problemática que motivó la intervención. Es por ello especialmente necesario, por ejemplo, elaborar indicadores de mantenimiento de la mejora de la situación familiar y personal de los niños. A tal efecto y de forma general se recomienda la administración a la mitad de la intervención y una vez finalizada ésta de las “Escala de Bienestar Infantil” y del “Inventario de problemas de conducta del niño”. Este último sólo se ha de pasar de nuevo si tras la primera administración se detectaron problemas de conducta.

En los casos de reunificación familiar, pese a la vuelta del menor a su familia de origen, lo habitual es que las condiciones familiares no sean adecuadas en su totalidad por lo que el seguimiento de la familia y constatar que los cambios producidos en la dinámica familiar se mantienen, son de vital importancia para garantizar que los menores no vuelvan a encontrarse en situación de desprotección.

Por todo ello, antes de finalizar la intervención habrá de determinarse, en función de cada caso, si se requiere un seguimiento por parte del ETF y la duración del mismo o bien, basta únicamente con el seguimiento por parte de los Servicios Sociales Comunitarios.

EVALUACIÓN DEL CASO

La evaluación propiamente de cada caso puede ser:

- **Cuantitativa**, por ejemplo cálculo del porcentaje resultante de objetivos conseguidos/ número total de objetivos del proyecto de tratamiento familiar
- **Cualitativa**, basándonos en una evaluación:
 - De cada una de las tres etapas: inicio, tratamiento y finalización.
 - Del funcionamiento del equipo
 - De los recursos, metodología e instrumentos realizados

Igualmente vemos necesario que se pongan en marcha **diferentes**

niveles de supervisión para mejorar la calidad de las intervenciones profesionales:

- Supervisión de la **coordinación y objetivos del Programa de tratamiento a familias con menores**.
A realizar por el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la DGIF.
- Supervisión de **cada proyecto de tratamiento familiar**: evaluación continuada, de su eficacia, comprobación de objetivos.
A realizar por el Coordinador municipal o local.
- Supervisión profesional de los **miembros del equipo** para mejorar, contrastar y modificar actuaciones.
A realizar por profesionales externos a la institución

CAPITULO V: SINGULARIDADES DEL SUBPROGRAMA DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR

- 1. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL.**
- 2. CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA RECUPERABILIDAD DE LA FAMILIA**
- 3. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN Y EL PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR.**
- 4. TEMPORALIZACIÓN.**
- 5. FUNCIONES DE LOS AGENTES IMPLICADOS**
- 6. SISTEMAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN.**

1. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN:

Definición y características:

La adopción de una medida de protección de un menor conlleva la elaboración de un Plan Personalizado de Integración Familiar y Social por parte del Servicio de Protección de Menores que se convierte en el marco de referencia que guía las actuaciones a seguir tanto desde ese servicio como desde los restantes dispositivos y agentes intervinientes en el caso.

En el diseño del PPI se tienen en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

- **La integración familiar del menor:** Es el fin principal de la acción protectora, y ésta no puede tener lugar sin un plan destinado a conseguir dicho fin. Su consecución en el plazo de tiempo más breve posible guía los objetivos y actuaciones a llevar a cabo con los padres, los niños, con la familia y con su entorno.
- **La participación de los padres:** Los padres tienen el derecho y el deber de participar en la elaboración del plan del caso. La implicación de los padres es generalmente el principal determinante de éxito de la reunificación familiar.
- **La participación de los niños:** Se debe consultar la opinión de los niños teniendo en cuenta su grado de madurez y en función de su edad. Es necesario ser comprensivo y respetuoso con los problemas de lealtad con sus padres que presentan, y ayudarles a comprender el sentido de las medidas que eventualmente pueda ser necesario imponerles.
- **Colaboración familiar:** Es importante recabar la colaboración de la familia extensa, si la hubiera, para apoyar el proceso de reunificación.

- **Derecho a la información:** Es importante cumplir con la responsabilidad pública de informar a los padres y al niño, respecto al contenido de documentos, lo que se espera de ellos, los cambios que tienen que realizar, los recursos a los que puede acudir, etc.
- **La estabilidad y continuidad de la relación del niño con su familia biológica tras la separación:** constituye una condición básica para posibilitar la reunificación posterior.
- **Diseño y elaboración:** El diseño del Plan y las condiciones para la reunificación son establecidos por el Servicio de Protección de Menores. La Unidad Tutelar responsable del caso en este Servicio es quien que se ocupa de su control y coordinación, así como del seguimiento de las actuaciones llevadas a cabo por otros servicios, y de las reconsideraciones que se puedan realizar.
- **Coordinación:** En el Plan deben quedar recogidos los canales de coordinación con las instituciones que puedan proporcionar a los padres los recursos de apoyo específicos que necesita en su proceso de rehabilitación personal y familiar.
- **Temporalización:** El Plan contempla la duración estimada del tratamiento para conseguir los objetivos propuestos, e ir estableciendo una mínimos intermedios que habrán de alcanzarse para continuar con el tratamiento.
- **Personalización y especificidad:** Cada Plan Personalizado de integración debe especificar claramente cuáles son los objetivos de la intervención, tanto generales como específicos, y la planificación y desarrollo de la intervención con el menor y con la familia se ha de focalizar en la consecución de dichos objetivos.
- **Determinismo:** Los objetivos determinan los recursos o servicios de apoyo a proporcionar tanto al menor como a la familia, y además, sirven de referencia para realizar el seguimiento de la intervención y valorar sus resultados.
- **Flexibilidad:** Las posibles modificaciones del Plan se basan, entre otras cosas, en la evaluación periódica de la consecución o no de los objetivos planteados.

La configuración del PPI es consecuencia de una serie de decisiones que han adoptarse en función de las características del caso, de la familia y de la situación, supeditadas siempre a los **principios básicos** que han de guiar la actuación protectora. Entre ellos, cabe destacar los siguientes:

- ◆ Salvaguardar y priorizar los derechos de los menores.
- ◆ Prevenir la ruptura/ o preservar la unidad familiar.
- ◆ Proporcionar a los padres los servicios y recursos necesarios para apoyarles y reforzar su capacidad para cumplir con sus obligaciones parentales.
- ◆ Proporcionar al niño un entorno familiar alternativo y estable cuando se constata su imposible reincorporación a su familia de origen

En base a todo lo anterior, tras la adopción de una medida protectora, los técnicos del Servicio de Protección elaboran un PPI que debe abordar en todos los casos, los siguientes **contenidos**:¹

1. **Definición** de:

a) La **Finalidad** de la intervención del Servicio de Protección de Menores y el Programa en que se incluye al menor (Separación temporal y reunificación familiar; Separación definitiva e integración en nueva familia, extensa o ajena; Separación definitiva y preparación para la emancipación).

b) **Objetivos generales** de la intervención.

2. **Duración prevista** para las separaciones de carácter temporal. Plazos de tiempo para la consecución de los objetivos planificados.

3. **Recurso** a utilizar con el menor:

- Tipo: Acogimiento familiar, residencial o adopción².
- Tiempo previsto para que el menor permanezca en dicha ubicación.
- Características que debe poseer el recurso.

4. **Régimen de visitas** del niño con sus familia

5. Otras **intervenciones complementarias** necesarias tanto con la familia como con el menor, y condiciones para llevarlas a cabo.

6. Valoración de los **riesgos** que conlleva el plan.

¹ Manual de Intervención de los Servicios de Atención al Niño, Junio 2000.

² No procede. Sólo en casos de separación definitiva

7. Plazo de tiempo para la **revisión global** del caso.

Sólo se abordarán en el subprograma de reunificación familiar aquellos casos incluidos por el Servicio de Protección de menores en el programa de **separación temporal y reunificación familiar**, cuando esta alternativa sea considerada desde un principio como prioritaria y prefente.

2. CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA RECUPERABILIDAD DE LA FAMILIA:

Para todos los procesos de intervención en familias y siempre que se abordan situaciones de riesgo y/o desprotección en la infancia, se hace necesario establecer un **pronóstico** que nos permita medir las posibilidades que presenta el grupo familiar en relación a los procesos de cambio y el tiempo propuesto para la intervención.

En relación al subprograma de reunificación familiar, es prioritario que se establezca un pronóstico, en el que para su establecimiento se contemplen:

- a) **Conciencia del problema** en los padres que ha derivado en la adopción de medida protectora.
- b) **Motivación por el cambio** en los padres.
- c) **Implicación** de los padres en el desarrollo del Plan de integración.
- d) Logro de **acuerdos formales** con ellos.
- e) **Respuesta** a intervenciones anteriores.
- f) Grado de **cronicidad** de la problemática familiar.
- g) Nivel de incapacidad parental.
- h) Grado en que los problemas de la familia asociados al desamparo sean **modificables** o no.
- i) Grado de **violencia intrafamiliar**.
- j) Existencia **de vinculación afectiva** padres-hijos.
- k) **Gravedad del daño** producido al niño.
- l) **Problemas** presentados por el niño.

m) **Red informal de apoyo** a la familia.

La conciencia del problema y la motivación por el cambio en los padres constituyen **requisitos imprescindibles** para conseguir la rehabilitación familiar. No obstante, no es habitual que estas familias se muestren concienciadas y motivadas desde el principio. En estos casos, lo que ha de hacerse es iniciar una intervención dirigida a probar si los padres son **capaces de adquirir conciencia de su situación y desarrollar motivación de cambio** (interna o externa). Cuando, a pesar de haberse realizado todos los esfuerzos posibles ésto no se consiga habrá de incluirse en un pronóstico negativo. Los restantes criterios utilizados para la elaboración del pronóstico constituyen circunstancias o condiciones que pueden **dificultar** seriamente o **favorecer** el proceso de rehabilitación.

En muchos casos, es difícil establecer un pronóstico sobre la rehabilitación familiar. En estas situaciones, sólo cuando se proporcione a la familia **la oportunidad de recibir tratamiento**, podrá establecerse con claridad si hay o no posibilidades de recuperación.

Como regla general (salvo excepciones), puede establecerse que si una familia que recibe tratamiento intensivo no muestra ningún cambio mínimamente significativo durante los **seis primeros meses de tratamiento**, éste deberá darse por finalizado, ya que no es previsible que dichos cambios se produzcan a corto-medio plazo.

3. EL PLAN PERSONALIZADO DE INTEGRACIÓN Y EL PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR:

Los técnicos del Servicio de Protección de Menores no sólo son los responsables del diseño y la elaboración del Plan Personalizado de Integración, sino también son los responsables de la **coordinación de todas las actuaciones** que se lleven a cabo simultánea o sucesivamente con la familia, de **recabar la información** procedente de todos los agentes implicados, y de su procesamiento e integración para tener un **conocimiento adecuado de la evolución del caso**.

- En el caso de que en el Plan se contemple la necesidad de que la familia de origen sea tratada por el ETF, el traslado a éste del caso no puede considerarse una derivación del caso en la literalidad de la expresión, puesto que no supone un cambio en el contexto de actuación, sino **la incorporación a un conjunto de actuaciones coordinadas e integradas por el Servicio de Protección de un recurso más**, con la finalidad de posibilitar la consecución de los objetivos iniciales, y por ende, de la reunificación.
- Para que la colaboración del ETF en el Plan de Personalizado de Integración sea operativa, se deberán establecer **unos canales de comunicación ágiles, y una protocolización en la transmisión de información** que impida la posibilidad de la duplicidad de actuaciones y garantice que las intervenciones que se realizan desde el ETF con la familia están estrechamente vinculadas y coordinadas con los objetivos del PPI diseñado por el Sº de Protección para cada caso concreto.
- La derivación a los Servicios Sociales Municipales de los casos que requieran su intervención por encontrarse en la tipología de familias contemplada en este subprograma, **deberá ir acompañada de los informes técnicos que procedan**, se adjuntará un resumen del PPI con el consentimiento de la familia a someterse al tratamiento, junto con otra documentación que se considere relevante a fin de que las intervenciones que se se programen respondan al diseño elaborado en el PPI.
- Igualmente, los Servicios Sociales Municipales a través del Coordinador del programa en la Corporación Local remitirán al Servicio de Protección periódicamente **información sobre la evolución de los casos de reunificación**, para que se puedan ajustar los objetivos de la intervención a la misma.
- Los ETF trabajarán con la familia en el marco del subprograma de reunificación una vez que se haya adoptado la medida protectora que implica la separación del menor, y cuando esta separación se haya hecho efectiva. Puesto que la finalidad de las actuaciones es conseguir normalizar la situación familiar para posibilitar la vuelta del menor en unas condiciones que garanticen su seguridad e integridad, la derivación desde el Servicio de Protección de Menores de un caso para incorporar al subprograma de reunificación, se debe realizar con anterioridad al retorno del menor a su hogar, y con una antelación suficiente que permita la adecuada ejecución de las actuaciones recogidas en el Proyecto de Tratamiento Familiar.

El Proyecto de Tratamiento Familiar elaborado por el ETF se ajustará a los objetivos y la temporalización establecidos en el PPI y versará fundamentalmente en **habilitar a los padres** para que sean capaces de proporcionar un cuidado adecuado al niño y satisfacer sus necesidades básicas, mediante actuaciones concretas dirigidas especialmente a:

1. **Corregir los problemas** detectados en:
 - El funcionamiento personal de los padres.
 - El funcionamiento de los padres a nivel parental.
 - Las relaciones entre los miembros de la familia.
 - El funcionamiento del sistema familiar en su conjunto.
 - La relación de la familia con su entorno.
2. Corregir los **problemas asociados o causantes** de la aparición y/o mantenimiento de dichas situaciones/ conductas de maltrato/ abandono.
3. Dinamizar y coordinar una **red de sistemas y servicios** (generales y especializados) de apoyo a la familia y el niño, que les ayude para conseguir un funcionamiento adecuado y evitar la reaparición de situaciones de maltrato.

Las actuaciones del ETF por tanto, se centrarán en el trabajo con **los padres o responsables de los menores**, así como (si es el caso) con otros miembros de la unidad familiar que convivan en el domicilio, puesto que el trabajo técnico a realizar con los menores sujetos a medida de protección corresponde al recurso en el que se encuentren. Será el Servicio de Protección de Menores el encargado de canalizar el **intercambio de información necesario** entre el ETF y los técnicos de estos recursos.

4. TEMPORALIZACIÓN. CRITERIOS A TENER EN CUENTA PARA DECIDIR LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el menor se

encuentra fuera de su entorno familiar o en un centro de protección, la duración del tratamiento con la familia en los casos de reunificación familiar no debe ser superior a los **12 meses**. Este periodo se considera suficiente para evaluar si los cambios que se producen en la familia hacen posible que los menores puedan retornar a la misma, garantizando que se les va a posibilitar la seguridad y bienestar necesario para su desarrollo.

No obstante, es necesario señalar que **no en todos los casos deberá agotarse este plazo** para concluir con la intervención. Realizada ésta y constatado que no conlleva mejora sustanciales, el S^o de Protección, en base a la información que le proporcione el ETF y/o a la información que recoja directamente, puede considerar necesaria la finalización de la intervención del ETF antes del plazo, y reconsiderar la medida o el programa en el que se incluye el menor.

En otras ocasiones, nos encontramos con un grupo de familias que en el periodo de tratamiento de 12 meses se consiga una mejoría clara y significativa y se valore como recomendable la vuelta de los niños, pero esa mejoría no es suficiente como para considerar que la familia puede funcionar de manera autónoma y que los padres van a poder garantizar el bienestar y seguridad de sus hijos por sí solos, sin apoyo o supervisión profesional. Son familias que necesitan servicios de **apoyo/tratamiento durante más de 12 meses**, aunque de manera menos intensiva.

En estos casos, tanto el ETF como el S^o de Protección deben haber preparado una red de servicios/recursos comunitarios alrededor de la familia que siga proporcionando a ésta los apoyos que requiera.

Si esta alternativa no resultara factible o si se dieran otras circunstancias que lo justificaran, el **S^o de Protección junto con el ETF podrán decidir ampliar el tiempo de tratamiento** durante unos meses más con una menor intensidad. Las razones para esta ampliación deberán quedar bien argumentadas y justificadas en el expediente del caso, y se abordarán y analizarán en Comisión Técnica.

En cualquier caso, los S^o de Protección deberán valorar si los plazos de tiempo previstos para la rehabilitación de la familia **son compatibles con las necesidades del niño**. En este sentido, los plazos de tiempo para las familias de niños de corta edad deberán ser inferiores necesariamente a los establecidos para familias de niños de edades superiores.

La previsión en la duración de la intervención estará vinculada directamente al **grado de consecución de los objetivos marcados**, la

temporalización de los mismos y de los cambios que se produzcan en relación a la situación que dio lugar a la adopción de una medida protectora, no obstante es importante resaltar una serie de **elementos que pueden afectar en la previsión de retorno** que son las siguientes:

1. **Grado de colaboración** de los padres en el desarrollo del PPI y en el proyecto de tratamiento familiar que desde el medio desarrollan los ETF.
2. **Frecuencia de contacto** que han tenido anteriormente los padres y el niño.
3. Capacidad que tienen actualmente los padres para **ejercer adecuadamente las responsabilidades parentales**.
4. Posibilidades de los padres de **cambiar y capacitarse** para ejercer adecuadamente las responsabilidades parentales.
5. Deseo de los padres de tener **contacto con su hijo**.
6. Deseo de los padres respecto a **dónde tiene que estar su hijo**.
7. Deseo del niño de **mantener contacto** con su familia de origen.
8. Deseo del niño respecto a **dónde estar**.
9. **Situación jurídica**.

Se pueden definir una serie de elementos a tener en cuenta a la hora de decidir el **abandono de la pretensión de una reunificación familiar**, y optar por la alternativa de una separación permanente o definitiva, siempre en función de los intereses del menor:

1. **Abandono de los padres** hacia el menor.
2. No se ha conseguido la reunificación familiar en el **plazo de tiempo establecido** para ello, habiéndose aplicado todos los recursos y servicios requeridos por el caso.
3. La situación de la familia **no ha variado sustancialmente**, y hay un grave riesgo de que si el niño retorna a la familia, vuelva a ser objeto de desamparo.
4. La situación familiar parece **irreversible**.
5. Cualquier otra alternativa posible **es mejor que el retorno** del menor a su familia de origen.

5. FUNCIONES DE LOS AGENTES IMPLICADOS:

A los Servicios Sociales Municipales corresponde:

En los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales se integran por una parte, los SS.C.C y por otra, los Equipos de Tratamiento como un **recurso**

específico. Serán éstos últimos los encargados especialmente y siempre que ello proceda, de intervenir para facilitar la reunificación en los términos expresados en este subprograma, promoviendo el tratamiento que en relación con las familias sean necesarios.

Esto conlleva una **estrecha relación** con los SS.CC., así como con otros recursos generales o especializados que puedan existir en el medio, para ejecutar las actuaciones técnicas necesarias encaminadas a alcanzar los objetivos establecidos por el SPM en el PPI .

La derivación de los casos hacia este recurso, o si procediera, a los SS.CC., se realizará preferentemente, en el seno de la Comisión Técnica, siendo el coordinador del programa en la Corporación Local una **figura clave en este proceso** para articular y coordinar los recursos y medios.

Una vez que se realice la reunificación familiar y el menor haya retornado a su familia de origen, cuando el ETF considere cerrado el caso, **serán los SS.CC de la Corporación Local quienes realicen el seguimiento del menor y la familia** para constatar que el proceso transcurre adecuadamente y que se mantienen los cambios alcanzados remitiendo información del caso periódicamente o a requerimiento del SPM. En ocasiones, el ETF puede considerar necesario realizar alguna actuación concreta dentro del periodo de seguimiento del caso para reconducir la situación.

Los **elementos a desarrollar** en base a lo expuesto se centrarán en:

- a) Definir conjuntamente con el Servicio de Protección **los recursos/ servicios municipales y comunitarios** a proporcionar a la familia.
- b) **Desarrollar los objetivos marcados en el PPI** en relación con la familia de origen, diseñando a tal fin las intervenciones que se requieran.
- c) Proporcionar **apoyo técnico y material** en la preparación a la reunificación.
- d) Promover la **implicación/intervención** de otros servicios tanto específicos como comunitarios en el caso.
- e) Participar activamente en la **evaluación del desarrollo y resultados** del PPI.
- f) Seguir proporcionando **apoyo a la familia** una vez producida la

reunificación durante el tiempo necesario.

- g) Una vez producida la reunificación, realizar **un seguimiento de la situación de la familia** si el caso lo requiere de forma periódica o puntual.
- h) Proporcionar **información periódica** al Servicio de Protección sobre la evolución del caso.

