



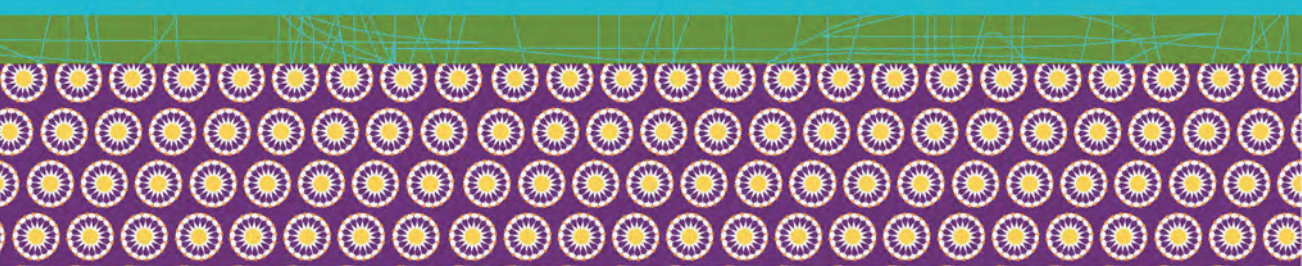
INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL

Irene V. Intebi



CONSEJERÍA DE EMPLEO
Y BIENESTAR SOCIAL
Dirección General de Políticas Sociales

COLECCIÓN DOCUMENTOS TÉCNICOS



INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL

Irene V. Intebi

ESTE DOCUMENTO COMPLEMENTA LOS CONTENIDOS DE LOS SEMINARIOS DE

FORMACIÓN - SUPERVISIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL

ORGANIZADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES Y DIRIGIDOS A PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA DEL GOBIERNO DE CANTABRIA

- Ha trabajado en el ámbito del maltrato y abandono infantil -en las áreas de prevención, tratamiento y formación interdisciplinaria- desde 1985.
- Tiene experiencia como psicoterapeuta individual con niñas y niños víctimas de maltrato y con agresores, psicoterapeuta familiar y psicoterapeuta grupal. Ha trabajado y dirigido diferentes programas interdisciplinarios para servicios públicos y de voluntariado en Latinoamérica y Europa.
- Fue Coordinadora del Área de Maltrato Infantil de la Dirección General de la Mujer - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) entre los años 1993 y 2006.
- Presidenta del Comité Ejecutivo de ISPCAN (Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil) 2009-2012.
- Fundadora -y vicepresidenta hasta 2004 - de ASAPMI (Asociación Argentina para la Prevención del Maltrato y Abandono Infantil).
- Co Directora del Proyecto de Capacitación Internacional de ISPCAN (PROCAPI/ITPI) desde 2000 hasta la actualidad y Directora del Proyecto de Capacitación Internacional de ISPCAN (PROCAPI)-Argentina que se lleva a cabo en la Provincia de Chubut desde 2000 hasta 2004. PROCAPI-Argentina prosigue actualmente bajo la co-dirección de profesionales de la Provincia.
- En España es la responsable del área clínica de la Asociación Dartington-i y consultora clínica de la Asociación Arbutz donde realiza la dirección técnica del proyecto de atención integral para niños, niñas y adolescentes con conductas sexuales de riesgo del municipio de Pasaia (Guipúzcoa) y, en 2007, la supervisión clínica de los Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia (EZIA) de Guipúzcoa (País Vasco). Además, lleva a cabo la formación-supervisión de los profesionales de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia del Gobierno de Cantabria (2006 hasta la actualidad).
- Autora de:
 - Abuso sexual infantil: En las mejores familias (1996) -Editorial Granica- Buenos Aires.
 - Maltrato de niños, niñas y adolescentes (2003) -Familias del Nuevo Siglo- Buenos Aires (en co autoría con Norma Osnajanski).
 - Nuestro compromiso como padres y madres: Consejos sobre cómo ejercer nuestra función de protección con responsabilidad (2006) - Gobierno de Navarra (en co autoría con María Ignacia Arruabarrena).
 - La protección infantil: El papel de la escuela (2006) - Gobierno de Navarra (en co autoría con María Ignacia Arruabarrena).
 - Valoración de sospechas de abusos sexual infantil (2008) -Colección Documentos técnicos- Gobierno de Cantabria.
- Es revisora de artículos para publicación (1998 hasta la fecha) y miembro del Consejo Editorial (2001 hasta la fecha) de la publicación Child Abuse and Neglect: The International Journal y revisora de artículos del Journal of Interpersonal Violence (2008 hasta la fecha).



ÍNDICE

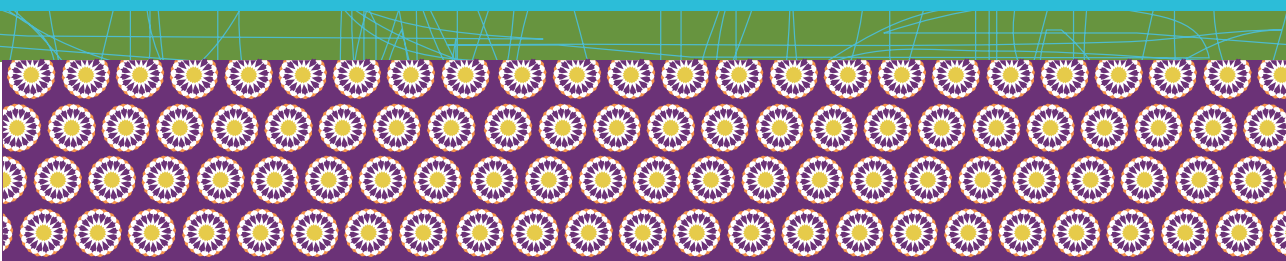
I. CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN

1. DEFINICIONES	9
2. COMPETENCIAS	29
3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	49
4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS	65
5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	87

II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS	115
7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN	129
8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO	141
9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL	165
10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA	193

I. CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN





1. DEFINICIONES

1.1. INTRODUCCIÓN

El problema de los malos tratos hacia los/as niños/as no suele ser comprendido en todas sus dimensiones y en su complejidad por el común de la gente. Se tiende a creer que aqueja a familias que viven en condiciones de marginalidad, carenciados en lo económico, con bajos niveles educativos y con adicciones al alcohol o a las drogas. Por lo general, frente al fenómeno de la violencia -en especial a la que se origina en el seno de una familia-, la sociedad se defiende mediante ciertas estrategias -minimización, indiferencia, intolerancia, tendencia a pensar que le ocurre a personas muy diferentes a uno mismo- que generan prejuicios y obstaculizan la comprensión.

David Finkelhor (1996), prestigioso investigador estadounidense, afirma que la posibilidad de descorrer el velo de lo reservado al ámbito privado de la vida familiar y el desvelamiento de la existencia de malos tratos y abusos escondidos durante siglos están estrechamente vinculados a lo que denomina una transformación moral sostenida en dos premisas básicas:

1. El creciente consenso de que los niños y las niñas deben ser socializados fundamentalmente a través del cariño y no mediante severos métodos disciplinarios de crianza, como los golpes y la humillación, que producen trastornos en el desarrollo.
2. La autoridad parental no es absoluta. En muchos casos, los progenitores -por diversos motivos- no están en condiciones de evaluar y/o de decidir qué es lo mejor para sus hijos e hijas además de no tener autoridad irrestricta sobre ellos.

La aceptación de estas premisas creó la base del concepto de maltrato infantil y de la noción de que los profesionales y las autoridades públicas tienen derecho y obligación de intervenir en los grupos familiares en función del interés de los niños y las niñas.

Como bien saben los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la protección infantil, la intervención en estos casos no se limita a la detección y a la confirmación -o no- de la situación de violencia, que ya de por sí presentan sus dificultades.

1. DEFINICIONES

La intervención propiamente dicha -esa etapa posterior a la investigación y a la evaluación de las sospechas- constituye un complejo entramado en el que se entrecruzan el planteamiento de objetivos, la disponibilidad y la oferta de recursos al niño/a y a la familia, la aceptación de dichos recursos y la coordinación de servicios y de profesionales.

En este documento técnico se tratarán los fundamentos de la intervención partiendo de la identificación de los factores de riesgo y de los factores de protección que ofrece el grupo familiar, de las consecuencias observadas en los/as niños/as y en los/as adultos/as y de las modalidades de protección y de reparación más adecuadas a cada situación.

1.2. DEFINICIONES

1.2.1. Riesgo de desprotección

Niños/as en riesgo de desprotección son aquellos/as que viven y se desenvuelven en entornos familiares o sociales cuyas condiciones pueden provocar un daño significativo a corto, medio y/o largo plazo en su bienestar y desarrollo.

Diversas situaciones pueden colocar a una persona menor en riesgo de desprotección:

- a) Riesgo de cuidado inadecuado: es el que existe cuando se detecta una situación de crisis o problemas en la familia (por ejemplo, alto nivel de estrés, consumo de drogas o alcohol de los padres, maternidad/ paternidad adolescente, aislamiento social) que se prevé pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa a la capacidad de las figuras parentales para proporcionar un cuidado y atención adecuada al niño, niña o adolescente y provocar la aparición de situaciones de desprotección en un futuro próximo.
- b) Cuidados parentales inadecuados (no desprotección): ocurre cuando las figuras parentales o las personas adultas que conviven en la familia no proporcionan al niño, niña o adolescente un trato o cuidado óptimo, pero:
 - esta situación no ha provocado ni se prevé que vaya a provocar a corto plazo un daño (a nivel físico, psicológico, cognitivo y/o social), o
 - si ha producido un daño, no es significativo (es decir, no afecta de manera relevante al desarrollo del niño, niña o adolescente) ni se prevé que vaya a hacerlo a corto plazo.