Al Servicio de Protección de Menores corresponde:

- a) Elevar la propuesta de medida de protección a la **Comisión Provincial de Medidas de protección**.
- b) Realizar **la evaluación completa de la situación menor**, adscribir el caso al programa que corresponda y elaborar el PPI.
- c) Velar específicamente para que en todo el procedimiento se consideren los intereses, deseos, necesidades específicas y peculiaridades del menor, así como el **respeto a sus derechos**.
- d) **Dirigir, promover, coordinar y supervisar** la intervención de los servicios, los recursos profesionales y actuaciones necesarias para conseguir los objetivos planteados por el Servicio en cada caso concreto.
- e) **Apoyar técnicamente** al resto de recursos/servicios implicados en el caso.
- f) Ejercer como **figura de referencia** para la familia y el resto de recursos, servicios y profesionales intervinientes en el caso.
- g) **Asegurar y centralizar** la transmisión de información entre los diferentes servicios/profesionales intervinientes en el caso.
- h) **Asegurar** que el menor recibe las intervenciones, el tratamiento y el apoyo que pueda necesitar.
- i) Realizar un seguimiento permanente de la **evolución general de la intervención**, tanto en relación con el menor como con la familia.
- j) Recabar los informes de los recursos/servicios implicados en el caso en

relación a los objetivos y procedimientos de intervención, y promover, cuando sea necesario, las **modificaciones oportunas en el Plan personalizado de integración.**

Actuaciones a realizar por los distintos agentes implicados ante los casos a lo largo del proceso de reunificación:

a) ANTES DEL TRATAMIENTO POR EL ETF :	
Actuaciones del Sº de Protección de Menores	Actuaciones del Coordinador del programa en la Corporación Local

- Realizar una primera formulación de los objetivos de la intervención, en cuanto a qué se debe cambiar para eliminar la situación de desamparo. Establecer las áreas de actuación y los plazos y compromisos a cumplir. Valorar la necesidad de recabar la colaboración del ETF.
- En caso de que se considere necesaria la intervención del ETF, informar y
- Estudiar el caso y valorar, en función de la información recibida, si la familia será tratada por el ETF o por los SS.CC., en base a lo acordado en la Comisión Técnica.
- Determinar, junto con los técnicos del Sº de Protección, la estrategia idónea para presentar conjuntamente a la familia el programa y los profesionales que le van a atender.

b) DURANTE EL TRATAMIENTO :	
Actuaciones del Sº de Protección de Menores	Actuaciones del Coordinador del programa en la Corporación Local

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Coordinar las actuaciones del ETF con la familia y de los técnicos del recurso donde se encuentra el menor con la medida protectora con respecto a éste, de cara a la planificación de la reunificación.• Mantener informados a los profesionales que intervienen de la evolución del caso y del reajuste de objetivos, si se produjera.• Determinar el momento de la reunificación familiar en función a los informes que aporten los diferentes servicios y recursos y decidir cómo se va a llevar a cabo (temporalización, visitas, etc.).• Informar a los profesionales implicados del procedimiento de actuación y de los plazos, una vez decidido y planificado el retorno en base a lo antes señalado y a la evolución del caso.• Determinar, si es necesario, la interrupción temporal o definitiva del proceso de reunificación.• Realizar intervenciones directas con las familias cuando lo solicite alguno de los profesionales intervinientes en el caso y se valore necesario para la buena evolución del tratamiento.• Recabar y centralizar la información de todos los servicios implicados en el caso sobre la situación del niño y de la familia.• Analizar y estudiar formalmente la información recogida sobre la evolución del caso, los resultados de la intervención, y valorar la necesidad de modificaciones en la asignación de medios o recursos. | <ul style="list-style-type: none">• Recabar de los SS.CC. toda aquella información sobre la situación familiar que pueda ser importante para el desarrollo de la intervención.• Coordinar la intervención de los SS.CC. y del ETF implicados en el caso.• Administrar los recursos sociales/comunitarios que se valoren necesarios para el caso. |
|--|--|

c) AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO:	
Actuaciones del S° de Protección de Menores	Actuaciones a realizar por los Técnicos del ETF
<ul style="list-style-type: none"> • Acordar la finalización de la intervención en función de los informes y evaluaciones que aporten especialmente los ETF y el recurso de acogimiento donde se encuentra el menor. • Decidir en base a lo anterior si las modificaciones o cambios obtenidos facilitan el retorno del menor a su familia de origen o por el contrario, se requiere la ratificación de medida o el cambio de programa. • Comunicar al Coordinador del programa en la Corporación Local la finalización de la intervención, así como a otras instancias pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar con la familia con antelación suficiente la finalización del tratamiento y valorar cuáles son las necesidades de apoyo/tratamiento que siguen teniendo. • Informar a los SS.CC. sobre la intervención realizada a través de todo el proceso de reunificación. • Iniciar y desarrollar progresivamente el proceso de desvinculación con la familia. • Reforzar la vinculación de la familia con la red de profesionales/servicios comunitarios en los términos y de la manera en que se haya acordado. • Realizar un informe-resumen final del tratamiento para el S° de Protección. • Realizar con la familia una reunión formal de devolución y revisión de los resultados, y de cierre formal del tratamiento.

6. SISTEMAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN.

En relación a la necesidad y a la importancia de la coordinación interinstitucional, en el contexto que nos ocupa del Programa de Tratamiento a Familias con menores, es preciso tener en cuenta una serie de **consideraciones previas**:

- Por un lado, la legislación vigente en materia de Servicios Sociales realiza una distribución de competencias entre la Administración Autonómica y Local en materia de infancia y familia, por lo que es necesaria una **estrecha colaboración y una fluida comunicación** entre ambas, especialmente a nivel más técnico, y más cercano a los usuarios, para poder ofrecer en cada momento la respuesta adecuada a la problemática presentada por las familias.

- También es importante no olvidar que el Programa de Tratamiento a familias con menores es un recurso nuevo, integrado en los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, y habrá que tener las **cauteladas necesarias y establecer los criterios adecuados** para que no se produzca una inadecuada utilización de los equipos, lo que irremediablemente derivaría en la inoperancia de los mismos.

- Por último, es importante tener en cuenta que el Programa de Tratamiento a familias con menores no se ciñe exclusivamente al funcionamiento de los equipos, sino que pretende definir el **mecanismo de actuación conjunta** del sistema de atención en el medio a la infancia y la familia en Andalucía: un sistema integrado por varios y diferenciados órganos cada uno de ellos con una función específica y especializada, pero que han de funcionar sincrónica y armónicamente, conjuntando, complementando y coordinando sus actuaciones para evitar que la infrautilización de unos dé lugar a la sobresaturación de otros y viceversa, provocando de esta manera distorsiones en el funcionamiento del sistema.

Desde esta perspectiva es importante establecer la dinámica de funcionamiento del programa, la distribución de tareas, la delimitación de competencias y el sistema de coordinación y de toma de decisiones.

La necesidad de una coordinación adecuada es constante en este programa por la complejidad de las situaciones que se presentan y la conveniencia de unir esfuerzos y recursos que proceden de diferentes administraciones. En el caso del subprograma de reunificación familiar, este objetivo cobra vital importancia ya que si la competencia para declarar una medida de tutela o guarda le corresponde a la Administración Autónoma, las intervenciones que, a posteriori deben realizarse en pro de la reunificación familiar requieren la complementariedad y la coordinación con otros recursos y administraciones.

Las **vías de coordinación** para el desarrollo de este programa se establecen a varios niveles:

a) A nivel normativo, se han publicado una serie de órdenes en las que se han perfilado las líneas básicas que caracterizan al programa de tratamiento a familias con menores. En la actualidad están vigentes la **Orden de 20 de junio de 2005 y la Orden de 25 de julio de 2006**.

b) Desde la Dirección General de Infancia y Familias se ha promovido la elaboración del **manual de tratamiento a familias en situaciones de riesgo**, con la colaboración de las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales y de todos los Ayuntamientos de la C.A. de Andalucía de más de 50 mil habitantes, y posteriormente, el **manual de programa de tratamiento a familias con menores**. Estos documentos suponen un marco de referencia común para las actuaciones en toda la comunidad autónoma y describen cuáles son los aspectos definitorios del programa, las funciones de los agentes implicados, los circuitos de derivación de los casos, los canales de comunicación y sistemas de coordinación.

c) A nivel provincial, **el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia** es el referente técnico y administrativo de las Corporaciones Locales incluidos en el programa, y es el responsable de velar por el cumplimiento de los convenios suscritos, así como de dinamizar y optimizar el funcionamiento de las comisiones técnicas y de seguimiento. Al **Servicio de Protección de Menores** le compete la derivación y seguimiento de los casos incluidos en el subprograma de reunificación.

d) En el ámbito de la Corporación Local, el CM/CL del programa es la figura responsable de la coordinación de los agentes implicados y de las actuaciones derivadas de la ejecución del programa.

e) El Programa de Tratamiento a familias con menores, además, ha creado dos órganos estables de coordinación: la **Comisión Técnica** y la **Comisión de Seguimiento**, en los que los responsables del programa en cada administración implicada (Autonómica y Local) se sientan periódicamente a evaluar y estudiar la marcha del programa en el municipio o municipios en cuestión, a valorar los resultados que se van obteniendo, a corregir las disfunciones que puedan aparecer, y a tomar las decisiones trascendentes relativas a casos concretos de manera consensuada.

La **Comisión técnica** está integrada por un representante de los equipos de tratamiento, el Coordinador del programa en la Corporación Local, el responsable del programa en el Servicio de Prevención y un representante del Sº de Protección. En caso que se considere necesario, pueden acudir igualmente otros técnicos, tanto de los ETF, de la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social (Servicios de Protección y Prevención) o de otras áreas. Las reuniones de la Comisión Técnica se celebrarán con la periodicidad que requiera la adecuada marcha del programa, pero al menos, trimestralmente.

El **orden del día** de las reuniones de la Comisión Técnica será establecido por el Sº de Prevención, sujeto a las aportaciones que puedan realizar desde el Sº de Protección o el Coordinador del programa en la Corporación Local.

Las Comisiones Técnicas se centrarán especialmente en el **análisis y evaluación** de aquellos elementos vinculados al seguimiento global del programa, a la **coordinación** entre los diferentes agentes, a la **optimización** de recursos y a **clarificar y resolver** las discrepancias que puedan surgir que afecten al desarrollo del mismo en cuanto a casos, tiempos, etc. Asimismo, en las Comisiones Técnicas se informará del número total de casos que están siendo tratados en ambos subprogramas y de los aspectos más relevantes que puedan presentarse.

Igualmente, se informará de las **propuestas de derivación** llevadas a cabo para la adopción de medida protectora, cuando se considere que el proceso de intervención debe finalizarse, así como de las propuestas del Sº de Protección de casos para incluirlos en el subprograma de reunificación

Dado que las derivaciones se realizarán directamente entre el coordinador Municipal/Local y el Servicio de Protección de Menores, se mantendrán cuantas reuniones de trabajo entre los técnicos de los ETF y los técnicos encargados de estos casos en el Sº de Protección (coordinador de las Unidades tutelares o equipo de las mismas), sean necesarias para tratar los

casos concretos y profundizar en el análisis de los mismos.

La derivación de un caso para reunificación familiar, implica que el Servicio de Protección trasladará por escrito al Coordinador del programa en la Corporación Local el dossier con toda la información y documentación necesaria para cada caso. En este escrito además, se comunica al coordinador del programa en la Corporación Local quién es el técnico de referencia de cada caso al objeto de que se fijen las reuniones de trabajo que se requieran.



PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES
Circuito General de Derivación de Casos


**Servicios
Generales**

**Servicios Sociales
Municipales**

Comisión

D.P. de I.B.S.






CAPITULO VI: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

A- EVALUACIÓN DEL CASO:

1. Seguimiento del Caso
2. Indicadores de evaluación de resultados:
 - Resultados en cuanto a objetivos finales.
 - Resultados en cuanto a objetivos instrumentales
 - Evaluación estandarizada

B- INDICADORES BÁSICOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Cobertura general del programa
 2. Características de los casos atendidos
 3. Evaluación de los recursos
 4. Evaluación del proceso
- 

A.- EVALUACIÓN DEL CASO.

1. SEGUIMIENTO DEL CASO:

Uno de los elementos fundamentales del tratamiento con la familia es la **evaluación permanente** de la evolución de la intervención y la **reformulación**, si procede, de las estrategias, objetivos y recursos. En este sentido, el ETF deberá elaborar al menos trimestralmente, informes periódicos de evaluación de la intervención (**Anexo 2 P**). En los casos de reunificación familiar, se puede utilizar este modelo de informe (anexo 2P, en los aspectos relacionados con la evolución de la familia obviando el apartado correspondiente a los menores puesto que éstos no son objeto de tratamiento por parte del ETF al encontrarse fuera del hogar), y se remitirán al técnico que coordina el caso en el Servicio de Protección.

Estos informes deberán aportar, entre otros, datos sobre:

- Periodo que comprende, recursos utilizados y profesionales/ servicios intervinientes durante ese periodo.
- Grado de consecución de los objetivos, desviaciones en relación a los planteados inicialmente.

Además de estos informes periódicos, en ocasiones el Sº de Protección puede solicitar la elaboración de otros informes sobre la familia objeto de tratamiento para propósitos específicos.

Cuando finalice el tratamiento del ETF, se deberá elaborar **un informe-resumen final** que incluya una descripción del tratamiento realizado, la descripción de los objetivos planteados y el nivel al que han sido alcanzados, el pronóstico de las necesidades futuras y una valoración global de los resultados. Este informe será remitido por el CM/CL al Servicio que continúe el trabajo con la familia. Si el ETF finaliza su tratamiento evidenciando la necesidad de la adopción de una medida protectora o la irreversibilidad de la medida previamente adoptada, se enviarán debidamente cumplimentados los protocolos incluidos en el **Anexo 2 Q** al Servicio de Protección.

Una vez finalizado el tratamiento y ya en la fase de seguimiento de la familia, el ETF, por sí mismo o con la colaboración de los SS.CC. deberán

supervisar y controlar la situación de los niños en la familia tratada, supervisar si los cambios producidos se mantienen una vez que el ETF va distanciando los contactos, posibilitar una desvinculación adecuada de la familia con los técnicos del ETF y reforzar una vinculación positiva de la familia con los profesionales/servicios que a partir de ese momento van a ejercer como apoyo y referencia.

Al finalizar el seguimiento, los técnicos que lo realicen deberán elaborar un informe-resumen que será remitido por el CM/CL al Sº de Protección de Menores si se trata de un caso de reunificación familiar

2. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS :

2.1.- RESULTADOS EN CUANTO A OBJETIVOS FINALES: indicadores de evaluación para determinar el grado de consecución de los objetivos en relación al niño/familia:

La evaluación continua de las actuaciones realizadas a lo largo de todo el proceso de intervención, y la revisión periódica de los objetivos es una característica intrínseca al procedimiento de toma de decisiones que sirve de base a las intervenciones con familias con menores en situación de riesgo/desamparo. No obstante, es preciso estandarizar y/o protocolizar el proceso de evaluación de cada caso haciendo referencia a la finalidad y los objetivos del Proyecto de Tratamiento o del PPI, según el caso:

2.1.1.- Grado de consecución de los objetivos iniciales:

Se reflejará el grado de consecución de los objetivos planteados inicialmente, es decir, si se ha conseguido que los niños hayan permanecido o retornado a sus familias, en base a :

- **Objetivos alcanzados:** Se ha conseguido la permanencia del menor o el retorno del niño al hogar familiar (se ha eliminado la necesidad de la separación), y el niño puede permanecer en el

hogar con la garantía de que su seguridad e integridad están salvaguardadas, y sus necesidades básicas están cubiertas de forma continuada.

- **Objetivos parciales suficientes**: Se han producido cambios positivos notables en la familia y se ha conseguido la permanencia/retorno del niño al hogar, no obstante, se requiere el seguimiento continuado de los SSCC.
- **Objetivos parciales insuficientes**: Se han producido alguno de los cambios esperados en la familia, pero no se ha conseguido la permanencia/ el retorno del niño al hogar familiar.
- **Objetivos no alcanzados**: No se ha observado ninguna mejoría en la familia o los logros no son muy significativos, y se propone la adopción de medida/no se ha conseguido al retorno del menor a la familia.
- **Objetivos no alcanzados y propuesta de separación definitiva**.: No se considera viable la reunificación familiar.

2.1.2.- Resultados en cuanto a la tipología de maltrato/desprotección:

En cada uno de los casos se han descrito uno o varios comportamientos parentales que han derivado en una situación de riesgo/desamparo y que se han tratado de eliminar mediante la inclusión en el programa de tratamiento.

Se deberá registrar si tal situación ha desaparecido o se sigue manteniendo, tras el periodo correspondiente de tratamiento.

2.1.3.- Resultados en función de la situación de los niños:

Es necesario reflejar la situación de los niños al comienzo y al final del tratamiento (con quién vive, hogar familiar, familia extensa, familia ajena, centros, etc).

2.1.4.- Causas de la finalización del tratamiento:

Las razones de la finalización de la participación de la familia en el tratamiento pueden ser indicativas del grado de consecución de los objetivos propuestos. Habrá que registrar si la familia abandona por voluntad propia, si se finaliza la intervención por decisión de los responsables institucionales de Protección al cumplirse el tiempo establecido, por falta de resultados, por la consecución de los objetivos, etc. También es preciso hacer constar si el abandono se produce por causas ajenas al proceso, esto es, fallecimiento, traslado, etc.

2.2.- RESULTADOS EN CUANTO A OBJETIVOS INSTRUMENTALES: Evaluación de los factores asociados:

Factores asociados a la situación de maltrato:

El estudio y análisis de los factores asociados al maltrato en cada caso sirve para describir de manera más precisa la problemática que se aborda por el equipo de tratamiento, y también sirve para conocer la pertinencia de los recursos que se han de ponerse en marcha en cada caso. En este sentido, en la medida en que los factores asociados se convierten en los objetivos del tratamiento, al partir de la hipótesis de que si se reducen o eliminan se reducirá o desaparecerá la situación de maltrato, constituyen una parte esencial de la evaluación de resultados.

Los factores asociados más relevantes a evaluar por el ETF, entre otros, son:

- Ausencia de conciencia del problema.
- Falta de motivación para el cambio.
- Presencia de Toxicomanías.
- Problemas significativos para el bienestar psicológico.
- Inestabilidad/precariedad laboral.
- Problemas en la relación con la familia extensa.
- Aislamiento social.
- Problemas en el manejo de la economía familiar.
- Relaciones de pareja conflictivas.
- Precariedad en el domicilio familiar.
- Problemas comportamentales en los niños.
- Relaciones conflictivas padres/hijos.

- Asunción de roles parentales por parte de los hijos.
- Problemas relacionados con la planificación familiar.

Variables a evaluar tanto por el ETF como por el Servicio de Protección:

a) Con respecto al niño:

- Edad y visibilidad por parte de la comunidad.
- Capacidad para cuidarse y protegerse a sí mismo.
- Apego hijos/padres.
- Estatus evolutivo físico del niño.
- Estatus evolutivo cognitivo y emocional del niño.
- Temperamento y capacidad de respuesta hacia los padres.
- Relaciones sociales del niño.

b) Con respecto a la familia:

- Cooperación con las indicaciones de los técnicos.
- Características de la vivienda.
- Capacidades de los padres asociadas a la edad.
- Historia de crianza de los padres.
- Historia parental relacionada con situaciones de violencia o conductas antisociales.
- Salud y bienestar físico de los padres.
- Salud mental, nivel intelectual y funcionamiento psicológico.
- Toxicomanías.
- Disponibilidad/accesibilidad de los servicios de apoyo.
- Creencias y expectativas parentales hacia el niño.
- Creencias y prácticas de disciplina.
- Relación de pareja.
- Relaciones sociales.
- Presencia de un compañero padre/madre sustituto.
- Existencia de factores de control/protectores.
- Relación padres/hijos.
- Relaciones entre hermanos.
- Relaciones con la familia extensa.
- Sucesos estresantes en la familia.
- Historia de contactos de la familia con los SS. Sociales.
- Reconocimiento de las situaciones de desprotección infantil.
- Motivación para el cambio.
- Situación económica de la familia.

c) Necesidades específicas del niño:

- Retraso escolar.
- Discapacidades.
- Toxicomanías.
- Psicosis.
- Delincuencia.
- Problemas de conducta social.
- Prostitución.
- Fugas del hogar.
- Trastorno emocional.
- Dificultad en el control de esfínteres.

d) Necesidades específicas de la familia:

- Dificultades en la gestión económica del hogar.
- Dificultades en la organización de la vida cotidiana del hogar.
- Incompatibilidad de horarios laborales con el cuidado de los menores.
- Desempleo.
- Temporalidad en el empleo.
- Mendicidad.
- Prostitución.
- Conducta antisocial.
- Prisión.
- Fallecido.
- Deficiencia mental.
- Oposición intensa de los adultos a la intervención de los agentes protectores.

En resumen, en la evaluación de los resultados se trata de registrar la información referida a los cambios producidos en las variables relevantes presentes en cada caso, que hayan sido consideradas objetivo de tratamiento.

2.3.- EVALUACIÓN ESTANDARIZADA:

La evaluación de los resultados del tratamiento se puede realizar también a través de instrumentos estandarizados. Se utilizan estos instrumentos para alcanzar cuatro objetivos principales:

- a) Completar la información recogida de las familias.

- b) Contrastar ambos tipos de información.
- c) Conseguir datos comparables entre familias.
- d) Obtener datos de las familias procedentes de fuentes de información diversas.

B.- INDICADORES BÁSICOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Se recogen en la memoria técnica anual del programa de tratamiento a familias con menores **Anexo 2 W** que se cumplimenta al finalizar el periodo de ejecución de cada convenio y se remiten a la Dirección General de Infancia y Familias.

1. COBERTURA GENERAL DEL PROGRAMA:

Se trata de conocer el impacto el programa en el conjunto de las necesidades de la Protección a la infancia. Se recoge información sobre:

- Datos generales del programa.
- Objetivos conseguidos.
- Número total de familias y niños atendidos, altas y bajas.
- Motivo de las bajas.
- Casos pendiente de atender.
- Duración media del tratamiento.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS ATENDIDOS:

Con esta información se intenta conseguir tres objetivos principales:

1. Poder realizar una descripción pormenorizada de la problemática abordada por el PTF.
2. Conocer hasta qué punto se están tratando los casos para los

que el PTF fue creado.

3. Conocer la severidad y la dificultad de los casos tratados.

Se recogerá información sobre:

- Tipologías de maltrato.
- Características de los menores.
- Características sociodemográficas de las familias objeto de intervención.
- Resultados obtenidos en cuanto a objetivos.
- Cumplimiento de los criterios de inclusión en el programa.
- Los tipos de las situaciones o comportamientos parentales (Actitud de los padres hacia el tratamiento, colaboración, expectativas, etc.)
- Factores asociados a la situación o comportamiento parental que deriva en situación de riesgo/desamparo.
- Situación de los niños, tras el tratamiento: reunificación, acogimiento familiar, acogimiento residencial...
- Antigüedad del caso en Servicios Sociales/ Servicio de Protección.

3. EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS:

Para conocer los recursos que se han asignado y la utilización que se ha hecho de ellos se recogerá información de todos los casos cerrados en cuanto a:

- Tiempo de tratamiento por parte del ETF.
- Técnicas empleadas.
- Actividades realizadas por el ETF.
- Recursos asignados por el Servicio de Protección: Acogimiento familiar, residencial.
- Recursos utilizados por el ETF: Recursos complementarios utilizados en el tratamiento (Centros Provinciales de Drogodependencias, Ayudas Económicas Familiares, Salud Mental,...)
- Otros recursos.

4. EVALUACIÓN DEL PROCESO:

Para conocer la trayectoria y evolución del programa en el seno de cada Corporación local y detectar las dificultades y desajustes que se puedan producir con objeto de establecer las necesarias correcciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHA (1991). Helping in child protective services. Englewood, Co: The American Humane Association

ACOSTA, M./ CAMPOS, M. (1999): "Una experiencia municipal de intervención con familias" *Intervención psico-social*, vol. 8, nº 3, 385-393.

ADIMA (1993): *Guía de atención al maltrato infantil*. Sevilla.

ALONSO, J.M. y otros (1996) *El Llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya

ALONSO, J.M. / VAL, A. (2000): "Trabajo en equipo y en red de equipos en la intervención en malos tratos infantiles". Tema del curso on line: "Intervención en situaciones de abuso sexual y otros malos tratos infantiles". Universitat de Barcelona Virtual.

ALONSO, J.M. (2000): "Notas sobre la finalización de las intervenciones con familias" *REVISTA DE TREBALL SOCIAL*, nº 156, pags. 61-71.

ALONSO, J.M. (2001): "Con los bolsillos llenos de técnicas. La intervención con familias desde servicios socioeducativos" *REVISTA DE TREBALL SOCIAL*, nº 161.

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA (2000): *Atención a familias desfavorecidas en situación de riesgo social*

ARRUABARRENA, M.I., TORRES, B. y DE PAUL, J. (1994): "Evaluación de los casos de maltrato infantil. Entrevista semiestructurada para padres. Cuaderno 1, 2 y 3. SASI (Programa mejora del sistema social de atención social a la infancia). Ministerio de Asuntos Sociales

CASAS, F. (1996). *Funciones Sociales de la Evaluación*. *Intervención Psicosocial*, Vol. V, nº 14.

COSTA, M. / LÓPEZ, E. (1991).: Manual para el educador social. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 2 volúmenes.

CRITTENDEN, P. (1988): "Patrones familiares y diádicos de funcionamiento en familias abusivas" en Early Prediction and Prevention of Child abuse John Wiley & Sons Ltd. London.

CRITTENDEN, P (1992): "The social ecology of treatment: case study of a service system for maltreated children" American Journal of Orthopsychiatry, 62, 22-34.

CUSO, M. / ALONSO, J.M. (1997): "Los Equipos de Atención a la Infancia y a la adolescencia: 10 años" REVISTA DE TREBALL SOCIAL, nº 144, pàgs. 34-58

DAVIS, M. y otros (1985): Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona. Ed Martínez Roca.

DE PAUL, J. / ARRUABARRENA, I. (1998) Adaptación española de las Escalas de Bienestar Infantil de MAGURA y MOSES

DE BONO, E. (1988): Seis sombreros para pensar. Barcelona. Ed. Granica.

DE BONO, E. (1992): Seis pares de zapatos para la acción. . Barcelona. Ed Paidós

DIPUTACION DE SEVILLA. Area de Asuntos Sociales (1997): Proyecto de Atención Familiar. Documento Base.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud. Madrid: Síntesis Psicológica.

FISHER, R. y otros (1996): Obtenga el Sí. El arte de negociar sin ceder. Barcelona. Ediciones Gestión 2000.

GOBIERNO DE ARAGÓN (1999): Dirección General de Bienestar Social: Programa de intervención familiar

GRACIA, E / HERRERO, J./ MUSITU, G. (1995): El apoyo social. Barcelona. Ediciones PPU

GRACIA, E. (1998): El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona. Editorial Paidós.

JUNTA DE ANDALUCIA (2000): Manual de intervención de los Servicios de Atención al Niño. Consejería de Asuntos Sociales

JUNTA DE ANDALUCIA (2001): Municipios Andaluces. Datos básicos 2001. Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda

JUNTA DE CASTILLA Y LEON (1999): Manual de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

LEAL,J./ ROIG,M. (1990): "Interdisciplinariedad: ¿Paradigma o ficción? Butlletí Informatiu del CIFA, nº 5 pags. 8-14. Diputació de Barcelona.

LOPEZ, F. et. Alt. (1.995) Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores. Vol. 2. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

MASSON, O. (1987): "Contextos Maltratantes en la Infancia y coordinación Institucional". Revista Asociación Española Neuropsiquiatría Vol. VII nº 23, pags. 531-556.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1997): La buena práctica en la protección social a la infancia. Principios y criterios. Madrid

MONTSERRAT, C. / VAL, A. (2000): "Factores de pronóstico y toma de decisiones". Tema del curso on line: "Intervención en situaciones de abuso sexual y otros malos tratos infantiles". Universitat de Barcelona Virtual.

NAVARRO GONGORA, J. (1993): Técnicas y programas en terapia familiar. Barcelona. Paidós.

SAVE THE CHILDREN (2001): Manual de formación de profesionales en abuso sexual infantil. www.savethechildren.es Se puede descargar en formato word,

SLAIKEU, K.A. (1988): Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México. Ed. El Manual Moderno.

URY,W. (1997): Supere el NO. Cómo negociar con personas que adoptan posturas inflexibles. Barcelona. Ediciones Gestión 2000.

SIGLAS UTILIZADAS EN EL MANUAL

PTF. Programa de Tratamiento a familias con menores.

ETF. Equipo de Tratamiento Familiar.

CM/CL. Coordinador Municipal. Coordinador del Programa en la Corporación Local (Diputaciones)

SS.MM: Servicios Sociales Municipales

SSCC. Servicios Sociales Comunitarios.

EF. Equipos de Familia.

CT. Comisión Técnica.

CS. Comisión de Seguimiento.

DGIF. Dirección General de Infancia y Familias.

DPIBS. Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social.

S.P.M: Servicio de Protección de Menores

S.P.A.F.: Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia

P.P.I.: Plan Personalizado de Integración familiar y social.

ANEXOS

1. RESUMEN DE LA DOCUMENTACION NECESARIA

2. ANEXOS

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- A.** Necesidades infantiles
- B.** Factores de protección y de riesgo (de los padres, menores y entorno)
- C.** Factores de riesgo de los padres más frecuentes en cada uno de los tipos de maltrato infantil
- D.** Escalas de bienestar infantil
- E.** Inventario de problemas de conducta del niño
- F.** Criterios de Evaluación, gravedad y riesgo en situaciones de maltrato/abandono infantil.
- G.** Definiciones, indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltratos infantiles
- H.** Factores asociados al pronóstico
- I.** Esquema de las areas familiares a explorar

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN AL ETF

- J.** Protocolo de derivación de los SSCC al ETF
- K.** Protocolo de derivación del SPM al ETF
- L.** Acta del coordinador aceptando que el ETF puede trabajar con la familia

DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF

- M.** Proyecto de tratamiento familiar
- N.** Acta de acuerdo entre los servicios implicados en el PTF
- O.** Contrato del ETF con la familia
- P.** Informe de seguimiento al derivante

Q. Protocolos de derivación del ETF al SPM

- Informe global interdisciplinar,
- Informe educativo,
- Informe social,
- Informe psicológico

 **DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF**

R. Registro de actuaciones en el caso

S. Ficha de seguimiento de la coordinación

T. Solicitud a los SSCC sobre la utilización de recursos comunitarios

U. Seguimiento educativo del menor

V. Protocolo de registro de visita domiciliaria

 **DOCUMENTACIÓN DE EVALUACIÓN DEL PTF**

W. MEMORIA TÉCNICA ANUAL

1.- RESUMEN DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA LOS ETF

Los documentos técnicos necesarios para la adecuada coordinación interinstitucional de los servicios implicados, servirán para:

- Agilizar y facilitar la derivación de casos,
- Posibilitar la adecuada transmisión de información pertinente.

Se propone tender a utilizar los mismos modelos de recogida de documentación por todos los ETF y los servicios que les pueden derivar familias (SSCC, SPM), aunque evidentemente, cada equipo pueda añadir los aspectos que le parezca puedan facilitar mejor su trabajo.

Se deberá tender a que los documentos que se realicen en los distintos niveles tengan **campos comunes** a partir de los cuales puedan extrapolarse conclusiones cualitativas y cuantitativas, para la evaluación del programa y la elaboración de las memorias.

A- DOCUMENTOS TECNICOS QUE NECESITA EL ETF



Protocolo de derivación de los SSCC al ETF

Al menos se incluirá la siguiente información:

- Datos generales (identificación, UTS de procedencia de la familia, composición familiar, etc.)
- Actuaciones realizadas con la familia y otros datos que se suelen reflejar en un informe psicosocial). Intervenciones realizadas.
- Indicadores de riesgo detectados
- Disposición de la familia a que se trabaje con ella
- Pronóstico



Protocolo de derivación del SPM al ETF

Los SPM enviarán al coordinador del programa aquella documentación que obre en su poder, que será más o menos amplia según lo recepcionado, y como mínimo, aparecerán los datos identificativos del menor y de la familia, siendo el coordinador municipal/local quien derivará este caso a los SS.CC. o al ETF, según proceda. En los casos de reunificación familiar, conforme a lo establecido en el procedimiento de coordinación, se remitirá al Cordinador Municipal/Local el informe de la

situación del caso, junto con un resumen del PPI y la copia del consentimiento de la familia.

 **Acta del coordinador municipal/local**

En la cual se establece la inclusión o no de la familia en el programa. Si no se incluye en el programa se ha de motivar esta decisión.

 **Escalas de Bienestar Infantil (CWBS, Magura y Moses, 1986)**
Adaptación al castellano de J. De Paúl y MI Arruabarrena (1998)

 **Inventario de problemas de conducta del niño (CBCL-TRF-, Achenbach, 1986, 1991)**

B.- DOCUMENTOS TECNICOS QUE HA DE EMITIR EL ETF

 **Informe de seguimiento al derivante**

Se trata de informes para enviar a los SSCC o al SPM sobre la evolución de la familia derivada.

 **Protocolo de derivación del ETF al Servicio de Protección de Menores.**

Con independencia de que como metodología de trabajo, el equipo elabore un **informe interdisciplinar**, al SPM deberá enviar informes independientes de las tres áreas:

- **psicológica,**
- **educativa y**
- **social**

 **Proyecto de tratamiento familiar**

Los proyectos de intervención familiar deberán reflejarse en un documento donde se indiquen los aspectos que se consideren más relevantes y que reflejen el proceso de tratamiento de cada caso. Contiene: motivo de la intervención, conclusiones de la valoración, diagnóstico, plan de mejora: objetivos, contenidos, priorización, temporalización, recursos, tareas de cada servicio, compromisos, firmas, etc.

Incluye como documentos independientes:

 **Acta de acuerdo entre los servicios implicados en el PTF**

Es el instrumento de acuerdo y coordinación de caso firmado por los servicios implicados.

 **Contrato del ETF con la familia**

A partir de su firma el ETF lidera la intervención con la familia hasta que el caso retorne a los SSCC, sin que ello suponga que los SSCC dejen de intervenir, al contrario.

 **Comparecencia de la familia de renuncia al PTF**

 **Memoria anual**

Según el modelo elaborado por la DGIF.

C.- DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF

 **Evaluación familiar**

- *Cobertura de las necesidades infantiles , factores de riesgo y de protección (de los padres, menores y entorno).*
- *Indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltratos infantiles.*
- *Gravedad y riesgo de las situaciones de maltrato y abandono infantil.*
- *Entrevista semi-estructurada.*
- *Escala de recuperabilidad familiar.*

 **Registro de actuaciones en el caso**

De forma cronológica se enumerarán todas las gestiones, entrevistas y otras actuaciones realizadas.

 **Ficha de seguimiento de la coordinación.**

 **Cartas de citación y comunicaciones a las familias.**

 **Solicitud a los SSCC sobre la utilización de recursos comunitarios.**

 **Seguimiento educativo del menor.**

 **Protocolo de registro de visitas domiciliarias .**

 **Actas de reuniones de equipo.**

 **Ficha informatizada de evaluación del tratamiento familiar.**

 **Expediente y ficha en que figura al numero asignado por el equipo y**

el numero procedente de la UTS.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ANEXO 2.A

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN NECESIDADES INFANTILES

FÍSICO – BIOLÓGICAS

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada alimentación de la madre. - Suficiente, variada, secuenciada en el tiempo. Adaptada a la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestión de sustancias que perjudiquen al feto. - Desnutrición. - Déficit específicos. - No adecuado para la edad. - Obesidad.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones del hogar, ropa y colegio adecuados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frío y/o humedad. - Falta de ropa y/o calzado.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Del cuerpo, del hogar, de la ropa y del entorno. - En la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suciedad. - Contaminación del entorno. - Gérmenes infecciosos. - Parásitos y roedores.
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente espacial protegido y silencioso. - Suficiente según la edad. - Durante la noche. - Con siestas, si es pequeño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad. - Contaminación acústica. - Interrupciones frecuentes. - Tiempo insuficiente. - Sin lugar ni tiempo de descanso diurno.
Actividad física: ejercicio y juego	<ul style="list-style-type: none"> - Libertad de movimiento. Paseos, excursiones, etc. - Espacio con objetos, juegos y otros niños. - Contacto con elementos naturales: agua, animales, plantas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad corporal. - Falta de objetos y juegos. - Inactividad. - Sedentarismo.
Protección de riesgos reales. Integridad física	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento y control sobre las relaciones de los niños. - Procurar que el hogar sea un espacio seguro. Controlar detergentes, ventanas, enchufes, etc. - Procurar la seguridad del niño en el colegio. - Trabajar para que la ciudad sea un espacio seguro para los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes domésticos. - Castigos desproporcionados. - Accidentes en la escuela. - Accidentes de circulación. - Agresiones.

Salud	<ul style="list-style-type: none"> – Revisiones adecuadas para la edad y estado de salud. – Vacunaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de control. – Provocar síntomas. – No seguir el programa de vacunas.
Los tipos de malos tratos relacionados con la deficiente cobertura de estas necesidades son: <ul style="list-style-type: none"> • maltrato físico y • abandono físico o negligencia. 		

NECESIDADES COGNITIVAS

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> – Estimular los sentidos. – Un entorno que estimule los sentidos. – Interacción lúdica en la familia. – Estimulación planificada en el colegio. – Estimulación lingüística tanto en el entorno familiar como en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> – Privación sensorial. – Pobreza sensorial. – Monotonía de estímulos. – Currículum no secuencial. – Falta de estimulación lingüística.
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física y social 	<ul style="list-style-type: none"> – Contacto con un entorno físico y social rico en objetos: juguetes, elementos naturales, personas, etc. – Proporcionar a los niños bases de seguridad. – Compartir la exploración con ellos (adultos e iguales). 	<ul style="list-style-type: none"> – Entorno pobre. – No sentirse seguro durante las exploraciones. – No compartir las exploraciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la realidad física y social 	<ul style="list-style-type: none"> – Escuchar y responder de forma contingente. 	<ul style="list-style-type: none"> – No escuchar. – No responder. – Responder en un momento inadecuado.
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de un sistema de valores y normas 	<ul style="list-style-type: none"> – Decir la verdad. – Hacerlos participar en el conocimiento de la vida, el placer, el dolor, la muerte. – Transmitir los valores y las normas. – Tolerancia con las discrepancias y las diferencias: sexo, razas, discapacidades, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mentir. – Ocultar la verdad. – Visión pesimista. – Anomia o valores antisociales. – Dogmatismo. – Racismo.
La no-atención a estas necesidades se relaciona especialmente con: Abandono físico o negligencia Retraso del desarrollo no orgánico (es decir, que es evitable)		

EMOCIONALES Y SOCIALES

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
1. Sociales:		
Seguridad emocional, identidad emocional y autoestima	<ul style="list-style-type: none"> – Apego incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a las demandas. – Contacto íntimo: visual, lingüístico, etc. – Capacidad de control. – Capacidad de protección. – Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, exigencias conforme a la edad, posibilidad de revisión si el niño protesta la decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> – Rechazo. – Ausencia. – No accesibles. – No interpretar. – No responder. – No responder contingentemente. – Incoherencia en la respuesta. – Autoritarismo. – Amenazas de retirada de amor.
Red de relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar el contacto y las interacciones con iguales, tanto en la familia como en la escuela. – Continuidad en las relaciones. – Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos. – Incorporación a grupos o asociaciones infantiles. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aislamiento social. – Imposibilidad de contacto con amigos. – Prohibición de amistades. – Aburrimiento. – Compañeros peligrosos.
Participación y autonomía progresivas, a la vez que necesidad de establecer unos límites al comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> – Participación en decisiones y gestión de todo aquello que le afecta y puede hacer por sí mismo y los demás de la familia, el colegio y la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – No ser escuchado. – No ser tenido en cuenta. – Dependencia.
2. Sexuales:		
Curiosidad, imitación y contacto.	<ul style="list-style-type: none"> – Responder a las preguntas. – Permitir juegos y autoestimulación sexual. – Proteger de los abusos. 	<ul style="list-style-type: none"> – No escuchar. – No responder. – Engañar. – Castigar manifestaciones sexuales. – Abuso sexual.
3. Con el entorno físico y social:		

Protección de riesgos imaginarios	<ul style="list-style-type: none"> – Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, miedo a la enfermedad, a la muerte, etc. – Posibilidad de expresar el miedo. – Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal, física, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> – No escuchar. – No responder. – No tranquilizar. – Inhibición emocional. – Violencia verbal. – Violencia física en el entorno. – Amenazas.
Interacción lúdica	<ul style="list-style-type: none"> – Con la madre, el padre y otros familiares. – Juegos con iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> – No-disponibilidad de tiempo por parte de los padres. – No-accesibilidad. – Tono vital de los padres: tristeza. – Ausencia de iguales en el entorno. – Falta de juegos o juegos inadecuados (bélicos, sexistas, sofisticados, etc.).
<p>La no-atención a estas necesidades se relaciona especialmente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Maltrato emocional Abandono emocional Abandono Abuso sexual Explotación laboral Corrupción Incapacidad 		

FUENTE: LÓPEZ, F. y otros (1995) ***Necesidades de la infancia y protección infantil: Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos nº 1.*** Col. SASI. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

ANEXO 2.B

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FACTORES DE PROTECCION Y DE RIESGO (DE LOS PADRES, MENORES Y ENTORNO)

Los siguientes listados de factores pueden ser utilizados tanto para incluir en los diferentes informes a realizar como para rellenar la ficha informatizada de evaluación del tratamiento familiar, es por ello que se habrían de numerar en la edición definitiva del manual.