1. DEFINICIONES

Esto puede producirse porque:

- las conductas de trato o cuidado inadecuado son de baja intensidad, o
 - pueden ser de intensidad moderada pero su frecuencia es baja, produciéndose sólo de forma esporádica.
- c) Otras situaciones en el entorno familiar o social que pueden influir negativamente en el desarrollo del niño, niña o adolescente: entornos sociales con imágenes identificatorias no deseables, falta de servicios, alto índice de delincuencia, marginación o violencia en el vecindario, etc.

1.2.2. Desprotección

La situación de desprotección ocurre cuando las personas menores tienen sus necesidades básicas sin cubrir durante un período de tiempo suficientemente amplio como para provocar un daño significativo en su salud y desarrollo o colocarle en riesgo de sufrirlo. Puede deberse a circunstancias familiares y/o al comportamiento de sus padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia o a problemas o circunstancias externas fuera del control de los padres o responsables legales.

Configuran situaciones compatibles con malos tratos a los/as niños/as aquéllas en las que hay:

- a) Incumplimiento por parte de los padres o responsables legales de los deberes de protección: renuncia o no reconocimiento de maternidad/ paternidad, abandono total del menor¹, o causa de naturaleza similar.
- b) Trato inadecuado (por acción y omisión) de los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia hacia el menor (maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, abuso sexual, explotación sexual, corrupción, incapacidad parental de control de la conducta infantil/ adolescente).

1. Abandono: "Delegación total por parte de los padres o responsables legales del cuidado del menor en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado de éste" o "desaparición física de los padres o responsables legales y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del menor".

1. DEFINICIONES

- c) Incapacidad de los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia para proteger al menor de las agresiones o el trato gravemente inadecuado de otras personas, incluyendo las situaciones en que los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia demuestran pasividad o incapacidad para proteger al menor de situaciones de maltrato/abandono de gravedad moderada y elevada, infligidas por otras personas adultas o por otros menores de edad.

1.2.3. Necesidades infantiles

Necesidades infantiles son aquellas necesidades que los/as niños/as y adolescentes deben tener satisfechas para asegurar un óptimo desarrollo bio-psico-social. Debido a su inmadurez, dependerán de los/as adultos/as del entorno cercano para su satisfacción.

Necesidades físicas:

- Alimentación
- Temperatura
- Higiene
- Salud
- Sueño

Necesidades de seguridad:

- Protección ante condiciones del entorno que suponen un riesgo para la integridad física del menor.
- Protección ante otros adultos/menores que hacen o pueden hacer daño al menor.
- Protección ante el daño que el menor puede hacerse a sí mismo.

Necesidades sociales:

- Disposición de orientación y límites a la conducta
- Aprendizaje de control de las emociones y conductas apropiadas para la participación social y el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas.
- Red de relaciones sociales.
- Interacción lúdica.

1. DEFINICIONES

Necesidades cognitivas:

- Estimulación sensorial: Disposición de experiencias de exploración y de aprendizaje.
- Exploración física y social.
- Comprensión de la realidad física y social.

Necesidades emocionales:

- Seguridad emocional:
 - Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con adultos significativos.
 - Sensibilidad y responsividad a las necesidades del niño.
 - Contacto físico apropiado.
 - Recepción de afecto y refuerzo positivo.
 - Continuidad en las relaciones con los familiares y otros adultos significativos.
- Participación y autonomía progresivas.
- Respeto al proceso de desarrollo psicosexual.
- Protección ante riesgos imaginarios.

Cuando se hace referencia al maltrato infantil se considera el potencial de daño que puedan ocasionar los padres y/o cuidadores así como la dificultad o incapacidad de padres y cuidadores/as para satisfacer diferentes necesidades básicas de niños/as y adolescentes en las distintas etapas evolutivas.

IMPORTANTE:

Si bien las necesidades básicas pueden clasificarse de la misma manera a lo largo del desarrollo infantil, sus características varían en las distintas etapas evolutivas.

Padres que son eficaces para satisfacer necesidades en una etapa pueden ser inadecuados en otra posterior o haberlo sido en una etapa anterior.

1.2.4. Maltrato infantil

Maltrato infantil: abarca todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, o a cualquier tipo de explotación

SIGUE >>

1. DEFINICIONES

comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en el contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder, y que resulten en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de los niños. (OMS, 1999)

Es importante contextualizar esta definición dentro del siguiente marco contextual:

- Se considera niño/a a toda persona desde su nacimiento hasta los 18 años.
- Se denomina daño potencial a la amenaza de que un niño/a resulte lastimado/a como consecuencia de un fallo en su supervisión o de la protección adecuada, con el riesgo de quedar expuesto/a a una situación peligrosa o evolutivamente inapropiada.
- Se habla de daño real cuando es posible registrar algún trastorno físico, cognitivo, emocional y/o evolutivo en el niño/a, aún cuando el daño no haya sido detectado en el momento de ocurrir el episodio de maltrato.
- La explotación comercial o de cualquier otra índole remite a la utilización del niño/a en trabajos o en actividades para el beneficio de otras personas. Incluye, pero no se limita, al trabajo y a la prostitución infantiles. Estas actividades van en detrimento de su salud física y mental, de su educación y/o de su desarrollo moral o socioemocional.
- La posición de responsabilidad, confianza o poder abarca a aquellos individuos (de manera singular o colectiva) que, en virtud de determinadas características (edad, posición social, conocimiento, forma organizacional) se encuentran una situación de poder que convierte al niño/a en vulnerable. Es decir que determinados episodios de violencia que ocurren fuera del ámbito familiar pueden calificarse como malos tratos debido a que la definición de maltrato infantil engloba la violencia que ocurre en aquellos vínculos en los que se puede identificar a una persona encargada del cuidado y de la supervisión de los niños/as (encargados/as de guarderías y jardines de infantes, parientes y maestros/as) sin limitar el concepto a los malos tratos intrafamiliares.

IMPORTANTE:

Con frecuencia las diferentes tipologías de maltrato infantil suelen coexistir. Los malos tratos contra los/as niños/as y los/as jóvenes no comienza de manera brusca e impredecible. Por lo general, el comienzo es solapado, la evolución es crónica y episodios, de características menos dañinas, suelen agravarse en el curso del tiempo.

1. DEFINICIONES

1.2.5. Maltrato físico

Se considera maltrato físico a aquella forma de maltrato infantil que origina daño físico real o potencial a partir de algún tipo de interacción ubicable dentro de los márgenes razonables de control de uno o ambos progenitores, o de alguna persona en posición de responsabilidad, confianza o poder. Los incidentes pueden ser únicos o múltiples. (OMS, 2001).

Cuando se menciona a las **interacciones ubicables dentro de los márgenes razonables de control** se está señalando la diferencia entre lesiones intencionales y no intencionales.

- Las **lesiones no intencionales** son aquellas que se producen como consecuencia de un conjunto de circunstancias que no pueden prevenirse, dada la propensión del ser humano a cometer errores, y debido a la imposibilidad de prever las consecuencias negativas de manera precisa.
- En cambio, las **lesiones intencionales** son las que se producen debido a la interacción -o la falta de interacción- del adulto/a encargado/a de los cuidados y el niño/a, (siempre que el adulto/a pueda tener control sobre dicha interacción) con el objetivo de producir daño. El grado de intencionalidad es variable y se trata de una cuestión conjetural que frecuentemente requiere ser probada por el sistema legal.

La definición de maltrato físico del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

“Cualquier acción no accidental por parte de los padres o responsables legales que provoque daño físico severo o enfermedad en el niño, niña o adolescente o le coloque en grave riesgo de padecerlo”.

1.2.6. Negligencia

Se considera negligencia a la omisión, por parte del adulto/a cuidador/a, de proveer aquello que el niño/a necesita para su desarrollo en cualquiera de las áreas: salud, educación, desarrollo emocional, alimentación, vivienda y condiciones seguras de vida. Esta omisión se puede encuadrar como negligencia cuando tiene una alta probabilidad de producir daños en la salud o el desarrollo psicofísico, mental,

SIGUE >>

1. DEFINICIONES

espiritual, moral o social del niño/a, siempre que esté dentro del contexto de recursos disponibles para la familia o los cuidadores. La negligencia incluye la falta de supervisión y de protección adecuadas ante las posibilidades de que el niño/a padezca algún daño. (OMS, 2001)

Es la forma de maltrato infantil que ocupa el primer lugar en las notificaciones.

- Un niño/a que atraviesa situaciones de negligencia y no recibe adecuada protección y estimulación emocional, cognitiva o física, ni cuidados médicos o alimentación apropiada, puede sufrir retrasos irreversibles en su desarrollo. Estas consecuencias son semejantes para los distintos tipos de negligencia, sin que importe las razones que la motivan.
- Para la calificación de este tipo de maltrato no se pueden dejar de lado las diferencias que existen entre el abandono producido en un grupo familiar con disponibilidad material/formativa, y el abandono generado en una familia con carencias de ese orden.
- Es bastante común que, en la fase de detección, se preste poca atención a esta tipología de maltrato y se minimicen sus consecuencias. Se suele perder de vista que se trata de una situación de maltrato crónica, que comienza en etapas muy tempranas de la vida de los/as niños/as y que tiene efectos muy limitantes sobre el potencial de desarrollo normal.
- No se suele tener presente que la intervención resulta tan necesaria y reparadora como en las formas más “visibles” de maltrato infantil
- El elemento fundamental que define la negligencia es la falta de satisfacción crónica de las necesidades del niño/a, más allá de las intenciones y/o de los comportamientos de los padres/cuidadores.
- Se sitúa en la “zona gris” entre los cuidados óptimos y los cuidados innegablemente inadecuados: abarca un conjunto heterogéneo de manifestaciones que varían en cuanto a la forma, la gravedad y la cronicidad.
- Un concepto fundamental para calificar ciertos cuidados como negligentes es que los padres, a pesar de tener a mano los recursos para satisfacer las necesidades infantiles, no los utilizan. De ahí la importancia de diferenciar la negligencia de los efectos producidos por la carencia de recursos a nivel social pues los indicadores de falta de crecimiento y de dificultades en el desarrollo pueden ser parecidos.

1. DEFINICIONES

Algunas de las formas de negligencia son:

- Falta de supervisión apropiada que provoca daño físico o facilita abusos sexuales.
- Negligencia física, educacional, médica, emocional.
- Consentimiento e inducción de conductas delictivas en los/as niños/as.
- Abandono parcial.
- Exposición de los/as niños/as a episodios de violencia conyugal.

Los/as niños/as tienen el derecho a recibir y los padres/cuidadores la obligación razonable y prudente de brindar:

- Alimentación
- Vestimenta
- Vivienda
- Supervisión
- Atención médica
- Resguardo emocional
- Escolaridad

La definición de negligencia del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

“Las necesidades físicas y cognitivas básicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos, educación, estimulación cognitiva) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, niña o adolescente.”

1.2.7. Maltrato y negligencia emocional

Maltrato y negligencia emocional implica la ausencia de un entorno evolutivamente adecuado que ofrezca resguardo y comprensión así como la falta de alguna figura de apego primario que le permita al niño/a desarrollar capacidades emocionales y sociales estables y complejas con relación a su potencial propio, dentro del contexto social en el que vive. Comprende aquellas interacciones que tienen alta probabilidad de causar daños a la salud del niño/a (o a su desarrollo físico,

SIGUE >>

1. DEFINICIONES

mental, espiritual, moral o social) debido a que son evolutivamente inadecuadas, insuficientes o incoherentes para él/ella. Estas interacciones deben haber estado bajo la posibilidad de control razonable por parte de los padres/cuidadores o de las personas en posición de responsabilidad, confianza o poder.

Esta tipología de maltrato no requiere que haya contacto físico entre el agresor/a y el niño/a. Abarca actos tanto de acción como de omisión, por lo cual la denominación completa sería maltrato y negligencia emocional. (OMS, 2001)

- Es la tipología de maltrato infantil más difícil de diagnosticar ya que los indicadores y/o los síntomas que presenta el niño/a no se diferencian de las manifestaciones que acompañan a diversas patologías psicológicas-conductuales.
- Por lo general se la detecta asociada a otras formas severas de malos tratos.
- Aún confirmada la sospecha, las intervenciones de los profesionales, del sistema de protección y/o del sistema legal se hacen con más titubeos.
- En la mayoría de los casos coexiste -y constituye el substrato de- otras formas de malos tratos, siendo enmascarada por la gravedad y/o por la magnitud de las manifestaciones de las otras tipologías aunque también puede ocurrir sin asociarse a ninguna otra tipología.
- A diferencia de las otras tipologías del maltrato -como por ejemplo el abuso sexual-, el maltrato y la negligencia emocional ocurren a la vista de los demás.
- Si bien el maltrato y la negligencia emocional afectan todos los aspectos del funcionamiento del niño/a, lo hacen de un modo tan impreciso y difuso que no facilita la detección ni el diagnóstico.
- En las estadísticas de todos los países hay un importante subregistro de la cantidad de niños/as que padecen maltrato emocional.
- Lo impreciso y difuso de esta tipología hacen que las características disfuncionales de los vínculos progenitor-niño/a puedan ser detectadas por distintos observadores en ámbitos diferentes. Por lo tanto, se deben solicitar y reunir la información que puedan brindar la mayor cantidad de fuentes que tengan o hayan tenido contacto con la persona menor y con su familia.
- Las consecuencias del maltrato y de la negligencia emocional sin tratamiento

1. DEFINICIONES

persisten en la adultez.

- No es necesario que exista la motivación del adulto/a de dañar al niño/a. La persona responsable de los cuidados puede no darse cuenta de las consecuencias que tiene en el niño/a su estilo de interacción. El maltrato y la negligencia emocional se definen por las consecuencias que provocan en la persona menor.
- La responsabilidad de garantizar una relación padre/cuidador-hijo/a con características de buen trato y sin negligencia corresponde a los/as adultos/as.
- Los/as niños/as pueden presentar dificultades para establecer vínculos, pueden tener temperamentos difíciles, pueden ser desafiantes, pueden -por problemas físicos o psicológicos- provocar situaciones de estrés y sobrecarga en los padres y poner a prueba sus habilidades parentales. Si tal fuera el caso y los padres se vieran desbordados, la respuesta responsable de los/as adultos/as debería ser buscar ayuda.
- Si los padres, por las razones que sean, no buscan ayuda, es responsabilidad de las demás personas intervenir para ayudar tanto al niño/a como a los padres.

Las modalidades en que se expresa el maltrato emocional son:

- el rechazo hostil de manera verbal y no verbal
- la desvalorización constante verbal y no verbal
- la denigración y la ridiculización crónica verbal y no verbal
- las amenazas constantes que infunden miedo y/o terror
- la corrupción y la explotación del niño/a
- el aislamiento que le impide al niño/a interactuar o comunicarse con otros adultos o con sus pares
- negarle o restringirle las respuestas emocionales para satisfacer la necesidad del niño/a de interactuar con los demás
- falta de expresión de emociones por parte del adulto/a cuidador/a a las interacciones de los/as niños/as y al fracaso en manifestarle emociones positivas
- la restricción de movimientos del niño/a
- tomar al niño/a como "chivo expiatorio"
- cualquier otra forma no física de trato hostil o rechazante

La definición de negligencia del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

1. DEFINICIONES

“Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar”.

Y la de abandono emocional:

“Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, niña o adolescente, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable”.

1.2.8. Abuso sexual infantil²

Se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño/a en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro/a y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgreden las leyes o las restricciones sociales.

El abuso sexual se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades -cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona- abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas. (OMS, 2001).

La definición de abuso sexual del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

² La intervención ante casos de abusos sexual infantil se tratará en un documento técnico separado.

1. DEFINICIONES

“Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente, en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.”

1.2.9. Testigos de violencia doméstica

Son aquellos niños/as y adolescentes que, sin ser objeto de violencia física, conviven y están al cuidado de una pareja parental donde ocurren episodios de violencia doméstica.

Investigaciones llevadas a cabo durante más de dos décadas señalan que el maltrato infantil se encuentra asociado a la violencia de género en alrededor del 40% de los casos (algunas investigaciones encuentran una asociación de hasta el 60%). Es decir que encontraremos situaciones de maltrato infantil en 4 de cada 10 familias en las que se detecte violencia doméstica.

Conviene destacar que este hallazgo se refiere principalmente a la cantidad de niños/as y adolescentes que sufren malos tratos físicos. Lo que esta cifra no refleja es el porcentaje de personas menores que padecen malos tratos emocionales y negligencia en el seno de estas familias.

Los/as niños/as y adolescentes que presencian violencia doméstica, son testigos de:

- Estrategias de coerción entre los adultos.
- Amenazas de daño físico.
- Agresiones sexuales.
- Episodios de violencia moderada: empujones, zamarreos, bofetadas.
- Episodios de violencia grave: golpes con objetos palizas, utilización o amenaza de utilizar armas blancas o de fuego.

La gravedad de la exposición dependerá de:

- Las características de los episodios de violencia.
- La frecuencia con la que ocurren.
- Si la exposición ha sido directa (ver y/o escuchar) o indirecta (tener

1. DEFINICIONES

conocimiento de) a la violencia.

- La función que cumple el/la niño/a durante el episodio violento.

En los EEUU la tasa de prevalencia "conservadora"- que tiene en cuenta sólo aquellos casos que cumplen estrictamente con los parámetros de la definición- de violencia de género es de 28% de las parejas casadas. A partir de esa cifra, se calcula que alrededor de 10 millones de niños/as son testigos de violencia doméstica.

Un estudio reciente ha demostrado que un niño/a que pasa sus primeros 6 meses de vida en un hogar en el que hay violencia doméstica, triplica la posibilidad de sufrir malos tratos físicos y duplica la de padecer maltrato emocional y negligencia en los primeros 5 años de vida.

Con esta información en la mano - la gran cantidad de niños/as y adolescentes afectados/as junto a los altos índices de asociación con el maltrato infantil- la intervención en los casos de violencia doméstica debería incluir a los/as hijos/as en un esfuerzo conjunto de los distintos recursos asistenciales.

1.2.10. Factores de riesgo

Es el conjunto de indicadores -físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar que, sumados a las características del incidente y de las eventuales lesiones e incluso la reacción frente a la detección y/o intervención, contribuye a elaborar una predicción sobre:

- a) la probabilidad de que el niño/a sufra un daño y
- b) que se daño sea severo.

Para evaluar estos factores hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las características del incidente que motiva la intervención.
- Los factores de vulnerabilidad infantil.
- Las características de los/as adultos/as responsables de los cuidados.
- Las características del entorno familiar.
- La respuesta ante la intervención.

1. DEFINICIONES

1.2.11. Factores de protección

Es el conjunto de indicadores -físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar y de los recursos disponibles a nivel social y educativo que contribuye a modificar y a mejorar las condiciones familiares de manera tal que se reduce o evita la posibilidad de dañar a los/as niños/as.

La evaluación de la situación de riesgo en que se encuentra una persona menor se hará en función de la presencia de factores de riesgo y de la neutralización- o no- que pueda producirse ante la presencia de factores de protección.

El grado de riesgo puede ser leve, moderado o grave. Los servicios especializados -Servicios de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF)- intervendrán en los casos donde el riesgo es más elevado.

De lo antedicho se desprende que un buen instrumento de evaluación de riesgo debe incluir en su formato:

- La evaluación de todas las áreas o factores de riesgo.
- La identificación de los factores de riesgo de especial gravedad.
- La identificación de los factores de riesgo que pueden interactuar de manera peligrosa.
- La evaluación de los aspectos positivos y recursos de la familia.
- La evaluación de los factores de protección.
- La valoración global del riesgo para el niño/a, teniendo en cuenta conjuntamente los factores de riesgo, los aspectos positivos de la familia, y los recursos (por ejemplo, de apoyo, educativos, psicoterapéuticos) que es posible proporcionar.