A- FACTORES DE PROTECCIÓN

ASOCIADOS A LOS PADRES

- Padre o madre que saben pedir ayuda cuando les superan las dificultades
- Padre o madre que saben proteger al hijo
- Padre o madre que aceptan al hijo y le proveen de nutrición emocional
- Padre o madre con un adecuado nivel de capacidades parentales: físicas, intelectuales y emocionales, habilidades parentales y expectativas hacia el menor
- Padre o madre conscientes de sus dificultades personales y sociales
- Padre o madre con un vínculo afectivo sano e intenso
- Padre o madre que proporcionan ratos de estar incondicional
- Padre o madre que ponen límites de forma no violenta
- Padre o madre que propician el cambio y el crecimiento
- Padre o madre que educan en la responsabilidad y en la expresión adecuada de las emociones

ASOCIADOS AL NUCLEO FAMILIAR

- Núcleo con apoyo familiar adecuado
- Núcleo con apoyo de la red social informal
- Núcleo con un seguimiento institucional intensivo, con colaboración por parte de sus miembros.
- Núcleo con situación socio-económica estable
- Normas culturales contrarias al uso de la violencia

ASOCIADOS A LOS NIÑOS

- Niños con recursos personales y con cierto grado de autonomía (se puede proteger)
- Niños con apoyo por parte de la escuela o de otros recursos sociales

- Niño que puede pedir ayuda
- Niño con vinculación con la red social (formal o informal) y uso de recursos.
- Niño con vinculación afectiva adecuada con su medio familiar
- Habilidades para comunicarse (flexibilidad, empatía, etc.),
- Actitudes y conductas pro-sociales, sentimiento de identidad, responsabilidad y autonomía personal
- Capacidades para: centrar sus objetivos vitales fuera de la familia, buscar la satisfacción de las propias necesidades, sin caer en la trampa de satisfacer las de sus progenitores.
- sentido de la independencia y de la propia identidad
- Coeficiente intelectual alto
- Experiencias escolares positivas
- Relación afectiva positiva con uno de los progenitores
- Explícita sus cualidades, límites y habilidades
- Confía en sus capacidades
- Inventa juegos, bromas, palabras y cantos
- Sugiere soluciones a los problemas

B- FACTORES DE RIESGO

ASOCIADOS A LOS PADRES

Historia familiar

- Haber sufrido malos tratos, abusos, falta de afecto o desestructuración familiar en su infancia.
- Crecimiento en un medio con patologías o dificultades importantes (medios delincuenciales, con drogadicciones, etc.)
- Estancia en instituciones (centros, prisiones, internados, etc.)
- Ausencia de algún progenitor
- Separaciones traumáticas
- Establecimiento de vínculos inadecuados.
- Adopción o acogida con vivencias negativas.
- Roles parentales o familiares difusos o intercambiados
- Ausencias y confusiones respecto a su historia familiar

Aspectos propios

- Abuso de alcohol u otras drogas
- Control deficiente de impulsos, dificultades de auto-control
- Antecedentes policiales y estancia en prisión
- Prostitución
- Conducta violenta, antisocial o delictiva
- Dificultades de adaptación

- Aislamiento social/ familiar
- Trastornos de la personalidad
- Inestabilidad emocional
- Baja tolerancia a la frustración
- Patología mental (psicosis, depresiones endógenas, etc.)
- Limitaciones físicas, intelectuales o emocionales.
- Enfermedades físicas crónicas o terminales
- Pautas educativas inadecuadas o incoherentes
- Desconocimiento de las funciones inherentes al rol parental
- Deficiencias importantes en el ejercicio del rol parental
- Delegación del rol parental
- Vinculación afectiva inapropiada padres-niño.
- Actitudes inapropiadas hacia el hijo (rechazo, ignorancia, desprecio, etc.)
- Incapacidad de empatía
- Desconocimiento del proceso evolutivo del hijo y de sus necesidades
- Incapacidad de proteger al hijo de agentes externos negativos
- Familiares con medidas de protección (hermanos, hijos, etc.)
- Diferencia generacional importante entre padres e hijos
- Escasa conciencia del problema
- Falta de aceptación del tratamiento y/o intervención profesional
- Falta de implicación del tratamiento y/o intervención profesional
- Los padres no ejercen sus funciones y no atienden a las necesidades de sus hijos debido a su propia debilidad e inseguridad y que les sitúa en un rol más de receptor de afecto y apoyo en detrimento del rol de nutriente.
- Los padres se erigen como sobreprotectores,
- Los padres tienen una baja autoestima que intenta compensar con un estilo tiránico de tratar a los demás miembros de la familia y la utilización de una disciplina excesivamente dura o inadecuada.
- Existencia de problemáticas múltiples (salud, conducta delictiva, aislamiento social, violencia intra-familiar, familia desestructurada)
- Antecedentes de abusos o desatención con otros miembros de la unidad familiar.
- Incapacidad o deterioro del entorno convivencial (habitabilidad y organización de la vivienda)
- cronicidad de la problemática familiar

ASOCIADOS AL NUCLEO FAMILIAR

Situación socio-económica

- Situación de paro cronicada, sin voluntad de cambio y con falta de recursos personales para buscar trabajo o trabajar
- Inestabilidad laboral
- Pobreza, marginalidad y mendicidad

- Falta de vivienda
- Hacinamiento
- Vivienda con déficits, insuficiente o sin condiciones adecuadas
- Cambios frecuentes de domicilio
- Ausencias prolongadas de los progenitores del hogar (exceso de vida social, de trabajo, etc.)
- Falta de red de apoyo social (formal e informal)

Estructura y dinámica familiar

- Niños no deseados por alguno de los dos progenitores
- Paternidad o maternidad adolescente
- Familia numerosa
- Inestabilidad de la pareja, relación conflictiva
- Familias monoparentales
- Padres separados y/o divorciados
- Presencia de un/a compañero/a o padre/madre sustituto/a
- Métodos de disciplina punitivos y no afectivos
- Falta de normas y pautas educativas
- Escasa interacción entre padres e hijos
- Falta de comunicación e integración familiar
- Dinámica caótica o patológica
- Otros familiares con problemáticas sociales
- Conflictos importantes con la familia de origen

ASOCIADOS A LOS NIÑOS

- Edad temprana
- Enfermedad física crónica
- Niños que presentan algún déficit físico, psíquico o sensorial.
- Niños prematuros
- Bajo peso al nacer
- Niños hiperactivos, oposicionistas, con problemas con el sueño y la comida, y/o de llanto continuo.
- Niños adoptados
- Dificultades idiomáticas o de integración
- Niños con red social poco desarrollada
- Niños nacidos de una unión anterior, rechazados por la nueva pareja
- Edad más baja en la que se inicia la situación de desprotección o el maltrato
- Acceso del perpetrador al menor
- Menor grado de autonomía (capacidad para cuidarse y protegerse a si mismo)
- Baja integración en las relaciones socio-familiares
- Presencia y localización de la lesión
- Cronicidad y nivel de reincidencia.

- Experiencias vividas por el menor
- Visibilidad por parte de la comunidad
- Primera infancia en prisión
- Dificultades de desarrollo madurativo
- Historia previa de internamientos u otras medidas de protección
- Historia previa de informes de maltrato/abandono

ASOCIADOS AL ENTORNO

- Falta de recursos y servicios de tiempo libre para los niños y adolescentes
- Entorno social que ofrece imágenes identificativas no deseables
- Entorno social predispuesto a rechazar a la familia por sus características (prejuicios étnicos, intolerancia, actitudes agresivas o represivas, etc.)
- Desajustes entre la cultura de origen y la nueva cultura
- Dificultades idiomáticas
 - Falta de recursos escolares, formativos, laborales, de tiempo libre....
 - Alto índice de violencia, delincuencia o de victimización; o bien entornos sociales que rechazan al niño por sus características culturales o étnicas.
 - Otras circunstancias del medio que pueden incidir en el desarrollo personal y social del menor: viviendas con déficits en sus condiciones de habitabilidad, hacinamiento y/o déficit espacial.
 - Consideración social del maltrato (pautas culturales que rigen en una comunidad)
- Capacidad de los servicios para integrarse y crear equipos interinstitucionales.

C- INDICADORES DE RIESGO

A pesar de la existencia de factores de riesgo pueden no manifestarse indicadores de riesgo en el menor, que son los que se señalan a continuación:

- Absentismo escolar reiterado
- Mendicidad
- Conductas antisociales.
- Negligencia leve (cuando no afecta a la integridad física o psíquica del menor)
- Consumo de tóxicos
- Problemáticas predelinquenciales y conductas desadaptadas en general
- Problemas relacionados con la escolaridad (dificultades de aprendizaje, retraso escolar, etc.)
- Embarazo
- Huidas del hogar

- Conductas auto-lesivas o intentos de suicidio
- Manifestaciones comportamentales sexuales inadecuadas a su edad.
- Dificultades de adaptación social (aislamiento, miedos, etc.)
- Agresividad
- Trastornos emocionales.
- Asunción de roles parentales inadecuados
- Hábitos de alimentación y sueño inadecuados
- Seguimiento médico excesivo, ausente o con deficiencias
- Vestido inadecuado y/o falta de higiene
- Desarrollo pondo-estatural inferior a su edad cronológica
- No progreso en los estadios evolutivos psicomotrices y de lenguaje
- Falta de atención y concentración

D- INDICADORES DE ALTO RIESGO

- Maltrato prenatal
- Abandono o renuncia al menor
- Maltrato físico
- Maltrato emocional
- Abuso sexual
- Prostitución infantil
- Explotación sexual
- Explotación laboral
- Corrupción (inducción a la delincuencia o al tráfico de drogas)
- Sometimiento al consumo de drogas
- Negligencia grave

ANEXO 2.C

INTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FACTORES DE RIESGO DE LOS PADRES MAS FRECUENTES EN CADA UNO DE LOS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

(Martínez Roig/ De Paul, 1993)

Maltrato físico

- Haber sufrido malos tratos físicos cuando eran niños (la tasa de transmisión intergeneracional se sitúa en torno al 30%). Si la persona dispone de figuras adecuadas de apego en la infancia o vida adulta este factor se reduce.
- Red de apoyo deficitaria, especialmente de amigos y familiares cercanos.
- Familias monoparentales, mas frecuentemente formadas por madres solas.
- Familias en las que la madre tiene de compañero a un hombre que no es el padre de sus hijos.
- Toxicomanía y alcoholismo
- Baja autoestima, sobre todo en lo relativo a sus capacidades de resolver los conflictos que plantean los niños.
- Hiperreactividad emocional ante situaciones estresantes.
- Distorsión cognitiva de las situaciones estresantes, sobrevalorando su significado.
- Poca capacidad de autocontrol.

Negligencia/ Abandono

- Poca interacción social, con respuestas pobres ante la interacción de los demás y pocas conductas prosociales.
- Ignoran las demandas del niño, no satisfacen sus necesidades básicas o lo hacen inadecuadamente.
- Apatía, reaccionan muy poco ante situaciones estresantes.
- Inmaduros o con retraso mental que no se dan cuenta de las necesidades.
- Problemas psiquiátricos, especialmente psicóticos.
- Madres que viven muy solas y aisladas que no saben/pueden servirse del apoyo social de las demás personas o instituciones.
- Perciben, interpretan y responden peor a las demandas del niño.

Abuso sexual

- Poca capacidad de autocontrol, desinhibición comportamental general o en situaciones concretas, como la embriaguez.
- Aislamiento social y pocas habilidades sociales.
- Confusión familiar de roles.

- Conflictos familiares e insatisfacción relacional y sexual entre los padres.
- Familias en las que la madre tiene de compañero a un hombre que no es el padre de sus hijos.
- Situaciones frecuentes de hacinamiento, violencia física, ausencia frecuente de la madre que no puede ejercer así el papel de protección, etc.
- Conductas de pederastia.

ANEXO 2.D

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ESCALAS DE BIENESTAR INFANTIL

(CWBS, Magura y Moses, 1986)

Parten del concepto de bienestar infantil y de la idea de que para conocer la eficacia de un programa de intervención se han de conocer los cambios producidos en la conducta, motivos, conocimiento, recursos de padres e hijos, sus problemas y su funcionamiento familiar. Especifica lo que habrían de ser las “consecuencias deseables” de los programas de tratamiento familiar, el grado en que están cubiertas las necesidades básicas de los niños, e identifica aquellas sobre las que incidir durante el tratamiento.

Se trata de 43 escalas de observación que deben ser completadas por un profesional que pueda observar directamente a la familia y su entorno. Algunas escalas son específicas para niños pequeños y otras para adolescentes. El niño ha de estar conviviendo con su familia de origen o pasar un tiempo suficiente en el domicilio familiar. La necesidad de recurrir a inferencias o predicciones es mínima. La cantidad de tiempo que se necesita por término medio para al cumplimentación de las escalas, una vez que el profesional esta familiarizado con su contenido, es de 25 minutos. Se ha diseñado una hoja de evaluación para facilitar la tarea de puntuar todas las escalas.

El instrumento se compone de:

- 38 escalas evalúan conceptos relacionados con una o más necesidades físicas, psicológicas o emocionales que tienen todos los niños, y que deben de estar satisfechas para garantizar un desarrollo sano. Cada escala se divide entre tres y seis niveles que van desde “adecuado” a “total inadecuación”.
- 5 escalas evalúan condiciones que se consideran necesarias para posibilitar el éxito en el tratamiento: reconocimiento por parte de los padres de la situación de desprotección del niño, los problemas que lo han provocado y su responsabilidad en ello, su motivación para resolver estos problemas, su colaboración en la intervención, la disposición de una red de apoyo para la familia y la disponibilidad de servicios/recursos para poder responder las necesidades de la familia.

A continuación se enumeran los títulos de las 43 escalas:

- Cuidado de la salud física
- Nutrición/dieta.
- Vestido
- Higiene personal
- Mobiliario de la casa

- Hacinamiento
- Higiene de la casa
- Seguridad de la vivienda
- Disponibilidad de servicios
- Seguridad física en el hogar
- Cuidado de la salud mental
- Supervisión de los niños pequeños
- Supervisión de los adolescentes
- Acuerdos para el cuidado de los niños
- Manejo del dinero
- Capacidad parental para el cuidado de los hijos
- Relaciones parentales
- Continuidad de la labor parental
- Reconocimiento parental de los problemas
- Motivación parental para la solución de los problemas
- Cooperación parental con los servicios/planificación del caso
- Apoyo del principal cuidador
- Disponibilidad/accesibilidad de servicios
- Aceptación/afecto parental hacia los hijos
- Aprobación parental de los niños
- Expectativas parentales hacia los hijos
- Consistencia de la disciplina parental
- Enseñanza/estimulación de los padres hacia los hijos
- Castigo físico abusivo
- Deprivación deliberada de comida/agua
- Confinamiento o restricción física
- Dejar al niño fuera de casa deliberadamente
- Abuso sexual
- Amenaza de abuso
- Explotación económica
- Protección ante el abuso
- Adecuación de la educación
- Rendimiento académico
- Asistencia al colegio
- Relaciones familiares del niño
- Mala conducta de los niños
- Conducta de afrontamiento de los niños
- Condiciones que incapacitan al niño/ grado de deterioro

ANEXO 2.E

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN INVENTARIO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL NIÑO

(CBCL-TRF-, Achenbach, 1986, 1991)

Hay una versión también para padres pero se propone utilizar la versión para maestros, los cuales conocen bien al niño. Recoge en un formato estandarizado las competencias y problemas de conducta de niños entre 5 y 16 años. El objetivo del inventario es establecer una primera aproximación diagnóstica de los posibles problemas comportamentales de los niños en estas edades, proporcionándole forma rápida un “screening” de la situación del menor para poder detectar áreas problemáticas y formular objetivos de trabajo.

Consta de dos partes:

- La que evalúa el nivel de adaptación del niño al contexto escolar y su funcionamiento académico.
- La que describe diferentes problemas emocionales/comportamentales que se evalúan en relación a los dos meses inmediatamente anteriores a la cumplimentación del formulario.

Proporciona puntuaciones sobre:

- Total de problemas de conducta
- Escala internalizada, la cual hace referencia a problemas emocionales/comportamentales relacionados con la ansiedad y conductas de inhibición.
- Escala externalizada, que nos informa sobre problemas emocionales/comportamentales relacionados con conductas agresivas y antisociales.



ANEXO 2.f

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD Y RIESGO EN SITUACIONES DE
MALTRATO/ABANDONO**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD Y RIESGO
EN SITUACIONES DE MALTRATO/ABANDONO INFANTIL**

Elaborado por M.I. Arruabarrena, J. De Paúl y B. Torres (1993)

Proyecto SASI, Dirección General de Protección Jurídica del Menor, Ministerio de Asuntos Sociales



NO/BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
1. SEVERIDAD Y/O FRECUENCIA DEL MALTRATO/ABANDONO		
<ul style="list-style-type: none"> - El menor no ha sido objeto de ningún tipo de maltrato/abandono. - Se trata de un incidente aislado. - El maltrato/abandono no ha producido ningún daño/lesión física en el menor o no se observa ningún tipo de evidencia de ello, o el/la menor ha sufrido un daño/lesión mínima que no requiere atención o tratamiento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay una historia anterior de castigos/disciplina inapropiados hacia el menor o se sospecha que suele encontrarse habitualmente sin supervisión de un adulto. - El menor sufre un daño/lesión de carácter moderado o padece una lesión sin explicación que requiere algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. Presenta lesiones en diferentes fases de curación/cicatrización. <u>Q</u> se sospecha que el cuidador es incapaz de cubrir las necesidades mínimas médicas, de alimentación, protección y/o emocionales del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - El incidente/situación es el último dentro de un patrón crónico de daños infligidos al menor por los actos u omisiones de sus cuidadores. <u>Q</u> hay una historia continuada/patrón de severos castigos/disciplina hacia el/la menor o de dejar a éste/a sin supervisión durante períodos excesivos de tiempo. - El menor requiere una inmediata hospitalización y/o tratamiento médico. El maltrato hacia otro hermano/a ha provocado su muerte o una disfunción permanente. Lesiones severas en diferentes fases de curación/cicatrización. <u>Q</u> se tiene conocimiento de que el cuidador no está dispuesto o es incapaz de satisfacer las necesidades mínimas médicas, de alimentación, protección y/o emocionales del/la menor. - Se ha producido cualquier tipo de abuso sexual.
2. CERCANIA TEMPORAL DEL INCIDENTE		
<ul style="list-style-type: none"> - El menor no ha sido objeto de ningún tipo de maltrato/abandono. - El incidente o situación más reciente hacia el menor tuvo lugar hace por lo menos un año. 	<ul style="list-style-type: none"> - El incidente o situación de daño más reciente hacia el menor ocurrió hace más de seis semanas y dentro del último año. 	<ul style="list-style-type: none"> - El incidente o situación más reciente hacia el menor que se conoce tuvo lugar hace menos de seis semanas.
3. PRESENCIA Y LOCALIZACION DE LA LESION		

<ul style="list-style-type: none"> - No hay ninguna lesión/daño. - Zonas óseas: Rodilla, codo, espinilla. Nalgas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Torso, pies, muslos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cara, cabeza, nariz, lesiones internas, ano, genitales.
---	--	---

4. HISTORIA PREVIA DE INFORMES DE MALTRATO/ABANDONO

<ul style="list-style-type: none"> - No existen informes previos en los Servicios de Protección de Menores o en los Servicios Sociales Comunitarios de maltrato/abandono, o las personas cercanas a la familia no conocen o recuerdan ningún incidente de estas características en la familia. - Existe un informe previo del último año referido a esta familia en Servicios de Protección de Menores o en los Servicios Sociales Comunitarios, pero se constató que la situación notificada de maltrato/abandono no se había producido (informe "infundado"). 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de más de un informe "infundado" sobre la familia referidos al último año en los Servicios de Protección de Menores o en los S.S. Comunitarios. - Existencia de un informe "infundado" del último año en el que un hermano/a del menor murió o fue gravemente dañado/a. - Existencia de informes sin investigar por la imposibilidad de localizar a la familia. - Conocimiento de que el/la menor ha sufrido más de tres lesiones accidentales en un período de seis meses, lo que sugiere un problema de falta de supervisión. - Existencia de accidentes o lesiones inexplicables en el/la menor o ausencia de información sobre los mismos. - Informes previos confirmados de maltrato/abandono de gravedad moderada o leve en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de informes previos confirmados de maltrato/abandono severo en la familia. - Informes múltiples de maltrato/abandono que implican al menor, a la familia o al presunto abusador.
---	---	--

5. ACCESO DEL ABUSADOR AL MENOR

<ul style="list-style-type: none"> - El abusador no tiene acceso al menor. <u>Q</u> - Este/a se encuentra fuera del hogar y el abusador tiene derecho limitado a visitas, estando éstas siempre supervisadas por una persona responsable capaz de proteger al/la menor. - El menor se encuentra en el hogar familiar o con la familia extensa, y el acceso del abusador a éste/a es difícil pero posible. <u>Y</u> está bajo supervisión constante de un adulto responsable capaz de protegerle. 	<ul style="list-style-type: none"> - El menor se encuentra en el hogar familiar o de la familia extensa, y el acceso del abusador a éste/a es difícil pero posible. <u>Y</u> se encuentra bajo estrecha supervisión de otro adulto en la casa, pero la capacidad de éste para proteger al/la menor frente al abusador es cuestionable, impredecible o limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> - El menor está en el hogar familiar o con la familia extensa y el abusador tiene acceso libre y total a éste. <u>Q</u> el abusador tiene derecho de visitas sin restricciones y/o las realiza sin supervisión. - El menor está en el hogar bajo supervisión de otros adultos (familiares) pero se duda si éstos serán capaces de negar el acceso del abusador al/la menor (especialmente cuando la familia niega el incidente o situación que motivó la intervención de los Servicios de Protección de Menores).
---	--	--

6. EDAD DEL MENOR Y VISIBILIDAD POR PARTE DE LA COMUNIDAD

<ul style="list-style-type: none"> - El menor puede ser visto por personas ajenas a su familia (maestros, vecinos, etc.) de acuerdo a lo que sería de esperar teniendo en cuenta su edad. Tiene permiso para participar en actividades propias de su edad fuera de casa. - El/la menor tiene 12 o más años, <u>Y</u> normalmente está visible por los maestros y otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - El menor tiene entre 5 y 12 años de edad, <u>Y</u> - Las únicas personas que pueden verle fuera de la casa son el personal escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - El menor tiene menos de cinco años (los niños/as menores de doce meses han de ser considerados niños/as con una vulnerabilidad o riesgo especialmente alto), <u>Y</u> - No acude a la escuela, guardería u otros lugares donde pueda ser observado por personas ajenas a su núcleo familiar.
---	--	---

7. CAPACIDAD DEL MENOR PARA PROTEGERSE O CUIDARSE A SI MISMO

PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

- El menor tiene entre 12 y 17 años. Y es capaz de cuidarse y protegerse a sí mismo con poca o ninguna ayuda por parte de los adultos. No tiene hándicaps físicos o mentales.

- El menor tiene entre 5 y 11 años. Q
- Es mayor, pero requiere ayuda/supervisión periódica/frecuente por parte de adultos para cuidarse y protegerse debido a que presenta un leve hándicap físico/mental o un retraso en el desarrollo.

- El menor tiene menos de cinco años. Q
- Es mayor, pero es incapaz de cuidarse o protegerse sin la ayuda/supervisión constante de adultos. Tiene un hándicap físico/mental severo/crónico o un retraso grave en el desarrollo.