La evaluación de riesgo -teniendo en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección- siempre debe estar vinculada a la planificación de la intervención.

1. DEFINICIONES

1.2.12. Intervención

Es la fase del proceso de actuación ante sospechas de desprotección infantil en el que se procede a:

- Garantizar la seguridad del niño/a.
- Reducir el riesgo de que ocurran los malos tratos.
- Abordar CON ÉXITO los efectos del maltrato sobre el niño/a y su familia.
- Lograr los objetivos y las tareas del plan de caso.
- Lograr resultados a nivel familiar.

Es posterior a la fase de Evaluación y Toma de decisiones y simultánea a la de Puesta en marcha del Plan de Caso. En base a la información recogida y a las conclusiones a las que se llegó en la fase de Evaluación, los profesionales de los programas de intervención abordan las causas identificadas de los episodios de violencia contra los/as niños/as y trabajan en la reparación de los efectos de la situación de violencia crónica.

El objetivo final de la intervención protectora es garantizar el bienestar de los niños/as y adolescentes, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

1.2.13. Efecto traumático

Es la consecuencia que producen en los individuos las situaciones de dolor -físico y/o emocional- que no pueden calmar ni resolver con sus propios recursos internos.

No constituye un indicador de patología ni de desajuste. Es la reacción normal que cualquier persona tiene frente a situaciones que superan su capacidad de tolerancia y elaboración emocional.

Estas reacciones son comportamientos se vuelven inadecuados cuando interfieren en el desarrollo esperable de las capacidades infantiles.

1. DEFINICIONES

1.2.14. Resiliencia

Es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que, en la población general, se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables. (Rutter, 1993).

Es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación. (Kreiser, 1996).

Es la capacidad que tiene una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos (Walsh, 1998).

El concepto tiene una connotación dinámica den el sentido que el individuo traumatizado que es resiliente se sobrepone y se (re) construye. La resiliencia constituye un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y a los desafíos de la vida. En este proceso, la persona primero logra afrontar y resistir el trauma, superándolo después.

Es importante destacar que:

- NO implica invulnerabilidad
- NO es absoluta: el individuo es resiliente ante algunas situaciones de estrés no a todas.
- NO es una cualidad fija que se mantiene inalterable en distintos momentos de la vida.
- NO es el resultado de la "suerte" sino que es producto de la evolución de las habilidades necesarias para establecer, mantener y beneficiarse de relaciones interpersonales de apoyo.

Las investigaciones señalan que la resiliencia no estaría asociada al cociente intelectual alto, ni al género, ni a habitar barrios con baja marginalidad y criminalidad pero que sí se encontraría asociada con la posibilidad de contar con buenas relaciones interpersonales a lo largo de toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

de Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): Manual de protección infantil - Masson, S.A. - Barcelona

1. DEFINICIONES

Finkelhor, D. (1996): Introduction en Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jenny, C. y Reid, T.: The APSAC Handbook on Child Maltreatment - Sage- EEUU

Graham-Bermann, S.A. (2001): Child Abuse in the Context of Domestic Violence en Myers, J.E.B.; Briere, J.N.; Berliner, L.; Jenny, C.A.; Hendrix, C.T.; y Reid, T.: The APSAC Handbook on Child Maltreatment -2ª Edición- Sage- EEUU

Intebi, I. y Arruabarrena, M.I. (2003): La orientación familiar en situaciones especiales: Violencia familiar - maltrato y abandono infantil - Master en Mediación y Orientación Familiar de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): Cuaderno de capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Familias del Nuevo Siglo- Buenos Aires

Kreisler, L. (1996): La resilience mise en spirale - Spirale, 1 págs. 162-165

López, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles- Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales

Manual de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria (2006) - España

Manciaux, M.; Vanistendael, S.; Lecomte, J.; y Cyrulnik, B. (2001): La resiliencia: estado de la cuestión en Manciaux, M.: La resiliencia: resistir y rehacerse -Gedisa Editorial -España

McGuigan, W.M y Pratt, C.C. (2001): The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment - Child Abuse & Neglect, 25, págs. 869-883

Organización Mundial de la Salud - OMS (1999): Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 de marzo, Ginebra

Organización Mundial de la Salud - OMS (Octubre 2001): Integrated Multisector Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information

Rutter, M. (1993): Resilience: some conceptual considerations - Journal of Adolescent Health -14, N° 8- págs. 626-631

Walsh, F. (2004): Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento - Amorrortu editores- Argentina



2. COMPETENCIAS

Dada la complejidad de las actuaciones en los casos de malos tratos intrafamiliares, es de gran importancia que los/as profesionales que trabajen con los/as niños/as y con las familias tengan claras:

- las funciones que cada uno/a debe desempeñar en el proceso;
- cuáles son las actividades mediante las que llevarán a cabo sus funciones;
- cuáles los objetivos generales de la intervención;
- cuáles los objetivos específicos de una fase determinada;
- cuáles serán los indicadores que utilizarán para evaluar la evolución;
- cómo se coordinarán con otros profesionales -tanto de su misma institución como de otras

Los problemas y las dificultades sobre las que deberán trabajar son tan numerosas y variadas que requerirán abordajes interdisciplinares, multimodales e intersectoriales o interinstitucionales para afrontarlas con éxito.

Las investigaciones y la práctica clínica señalan que el abordaje interdisciplinar - aquel en el que participan técnicos/as de distintas profesiones- es el más eficaz en cualquiera de las fases de la intervención en casos de maltrato infantil. Ninguna de las profesiones que intervienen en estos casos, por sí sola, funcionando de manera independiente de las otras, puede abordar adecuadamente las causas y los efectos de estos problemas.

El abordaje multimodal es aquel que utiliza combinaciones de diferentes recursos psicoterapéuticos y socioeducativos para afrontar y contribuir a la solución del problema. Entre los recursos utilizados con mayor frecuencia podemos mencionar a las psicoterapias grupales, familiares e individuales; al trabajo socioeducativo con educadores y/o con trabajadores sociales y a todas las actividades de seguimiento. A su vez, en casi todos los casos de malos tratos a niños/as y adolescentes los/as profesionales de los servicios de protección tienen que interactuar con otros/as profesionales que están en contacto con las víctimas y con sus familias (maestros/as,

2. COMPETENCIAS

médicos, monitores/as, trabajadores/as sociales, etc). De ahí que resulte de suma utilidad poder aplicar un trabajo interinstitucional e intersectorial, que incluya acciones coordinadas con los ámbitos sanitarios, educativos, sociales y judiciales si fuera necesario.

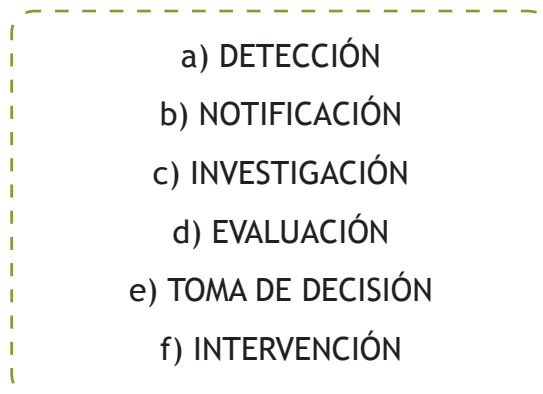
Como se dijo anteriormente, llevar a cabo este tipo de intervención no es tarea sencilla. Requiere de profesionales que hayan recibido formación especializada, que sean lo suficientemente flexibles para interactuar entre sí y que, a su vez, cumplan con los objetivos y con las funciones que correspondan a sus competencias de acuerdo con la fase de la intervención en la que estén actuando.

2.1. EL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (SAIAF) Y EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El SAIAF es un servicio especializado que cuenta con varios equipos para intervenir en casos de desprotección moderada y grave. Ellos son los Equipos de Recepción y de Valoración y los Equipos Territoriales de Infancia y Familia e intervendrán en fases muy específicas de este proceso.

El procedimiento de intervención habitual ante la sospecha de que un niño/a o un/a adolescente estén sufriendo maltrato infantil se desarrolla de la siguiente manera:

Cuadro 1: Fases del proceso de intervención



Por lo general, la primera etapa comienza cuando alguien cercano a los/as niños/ as o adolescentes -un familiar o un profesional- sospecha que podrían encontrarse en una situación de posible desprotección (debido a indicadores físicos y/o

2. COMPETENCIAS

conductuales) (Fase a). Esta persona comunica la sospecha a los/as técnicos/as de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) (Fase b) y si, de acuerdo con los procedimientos y criterios establecidos, éstos/as valoran que existen elementos como para que la sospecha tenga entidad, se inicia la investigación (Fase c).

Si la investigación determina que el riesgo de desprotección es moderado o grave, los SSAP notifican al SAIAF, que comienzan su intervención a través de los Equipos de Recepción y de Valoración. Éstos investigan si se ha producido la situación de desprotección sospechada, cuál es la magnitud del riesgo y si se requiere una medida de protección de urgencia.

Si se confirma la gravedad de la sospecha se procede a la apertura de expediente y a la derivación del caso a los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (ETIF) que iniciarán la fase siguiente (Fase d). Los ETIF están compuestos por:

- los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos
- los Programas de Intervención Familiar

Los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos participan en:

- a) la evaluación de casos con expediente abierto en el SAIAF; y
- b) la coordinación de la ejecución de los planes de caso de los menores con expediente abierto en el SAIAF (coordinación de casos)

Su función es explorar al niño/a o adolescente víctima de los malos tratos y a su grupo familiar a través de entrevistas directas e información de fuentes secundarias con los siguientes objetivos:

- identificar los factores de riesgo que favorecen la situación de maltrato intrafamiliar
- identificar los factores de protección que protegen de la situación de maltrato intrafamiliar
- determinar si la situación de violencia crónica ha producido daños en el desarrollo de la persona menor
- determinar las necesidades de tratamiento y apoyo a la persona menor
- determinar el pronóstico de capacitación parental

Los Programas de Intervención Familiar (PIF).

Son equipos multidisciplinares compuestos por trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as.

2. COMPETENCIAS

Las competencias de los Programas de Intervención Familiar son:

- a) Ejecución de planes de caso de menores con expediente abierto en el SAIAF; y
- b) Ejecución de planes de caso de menores atendidos en los SSAP

Los casos con expediente abierto de protección en el SAIAF en el que intervienen los PIF son aquellos en que se detectan situaciones de desprotección grave (con riesgo de separación inminente o con medida de separación temporal) cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

- Evaluación en intervención.
- Preservación familiar: intervención en crisis.
- Preservación familiar: capacitación parental.
- Reunificación familiar.
- Apoyo a la vida independiente.

Los Coordinadores/as de Caso del SAIAF realizan las propuestas de intervención de los PIF.

En los casos con expediente abierto en los SSAP, los PIF intervienen en situaciones de desprotección moderada atendidas en los SSAP cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

- Evaluación en intervención.
- Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres.
- Preservación familiar: capacitación parental.
- Preservación familiar: complemento familiar.
- Apoyo específico al menor.
- Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia.

Otras funciones de los ETIF en relación a los SSAP.

Los Equipos Territoriales de Infancia y Familia intervienen, además, en el asesoramiento y apoyo técnico especializado a los SSAP para:

- Investigar, evaluar o intervenir en casos de especial dificultad o complejidad.
- Colaborar en procesos de toma de decisión de especial dificultad o complejidad.

2. COMPETENCIAS

- Colaborar en otras actividades desarrolladas por los SSAP para las que se considere necesario disponer de un asesoramiento especializado.

El número de casos derivados por los SSAP y el SAIAF que cada ETIF puede absorber será determinado por responsable de los equipos quien a su vez establecerá las prioridades de atención, con la salvedad de que no podrán dejar sin atención los casos de desprotección grave con expediente abierto. (Para mayores detalles ver MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los programas de intervención familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia).

2.2. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTERVENCIÓN

Una vez que se identifican los factores de riesgo -que facilitaron los malos tratos- y los de protección -que contribuirán a que no vuelvan a ocurrir-; una vez que se establecen cuáles son los daños que ha sufrido el niño/a o adolescente y cuánta motivación tienen los padres para evitar los episodios de violencia, se procede a elaborar el Plan de Caso.

Es recomendable que **los/as profesionales de ambos equipos de los ETIF** -Equipos de Evaluación y de Coordinación de Casos y Programa de Intervención Familiar- **preparen conjuntamente este plan** prestando especial atención al planteamiento adecuado de los objetivos de trabajo y de las estrategias y recursos que se utilizarán para alcanzarlos.

Todas las intervenciones ante situaciones de malos tratos a niños/as y adolescentes requieren que se respeten ciertos principios básicos, principios que serán referentes y orientarán la intervención.

Necesidades infantiles como referente básico de la intervención.

El objetivo final de la intervención es la protección que consiste en garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

Las intervenciones serán interdisciplinares, multimodales e intersectoriales.

Dada la compleja dinámica sociofamiliar que subyace en los casos de malos tratos a niños/as y adolescentes, es necesario aplicar una amplia gama de recursos para disminuir el riesgo, favorecer los factores de protección y reparar los daños que ya se han producido. Ese abanico de recursos necesariamente tendrá que contar con profesionales y técnicos de distintas disciplinas (interdisciplinar) pertenecientes a

2. COMPETENCIAS

distintos ámbitos e instituciones (intersectorial) además, de aplicarse de manera simultánea (multimodal). Cuando se plantee el Plan de Caso, los/as técnicos/as deberán tener en cuenta esta particularidad y deberán decidir cuáles son los recursos más convenientes a aplicar con cada familia además de la secuencia o simultaneidad en que actuarán.

La finalidad de la protección es lograr una familia adecuada para ese niño/a o adolescente.

Las familias en las que ocurren los malos tratos hacia los niños/as y jóvenes presentan problemas crónicos y severos en su funcionamiento y han atravesado situaciones similares a lo largo de distintas generaciones.

Si bien una concepción simplista podría proponer como “solución” separar a los/as hijos/as de sus padres, la experiencia indica que esta propuesta no soluciona nada ya que, por un lado, las investigaciones demuestran que estos estilos de comportamiento -cuando no hay otra intervención- se repiten con otros/as hijos/as y, por otro lado, el mejor sitio para criar a los/as niños/as es dentro de su grupo familiar.

De ahí que, cuando una familia presenta problemas para ejercer sus funciones, los servicios especializados ofrecerán recursos para intentar que recuperen -o que comiencen a- desempeñar su rol de cuidado y protección de manera adecuada. Según el grado de riesgo, esta intervención podrá llevarse a cabo con la persona menor conviviendo con su familia o transitoriamente fuera de ella si el nivel de riesgo de que los malos tratos vuelvan a ocurrir es alto.

Afortunadamente, con los recursos adecuados, la mayoría de las familias salen adelante. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje que no logrará un funcionamiento adecuado para satisfacer las necesidades de los/as niños/as que, por lo tanto, no podrá encargarse principalmente de los cuidados y deberá ser reemplazada por otra familia -preferentemente- o por algún recurso de acogimiento.

En tal sentido, el MANUAL CANTABRIA Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (2008) señala que: “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de una familia adecuada, preferentemente con sus padres, en su defecto con su familia extensa y, en último caso, con una familia ajena.”

Interés superior del niño, niña o adolescente.

Con bastante frecuencia, las intervenciones enfrentan discrepancias entre los

2. COMPETENCIAS

intereses y necesidades de los/as adultos/as - padres o responsables legales- y los de los/as niños/as y adolescentes. En esos casos, los/as técnicos/as tomarán sus decisiones haciendo prevalecer los intereses de la personas menores a cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Una alternativa mejor.

Toda acción protectora debe suponer una alternativa mejor a la ausencia de protección que motivó la intervención de los servicios especializados. Se debe ofrecer a las familias y a los niños/as y adolescentes todos los apoyos disponibles, con la flexibilidad e intensidad necesaria de cara a mejorar sus condiciones de vida.

Una alternativa definitiva.

Todo niño, niña o adolescente con medida protectora tiene derecho a un plan de intervención definitiva cuyos objetivos principales sean la continuidad de la atención y la estabilidad de su vida familiar. Dicho plan tendrá que ser revisado de manera periódica para constatar si los objetivos propuestos se están cumpliendo o si hace falta implementar modificaciones de recursos y/o de objetivos.

Intervención mínima.

Todo/a niño/a o adolescente protegido/a tiene derecho a que sea mínima la intromisión en su vida y en la de su familia.

Por ello, los profesionales del PIF:

- a. no prolongarán su intervención indefinidamente y desarrollarán intervenciones lo más breves posibles
- b. buscarán el acuerdo y la colaboración de los miembros de la familia
- c. utilizarán al máximo los recursos normalizados y próximos al entorno de la familia

Para que una intervención con estas características sea eficaz es necesario que se hayan identificado con precisión los factores de riesgo, los factores de protección y las consecuencias a reparar de la traumatización crónica tanto en las personas menores como en los adultos/as.

Sopesar y controlar los riesgos.

Todo/a niño/a o adolescente tiene derecho a que se sopesen previamente los

2. COMPETENCIAS

riesgos y los beneficios de las decisiones que se adopten y a que se adopten medidas preventivas respecto a los riesgos que entraña la opción elegida.

A lo largo de su intervención, los profesionales de los PIF deberán sopesar los riesgos y beneficios que sus acciones o actividades pueden entrañar para el niño/a o adolescente (por ejemplo: trasladar a los padres o responsables legales una información aportada por la persona menor en una sesión de terapia o durante visita del educador/a al domicilio; determinación del pronóstico del caso; determinación de la conveniencia de la finalización del tratamiento, etc.).

Por ello:

- a. Sopesarán los riesgos y los beneficios que sus acciones pueden entrañar para los/as niños/as y adolescentes;
- b. Prevalecerá la hipótesis más pesimista cuando se valore un riesgo que afecta a la integridad del menor;
- c. Prevalecerá la hipótesis más optimista cuando se valore la posibilidad de cambio de las figuras parentales sin descuidar el resguardo de la integridad psicofísica de la persona menor hasta que esos cambios ocurran.

La diversidad de características y necesidades que presentan las familias con problemas de desprotección y cada uno de sus miembros, hacen que cada familia sea "única" y que haya que diseñar una intervención/tratamiento individualizado para cada caso.

Para que ello ocurra de manera eficaz es imprescindible que:

- El equipo técnico cuente con una evaluación previa completa y actualizada de las características y necesidades de la familia y de cada uno de sus miembros;
- Se planifique la aplicación de los recursos -visitas a domicilio del educador/a familiar, tipo de psicoterapia a utilizar, características de las sesiones de terapia, etc.- en función de las necesidades identificadas en cada caso.

2.3. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES PROFESIONALES SEGÚN EL MANUAL CANTABRIA: PROCEDIMIENTO Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR DE LOS EQUIPOS TERRITORIALES DE INFANCIA Y FAMILIA.

Los Programas de Intervención Familiar están compuestos por trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as familiares que desarrollan sus tareas

2. COMPETENCIAS

aplicando el enfoque interdisciplinar, multimodal e intersectorial ya mencionado. Para que un enfoque tan abarcativo funcione con fluidez, sin que se produzcan superposiciones ni cortocircuitos entre los/as diferentes técnicos/as involucrados/as es necesario que trabajen de manera articulada conociendo sus competencias, sus “instrumentos de trabajo”, sus responsabilidades y sus limitaciones, colaborando entre sí para evitar la duplicación esfuerzos y/o la inercia que termine erigiendo “territorios de nadie” en ciertos ámbitos de la intervención.