8. CARACTERISTICAS COMPORTAMENTALES DEL MENOR

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- La conducta del menor parece apropiada para su edad. Sin historia conocida de hiperactividad. No hay abuso de drogas o alcohol. Asistencia regular al colegio. Sin historia de fugas o conducta delictiva. Si es un bebé, tiene hábitos correctos de comida y sueño.- La conducta del menor es generalmente apropiada para su edad. Episodios leves de hiperactividad. Existencia de un incidente aislado de abuso de drogas/alcohol. Problemas leves de impuntualidad/inasistencia al colegio. Amenazas verbales de fugas que no se han llevado a cabo. Existencia de un informe previo de conducta delictiva de carácter leve.- Los problemas comportamentales conocidos están siendo abordados adecuadamente por los padres/tutores y/o tratados por un profesional cualificado. | <ul style="list-style-type: none">- La conducta del menor es disruptiva e incontrolable. Muestra pautas frecuentes de hiperactividad y conducta infantil que afecta negativamente la interacción con los demás. Con frecuencia muestra un patrón de conducta rechazante en la escuela, con sus amigos o en el hogar. Uso ocasional de drogas y/o alcohol que limita su capacidad para tomar decisiones. Periódicamente se fuga o llega tarde al colegio. Se fuga frecuentemente durante períodos cortos de tiempo pero regresa voluntariamente. Existencia de informes previos o actuales de conducta delictiva. Si es un bebé, se comporta de manera exigente y nerviosa, tiene problemas con el sueño/comida que suponen un estrés adicional para el cuidador(es). | <ul style="list-style-type: none">- La conducta del menor es extremadamente violenta, disruptiva o peligrosa. Pautas severas/crónicas de hiperactividad que afectan negativamente su capacidad para funcionar en sus roles. Historia de intentos de suicidio o actualmente habla abiertamente de ello. Muestra tendencias y conductas auto-destructivas. Dependencia/uso frecuente de drogas/alcohol. No acude a la escuela (encontrándose en una edad en la que está obligado a ello). Fugas crónicas que duran largos períodos de tiempo, nunca vuelve voluntariamente. Informes previos o actuales de participación en conductas delictivas serias o peligrosas. Si es un bebé, tiene un cólico severo, períodos de lloro prolongados, hábitos de comida/sueño irregulares. |
|---|--|--|

9. SALUD MENTAL Y ESTATUS COGNITIVO DEL MENOR

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- El menor mantiene sus roles normales dentro de la familia, escuela y con sus amigos, con niveles normales de estrés con independencia de que exista retraso intelectual o síntomas de enfermedad mental.- Es saludable emocionalmente. No existe diagnóstico de trastorno emocional o no parece necesitarse. <u>Q</u> su situación ha causado cierto estrés pero se han realizado ajustes y probablemente el problema no empeorará, incluso sin tratamiento.- Presenta síntomas medios de retraso o trastorno mental que están provocando estrés en él/ella y en su familia debido a necesidades especiales.- Tiene síntomas observables de trastorno emocional, aunque no existe un diagnóstico. Hasta el momento, su situación no ha causado problemas significativos pero probablemente se producirá un deterioro si no existe tratamiento. | <ul style="list-style-type: none">- Presenta una condición emocional o una incapacidad específica para el aprendizaje que daña el desempeño de sus roles normales con la familia, amigos y escuela, pero puede continuar realizándolos con cierto esfuerzo.- Presenta síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional que afectan de manera negativa al cumplimiento de sus roles normales. El problema probablemente se deteriorará si no existe tratamiento. | <ul style="list-style-type: none">- Presenta un importante deterioro en su desarrollo debido al retraso o a una incapacidad de aprendizaje diagnosticada. Precisa una supervisión rigurosa para evitar que se dañe a sí mismo/a o a otros. El problema interfiere con sus actividades recreativas y familiares normales.- Existencia de un trastorno emocional diagnosticado. |
|---|--|--|



10. CAPACIDADES FISICAS, INTELECTUALES Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR

<ul style="list-style-type: none"> - La salud física, capacidad intelectual y salud mental del cuidador no presentan déficits que limiten su capacidad para proporcionar una atención y cuidado adecuados al menor (pueden existir déficits pero éstos no afectan a dicha capacidad). Es percibido como competente y sin ninguna pérdida de sus facultades mentales. No requiere servicios de asistencia para cuidarse a sí mismo y al/la menor. - Presenta alguna enfermedad/hándicap que puede afectar o limitar su capacidad para atender adecuadamente al menor, aunque es capaz de cuidarse a sí mismo. Tiene un leve déficit físico, mental o intelectual que produce en ocasiones una atención inconsistente hacia el/la menor. Con servicios de apoyo (guardería, ayuda en el hogar) puede ser capaz de mantener la responsabilidad del cuidado del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador padece una enfermedad/ perturbación que interfiere o limita de manera significativa su capacidad para proporcionar un cuidado adecuado al menor. Incluso con provisión de tratamiento especializado/intensivo, no se espera una mejora de su enfermedad en un futuro próximo. Con servicios intensivos de apoyo (guardería, apoyo en el hogar) puede mantener la responsabilidad del cuidado del menor. <u>O</u> - Padece limitaciones físicas o mentales menores que están empeorando y no han sido aceptados los servicios de ayuda o tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador tiene diagnosticada una enfermedad/perturbación aguda o crónica que supone un grave riesgo para el menor, debido a que tal enfermedad limita totalmente la capacidad del cuidador (incluso con ayuda complementaria) para atender al/la menor y no se espera una mejoría en un futuro próximo. - Se encuentra centrado en sus propias necesidades o problemas (físicos, mentales o emocionales) y no puede esperarse que sea capaz de cuidar de otra persona aparte de sí mismo. - Tiene una o más de las siguientes condiciones diagnosticadas: Pobre concepto de la realidad o psicosis; intentos de suicidio; delirios o alucinaciones; retraso intelectual medio.
--	---	---

11. CAPACIDADES ASOCIADAS A LA EDAD DEL CUIDADOR

<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador es un adulto (mayor de 25 años) responsable y capaz. - El cuidador es un adulto (mayor de 25 años) con limitaciones en su capacidad para atender al menor, pero dispone de apoyos externos positivos o vive con otro adulto responsable, capaz y que le apoya. - El cuidador tiene entre 20 y 25 años. Vive solo o con un compañero de edad similar, y en el exterior tiene adultos que le apoyan de manera positiva. O vive con un adulto responsable, capaz y que le apoya. 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador tiene menos de 20 años. Vive solo o con un compañero de edad similar, y en el exterior tiene adultos que le apoyan de manera positiva. - El cuidador tiene más de 25 años. Vive solo, con otros adultos o con su familia extensa, pero carece de apoyos positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador tiene menos de 25 años. Vive solo, con su familia extensa, otro adulto o compañero de edad similar, pero carece de apoyos positivos. - O vive con su familia extensa pero nadie asume una clara responsabilidad sobre el menor.
---	---	--





12. HABILIDADES PARENTALES Y EXPECTATIVAS HACIA EL MENOR

- El cuidador muestra poseer unas adecuadas habilidades parentales y conocimientos correctos en relación a la crianza y proceso de desarrollo infantil.
- Mantiene unas expectativas apropiadas en relación a las capacidades del menor y las conductas que en su etapa evolutiva son normales.
- Reconoce y cubre las necesidades emocionales, de aprendizaje y estimulación del/la menor.
- Enseña correctamente al menor las normas sociales.
- Coloca de manera prioritaria las necesidades del/la menor frente a las suyas propias.
- El cuidador posee unos conocimientos mínimos/aceptables en cuanto a desarrollo infantil, pero en ocasiones realiza demandas que exceden a la capacidad del menor y malinterpreta señales de éste, aunque en ningún caso ignora intencionadamente las necesidades y capacidades del/la menor.
- Tiene dificultades para cubrir las demandas del menor en lo que respecta al apoyo emocional y a facilitarle situaciones de aprendizaje nuevas. No obstante, el/la menor tiene en el hogar materiales (juegos, libros, etc.) apropiados para su edad.

- El cuidador posee un conocimiento pobre acerca de las conductas apropiadas para la edad del menor. A menudo muestra hacia éste/a expectativas irreales y realiza demandas que el/la menor no puede alcanzar.
- Tiene serias dificultades para reconocer la importancia de la estimulación, aprendizaje y apoyo emocional para el menor e implicarse activamente en ello. En ocasiones parece indiferente en relación al desarrollo y crecimiento emocional del/la menor. El menor no posee en el hogar materiales (libros, juguetes, etc.) apropiados para su edad.

- El cuidador carece de las habilidades parentales y conocimientos sobre crianza infantil y desarrollo evolutivo necesarios para ejercer adecuadamente el rol parental que garantice un mínimo nivel de cuidado del menor. Tiene un entendimiento muy pobre de lo que son las conductas apropiadas en una determinada edad o rechaza cualquier intento de modificación de sus criterios. La mayoría de las ocasiones realiza demandas no realistas al menor.
- Las normas hacia el/la menor son excesivamente estrictas o no razonables, o hay pocas normas que raramente son hechas respetar.
- Espera que el/la menor cubra necesidades parentales.
- No reconoce o ignora las necesidades emocionales, de aprendizaje y estimulación del menor. En el hogar no hay materiales (juguetes, libros, etc.) apropiados para el/la menor. Ausencia crónica de conversaciones con el menor y de actividades familiares o de juego; realiza escasas o nulas demostraciones de afecto hacia el/la menor.



13. METODOS DE DISCIPLINA Y CASTIGO HACIA EL MENOR

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- El cuidador utiliza la disciplina de manera apropiada. No se utiliza el castigo físico o se utiliza algún azote, aunque no como primera respuesta a una conducta inadecuada por parte del menor. La desaprobación se manifiesta de manera verbal de manera constructiva.- Con frecuencia, el cuidador utiliza el azote como primera respuesta ante una conducta inapropiada del menor o se muestra verbalmente autoritario, pero no hostil.- Cree que posee la responsabilidad exclusiva en cuanto a la disciplina hacia el/la menor. | <ul style="list-style-type: none">- El castigo físico es en general la primera reacción del cuidador ante una conducta inapropiada del menor y es el método disciplinario prioritario, pero no tiene intención de dañar al menor. Raramente utiliza una disciplina apropiada; usa la fuerza excesivamente.- El cuidador tiende a gritar y amenazar al menor, sin apenas redirigir su conducta o enseñarle.- Puede ridiculizar al menor o realizar comentarios negativos sobre él. | <ul style="list-style-type: none">- La fuerza es considerada por el cuidador como un uso apropiado del poder. El castigo corporal es la primera y principal forma de disciplina utilizada. Se castiga al menor por conductas sin importancia o accidentales, pudiéndole causar, o habiéndole causado, lesiones.- Expresa rencor hacia el menor, verbalmente hostil, impredecible, irracional. |
|---|---|--|

14. ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - No ha habido historia anterior de abuso/dependencia de drogas/alcohol, o, si la hubo, hay constancia de que el problema ha sido solventado tras un programa de tratamiento. - El abuso pasado o el uso limitado actual de drogas/alcohol no limita las capacidades del cuidador ni constituye un problema para la crianza apropiada del menor. - El abuso de drogas/alcohol supuso un problema para el cuidado del menor en un pasado reciente. El tratamiento ha controlado lo suficiente el consumo como para garantizar el cuidado del menor, aunque ha habido recaídas. - El cuidador consume drogas ocasionalmente pero ello no ha afectado todavía adversamente a su rol parental. Reconoce los riesgos que su conducta de consumo tiene para el menor y se encuentra implicado en un proceso de rehabilitación/tratamiento. - Hay un uso inadecuado de drogas/alcohol, pero ello no supone ningún riesgo para el menor. | <ul style="list-style-type: none"> - Se ha verificado que existe abuso o dependencia actual de drogas/alcohol por parte del cuidador, pero ello no supone un riesgo inmediato para el menor: (a) Aunque el cuidador tiene períodos en los que es incapaz de atender al menor debido a su consumo, es capaz de concertar algún tipo de ayuda durante tales períodos; (b) las necesidades del menor son habitualmente cubiertas por amigos y/o parientes porque el cuidador no puede hacerse cargo del menor. - Aunque puede no existir dependencia física o psicológica, el consumo aumenta progresivamente y la capacidad del cuidador para asegurar que el menor está atendido va deteriorándose. - El cuidador admite que abusa del alcohol/ drogas y es reticente a iniciar un tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> - El cuidador está crónicamente incapacitado para cuidar al menor por su consumo excesivo de drogas/alcohol. Su vida gira en torno a su consumo, siendo incapaz de controlarlo y priorizando sus necesidades a las del menor. Su situación pone el peligro la situación económica de la familia, afectando su capacidad para satisfacer las necesidades básicas del menor. El cuidador rechaza el tratamiento o ha boicoteado de manera constante los diferentes programas de rehabilitación en los que ha participado anteriormente. - La madre abusó de las drogas durante el embarazo, naciendo el bebé con síndrome de abstinencia y sintomatología asociada. |
|--|---|--|

15. HISTORIA DE CONDUCTA VIOLENTA, ANTISOCIAL O DELICTIVA

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- El cuidador no tiene historial de actividades antisociales, violentas o criminales. No hay historia de violencia en la familia.- El cuidador tiene un historial previo de tales características, pero ello en la actualidad no supone riesgo alguno para el menor porque ha aprendido a utilizar métodos aceptables para expresar la ira y frustración.- El cuidador tiene un historial pasado de delitos no violentos que no han implicado al menor. Ha cumplido los requerimientos legales de manera satisfactoria.- Tiene una historia de agresor de niños/as pero ha estado en tratamiento y los profesionales implicados en el mismo han señalado resultados positivos. No existen pruebas de situaciones de violencia/desprotección posteriores. | <ul style="list-style-type: none">- Se sospecha que el cuidador está implicado actualmente en conductas delictivas que limitan su capacidad para atender las necesidades mínimas de cuidado del menor.- Admite haber ejercido conductas abusivas o negligentes con menores, pero asegura haber resuelto este problema aunque no se tiene información sobre su participación en algún tipo de tratamiento. No existen pruebas de situaciones de violencia/desprotección posterior, aunque esto no puede ser verificado con información externa a la familia. | <ul style="list-style-type: none">- El cuidador tiene algún expediente judicial por uso de la fuerza o violencia contra otras personas (adultos o menores) o por abuso sexual. Existencia de condena/s anterior/es por ofensas contra otras personas.- La conducta delictiva o antisocial del cuidador limita de manera grave su capacidad para atender las necesidades mínimas básicas y de supervisión del menor.- Tiene una historia conocida de abuso hacia el cónyuge que se niega a reconocer. |
|---|--|--|

16. HISTORIA PERSONAL DE MALTRATO/ABANDONO EN LA INFANCIA

- El cuidador no ha sufrido situaciones de maltrato/abandono en su infancia, habiendo tenido modelos parentales positivos. Q
- Fue víctima de tales situaciones, pero ha aprendido a desarrollar su rol parental positivamente.
- El cuidador ha sido víctima en su infancia de situaciones violentas o de maltrato/abandono, pero da muestras de capacidad de control y evita proyectar su frustración en el menor. Habla abiertamente de su experiencia, demostrando su superación con la adecuación del cuidado que presta al/la menor.

- El cuidador ha sido víctima de situaciones de violencia o maltrato/abandono en su infancia. Rechaza hablar de su niñez y no existe otra fuente de información que pueda proporcionar datos en este sentido. Su capacidad de autocontrol es cuestionable.

- El cuidador ha sido víctima en su infancia de maltrato, castigos violentos y/o negligencia. Ha carecido completamente de modelos adultos positivos; describe un claro antagonismo hacia sus padres y señala que no se sintió querido durante su infancia. Su nivel de autocontrol es débil.
- Ha sufrido incesto en su infancia, negándose a manifestarlo o no ha resuelto las secuelas negativas de ello.

17. INTERACCION CUIDADOR/NIÑO-A

- La interacción demuestra un apego, afecto y aceptación adecuados. El cuidador muestra una vinculación afectiva positiva con el menor, habla positivamente de él/ella la mayor parte de las ocasiones, expresa aprobación hacia éste/a de manera frecuente y espontánea.
- El cuidador expresa y/o demuestra vinculación afectiva, afecto y aceptación hacia el menor, aunque a menudo no de manera abierta y espontánea. Ocasionalmente el/la menor es percibido como problemático, diferente o malo.

- El cuidador raramente demuestra vinculación afectiva, afecto o aceptación en su interacción con el menor. No se siente cómodo con el contacto físico con él/ella, mostrando hacia éste pocas muestras de afecto.
- El menor es culpado por los problemas familiares, siendo percibido como problemático. Más frecuentemente de lo necesario, el cuidador le desaprueba o critica. Habla de él/ella normalmente de manera rencorosa o agresiva.

- Ausencia completa de indicadores de apego, afecto o aceptación entre el cuidador y el menor. No hay contacto físico entre ambos o ausencia de manifestaciones de afecto en la interacción.
- Los errores o deficiencias del/la menor son constantemente destacadas, percibiendo al menor como un problema, un "extraño" en la familia, o el depositario por herencia de características negativas de un familiar.
- La presencia del menor es percibida por el cuidador como una amenaza personal o éste señala su incapacidad para controlar la conducta del/la menor.

18. RELACION DE PAREJA

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Familia monoparental. - La pareja demuestra un afecto y apoyo emocional positivo en su interacción. Se comunican de manera positiva. - La pareja comparte la autoridad/poder en las responsabilidades de atención a los niños/as. - Los conflictos son breves y normalmente son resueltos. - No hay conflictos o disputas en relación a la custodia del menor. - Las figuras parentales representan en general modelos de rol positivos para el/la menor. - La pareja muestra problemas ocasionales en la expresión de afecto y apoyo emocional. Episodios ocasionales de conflicto verbal. Tales conflictos afectan negativamente al menor, pero son resueltos con ayuda del exterior, corrigiéndose los déficits en el cuidado infantil. - La relación entre la pareja es generalmente positiva, aunque hay conflictos sobre cómo educar/criar al menor, siendo éstos perjudiciales para el desarrollo del/la menor. | <ul style="list-style-type: none"> - La pareja raramente muestra afecto o vinculación emocional. Su relación es generalmente conflictiva. <u>Q</u> su relación es de apoyo mutuo pero excluye al menor, lo cual afecta negativamente al cuidado del menor. - Existen importantes desacuerdos en relación a la educación del menor, culpando a éste/a de los conflictos parentales. - Un miembro de la pareja domina la interacción y posee el poder/autoridad en la crianza infantil, mientras que el otro asume un rol claramente secundario. - La pareja se encuentra en una lucha directa por conseguir el afecto del menor o están implicados en una disputa hostil en relación a su custodia. - Existen frecuentes episodios de violencia física, pero no se han producido lesiones. | <ul style="list-style-type: none"> - La pareja no muestra en ningún momento afecto o vinculación emocional en su interacción. Su comunicación se basa en las discusiones violentas o amenazas de daño. - La pareja se sitúa en un patrón claro de dominación-sumisión, donde el cónyuge dominante toma las decisiones referentes al disciplina y cuidado del menor y utiliza su autoridad/poder para intimidar o abusar verbalmente del otro cónyuge. - El/la menor es instrumentalizado en los conflictos de pareja, pudiendo darse en el contexto de una lucha violenta por su custodia. - El cuidador principal muestra un patrón continuado de múltiples relaciones de pareja breves o inestables. - La violencia física entre la pareja ha provocado a menudo lesiones. |
|---|--|---|

19. PRESENCIA DE UN COMPAÑERO/A O PADRE/MADRE SUSTITUTO/A

<ul style="list-style-type: none"> - El cuidador principal no tiene compañero/a o no hay un padre/ madre sustituto/a que viva en el hogar. - El compañero/a o padre/madre sustituto/a vive en el hogar, considerándose su presencia como de apoyo y estabilizadora. - El compañero/a o padre/madre sustituto/a está en el hogar con poca frecuencia y tan sólo asume una mínima responsabilidad en relación al cuidado del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - El compañero/a o padre/madre sustituto/a muestra poca implicación emocional con el/la menor, no proporciona apoyo en la organización del hogar o representa un modelo de rol negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El compañero/a o padre/madre sustituto/a reside en el hogar y es quien ha cometido el maltrato/abandono hacia el menor. - Tiene una influencia negativa en el cuidado proporcionado al menor por el cuidador principal.
--	--	--

20. CONDICIONES DEL HOGAR

<ul style="list-style-type: none"> - La casa se encuentra en buen estado y posee un equipamiento adecuado. - Hay espacio suficiente para todos sus habitantes. - No hay deficiencias en cuanto a seguridad. - La casa se encuentra en buen estado, aunque existen algunos déficits en cuanto a seguridad o higiene que pueden provocar daños leves en el menor. - El equipamiento y accesorios básicos (agua caliente, calefacción, etc.) se encuentran generalmente en buen estado. - Hay falta de espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay problemas físicos o de estructura en la casa. - Hay accesorios estropeados y déficits de seguridad e higiene que deben ser remediados de manera inmediata para prevenir accidentes o enfermedades en el menor. - Algunos equipamientos básicos (WC, por ejemplo) se encuentran inutilizados pero se están arreglando. - Existe hacinamiento; niños/as y/o adultos del sexo opuesto comparten dormitorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - La casa posee déficits que suponen una amenaza inmediata y continua para la salud y/o seguridad del menor. - Los equipamientos básicos (WC, por ejemplo) se encuentran inutilizados y llevan tiempo sin arreglarse. - Hacinamiento severo. Adultos no familiares y niños/as de diferente edad y sexo ocupan el mismo dormitorio. - La familia no tiene vivienda o la perderá de manera inminente.
--	---	--