Por más que en el papel la afirmación anterior puede resultar obvia, en la práctica es frecuente que los/as profesionales desempeñen algunas funciones que son específicas de su disciplina (por ejemplo, apoyos psicoterapéuticos; modelado/ enseñanza de habilidades y conocimientos a los padres o responsables legales en el entorno familiar) junto a otras que pueden ser desarrolladas indistinta o conjuntamente con profesionales de otras.

De ahí que los/as profesionales de los PIF deberán adaptar sus estrategias de intervención a cada caso particular y mantener un nivel idóneo de coordinación, complementación y apoyo entre las diferentes disciplinas.

2.3.1. Trabajadores/as Sociales

En los casos con expediente abierto en el SAIAF, los trabajadores/as sociales de los PIF intervendrán en los casos que así lo proponga el Coordinador/a de Caso de SAIAF ejerciendo las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los niños/as y adolescentes y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando.

En los casos derivados por los SSAP, los trabajadores/as sociales de los PIF intervendrán con las siguientes funciones:

- Recibirán del responsable del Equipo Territorial de Infancia y Familia las demandas de intervención realizadas desde los SSAP y establecerán los primeros contactos con el Coordinador/a de Caso en SSAP para recabar información suficiente sobre el caso;
- Analizarán la información disponible con el psicólogo/a del PIF para acordar los recursos propios a utilizar con cada familia, su intensidad y los objetivos específicos de cada uno de ellos, y el profesional que ejercerá la función de educador/a familiar;
- Consensuarán dicha propuesta y acordarán la distribución de funciones con el Coordinador/a de Caso en los SSAP;
- Coordinarán la intervención de los PIF con las familias con las que el Plan

2. COMPETENCIAS

de Caso tenga la finalidad de:

- Capacitación parental.
 - Complemento familiar.
 - Apoyo específico al menor.
 - Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia, siempre y cuando no se trate de familias donde haya adultos/as o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas. En estos casos, la coordinación de la intervención de los PIF será asignada al psicólogo/a.
- Apoyarán a los miembros del programa y ejercerán las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los niños/as y adolescentes y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando.

Los/as trabajadores/as sociales realizarán sus funciones a través de:

- Entrevistas con los miembros de la familia (en despacho y en el domicilio)
- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos con la familia en situaciones de urgencia.
- Gestión de recursos sociales.
- Reuniones y contactos periódicos con otros profesionales y servicios en contacto con la familia.
- Acompañamientos si se valora necesario, a los educadores/as familiares en las coordinaciones con otros profesionales.
- Acompañamientos, si se valora necesario, a los miembros de la familia.
- Reuniones de coordinación interna de los PIF y de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia.
- Registros escritos de las actividades y gestiones realizadas y del contenido de las mismas.
- Elaboración de informes de intervención de urgencia cuando así se haya valorado necesario.
- Participación en la elaboración de informes periódicos o extraordinarios sobre las familias atendidas en el programa.
- Todas aquellas actividades requeridas para ejercer la coordinación de la intervención de los PIF cuando tengan asignada dicha función.

2.3.2. Psicólogos/as

Las funciones de los/as psicólogos/as de los PIF son las siguientes:

2. COMPETENCIAS

Antes de iniciar la intervención, analizarán la información disponible sobre la familia con los trabajadores/as sociales de los PIF (en los casos derivados por los SSAP) o con el Coordinador de Caso en el SAIAF (en los casos derivados por SAIAF) para acordar los recursos propios a utilizar con cada familia, su intensidad y los objetivos específicos de cada uno de ellos, así como el profesional que ejercerá en su caso la función de educador/a familiar.

- Coordinarán la intervención del PIF con familias derivadas de los SSAP cuando el Plan de Caso tenga la finalidad de:
 - Evaluación en intervención.
 - Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio.
 - Otras finalidades cuando se trate de familias donde haya adultos/as o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas.

Es posible que en algunos casos en que el psicólogo/a está proporcionando atención o apoyo psicológico a la familia, esta tarea resulte incompatible o pueda entrar en conflicto con el ejercicio de coordinar la intervención del PIF. En esos casos, será el trabajador/a social quien asuma esta función.

- Apoyarán a los miembros de su equipo y ejercerá las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los menores y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando. Esto incluye:
 - La evaluación de (1) la situación emocional y el funcionamiento individual de los miembros de la familia y sus necesidades de apoyo/tratamiento especializado, (2) el nivel de desarrollo de los menores y sus necesidades de apoyo/tratamiento especializado, y (3) las características de las relaciones familiares.
 - La provisión de atención psicoterapéutica o apoyo psicológico de carácter breve que se hayan evaluado necesarios en las siguientes modalidades:
 - Psicoterapia o apoyo psicológico individual para adultos
 - Psicoterapia o apoyo psicológico individual a menores
 - Terapia de pareja
 - Terapia de familia

Funciones de los psicólogos/as:

2. COMPETENCIAS

- Valoración inicial del caso con el trabajador/a social del PIF o con la Coordinador/a de Caso del SAIAF para definir el plan de intervención.
- Coordinación de la ejecución de determinados Planes de Caso.
- Apoyo a los miembros del PIF y desarrollo de intervenciones propias de su disciplina profesional.

Los/as psicólogos/as realizarán sus funciones a través de:

- Entrevistas y/o sesiones de evaluación o terapéuticas con los miembros de la familia (en despacho o en domicilio).
- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos con la familia en situaciones de urgencia.
- Reuniones y contactos periódicos con otros profesionales y servicios en contacto con la familia.
- Gestión de servicios de la red pública de salud mental cuando sean necesarios, y coordinación de la intervención del PIF con dichos servicios.
- Acompañamientos, si se valora necesario, a otros profesionales del PIF en las coordinaciones con otros profesionales.
- Reuniones de coordinación interna del PIF y del Equipo Territorial de Infancia y Familia.
- Registros escritos de las actividades y gestiones realizadas y del contenido de las mismas.
- Elaboración de informes de intervención de urgencia cuando así se haya valorado necesario.
- Participación en la elaboración de informes periódicos o extraordinarios sobre las familias atendidas en el programa.
- Todas aquellas actividades requeridas para ejercer la coordinación de la intervención del PIF cuando tenga asignada dicha función.

2.3.3. Educadores/as Familiares

Los educadores/as familiares realizarán a) intervenciones directas con las familias y b) trabajo en red a través de visitas domiciliarias y acompañamientos a los miembros de la familia.

Por regla general y salvo excepciones, intervendrán en todos los casos y dispondrán del asesoramiento y apoyo técnico y personal de los/as psicólogos/as o de los/as trabajadores/as sociales.

Sus funciones generales consisten en:

2. COMPETENCIAS

- Supervisar el cuidado recibido por los niños/as y adolescentes en el domicilio familiar.
- Recabar información permanente, tanto a través de su contacto directo con la familia como a través del contacto con otros servicios o personas en contacto con ésta, sobre la situación de la familia y de los niños/as y adolescentes:
 - El cuidado y trato recibido por el niño/a y adolescente en el domicilio familiar.
 - La situación médica y escolar del niño/a y adolescente y sus relaciones sociales.
 - Las habilidades y competencias parentales.
 - Las características de las relaciones familiares en el domicilio.
 - Las condiciones del domicilio familiar.
 - Las características de la relación de los padres o responsables legales con otras personas de su entorno.
- Actuar como figura de apoyo personal para las figuras parentales.
- Modelar/enseñar a los padres o responsables legales conocimientos y habilidades para:
 - Reconocer las necesidades de los niños/as o adolescentes.
 - Proporcionarles un cuidado y atención adecuadas.
 - Relacionarse adecuadamente con otras personas.
 - Mantener una adecuada organización familiar.
- Ejercer como figura de apoyo personal para los niños/as y adolescentes, y promover en éstos/as las características asociadas a la resiliencia.
- Mediar en las situaciones de conflicto entre padres - hijos/as.
- Cuando sea necesario en programas orientados al Complemento Familiar, asumir funciones parentales relacionadas con la satisfacción de las necesidades cognitivas, emocionales y/o sociales del niño/a o adolescente.
- Crear, dinamizar una red estable de servicios de apoyo y protección hacia el niño/a o adolescente.
- Reforzar la relación de la familia y los niños/as y adolescentes con los servicios comunitarios.
- Informar inmediatamente al trabajador/a social del PIF (en casos derivados por los SSAP) o al Coordinador/a de Caso en SAIAF (en casos atendidos en SAIAF) derivados de cualquier incidente que haya afectado o se piense que pueda afectar a la seguridad e integridad del niño/a o adolescente.
- Informar inmediatamente al trabajador/a social del PIF (en casos derivados por los SSAP) o al Coordinador/a de Caso en SAIAF (en casos atendidos

2. COMPETENCIAS

en SAIAF) de cualquier situación que impida el desarrollo de las visitas planificadas con la familia.

- Coordinar, conjuntamente con el trabajador/a social del PIF y con el Coordinador/a de Caso del SAIAF, la actuación de la red de servicios intervinientes con la familia.
- Apoyar al trabajador/a social del PIF o al Coordinador/a de Caso del SAIAF en la elaboración de informes o elaborar informes relacionados con su área de intervención.
- Participar en las evaluaciones periódicas de evolución del tratamiento y revisión del Plan de Caso.
- Participar en la comunicación a la familia de la propuesta de fin de la intervención.
- Participar en la evaluación de las actividades del PIF mediante la cumplimentación de los registros de las actividades desarrolladas y mediante la utilización de instrumentos de observación.

Funciones de los/as educadores/as familiares:

- Supervisar el estado y el nivel de cuidados proporcionado a los niños/as y adolescentes.
- Proporcionar apoyo personal a los miembros de la familia.
- Apoyar a los padres o responsables legales en el ejercicio adecuado de las funciones parentales.
- Modelar/enseñar habilidades y conocimientos a los padres o responsables legales y/o a los niños/as o adolescentes.
- Promover el contacto y utilización por parte de la familia de los recursos formales e informales de apoyo disponibles en la comunidad.
- Dinamizar y coordinar la red de profesionales y servicios en contacto con la familia (con el apoyo de los restantes profesionales del PIF intervinientes).