21. FUENTES DE APOYO SOCIAL

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - La familia tiene un sistema de apoyo estable de parientes/amigos que proporcionan la ayuda requerida y, si es necesario, proporcionan asistencia en el cuidado del niño/o o para resolver situaciones de estrés/conflicto. - La familia no requiere sistemas de apoyo externos para enfrentarse al estrés. - Los cuidadores tienen recursos materiales y personales suficientes para cubrir las necesidades básicas del menor. - La familia padece frecuentes situaciones de estrés o conflicto que son resueltas satisfactoriamente por sus recursos propios y la ayuda proporcionada por sus sistemas de apoyo, que se encuentran en la mayoría de las ocasiones disponibles. - Hay algunos problemas de relación entre los cuidadores y parientes/amigos/vecinos que en ocasiones afectan negativamente la capacidad de los cuidadores para atender al menor. | <ul style="list-style-type: none"> - Los sistemas de apoyo ayudan ocasionalmente a la familia pero no de manera consistente, o no están accesibles. Familia aislada, no integrada en la comunidad, con pocas personas de apoyo. - Los cuidadores son incapaces de enfrentarse al estrés/conflicto sin apoyo del exterior. - Relaciones conflictivas con familia extensa u otras personas que con frecuencia afectan negativamente a la capacidad de los cuidadores para atender al menor. - Los recursos de la familia y de los sistemas de apoyo no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de los/as menores. | <ul style="list-style-type: none"> - Familia sin sistemas de apoyo disponibles, o los que existen no son capaces de proporcionar la ayuda requerida en las situaciones de estrés/conflicto. Total aislamiento o rechazo social. - Los conflictos con familia extensa u otras personas son una de las causas principales que minan la capacidad de los cuidadores para atender al menor. - Ni la familia ni sus sistemas de apoyo son capaces de satisfacer las necesidades básicas del/la menor, lo cual coloca a éste/a en una situación de alto riesgo. |
|--|---|--|

22. RESPUESTA ANTE LA INTERVENCION

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - El cuidador que ha cometido el maltrato/abandono asume responsabilidad sobre sus acciones, muestra culpa o arrepentimiento, se compromete a cooperar con la intervención. - Acepta los objetivos de la intervención. - El cuidador que ha cometido el maltrato/abandono tiende a culpar ocasionalmente a otras personas/situaciones por sus dificultades, pero finalmente asume la responsabilidad de sus actos. - Se implica en la planificación de la intervención a un nivel suficiente, pero no llega a un nivel idóneo. - Acepta la mayoría de los objetivos de la intervención, pero puede no hacer un uso óptimo de los servicios provistos/recomendados. | <ul style="list-style-type: none"> - El cuidador que ha cometido el maltrato/abandono acepta los servicios verbalmente, aunque se resiste a cooperar (de manera activa o pasiva). - Se implica mínimamente en los servicios. Su implicación y participación se mantiene únicamente si los profesionales ejercen una supervisión y control constantes y directos. Intenta manipular a los profesionales y evitar el control por parte de éstos. - Es abiertamente complaciente u hostil. Su implicación con la intervención es únicamente el resultado de una presión externa ejercida para ello. | <ul style="list-style-type: none"> - El cuidador que ha cometido el maltrato/abandono se niega de manera clara a cooperar con la planificación o desarrollo de la intervención. - Se resiste activa o pasivamente a mantener cualquier tipo de contacto o implicación con los servicios. Boicotea los objetivos del servicio o la intervención. - Es evasivo/a, verbalmente hostil o agrede físicamente o amenaza con hacerlo a los profesionales. - Severas dificultades para establecer o mantener el contacto con él/ella. - Se opone abiertamente a seguir el tratamiento propuesto. |
|--|---|---|




ANEXO 2.G

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN INDICADORES Y NIVELES DE GRAVEDAD PARA LA VALORACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO

DEFINICIONES DE CADA TIPO DE MALOS TRATOS INFANTILES

Los malos tratos pueden ser situaciones muy diferentes entre sí y suelen darse varios tipos de maltrato a la vez en diferentes combinaciones. Mas adelante veremos la existencia de diferentes factores comunes a todos los malos tratos y algunos específicos que los podrían facilitar o evitar. A continuación los describiremos brevemente.

- **Negligencia.** Es el tipo de maltrato mas frecuente. Puede realizarse de forma consciente o haber ignorancia o incapacidad parental. Son aquellas situaciones en las cuales las necesidades básicas del menor (físicas, sociales y psicológicas) no son atendidas, de manera temporal o permanente, por ninguno de los miembros del grupo con el que convive. El abandono físico sería el grado extremo de la negligencia.
 - Se considera **maltrato prenatal** a las condiciones de vida de la madre (alimentación deficitaria, exceso de trabajo corporal, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, seguimiento inadecuado de una enfermedad crónica, etc.) que, pudiéndolas evitar, se mantienen y tienen consecuencias negativas en el feto (Martínez Roig/ De Paul, 1993).
 - **Malos tratos físicos.** Es el tipo de maltrato más conocido. Hacen referencia a cualquier acción intencional (no accidental) por parte de los padres o personas que tienen responsabilidad en el cuidado del menor que le provoque daño físico, enfermedades o intoxicaciones.
- 

- Dentro de ésta tipología se considera el **Síndrome Münchhausen por poderes** ya que se trata de un cuadro que atenta contra la salud de los niños, sobre todo desde la vertiente física. Consiste en la descripción de hechos falsos o en la provocación de síntomas de enfermedades por parte de los padres o tutores de un menor para generar un proceso de diagnóstico y atención medica continuados (Martínez Roig/ De Paul, 1993).
- **Maltrato psicológico o emocional.** Es aquella situación crónica en la cual los adultos responsables del menor, mediante determinadas actuaciones le provocan sentimientos negativos hacia la propia autoestima y limitan las iniciativas que tiene (Garbarino y otros, 1986).

Lo podemos encontrar en mayor o menor medida como un componente en todos los tipos de malos tratos, pero además, en sus formas mas graves, podemos considerarlo como un tipo específico de maltrato. Podemos imaginar un continuo que va desde la atención emocional óptima (poco frecuente) pasando por la adecuada (o “normal”) para llegar a la inadecuada (o de “riesgo”) y finalmente al maltrato emocional (grave o muy grave). El rechazo, el aislamiento, el atemorizar, el corromper o el ignorar pueden evolucionar a lo largo de este continuo con diferentes niveles de gravedad.

- **Abandono psicológico o emocional.** Se trata de la falta persistente de respuesta a las señales (llantos, sonrisa), expresiones emocionales y conductas iniciadas por el menor que proporcionan proximidad e interacción, y de la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta. Los adultos significativos para los niños son incapaces de proporcionar el afecto, la estimulación, el apoyo y la protección necesarias para el menor en sus diferentes estadios de desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo. Es un estado de falta de disponibilidad por parte del adulto (Garbarino y otros, 1986).
- **Abuso sexual infantil:** “Contactos e interacciones entre un menor y un adulto, cuando el adulto (agresor) utiliza al menor para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando el perpetrador es significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el que es menor” (National Center of Child Abuse and Neglect, 1978). Puede implicar, en algunos casos maltrato físico y siempre implica alguna forma de maltrato emocional.

Las diferentes formas de abuso sexual son situaciones en las cuales un niño o adolescente participa en actividades sexuales: que violan los

tabúes sexuales y legales de la sociedad, que el niño no comprende o para los cuales no está preparado de acuerdo con su desarrollo y que por tanto no puede dar su pleno consentimiento informado. Se han de incluir también los conceptos de: coerción física o emocional, asimetría de edad, abuso de poder, manejo inadecuado de los deseos sexuales por parte del adulto al utilizar a los niños para satisfacer sus necesidades sexuales y afrontar sus conflictos.

Se ha propuesto la siguiente definición operacional (Servicios Sociales y de Salud del Departamento de Washington, 1988, citados por Wurtele/Miller-Perrin, 1992), a la que hemos introducido la diferenciación entre conductas con o sin contacto físico:

Conductas con contacto físico

(tanto la realización del contacto como el intento)

Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona.

Coito vaginal o anal con el pene

Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano

Penetración anal o vaginal con un objeto

Obligar al menor para que se involucre en contactos sexuales con animales

Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo

Contacto genital oral.

Caricias: tocar o acariciar los pechos o los genitales de otros; incluye el obligar a masturbar a través de cualquier contacto sexual, excepto la penetración.

Conductas sin contacto físico:

Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inadecuada como el exhibicionismo.

Proposiciones verbales explícitas y recordadas e interpretadas por la persona como presión o acoso para obtener prestaciones sexuales.

Explotación sexual. Se produce cuando:

- se implica a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía.
- se promueve la prostitución infantil.
- se obliga a los niños a ver actividades sexuales de otras personas.

Explotación laboral. Situación en la que los pares o tutores asignan al menor con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos domésticos o fuera del hogar, que:

- Exceden los límites de lo que se considera habitual en el contexto

- sociocultural en el que se desarrolla el menor;
- Interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del menor;
 - Habrían de ser realizadas por los adultos;
 - Son asignadas al menor con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico o similar por los pares o la estructura familiar (DHRS Florida, 1988).

Maltrato institucional Cualquier legislación, procedimiento, actuación o bien omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional que pueda convertirse en un abuso, negligencia, disminución de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la maduración adecuada o que viole los derechos básicos del menor o de la infancia. (ADIMA, 1993).

INDICADORES Y NIVELES DE GRAVEDAD

Para realizar la detección y diagnóstico de un caso de maltrato los profesionales se habrán de basar en una serie de indicadores físicos, psíquicos y comportamentales del menor y de las personas encargadas de su cuidado.

Pero hay que decir que la noción de indicador es abstracta, son instrumentos que tienen variedad de usos que se han de readaptar a cada realidad diferente. Un indicador es una aproximación o guía hacia algún objeto de conocimiento que previamente se ha conceptualizado. Son puentes que nos ayudan a conceptualizar mejor la realidad.

INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO

Indicadores conductuales y emocionales en niños/as	Indicadores conductuales de los/las cuidadores/as
<ul style="list-style-type: none"> • Recela del contacto con padres y adultos. • Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran • En situaciones angustiosas no espera ser consolado. • Se mantiene alerta ante posibles peligros, recela continuamente. • Muestra miedo a ir con sus padres • Es autodestructivo • Muestra conductas extremas (agresividad o rechazo) • Dice que su padre o madre le ha causado alguna lesión. <p>EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre autoestima • Se siente rechazado y no querido • Cree que el maltrato es merecido por ser “mala persona” • Siente culpa e intenta ocultar el hecho de los malos tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dan ninguna explicación respecto a la lesión del niño, o hacen un relato de lo acaecido ilógico, no convincente o contradictorio. El motivo de la consulta no coincide con el resultado de la exploración. • Ha habido un intervalo de tiempo excesivo e injustificado entre el momento de producirse la lesión y la consulta sanitaria. • Utilizan disciplina severa impropia para la edad del menor. No se controlan cesando el castigo. • Afirmaciones de que fueron otros quienes causaron las lesiones. Intentan esconder la lesión o proteger la identidad de la persona causante de la misma. • Perciben al menor de forma negativa • Cambios frecuentes de médico • Dificultades para localizar a los cuidadores. • Rechazo a dar consentimiento o participar en nuevos procesos de evaluación.

Cuadro adaptado a partir de los indicadores descritos en la guía de Adima (1993) y por Gracia y Musitu (1993)

CATEGORÍAS DE MALTRATO FÍSICO PARA DETERMINAR A GRAVEDAD.

CATEGORIA A

Lesiones físicas graves (fracturas de hueso, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hemorragias o hematomas subdurales, etc.) que requieren atención médica.

CATEGORIA B

Lesiones físicas menores o sin lesiones (no ponen en peligro la salud física del menor) que no requieren atención médica.

INDICADORES DE NEGLIGENCIA Y ABANDONO

Indicadores conductuales y emocionales en niños/as	Indicadores conductuales de los/las cuidadores/as
<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra fatigado y apático. • Roba o pide comida • No acude o llega tarde a la escuela. • Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela. • Abuso de drogas o alcohol • Abandono escolar • Fugas de casa frecuentes • Habilidades cognitivas y verbales inferiores al promedio. • Conducta agresiva excesiva o extrema pasividad. • Retraso psicomotor <p>EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones afectivas extremas (tristeza excesiva o felicidad inapropiada) • Pesimismo, falta de confianza, depresión. • Incapacidad de mantener relaciones duraderas • Aparece a menudo preocupado/a, soñando despierto/a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención a las necesidades afectivas y educativas. • Falta de supervisión y vigilancia, con riesgo de accidentes • Abuso de drogas o alcohol • Vida caótica en el hogar • Muestra evidencias de apatía o nulidad. • Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual • Tiene una enfermedad crónica

Cuadro adaptado a partir de los indicadores descritos en la guía de Adima (1993) y por Gracia y Musitu (1993)

CATEGORÍAS DE ABANDONO FÍSICO PARA DETERMINAR A GRAVEDAD

El criterio fundamental es la **cronicidad**, la cual se define como la presencia de un solo indicador o varios simultáneamente de manera reiterada y/o continuada.

CATEGORIA A

El niño ha padecido lesiones o daño físico a consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres o tutores, habiéndose requerido atención médica por ello.

La negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente

retrasos importantes en su desarrollo (físico, intelectual, social, etc.) que requieren de atención especializada.

CATEGORIA B

El niño no ha padecido lesiones o daño físico a consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres o tutores, y no requiere por tanto atención médica por ello. Sin embargo, la conducta parental negligente es causa directa de situaciones de rechazo hacia el niño (escuela, calle, etc.).

CATEGORIA C

Se produce la conducta negligente, pero el niño no padece ninguna de las situaciones señaladas en las categorías anteriores.

INDICADORES DE MALTRATO EMOCIONAL

Indicadores conductuales y emocionales en niños/as	
	<ul style="list-style-type: none"> - Variaciones de la normalidad conductual. - Trastornos reactivos o de comportamiento desencadenados por las condiciones del entorno. - Trastorno del desarrollo emocional e intelectual. Problemas de aprendizaje - Trastornos de la alimentación, del sueño - Trastornos neuróticos relacionales (fobias, obsesiones, manías, depresiones, ansiedad, ...) - Trastorno de conducta y de personalidad (apatía, intentos de suicidio, conductas de riesgo, conductas antisociales - Trastornos psicóticos - Trastornos psicósomáticos

Cuadro adaptado a partir de los indicadores descritos en el Llibre d'en Pau (1996)

Ejemplos de Indicadores en los padres o guardadores (Garbarino et al., 1986)	
Rechazo	<ul style="list-style-type: none"> - 0-2 años: no responden a las iniciativas del niño al contacto humano. - 3-4 años: se excluye activamente al niño de las actividades familiares - Edad escolar: transmiten al niño una desvalorización constante de sí mismo, demostrando un menosprecio por sus adquisiciones. - Adolescencia: no aceptan los cambios evolutivos propios de la edad, desde actitudes de sobreprotección negándole autonomía, al sometiendo de humillaciones verbales, críticas constantes, o a la expulsión de la familia.

Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> - 0-2 años: los padres no permiten que interactúe con ellos u otros adultos, dejándolo sólo durante largos periodos de tiempo. - 3-4 años: no le permiten el contacto con otras personas que no sean ellos, o bien castigando sus iniciativas de relación social o bien enseñándole a rechazar cualquier tipo de relación que provenga del exterior. - Edad escolar: intento de negarle la relación con el grupo de iguales. Puede darse absentismo o desescolarización, o cambios continuos de escuela. - Adolescencia: no permiten que el chico participe de actividades fuera del hogar, especialmente las relacionadas con el tiempo libre. Lo castigan ante experiencias sociales normales.
Aterrorizar	<ul style="list-style-type: none"> - 0-2 años: los padres responden de manera extrema e imprevisible ante conductas normales del niño, como puede ser su tendencia a la curiosidad. - 3-4 años: castigos e intimidaciones, recurriendo con frecuencia a las amenazas verbales de daño extremo (existencia de monstruos,...) o a la existencia de “doble vínculo” - Edad escolar: lo critican constantemente sin dar posibilidades al niño de llevar a cabo las expectativas puesta en él. - Adolescencia: amenazan al chico de exponerlo a la humillación pública, lo ridiculizan en público
Corromper	<ul style="list-style-type: none"> - 0-2 años: le refuerzan el desarrollo de hábitos extraños y le crean adicciones. - 3-4 años: le refuerzan la agresividad y la sexualidad precoz - Edad escolar: le inducen o le refuerzan a cometer robos, consumo de drogas, actitudes agresivas o a tener una actividad sexual precoz - Adolescencia: implican al chico en conductas rechazadas socialmente: le potencian las conductas violentas hacia compañeros o miembros de la familia, lo inducen al trafico de drogas, a la prostitución, al abuso del alcohol.
Ignorar	<ul style="list-style-type: none"> - 0-2 años: los padres no prestan atención a su evolución y no responden a sus conductas sociales - 3-4 años: muestran falta de afecto en la relación con el niño, no participan de sus actividades diarias. Lo dejan sin un referente afectivo durante largos periodos de tiempo. - Edad escolar: no le dan ayuda cuando la necesita: en la escuela, con los compañeros, con sus hermanos u otros familiares. - Adolescencia: No muestran ningún interés por las actividades que realiza.

CATEGORÍAS DE MALTRATO EMOCIONAL PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD

Se han de dar de manera simultánea los dos requisitos siguientes:

- Al menos una de las conductas incluidas como indicadores (rechazo, aterrorizar, aislamiento y corrupción) se presenta de manera reiterada y/o

continuada.

- Su presencia es claramente perceptible.

CATEGORIA A

Señalar cuando se produzca alguna de las cuatro situaciones siguientes:

Rechazo: categórico, total y constante.

Aterrorizar: amenazas dramáticas, misteriosas o extremas o doble vínculo.

Aislamiento: el padre/madre pone todo su esfuerzo en impedir las relaciones sociales del niño.

Corrupción: los padres crean y refuerzan una pauta de conducta en el niño que le pone en riesgo de una disfunción social permanente.

CATEGORIA B

Señalar cuando se produzca alguna de las cuatro situaciones siguientes:

Rechazo: frecuente y grandemente generalizado.

Aterrorizar: amenaza directa continuada a la sensación de seguridad del niño.

Aislamiento: los padres realizan esfuerzos activos por evitar las relaciones sociales del niño.

Corrupción: los padres alientan al niño a cometer acciones delictivas.

CATEGORIA C

Señalar cuando se produzca alguna de las cuatro situaciones siguientes:

Rechazo: se limita incidentes aislados.

Aterrorizar: arbitrariedad y utilización del miedo como disciplina.

Aislamiento: fracaso parental en proporcionar al niño oportunidades y ocasiones para la interacción social.

Corrupción: los padres refuerzan las conductas antisociales precoces del niño.

ABUSO SEXUAL

Indicadores conductuales y emocionales en niños/as

- Dice que ha sido atacado/a por un padre o cuidador.
- Actitudes de abierto sometimiento
- Conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto
- Comportamiento pseudomaduro o sobreadaptado
- Sexualización de la relaciones afectivas.
- Juegos sexuales persistentes e inadecuados o conductas sexualmente agresivas hacia los demás.
- Comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamientos sexuales (sobre todo en niños pequeños)
- Permanencia prolongada en la escuela
- Mala relación con iguales y dificultades para entablar amistades
- Desconfianza, en especial hacia figuras significativas
- Falta de participación en actividades escolares y sociales
- Dificultades para concentrarse en escuela
- Disminución brusca del rendimiento escolar
- Temor exacerbado hacia los hombres
- Fugas del hogar
- Trastornos del sueño
- Conductas regresivas
- Retraimiento
- Depresión clínica
- Ideación suicida.
- Miedo, fobias, histeria, falta de control emocional.

Cuadro adaptado a partir de los indicadores descritos por Intebi (1998)



ANEXO 2 H

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FACTORES ASOCIADOS AL PRONÓSTICO Y ESCALA DE RECUPERABILIDAD FAMILIAR

A continuación trataremos sobre la recuperabilidad de la familia o pronóstico favorable de la familia que atiende al menor en riesgo. Entre las variables asociadas al maltrato infantil y al riesgo de éste, hay algunas que pueden incidir de manera más significativa en este fenómeno y por lo tanto su estudio puede permitirnos elaborar un pronóstico adecuado. A continuación se presenta un cuadro (adaptado de Gobierno de Aragón, 1999), en el que se detalla los principales factores, su definición y la principales variables que lo miden:

FACTOR	VARIABLES
<p>CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE Tipo de situación, intensidad y persistencia del daño infringido al menor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad de los daños, situaciones e implicaciones. • Multiplicidad de las problemáticas. • Cercanía temporal del incidente. • Cronicidad y nivel de reincidencia • Frecuencia de la situación de desatención y/o maltrato • Probabilidad de repetición

<p>VULNERABILIDAD DEL MENOR</p> <p>Grado en que el menor tiene una serie de características personales que impiden o dificultan la resolución del problema y las áreas vitales afectadas.</p> <p>A tener especialmente en cuenta: La ausencia de habilidades parentales es más relevante si el menor tiene algún tipo de discapacidad. Los estándares de cuidados parentales adecuados están relacionados con el momento evolutivo del menor. La conducta del menor puede ser a la vez un indicador de riesgo y un factor de vulnerabilidad, en tanto que el efecto de determinadas situaciones (abandono, negligencia...) puede variar según las características comportamentales del menor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad más baja en la que se inicia la situación de desprotección o el maltrato • Acceso del perpetrador al menor • Menor grado de autonomía (capacidad para cuidarse y protegerse a si mismo) • Déficit físicos y/o mentales (grado de incapacidad, estado cognitivo) • Antecedentes de conductas antisociales. • Problemáticas comportamentales (tipo y grado de incapacidad) • Baja integración en las relaciones socio-familiares • Presencia y localización de la lesión • Cronicidad y nivel de reincidencia. • Experiencias vividas por el menor • Visibilidad por parte de la comunidad • Historia previa de informes de maltrato/abandono
---	---

VULNERABILIDAD FAMILIAR

Grado en que las limitaciones parentales (físicas, conductuales, emocionales) pueden variar según las propias características comportamentales del menor.