Los/as educadores/as familiares realizarán sus funciones a través de:

- Visitas domiciliarias con la periodicidad y duración que se estime en cada caso.
- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos en situaciones de urgencia.
- Acompañamientos a los miembros de la familia a otros servicios que están interviniendo.
- Reuniones o contactos telefónicos con los profesionales (centros escolares, médicos, pediatras, educadores de calle, etc) que atienden a la familia.
- Reuniones de coordinación e intercambio junto con los miembros del programa que intervienen con la familia con el Coordinador/a de Caso en los SSAP o en el SAIAF, cuando se haya valorado oportuno.

2. COMPETENCIAS

- Reuniones de orientación/apoyo con el trabajador/a social y/o el psicólogo/a del PIF o con el Coordinador/a de Caso del SAIAF.
- Reuniones de coordinación interna del PIF y reuniones del Equipo Territorial de Infancia y Familia.
- Registros escritos de las actividades desarrolladas (visitas a domicilio, coordinaciones telefónicas o presenciales con otros profesionales) y del contenido de las mismas.
- Elaboración de informes de intervención de urgencia.
- Elaboración de otros informes, cuando sea oportuno.

2.4. COORDINACIÓN DE CASOS

Cuando se interviene en casos de malos tratos a niños/as hay detalles técnicos que revisten una importancia tal que su presencia- o su ausencia o el no concederles suficiente atención- puede determinar el curso de la intervención.

Estos detalles técnicos son:

- el planteamiento de objetivos generales y de objetivos específicos de la intervención en base a la identificación de factores de riesgo, factores de protección y de los efectos que la situación de trauma crónico produjo en las personas menores y en los otros miembros del grupo familiar;
- la coordinación de los distintos equipos y profesionales de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia; y
- la coordinación de los distintos recursos puestos en marcha en la intervención (Coordinación de Caso)

En este apartado se tratará el punto c). La claridad con respecto a la quién estará a cargo de la coordinación de la intervención y a cuáles son las funciones correspondientes es muy importante para evaluar la evolución de la situación, la eventual necesidad de modificar el Plan de Caso y para estar alerta en cuanto a evitar la duplicación de esfuerzos y/o la existencia de aspectos descuidados por la intervención.

Todas las familias objeto de intervención en el PIF tendrán asignado un profesional que ejercerá como coordinador/a de la intervención del Programa.

En los casos derivados por los SSAP, esta función recaerá con carácter general en el trabajador/a social del PIF salvo:

- cuando se esté trabajando sobre las finalidades de Evaluación en

2. COMPETENCIAS

- intervención o en Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio, o
- cuando se esté trabajando sobre otras finalidades en familias donde haya adultos o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas, en cuyo caso la coordinación de la intervención del PIF recaerá en el psicólogo/a.

En los casos con expediente abierto en el SAIAF, la coordinación de la intervención del PIF recaerá en el Coordinador/a de Caso del SAIAF (ubicado en el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos).

Las funciones que implica ejercer como coordinador/a de la intervención del PIF son las siguientes:

- En todos los casos:

Centralizar la información del caso y mantener el expediente completo y actualizado.

Ejercer como figura responsable de la intervención ante la familia.

Implicar a la familia en la planificación y desarrollo de la intervención.

Evaluar periódicamente con la familia el desarrollo y evolución de la intervención.

Realizar junto con los profesionales del PIF intervinientes la evaluación periódica de la evolución de la situación familiar y las propuestas de intervención futura.

Orientar y proporcionar apoyo técnico y personal a los educadores/as familiares.

Dinamizar, coordinar y apoyar junto al educador/a familiar la red formal e informal de apoyo a la familia.

Promover, si es necesario, las actuaciones protectoras de urgencia que sean precisas con los menores atendidos en el PIF.

Elaborar, con las aportaciones de los profesionales del programa intervinientes en el caso, informes periódicos escritos sobre el desarrollo de la intervención.

2. COMPETENCIAS

Participar en la comunicación a la familia de la propuesta de fin de la intervención del PIF.

Participar en la evaluación de las actividades del PIF mediante la centralización de la información/registros de los miembros del PIF intervinientes con cada familia.

Registrar y mantener actualizada la información de cada familia necesaria para la elaboración de la Memoria anual de actividad del PIF.

- En los casos derivados por los SSAP:

Ejercer como profesional de referencia en el PIF para el Coordinador/a de Caso en los SSAP.

Consensuar con el Coordinador/a de Caso de los SSAP los Planes de Caso derivados al PIF, sus objetivos específicos y las funciones a asumir por el programa especialmente en lo relativo a:

- La gestión de la provisión de los recursos externos necesarios en cada caso.
- La coordinación de la actuación de la red de servicios intervinientes con la familia.

Remitir informes periódicos sobre cada familia al Coordinador/a de Caso en los SSAP, revisar periódicamente con éste/a la evolución de la intervención, proponer y acordar las modificaciones necesarias en los Planes de Caso, y proponer y acordar el fin de la intervención del PIF.

2.5. ESTILOS DE ATENCIÓN DE LOS PIF

La intervención con familias y niños/as y adolescentes en situación de desprotección implica dos tipos de actividades:

- Atención directa: actividades en contacto con los miembros de la familia tales como visitas, sesiones, entrevistas, etc. Los niveles de intervención de la atención directa de los PIF estarán dirigidos a:
 1. Figuras parentales
 2. Menores
 3. Red de apoyo

2. COMPETENCIAS

Se combinarán el tipo y la intensidad de los recursos a utilizar según el peso diferente que tenga cada nivel en las características y necesidades de cada caso

- Atención indirecta: actividades que tienen lugar con otros componentes de la intervención y que resultan fundamentales para el adecuado desarrollo de la misma. Consisten en:

Tareas de análisis, planificación y programación previas a las actividades directas a desarrollar con la familia.

Coordinación con otros profesionales/servicios en contacto directo con la familia.

Elaboración de informes.

Desplazamientos.

2.6. LOS PIF COMO EQUIPOS

Se ha mencionado en el apartado Coordinación de casos la importancia de la coordinación tanto entre los equipos de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia como de los profesionales de un mismo equipo entre sí.

Conocer, apoyar y complementar las actuaciones que otro profesional está llevando a cabo con la familia y/o con el niño/a promueve la efectividad de la intervención, además de que proporciona orientación y apoyo técnico mutuo manteniendo una perspectiva multidisciplinar en el análisis de las necesidades de las familias y los menores, en el análisis de su evolución y en las características de la propia intervención.

Tal es la importancia de esta metodología de trabajo que el MANUAL CANTABRIA sobre Procedimiento y Criterios de Actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia establece una pauta precisa para la organización de reuniones internas con el objetivo de lograr una coordinación eficaz:

1. Reunión previa al inicio de la intervención.
2. Reunión tras la presentación de la familia para:

2. COMPETENCIAS

- Valorar la estrategia a seguir en los primeros contactos con la familia.
 - Definir y distribuir de manera concreta las tareas de cada uno de los profesionales.
3. Reunión previa a la finalización de la fase de Vinculación - Observación para:
- Revisar la evolución de la intervención.
 - La puesta en común y valoración de la nueva información disponible.
 - La puesta en común de las dificultades encontradas en esta fase.
 - Plantear estrategias de resolución de dichas dificultades.
 - Formular los objetivos específicos de la intervención y la temporalización de los mismos.
 - Valorar la necesidad de la puesta en marcha de otros recursos de apoyo a la familia.
 - Redefinir y distribuir en su caso las tareas a desarrollar por cada uno de los profesionales del PIF.
 - Preparar el informe correspondiente para ser incluido en el expediente y, en su caso, ser remitido al Coordinador/a de Caso en los SSAP.
4. Reuniones periódicas de análisis/valoración de la evolución de la situación familiar y de la intervención desarrollada:
- Reuniones de supervisión del coordinador de la intervención del PIF con los educadores/as familiares (la frecuencia dependerá de las características del caso y de la finalidad de la intervención).
- Reuniones del conjunto de profesionales del PIF para la revisión formal de cada caso y preparación de los Informes de evolución.
5. Reunión previa a la finalización de la intervención para valorar la evolución y resultados del tratamiento, definir en su caso los apoyos ajenos al PIF que la familia pueda requerir y preparar el informe final.
6. Reuniones con carácter excepcional ante situaciones de urgencia, dificultades importantes u otras circunstancias que así lo aconsejen.

2. COMPETENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los programas de intervención familiar - Gobierno de Cantabria.

Sánchez Redondo, J. M. (2001): Toma de decisiones. El plan de caso. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (eds.): Manual de Protección Infantil (págs. 233-239) - Masson - Barcelona.



3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

3.1. LAS FAMILIAS Y LA VIOLENCIA

En general, nuestra sociedad tiene una visión idealizada de lo que es la vida en familia. El imaginario social la representa como una institución casi sin contradicciones ni mayores conflictos, cuyos integrantes se preocupan por el cuidado, el bienestar y la protección de sí mismos y de los demás de manera fluida y armónica. Todo lo que se aparte de esta apreciación pasa a ser considerado una “anormalidad”.

Sin embargo, aquellos/as que trabajan con niños/as, parejas y familias saben que esa percepción de la vida familiar está bastante alejada de lo que es la verdadera interacción y convivencia. Las tensiones y conflictos que abundan en el día a día de las familias no representan, de por sí, situaciones patológicas. La normalidad o anormalidad -o mejor dicho la funcionalidad- de una pareja o de una familia depende de las habilidades adaptativas, de negociación, de resolución de conflictos y de la flexibilidad para afrontar situaciones diversas.

Así, la familia resulta más bien el “terreno” en el que sus integrantes desarrollan y ponen en evidencia sus “talentos” para la convivencia, el cuidado y la transmisión de pautas y valores. Al contrario de lo que se cree, esta no es una tarea sencilla ya que nadie cuenta a priori con recursos y conductas que espontáneamente le permitan afrontar las tensiones propias de este tipo de interacción.