- Nivel de incapacidades físicas, intelectuales y emocionales de los padres.
Existencia de problemáticas múltiples (salud, conducta delictiva, aislamiento social, violencia intra-familiar, familia desestructurada)
- Antecedentes de abusos o desatención con otros miembros de la unidad familiar.
- Incapacidad o deterioro del entorno convivencial (habitabilidad y organización de la vivienda)
- Grado de cronicidad de la problemática familiar
- Grado en que los problemas de la familia son modificables o no
- Nivel de capacidad parental:
Capacidades físicas, intelectuales y emocionales
Capacidades asociadas a la edad
- Habilidades parentales y expectativas hacia el menor
- Métodos de disciplina y castigo hacia el menor
- Vinculación afectiva padres-niño.
- Abuso de drogas y alcohol
- Presencia de un/a compañero/a o padre/madre sustituto/a
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.

<p>POSIBILIDAD DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN (actual y anteriores) o capacidad de cambio</p> <p>Grado en que la familia puede iniciar un proceso de cambio para solventar su problemática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de problema • Atribuciones a la situación • Expectativas de colaboración • Percepción sobre el grado de control sobre la situación • Respuestas hacia pequeñas propuestas de cambio durante la fase valoración.
<p>MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de ayuda externa • Posibilidad de cambio: • Existencia de una estructura familiar • Recursos personales, perspectivas laborales, etc. • Existencia de vínculos afectivos intrafamiliares positivos y de respeto al menor • Ausencia de situaciones límite (malos tratos, abusos, etc.) • Capacidad de los servicios para integrarse y crear equipos interinstitucionales.
<p>APOYO SOCIO-FAMILIAR</p> <p>Grado en que el entorno de la familia extensa y /o el entorno social pueden ayudar a controlar la situación, paliar el daño y atender las necesidades del menor y/o la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características de la red de apoyo socio-familiar. Existencia del apoyo y grado de relaciones • Conciencia del problema (conocimiento y atribución de la situación) • Grado de colaboración (apoyo emocional, informativo, material, etc.) • Calidad de la red familiar como posible recurso de apoyo.

ANEXO 2 I

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ESQUEMA DE LAS AREAS FAMILIARES A EXPLORAR

DATOS DE IDENTIFICACIÓN-COMPOSICIÓN E HISTORIA FAMILIAR.

- Adultos que viven en el núcleo familiar
- Menores que habitan en el núcleo
- Existencia de miembros de la familia nuclear que no habitan en el domicilio

CONTEXTO SOCIO-ECONOMICO-FAMILIAR

SOCIO-ECONOMIA

Ayuda logística, asesoramiento y formación

Formación profesional, búsqueda de empleo, ingresos para cubrir necesidades básicas, estabilidad de las fuentes de ingresos, organización económica, acceso a vivienda, organización y administración de la vivienda

CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS PADRES/CUIDADORES

SALUD

Prevención y tratamiento

Higiene, alimentación, prevención de enfermedades (vacunaciones, visitas médicas), planificación familiar, desintoxicación, salud mental, equipamiento adecuado de la vivienda.

CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS MENORES

- Salud y bienestar físico
- Salud mental – nivel intelectual- funcionamiento psicológico
- Conducta con el entrevistador
- Percepción y vivencia de su situación y de las relaciones familiares
- Relación con otros niños
- Rendimiento escolar
- Adaptación general

NIVEL INTERPERSONAL-RELACIONAL

Relaciones socio-familiares

Motivación, asesoramiento, formación, desarrollo de habilidades sociales
Patrones parentales, seguridad y estabilidad emocional estimulación entorno familiar, apoyo social, habilidades sociales, manejo de la agresividad relaciones adultos-niños

Aspectos educativos

Motivación y prevención

escolarización 0-3 años, asistencia regular a la escuela, rendimiento escolar adecuado, permanencia ciclo 12-16 años, adaptación curricular

CONTACTOS CON LOS SERVICIOS SOCIALES

- Historia de los contactos con servicios sociales
- Calidad de la relación existente con los servicios sociales

SUCESOS/SITUACIONES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA

LA FAMILIA ANTE LA(S) SITUACIÓN(ES) DE DESPROTECCIÓN INFANTIL

- Reconocimiento de la situación/es de desprotección infantil
- Motivación para cambiar

OBSERVACIONES E IMPRESIONES DEL PROFESIONAL.

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN

ANEXO 2 J

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN AL ETF PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE LOS SSCC AL ETF

UTS de.....

Profesional que deriva.....

Teléfono.....

Horario preferente para contactar

Nº de expediente de la familia en la UTS.....

Datos de identificación - composición de la familia

Nombre y apellidos del/los menores.....

Nombre y apellidos de cada miembro del núcleo de convivencia (parentesco, actividad laboral, ingresos económicos, nivel instrucción, etc.) y de las personas más significativas de la familia extensa materna y paterna que no convivan con el núcleo de convivencia.

Genograma

Tipología familiar

(Nuclear, extensa, monoparental, reconstituida, en crisis, en conflicto, en riesgo por crisis, en riesgo por conflicto, disfuncional por crisis, disfuncional crónica, multiproblemática, rígida, caótica, otras)

Breve historia familiar

Contexto socio-económico-familiar

Características del funcionamiento individual de los padres/cuidadores

Características-funcionamiento individual de los menores

Nivel interpersonal-relacional: relaciones familiares

Relaciones de pareja

Relaciones padres- hijos

Relaciones entre hermanos
Relaciones con la familia extensa

Nivel interpersonal-relacional: relaciones sociales

Relaciones sociales de los padres / tutores / guardadores
Relaciones sociales de los niños / menores

Sucesos/situaciones estresantes para la familia

La familia ante la(s) situación(es) de desprotección infantil

- Reconocimiento de la situación (es) de desprotección infantil
- Motivación para cambiar

Nivel de colaboración con los servicios

Intervenciones realizadas y resultados obtenidos

Motivo de la derivación

Indicadores de riesgo (individuales, familiares, sociales)

Indicadores de protección (individuales, familiares, sociales)

Diagnóstico

Pronóstico

Hipótesis de trabajo y orientación

Relación actual con la familia

Otras informaciones de interés

ANEXO 2 K

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN AL ETF PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DEL SPM AL CM-ETF

Los SPM enviarán al coordinador municipal/local del programa aquella documentación que obre en su poder, que será más o menos amplia según lo recepcionado, y como mínimo, aparecerán los datos identificativos del menor y de la familia, siendo el coordinador municipal quien derivará este caso a los SS.CC. o al ETF, según proceda.

SPM de..... N° de expediente de la familia en el SPM.....

Profesional que deriva.....

Teléfono.....

Horario preferente para contactar

ETF al que deriva.....

Datos de identificación-composición de la familia

Nombre y apellidos del/los menores.....

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE SE INCLUIRA:

- Nombre y apellidos de cada miembro del núcleo de convivencia (parentesco, actividad laboral, ingresos económicos, nivel instrucción, etc.) y de las personas más significativas de la familia extensa materna y paterna que no convivan con el núcleo de convivencia.
- Genograma
- Tipología familiar
- Breve historia familiar
- Contexto socio-económico-familiar
- Características del funcionamiento individual de los padres/cuidadores
- Características-funcionamiento individual de los niños/as
- Nivel interpersonal-relacional: relaciones familiares
- Nivel interpersonal-relacional: relaciones sociales
- Nivel de colaboración con los servicios (sociales, etc.)
- Sucesos/situaciones estresantes para la familia
- La familia ante la(s) situación(es) de desprotección infantil
- Intervenciones realizadas

- Motivo de la derivación
- Indicadores de riesgo (individuales, familiares, sociales)
- Indicadores de protección (individuales, familiares, sociales)
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Hipótesis de trabajo y orientación
- Relación actual con la familia
- Otras informaciones de interés

Los casos que los Servicio de Protección de Menores derivan al CM/CL para reunificación familiar deberán ir acompañados de los informes técnicos que procedan, adjuntarán un resumen del PPI con el consentimiento de la familia a someterse a tratamiento, así como toda la documentación que se considere relevante.



ANEXO 2 L

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN AL ETF
ACTA DEL COORDINADOR ACEPTANDO QUE EL ETF PUEDE
TRABAJAR CON LA FAMILIA**

Nombre de la familia.....

Nombre de los menores.....

Servicio derivante:

Profesional referente de dicho equipo para la familia:

Fecha

Firma del Coordinador Municipal/Local





ANEXO 2 M

DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR

EQUIPO DE TRATAMIENTO FAMILIAR Nº..... ,ó ZONA.....

AYUNTAMIENTO/DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE

FAMILIA:.....

FECHA DE INICIO:..... FECHA FINALIZACIÓN PREVISTA:.....

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	FECHA DE NACIMIENTO	SITUACIÓN/OCUPACIÓN

2.- DOMICILIO: TELÉFONO:.....



- SITUACIÓN VIVIENDA:
- FUENTES DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (ESPECIFICAR):

3.- GENOGRAMA: (TRES GENERACIONES)

4.- INDICADORES (más significativo) de la situación familiar:

- SOCIOECONÓMICOS
- SANITARIOS
- SICOSOCIALES
- OTROS

5.- DIAGNÓSTICO

6.-. PRONÓSTICO

7.- HIPÓTESIS DE LA INTERVENCIÓN

8.- OBJETIVOS PRIORITARIOS DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVO	TAREAS	CALENDARIZACIÓN	PERSONA DE REFERENCIA	RECURSO DE APOYO	CRITERIO DE CONSECUCIÓN

9.- RECURSOS APLICADOS

- Nivel Familiar:

RECURSO	MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR	SOLICITADO/ PRESUPUESTADO	CONCEDIDO	ACEPTADO/ RECHAZADO	CRITERIO DE RENTABILIZACIÓN

-A nivel de los menores:

RECURSO	MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR	SOLICITADO/ PRESUPUESTADO	CONCEDIDO	ACEPTADO/ RECHAZADO	CRITERIO DE RENTABILIZACIÓN

- A nivel Comunitario

RECURSO	MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR	SOLICITADO/ PRESUPUESTADO	CONCEDIDO	ACEPTADO/ RECHAZADO	CRITERIO DE RENTABILIZACIÓN

10.- FECHAS PREVISTAS DE SEGUIMIENTO DURANTE LA DURACIÓN DEL PROYECTO

11.- FECHAS PREVISTAS DE REVISIÓN AL FINALIZAR EL PROYECTO

ACTIVIDAD PROFESIONAL	FECHA	REALIZADA POR:	OBSERVACIONES

ANEXO 2 N

DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF ACTA DE ACUERDO ENTRE LOS AGENTES IMPLICADOS EN EL PROYECTO DE TRATAMIENTO FAMILIAR

De la familia.....

Sobre los menores.....

Fecha de inicio del proyecto:

Fecha de finalización prevista:

Proyecto de tratamiento de la familia.....

Sobre los menores.....

Profesional del ETF que es referente de la familia:.....

Fecha de inicio del plan

Fecha de finalización prevista

Listado de servicios implicados en el proyecto de intervención familiar:

-

Fechas de revisión de los acuerdos:

-

(Adjuntar con este documento copia para cada servicio del **proyecto de tratamiento familiar** de la página anterior)

Fecha

Firma de un profesional de cada uno de los servicios implicados



OBJETIVOS OPERATIVOS	ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	RECURSOS	TEMPORALIZACION	EVALUACION



ANEXO 2 O

DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF CONTRATO DEL ETF CON LA FAMILIA

Yo, D.....
Y dña.
Responsables de los menores.....
Y con domicilio en..... tfno.....

ACEPTO/ACEPTAMOS:

Colaborar con el Equipo de Tratamiento Familiar en el desarrollo del Proyecto de Tratamiento.

Cumplir los siguientes **compromisos y tareas:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

COMPROMISOS DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO FAMILIAR:

.....
.....
.....
.....

SERVICIOS Y RECURSOS IMPLICADOS EN LA INTERVENCION:

.....
.....
.....

Este contrato tiene una vigencia de (especificar meses) a partir de la fecha de la firma, pudiéndose suspender por incumplimiento de algunos de los compromisos señalados y pudiéndose renovar las veces que sea necesario.

Miembros de la familia

Equipo de Tratamiento Familiar de.....

ANEXO 2 P

**DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF
INFORME DE SEGUIMIENTO AL DERIVANTE**

MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO

Nº Exp.: _____
Fecha de Recepción: _____
Técnico _____ de _____ Referencia: _____
Provincia: _____
Nombre y Apellidos del Menor/es: _____

Fecha de elaboración del Informe: _____
Técnico que elabora el Informe: _____
Localización: Servicio de Protección de Menores: _____

**FUENTES DE INFORMACION CONSULTADAS PARA LA ELABORACION DE ESTE INFORME
(Servicios implicados en la intervención/seguimiento del caso)**

Empty box for listing consulted information sources.

CAMBIOS SIGNIFICATIVOS HABIDOS DURANTE ESTE PERIODO EN LA DINAMICA FAMILIAR O EN LA SITUACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (adjuntar tantas hojas como sea necesario)

Empty box for describing significant changes in family dynamics or members' situation.

OBJETIVOS ABORDADOS DURANTE ESTE PERIODO Y GRADO DE CONSECUACION

a) Con el menor:

Objetivo	Servicio/programa implicado en su consecución	Grado de consecución ³

a) Con la familia:

Objetivo	Servicio/programa implicado en su consecución	Grado de consecución

-
- 1= No alcanzado
 - 2= Insuficientemente alcanzado
 - 3= Suficientemente alcanzado
 - 4= Totalmente alcanzado

c) Otros:

Objetivo	Servicio/programa implicado en su consecución	Grado de consecución ⁴

d) Comentarios:

⁴

1= No alcanzado
2= Insuficientemente alcanzado
3= Suficientemente alcanzado
4= Totalmente alcanzado

CAMBIOS PROPUESTOS EN LA MEDIDA O EN EL PLAN DE INTERVENCION

Medida:

Recurso:

Plazos de tiempo:

Régimen de relaciones familiares:

Otras intervenciones complementarias:

a) Con el menor

b) Con la familia

c) Otros

PROXIMA REVISION FORMAL DEL CASO: CUANDO Y QUIEN.

VALORACION GENERAL DE LA EVOLUCION DEL CASO Y PRONOSTICO

INFORME ELABORADO POR (profesionales y firma)

Fecha

ANEXO 2 Q

DOCUMENTACIÓN A ELABORAR POR EL ETF PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN DEL ETF AL SPM

INFORME PSICOLOGICO

DATOS RELATIVOS AL INFORME:

- ◆ Servicios Sociales del Ayuntamiento/Diputación de _____
 - Dirección
 - Teléfono y Fax
 - Localidad
 - Provincia
 - Fecha de la derivación
 - Dirigido al: _____
 - Profesional responsable del caso _____ Profesión _____

- Motivo de la derivación del caso _____

- ◆ Datos de identificación del técnico que elabora el informe:
 - Nombre y apellidos del profesional que elaboran el informe _____

 - Psicólogo del Equipo de Tratamiento Familiar de _____

 - Fecha de elaboración del informe _____
 - Motivo de la realización del informe _____

- Fuentes consultadas y metodología para la realización de este informe _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL MENOR/ES A LOS QUE SE REFIERE EL INFORME

- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____

- Fecha de nacimiento _____ Edad _____

- Domicilio actual _____

- Localidad _____

- Provincia _____

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA FAMILIA DEL MENOR/ES:

- Composición familiar del menor/es:

- Nombre y apellidos de los miembros de la unidad familiar.
 - Fecha de nacimiento de los miembros de la unidad familiar.
 - Parentesco con el menor/es a los que se refiere el informe.
 - Ocupación de cada uno de los miembros de la unidad familiar.
-
- Genograma familiar

ANTECEDENTES FAMILIARES. HISTORIA PERSONAL DE LOS PADRES/TUTORES/GUADADORES.

- **Características de las familias de origen de los padres/tutores/guardadores. Infancia y familia.** Percepción de los padres acerca de la calidad de la relación que mantuvieron con sus propios padres, existencia de figuras adultas positivas de apego durante la niñez y adolescencia, experimentación de situaciones de desprotección infantil, actividades habituales desarrolladas en la infancia y adolescencia.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS FIGURAS PARENTALES

- **Características de su funcionamiento psicológico general, situación emocional y comportamental:** capacidad de juicio y razonamiento, madurez mental, habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas, reacciones habituales ante el estrés, nivel de tolerancia a la frustración, estabilidad y madurez emocional, nivel de control de los impulsos, autoestima.....etc.
- **Existencia de trastornos psicopatológicos** que limitan su funcionamiento normal, historia del trastorno, tratamientos, evolución y pronóstico.
- **Abuso de drogas, alcohol u otras adicciones.** Repercusiones de estos problemas en la vida del sujeto.

- FUNCIONAMIENTO PSICOLOGICO DE LOS MENORES

- a) **A nivel emocional, comportamental y social:** Adecuación de su conducta en el hogar y escuela, existencia de dificultades emocionales. Presencia de trastornos psicológicos, historia, tratamientos, evolución y pronóstico del trastorno. Repercusiones de los problemas psicológicos y/o comportamentales en la vida del menor y del resto de miembros de su familia.

Grado en que los niños/as mantienen relaciones sociales con otros niños/as de su edad, contextos dónde se producen, problemas en este área, posibles influencias negativas de las amistades del menor. Supervisión por parte de los padres/tutores/guardadores de la compañía de sus hijos. Reconocimiento por parte de los padres/tutores/guardadores de las necesidades sociales de los niños/as, y grado de satisfacción de dichas necesidades.

b) A nivel cognitivo. Area escolar: Causas y existencia de problemas en el desarrollo cognitivo de los menores, tratamiento recibido y pronóstico. Impacto de estos trastornos en las actividades habituales del menor y la familia. Grado de reconocimiento y satisfacción por parte de los padres de las necesidades educativas y de estimulación cognitiva de los niños/as.

Historia de la evolución escolar desde el inicio de su escolarización. Evolución en su rendimiento académico y nivel de aprendizaje. Asistencia a la escuela. Nivel de seguimiento de los padres/tutores/guardadores de la evolución escolar de sus hijos/as, grado de colaboración en el centro escolar.

DINAMICA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES

- **Relación de pareja:** Relaciones de pareja previas, estabilidad de las mismas, existencia de conflictos graves ó situaciones de violencia. Estabilidad de la relación actual, reparto de roles, vinculación emocional de la pareja. Grado en que las dificultades de la relación de pareja afectan o interfieren en la capacidad de los padres/tutores/guardadores para atender, cuidar y proteger a sus hijos/as. Utilización de los niños/as en los conflictos conyugales.
- **Relaciones padres-hijos:** Relación de apego, características de la vinculación afectiva entre los padres/tutores/guardadores y los niños/as. Descripción de la manera en que se muestran afecto en la interacción. Creencias y expectativas de los padres/tutores/guardadores hacia los niños/as. Modelos y prácticas educativas. Capacidad de cada uno de los hijos/as para promover afecto y protección en sus padres/tutores/guardadores. Existencia de características comportamentales o temperamentales en los niños/as que hacen que éstos no respondan adecuadamente a las demostraciones de afecto de sus padres/tutores/guardadores. Grado en que estos últimos son capaces de comprender y tolerar estos problemas.

- **Relación entre hermanos/as:** Comunicación existente entre los hermanos, existencia de conflictos, victimización de algún hermano por otro mayor, grado en que la relación fraternal supone una fuente de apoyo o estrés para los menores.

- **Relaciones con la familia extensa:** Comunicación existente con otros familiares, influencia entre ellos, grado de afectividad, existencias de conflictos, percepción de la problemática familiar por parte de sus parientes, implicación en los conflictos familiares, nivel de colaboración....

VALORACION PSICOLOGICA: Incluir, al menos, los siguientes aspectos:

- 1) Situación/es de desprotección o de riesgo detectadas o sospechadas en la familia, nivel de gravedad y efecto actual en el entorno familiar.
 - 2) Descripción del funcionamiento individual de los miembros de la familia, la dinámica relacional intrafamiliar, y su dinámica relacional con el entorno (incluyendo familiares, otras personas y servicios/profesionales).
 - 3) Problemas familiares asociados a los déficits en el cuidado proporcionado a los niños/as.
 - 4) Aspectos positivos en la familia, en la situación y cuidado proporcionado a los niños/as.
 - 5) Conciencia del problema y motivación de cambio por parte de los padres/tutores/guardadores. Reconocimiento de las necesidades básicas de sus hijos.
 - 6) Motivos que hacen necesaria la intervención del Servicio de Protección de Menores.
-
- **Cualquier otro dato de interés con relación al estudio y valoración psicológica**

 - **Observaciones**

Fecha:

Nombre y firma del profesional

NOTA: Los datos señalados en los distintos apartados del informe psicológico tienen carácter indicativo, pudiéndose ampliar en función de las características o necesidades de cada caso.

INFORME SOCIAL

DATOS RELATIVOS AL INFORME.

- ◆ Servicio Sociales del Ayuntamiento/Diputación de _____
 - Dirección
 - Teléfono y Fax
 - Localidad
 - Provincia
 - Fecha de la derivación
 - Dirigido al _____

- Profesional responsable del caso _____ profesión _____

- Motivo de la derivación del caso _____

- ◆ Datos de identificación del técnico que elabora el informe
 - Nombre y apellidos del profesional que elabora el informe

 - Trabajador Social del Equipo de Tratamiento Familiar de

 - Fecha de elaboración del informe _____

 - Motivo de la realización del informe _____

- Fuentes consultadas y metodología para la realización de este informe _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL MENOR/ES A LOS QUE SE REFIERE EL INFORME

- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____
- Fecha de nacimiento _____ edad _____
- Domicilio actual _____
- Localidad _____
- Provincia _____

DATOS DE IDENTIFICACION FAMILIAR

- **Domicilio familiar:**

Dirección _____

D:P: _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono (especificar si no pertenece a la propia familia) _____

- **Composición y estructura familiar:**

Miembros de la familia Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Parentesco	Ocupación

- Miembros de la familia nuclear ausentes del domicilio, motivo de la ausencia, localización actual
- Personas que viven actualmente con los menores
- Persona/s que ejerce/n de cuidador/es principales de los niños (especificar parentesco).
- En caso de separación, especificar quien ostenta la custodia de los menores. Indicar si los menores están legalmente reconocidos por ambos progenitores.

Genograma familiar. Incluir nombres y edades de los miembros de la familia, preferiblemente abarcando tres generaciones, incluyendo los miembros fallecidos, fechas de nacimiento, matrimonios, separaciones, divorcios y muertes de los diferentes miembros de la familia, ocupación, lugar de residencia, y sucesos vitales importantes en la vida de la familia.

Encerrar en un círculo a los miembros de la familia que viven en el mismo domicilio.

Situación socioeconómica de la familia:

- **Característica de la vivienda:** (Movilidad y estabilidad residencial, característica del barrio, régimen de uso, espacio disponible, distribución del mismo, seguridad e higiene, equipamiento básico, estado de habitabilidad).
- **Situación laboral:** (empleo, trabajos desempeñados, existencia y tipo de contrato, estabilidad laboral, horario, bajas laborales significativas, en caso de desempleo motivación y acciones llevadas a cabo para conseguirlo. Los menores de la familia se encuentran desempeñando alguna tarea laboral, especificar cuáles).
- **Situación económica de la familia:** (Orígenes y cuantía de los ingresos familiares. Nivel de autonomía familiar en esta área, grado en que los ingresos permiten cubrir las necesidades básicas de la familia, problemática con relación al manejo del dinero, gastos extraordinarios, bienes inmuebles y muebles.....).
- **Relaciones sociales y de ocio:** (redes de apoyo social, problemas más significativos en las relaciones sociales, estabilidad en las relaciones de amistad, relaciones con ambientes marginales y/o delictivos, ocupación y actividades para el tiempo libre, participación en actividades sociales organizadas, interés y motivaciones hacia estas actividades).
- **Relaciones sociales y pertenencia a grupos de referencia de los menores:** (Relaciones con iguales, contexto en el que se producen, problemas en esta área, posibles influencias negativas, supervisión por parte de los padres de las amistades de sus hijos....).
- **Ocio.** Ocupación del tiempo libre por parte de los miembros de la familia, realización de actividades familiares conjuntas, participación de los padres/tutores/guardadores y los niños/as en actividades organizadas.

SITUACION SOCIO SANITARIA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

- **Situación sanitaria del núcleo familiar:** (Indicar las enfermedades físicas de la familia. Toxicomanía u otras drogodependencias. Historia de la enfermedad, tratamiento, evolución y pronóstico. Incidencias de las enfermedades en la dinámica de las relaciones familiares y sociales. Grado de atención por parte de los padres a las necesidades físicas y de atención médica de los niños/as).
- **Situación física del menor:** (nivel madurativo y de desarrollo, vacunaciones, asistencia a controles médicos, enfermedades físicas, toxicomanías u otras drogodependencias).

ANTECEDENTES FAMILIARES: DINAMICA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES

- **Características de la familia de origen de los padres:**
- **Relación pasada y actual con la familia extensa.** Nivel de contacto/relación de los padres/tutores/guardadores y los niños con sus familiares; nivel de influencias de éstos en la vida familiar; ayuda que los familiares pueden proporcionar; existencia de conflictos en la relación, y motivo de dichos conflictos.
- **Papel que desempeña cada uno de los miembros del núcleo familiar,** especialmente cuando hay niños que desempeñan papeles no adecuados para su edad.

FUENTES DE ESTRÉS EN LA FAMILIA:

- Existencia de sucesos y/o situaciones en la familia que obstaculizan o interrumpen los roles y actividades habituales de la familia. Estilo de vida caótico o conflicto familiar continuo. Cambios significativos en las rutinas en un espacio de tiempo relativamente corto. Gravedad de tales sucesos e

impacto sobre el funcionamiento de la familia y, en particular, sobre la capacidad de los padres/tutores/guardadores para desempeñar adecuadamente su rol parental.

APOYOS SOCIALES Y FAMILIARES CON LOS QUE SE CUENTA

DIAGNOSTICO SOCIAL: Incluir, al menos, los siguientes aspectos:

- 1) Situación/es de desprotección o de riesgo detectadas o sospechadas en la familia, nivel de gravedad y efecto actual en el entorno familiar.
- 2) Problemas familiares asociados a los déficits en el cuidado proporcionado a los niños/as.
- 3) Aspectos positivos en la familia y en la situación y cuidado proporcionado a los niños/as.
- 4) Conciencia de problema y motivación de cambio por parte de los padres/tutores/guardadores. Reconocimiento de las necesidades físicas y sociales básicas de sus hijos.
- 5) Motivos que hacen necesaria la intervención del Servicio de Atención al Niño.

- **Cualquier otro dato de interés en relación al estudio y valoración social.**

- **Observaciones.**

Fecha:

Nombre y firma del profesional

NOTA: Los datos señalados en los distintos apartados del informe social tienen carácter indicativo, pudiéndose ampliar en función de las características o necesidades de cada caso.



INFORME EDUCATIVO

DATOS RELATIVOS AL INFORME

- ◆ Servicios Sociales del Ayuntamiento/Diputación de _____
 - Dirección
 - Teléfono y Fax
 - Localidad
 - Provincia
 - Fecha de la derivación
 - Dirigido al _____
 - Profesional responsable del caso _____ profesión _____
 - Motivo de la derivación del caso _____

- ◆ Datos de identificación del técnico que elabora el informe
 - Nombre y apellidos del profesional que elabora el informe _____

 - Educador Familiar del Equipo de Tratamiento Familiar de _____

 - Fecha de elaboración del informe _____



- Motivo de la realización del informe _____

- Fuentes consultadas y metodología para la realización de este informe _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL MENOR/ES A LOS QUE SE REFIERE EL INFORME

- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____
- Nombre _____ Apellidos _____

- Fecha de nacimiento _____ Edad _____

- Domicilio actual _____

- Localidad _____

- Provincia _____

DATOS DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Datos de identificación de la unidad familiar:

- Nombre y apellidos de los miembros de la unidad familiar.
- Fecha de nacimiento de los miembros de la unidad familiar.
- Parentesco con el menor/es a los que se refiere el informe.
- Ocupación de cada uno de los miembros de la unidad familiar.

Domicilio familiar:

Dirección_____

D.P._____Localidad_____Provincia_____

Teléfono (especificar si no pertenece a la propia familia)_____

ANTECEDENTES FAMILIARES. HISTORIA PERSONAL DE LOS PADRES/TUTORES /GUARDADORES

_ Modelos educativos de las familias de origen de los padres/tutores/guardadores. Infancia y familia. Transmisión de normas socio-educativas educativas de los antecedentes familiares, percepción de los padres hacia estos patrones educativos, habilidades sociales que han determinado la infancia y la adolescencia....

CARACTERISTICAS SOCIO-EDUCATIVAS DE LA FIGURAS PARENTALES

_ Pautas educativas, modelos de interacción: Desempeño del rol de padres, interacción entre los mismos, comunicación entre ellos, estabilidad familiar, conflictos existentes, habilidades que destacan en las relaciones entre los progenitores, modelos educativos en relación con los hijos. Existencia de sucesos y/o situaciones en la familia que obstaculizan o interrumpen los roles y actividades habituales de la familia. Estilo de vida caótico o conflicto familiar continuo. Cambios significativos en las rutinas en un espacio de tiempo relativamente corto. Gravedad de tales sucesos e impacto sobre el

funcionamiento de la familia y, en particular, sobre la capacidad de los padres/tutores/guardadores para desempeñar su rol parental.

_ NIVEL EDUCATIVO DE LA FAMILIA

- **Nivel educativo de los padres/tutores/guardadores:** Nivel de estudio de los miembros adultos de la familia, capacidad de comprensión y expresión, interés y motivación hacia las diferentes actividades educativas y culturales, nivel de expectativas hacia el rendimiento, aprendizaje y formación de los hijos, implicación de los padres en la escolarización y educación de los hijos.....
- **Escolarización del/la menor:** Nivel escolar, centros educativos, rendimiento, regularidad en la asistencia a los centros educativos, participación de los padres en la formación educativa de los hijos, percepción de los hijos ante la implicación de los padres en esta área educativa

MODELOS EDUCATIVOS EN EL AMBITO LABORAL:

- Percepción de los padres ante la actividad laboral, expectativas, asistencia al trabajo, regularidad en el mismo, en caso de desempleo motivación y acciones llevadas a cabo para conseguirlo. Aptitudes para la organización económica de la familia.
- Los menores de la familia se encuentran desempeñando alguna tarea laboral. Percepción de los hijos ante el trabajo desarrollado por los padres.

MODELOS EDUCATIVOS EN EL AMBITO DE LA SALUD

- **En relación a los padres:** Pautas sanitarias, actitudes ante los hábitos sanitarios, actitudes ante las enfermedades de ellos mismos y de los hijos,

controles sanitarios.....

- **En relación a los menores:** Hábitos higiénicos y sanitarios existentes, actitud ante el aprendizaje de hábitos sanitarios saludables, asistencia a controles médicos, nivel madurativo y de desarrollo, existencia de enfermedades y soluciones al respecto.....

APOYO SOCIALES Y FAMILIARES CON LOS QUE CUENTAN

DIAGNOSTICO EDUCATIVO: Incluir, al menos, los siguientes aspectos:

- 1) Situaciones de desprotección o de riesgo detectadas o sospechada en la familia, nivel de gravedad y efecto actual en el entorno familiar.
- 2) Modelos educativos que prevalecen en la unidad familiar.
- 3) Deficits en los patrones educativos familiares con relación al cuidado y protección de los niños/as
- 4) Aspectos positivos en la familia y en la situación y cuidado proporcionado a los niños/as.
- 5) Conciencia del problema y motivación de cambio por parte de los padres/tutores/guardadores. Reconocimiento de las necesidades de aprendizaje de pautas educativas adecuadas y positivas para posibilitar el bienestar de los hijos.
- 6) Motivos que hacen necesaria la intervención del Servicio de Protección de Menores.

- **Cualquier otro dato de interés con relación al estudio y valoración socio-educativa.**

- **Observaciones.**

Fecha:

Nombre y firma del profesional

NOTA: Los datos señalados en los distintos apartados del informe educativo tienen carácter indicativo, pudiéndose ampliar en función de las características o necesidades de cada caso.



INFORME GLOBAL INTERDISCIPLINAR

DATOS DE IDENTIFICACION DEL MENOR/ES

- Nombre:
- Apellidos:
- Edad y fecha de nacimiento
- Domicilio actual
- Localidad
- Provincia

COMPOSICION FAMILIAR

Miembros de la familia Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Parentesco	Ocupación

- Lugar dónde se encuentran el menor/es en la actualidad y situación _____



- **Genograma (tres generaciones)**

Síntesis del estudio social

Síntesis del estudio psicológico

Síntesis del estudio educativo

SÍNTESIS Y VALORACIÓN DIAGNÓSTICA GLOBAL INTERDISCIPLINAR

- **Historia del caso en los Servicios Sociales Comunitarios:** Especificar motivo de los contactos previos, fechas, intervenciones llevadas a cabo desde otros servicios....etc
- **Incidentes que motivan la intervención. Tipología del maltrato.** Agente del maltrato, relación de proximidad con el menor, percepción del problema por parte de la familia.
- **Factores asociados** existentes en la familia que agravan la situación del menor, tales como problemas económicos, paro con subsidio, paro sin subsidio, carecer de vivienda, problemas físicos/psíquicos, toxicomanías, prisión preventiva padre ó madre....etc .
- **Evaluación, diagnóstico inicial y pronóstico del caso**

- **Fecha de incorporación del caso al Programa de tratamiento**
- **Tipo de intervenciones realizadas desde el ETF. Diseño del Proyecto de Tratamiento Familiar.** Nivel de colaboración de familiares y allegados para la resolución de los conflictos.
- **Actuaciones e intervenciones en coordinación con distintos ámbitos profesionales y/o instituciones** (Salud, Educación, Salud Mental.....).
- **Resultados del Tratamiento en función de los objetivos propuestos.**
- **Valoración actual de la situación y pronóstico de recuperabilidad del caso.**

PROPUESTA DE MEDIDA

- **Tipo de medida de protección**
- **Temporalización de la medida**
- **Conocimiento y percepción que tiene la familia de la medida propuesta.**

OBSERVACIONES:

Fecha:

Nombre y firma del profesional responsable.





ANEXO 2 R

**DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF
REGISTRO DE ACTUACIONES EN EL CASO**

ETF de.....
Referente del caso:
FAMILIA.....

FECHA	ACTIVIDAD	PROFESIONAL





ANEXO 2 S

**DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF
FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA COORDINACIÓN**

Familia:

Fecha y lugar:

Motivo de la reunión:

Profesionales convocados:

Profesionales asistentes:

Cumplimiento de los compromisos familiares

Acuerdos de la sesión de coordinación:

Observaciones:

Firma de los asistentes



ANEXO 2 T

**DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF
SOLICITUD A LOS SSCC SOBRE LA UTILIZACIÓN DE
RECURSOS COMUNITARIOS**

Profesional que solicita los recursos

Dirigido a:

Recursos solicitados

Datos de la familia para la cual se solicitan los recursos:

Nombre y apellidos:
nº de expediente en la UTS

Motivo de la solicitud:

Intervenciones que justifican la solicitud

Otras observaciones

Fecha

Firma:

ANEXO 2 U

DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF SEGUIMIENTO EDUCATIVO DEL MENOR

EQUIPO DE TRATAMIENTO:

AYUNTAMIENTO/DIPUTACIÓN DE

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO:

- Nombre
- Domicilio
- Nombre del tutor
- Nº de teléfono
- Comedor SI NO
- Acude al menor a comedor: SO NO

2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL MENOR:

- Nombre y Apellidos
- Fecha de nacimiento
- Nombre y apellidos del padre/madre/tutor
- Domicilio
- Teléfono
- Curso

3.- HÁBITOS

- Higiene Personal

- | | | | | |
|--|---------|----------|---------|-------|
| - Acude limpio: | Siempre | A menudo | A veces | Nunca |
| - Acude vestido adecuadamente para la época del año: | Siempre | A menudo | A veces | Nunca |
| - Limpieza vestidos: | Siempre | A menudo | A veces | Nunca |
| - Cuida los objetos personales: | Siempre | A menudo | A veces | Nunca |

- Alimentación:

Reflejar si presenta algún tipo de anomalía

- Higiene bucal:

Reflejar si presenta algún tipo de anomalía

4.- VALORACIÓN DE LA PROPIA PERSONA

- Tiene buen concepto:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Tiene buena autoestima:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Tolerancia los fracasos:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Reconoce los errores:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

5.- RENDIMIENTO

- Es puntual:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Termina los trabajos:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Es competente en sus tareas:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

-En qué actividades o juegos demuestra más interés:

-En cuáles se inhibe:

6.- RESPECTO A LA SOCIEDAD:

- En las actividades:

- Conserva el material común:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Devuelven lo que prestan:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Da la cara cuando le descubren alguna travesura:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Tiene interés:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

- En el juego:

- Es noble:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
- Sabe perder:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

-Tiene autocontrol:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Tiene interés:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

● Relación interpersonal:

-Es respetuoso:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Ayuda a los demás:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Sabe escuchar:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Es tolerante:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Es extrovertido:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Colabora con los trabajos en equipo:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Muestra dependencia de los compañeros:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

● Con los profesores:

-Es sincero:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Pide turno para hablar:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Colabora con ellos:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Pregunta lo que no entiende:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Muestra dependencia del profesor:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

● Con la comunidad:

-Sigue las normas:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Afronta las dificultades solo:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Intenta que haya paz a su alrededor	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

● Respecto al medio ambiente:

-Respeto a los animales:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Respeto las plantas y su entorno:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
-Cuida y mantiene limpio los espacios que utiliza:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca

7.- OBSERVACIONES:

8.- ASISTENCIA

Faltas primer trimestre:
Faltas segundo trimestre:
Faltas tercer trimestre:

¿Ha justificado las faltas?: SI NO

Motivo:

9.- CONDUCTA EDUCATIVA DE LOS PADRES

- Acuden cuando se les cita:	SI	NO
- ¿Quién?	Padre	Madre
- Aceptan las pautas del centro educativo	SI	NO
- Solicitan información sobre sus hijos?	SI	NO
- Otras significativas:		

ANEXO 2 V

**DOCUMENTACIÓN INTERNA DEL ETF
PROTOCOLO DE REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA**

EQUIPO DE TRATAMIENTO:

AYUNTAMIENTO/DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE:

APELLIDOS Y NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

VISITA REALIZADA POR:

FECHA DE LA VISITA:

MOTIVO DE LA VISITA:

ENTREVISTA MANTENIDA CON:

1. VIVIENDA:

1.1. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA:

TIPO	RÉGIMEN	Nº HABITACIONES	CONSTRUCCIÓN
PISO	PROPIA	UNA	MUY ANTIGUA
CASA	ALQUILADA	DOS	ANTIGUA
_____	CEDIDA	TRES	RECIENTE
_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES:

1.2. EQUIPAMIENTOS:

ELECTRICIDAD
AGUA CORRIENTE
AGUA CALIENTE
GAS BUTANO
GAS INSTALADO

T.V.
RADIO
LAVADORA
FRIGORÍFICO
COCINA

OTROS:

OBSERVACIONES:

1.3. CONDICIONES DE HIGIENE Y HABITABILIDAD:

CONSERVACIÓN:

HUMEDAD
GOTERAS
GRIETAS
DESPERFECTOS

HABITABILIDAD:

VENTILACIÓN
ILUMINACIÓN
CONFORTABLE
HABITABLE

DEFICIENTE
INHABITABLE

LIMPIEZA, CUIDADOS Y DECORACIÓN:

TIPOS DE ARREGLOS O MODIFICACIONES NECESARIAS:

ESTADO DE MUEBLES Y ENSERES

NECESIDAD DE OTROS

OBSERVACIONES:

1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA Y USO DE ESPECIOS (en función de los miembros que conviven en la misma):

2. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

2.1 RELACIONES FAMILIARES

CALIDAD BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ NINGUNA
OBSERVACIONES

2.2. RELACIONES VECINALES

CALIDAD BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ NINGUNA
OBSERVACIONES

PERIODICIDAD

CONTINUIDAD
ESPERÁDICA

PERIÓDICA
NINGUNA

OBSERVACIONES

2.3. RELACIONES SOCIALES:

PERTENECEN A ALGUNA ASOCIACIÓN

SI CUÁL/CUÁLES
NO

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ASOCIATIVA

SI CUÁL/CUÁLES
NO

UTILIZA INSTITUCIONES/CENTROS (referentes a la red social):

OBSERVACIONES:

3.- VALORACIÓN SOCIAL

Fdo: _____--

ANEXO 2 w

**MEMORIA TÉCNICA ANUAL DE EVALUACIÓN DEL
PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES**

PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES (Convenio suscrito en el año 200_)

(Se consignarán los datos correspondientes al periodo de vigencia del convenio evaluado)

(Esta memoria será un compendio de todos los datos. Se consignarán conjuntamente los datos del trabajo realizado por el o los equipos de tratamiento familiar, en el supuesto de existir más de uno)

Pinchar icono



A-DATOS GENERALES

Corporación Local:

Nº de equipos:

Nº de Profesionales:

Señalar el periodo de tiempo para la ejecución del programa:

(Periodo de vigencia del convenio)

DD-MM-AA/DD-MM-AA

Objetivos conseguidos durante el periodo evaluado: (En relación a los objetivos del Programa de Tratamiento a familias con menores)



(Pinchar Icono para cumplimentar)

B-DATOS DE LOS CASOS ATENDIDOS:

Número de casos correspondientes a familias en situación de riesgo:

Pinchar icono



Nº de casos atendidos en el ejercicio evaluado	Iniciados en ejercicios anteriores	Incorporados al programa durante la vigencia del Convenio actual	TOTAL
Familias			0
Menores			0

Número de casos de reunificación familiar:

Nº de casos atendidos en el ejercicio evaluado	Iniciados en ejercicios anteriores	Incorporados al programa durante la vigencia del Convenio actual	TOTAL
Familias			0
Menores			0

Número de casos que cambiaron de subprograma (de riesgo social a reunificación familiar):

	TOTAL
Familias	
Menores	

Número de casos pendientes de atender: (Casos ya derivados al equipo con los que aún no se han iniciado las actuaciones, con independencia de que continúen en el servicio derivante:

Nº de casos pendientes de atender	Riesgo Social	Reunificación Familiar