La posibilidad de resolver sin violencia las contradicciones y las dificultades de la convivencia familiar es el resultado de un aprendizaje continuo y un indicador de buena salud mental de sus integrantes.

Sin enfocar aún en los factores asociados con los malos tratos a las personas menores, numerosos estudios señalan que las familias, por ser grupos cerrados en el que se producen interacciones continuadas e intensas, constituyen un ámbito propicio para que se desarrollen situaciones de violencia.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Pareciera ser que -como se señaló en párrafos anteriores-, además de un contexto de pertenencia que favorece la protección de sus integrantes y el cuidado y la crianza de los/as niños/as, constituye un ámbito que facilita el desarrollo de conflictos y, eventualmente, de respuestas violentas. Por lo tanto, para evitar los desbordes y los daños, las familias necesitan desarrollar habilidades de tolerancia y de negociación que no son innatas ni surgen espontáneamente en la convivencia. Respecto a este potencial de generar violencia que tienen las familias, algunos investigadores (Strauss y Gelles, 1987) consideran que reviste tal importancia que han dejado de preguntarse si la familia es o no una institución inclinada a la violencia y han sustituido esta pregunta por otras como:

- Cuán violenta es la familia y
- Cuáles son los factores que hacen que las interacciones violentas sean más frecuentes que las no violentas.

Al analizar en detalle la institución familiar Strauss y Gelles (1987) señalan ciertas características que, a su entender, contribuyen a que se desarrollen vínculos violentos. Éstas son:

- Tiempo de exposición al “riesgo”: la cantidad de tiempo que los/as integrantes de las familias pasan juntos es mucho mayor que la que emplean para interactuar con el entorno y con otras personas. De ahí que cuanto más tiempo pase una familia junta, más oportunidades habrá para el conflicto y la violencia.
- Alcance de las actividades e intereses: las interacciones entre los integrantes de una familia abarcan un amplio espectro de actividades -más extenso que el de las actividades extrafamiliares. Esta circunstancia puede favorecer los comportamientos negativos u hostiles frente a situaciones que podrían considerarse neutras.
- Intensidad de la implicación: las características particulares de la interacción familiar en lo que hace a estilos de comunicación, alianzas, límites y afectos, generan situaciones de compromiso y de implicación más intensas que las que pueden darse fuera del ámbito familiar.
- Actividades intrusivas: muchas interacciones familiares giran alrededor de conflictos que tienen como consecuencia que algunos/as integrantes se perciban o resulten ganadores mientras otros/as se perciben o queden como perdedores. Situaciones de este tipo inevitablemente generan resentimientos entre los miembros debido a las diferencias que se establecen y a las elecciones que se realizan.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

- Los derechos a las influencias: la pertenencia a una familia lleva implícito el derecho a que el integrante más poderoso ejerza influencia sobre los valores, las actitudes y los comportamientos de los otros miembros. Esta particularidad genera situaciones de conflicto, desacuerdo y resentimiento que varían según el derecho de exigencia que se le atribuya a ese/a integrante poderoso/a y al grado de acatamiento que se espera de los/as demás.
- Diferencias de edades y sexo: las familias están integradas por personas de edades y de géneros diferentes, por lo que se genera un espacio con alto potencial de conflicto intergeneracional, de tensiones entre familias de origen y entre los géneros.
- Adjudicación de roles: la autoridad y las relaciones de subordinación se definen a través de una construcción social que, en muchas ocasiones, no tiene en cuenta las habilidades, los aprendizajes ni los deseos de los individuos. De ahí que los roles que se le adjudican a cada uno pueden -y suelen- entrar en conflicto con las aspiraciones y con las limitaciones personales.
- La privacidad: en la actualidad no es sencillo para el grupo social estar al corriente de y supervisar lo que sucede en las familias. Mucho más difícil aún resulta intervenir, en los casos en que es necesario, para ejercer algún tipo de control.
- Afiliación involuntaria: la familia es una organización excluyente: se pertenece a ella o no. Por lo general la exclusión se basa en relaciones “de sangre” (alianzas) que son establecidas (pactadas) por una generación (la de los progenitores) y que es muy difícil que puedan darse por finiquitadas. Por ejemplo una pareja puede separarse sin que entre ellos persista compromiso ni relación alguna pero no sucede lo mismo entre los/as hijos, los/as hermanos/as, los/as nietos/as, los/as sobrinos/as, los/as primos/as. En los casos en que haya desavenencias y conflictos en estas relaciones, las rupturas y alejamientos suelen ser altamente traumáticos sin que ello implique que el vínculo “de sangre” que relaciona a los integrantes de la familia se disuelva definitivamente.
- El estrés: dadas las características de las situaciones cotidianas que afrontan y la diversidad de géneros y de edades de los convivientes, las familias están permanentemente sujetas a cambios y transiciones que pueden superar los mecanismos individuales y grupales para afrontarlos.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

- Conocimiento extendido de las biografías sociales: debido al nivel de intimidad y al grado de implicación familiar, todos/as los/as integrantes conocen las fortalezas y las debilidades de los/as demás, saben qué les gusta y qué les disgusta a cada uno, qué cosas cada cual ama y a cuáles temen. Este “conocimiento” puede usarse tanto para el apoyo y la contención como para atacar al otro y para generar conflictos.

3.2. LAS FAMILIAS QUE MALTRATAN

El maltrato infantil es consecuencia de disfunciones familiares **severas, crónicas y transgeneracionales** en donde los miembros de la familia asumen diferentes roles: desde un rol activo (maltratador) hasta roles de complicidad, encubrimiento y/o instigación. Estos roles pueden no ser fijos y modificarse en el tiempo.

Cuando se habla de una disfunción familiar **severa** se hace referencia a que en estas familias -a diferencia de lo que sucede en la mayoría cuando existen problemas de funcionamiento-, estos problemas no podrán resolverse apelando a la voluntad, al raciocinio, a los buenos sentimientos ni a los valores morales de aquellos/as que maltratan. Las personas violentas pueden mostrarse conmovidas y afectadas por las consecuencias de sus actos y, sin embargo, reiterarlos sin poder controlar su impulsividad.

La única manera de interrumpir las interacciones violentas es mediante una intervención coordinada, interdisciplinaria, multimodal e intersectorial.

Considerar que la disfunción familiar es crónica implica tener en cuenta que nunca los servicios especializados estarán detectando -ni interviniendo ante- el primer episodio. Es decir que, por un lado, se ha perdido ya la oportunidad de la prevención primaria y, por el otro, es importante explorar cuáles han sido las circunstancias que ponen de manifiesto -o permiten detectar- la situación de violencia. El trabajo que se pueda llevar a cabo sobre estas circunstancias suele revestir especial importancia durante la intervención.

Incluir el aspecto **transgeneracional** -la transmisión de estas pautas de crianza violenta de una generación a la otra- arroja luz sobre uno de los hallazgos más frecuentes entre los antecedentes de los/as adultos/as maltratadores: la totalidad ha sufrido algún tipo de maltrato en su propia infancia, aunque no necesariamente repitan el mismo tipo de violencia contra sus hijos/as.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Cuando la intervención tiene en cuenta esta faceta, se logran efectos que potencian el impacto de la misma a largo y a medio plazo. A largo plazo, tendrá un efecto preventivo impidiendo estos niños/as y jóvenes maltratados/as de hoy se conviertan en padres maltratadores el día de mañana, contribuyendo a que las siguientes generaciones sufran menos malos tratos y abusos.

En el medio plazo, promoverá una evaluación en profundidad de la conveniencia y las consecuencias que pueden tener las decisiones de que personas menores separadas de sus progenitores convivan con y sean criadas por abuelos/as y/o familiares que pudieran haber ejercido malos tratos a sus padres en la infancia.

3.3. FACTORES DE RIESGO

Como ya se ha insistido, el maltrato hacia los/as niños/as y adolescentes es un problema de profunda complejidad que no puede achacarse a la “maldad” ni a la “enfermedad” de las personas. Detrás de la mayoría de los casos de maltrato físico, de maltrato emocional, de abusos sexuales y de negligencia encontraremos una intrincada trama donde se entrecruzan dificultades individuales, familiares y sociales.

Nunca el maltrato es motivado por un único factor. Al contrario, varios factores suelen coexistir e interactuar a lo largo del tiempo para interferir la posibilidad de los/as adultos/as de desarrollar y/o desempeñar las habilidades de cuidado y protección.

Los malos tratos hacia los/as niños/as y jóvenes no pueden ser atribuidos a una enfermedad- ni física ni mental-, ni a problemas adictivos, ni a carencias educativas o económicas aunque todos estos factores pueden contribuir o desencadenar situaciones de violencia.

El maltrato infantil ocurre en todas las clases sociales, en familias de todos los contextos culturales, religiosos y étnicos.

Si bien no puede atribuirse a una sola causa, se han identificado una serie de factores de riesgo que están asociados a los malos tratos a niños/as.

Los niños/as cuyas familias y entornos presentan estos factores de riesgo tienen mayor probabilidad de sufrir violencia. Lo que no significa que la presencia de estos factores siempre suponga la victimización de las personas menores.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Factores que pueden ser de riesgo en una familia pueden no serlo en otras.

Aun cuando en la mayoría de los casos -excepción hecha en la evaluación en intervención- no es competencia de los PIF identificar los factores de riesgo ni los de protección, deben tenerlos presentes para llevar a cabo las intervenciones y para poder establecer las prioridades en sus actuaciones.

Para abarcar de manera exhaustiva las posibles causas de los malos tratos intrafamiliares habrá que considerar:

- a) factores relacionados con características de los padres;
- b) factores relacionados con la vulnerabilidad de los/as niños/as y adolescentes;
- c) factores relacionados con circunstancias estresantes que desbordan la capacidad de tolerancia a la frustración y de manejo de las emociones violentas por parte de los/as adultos/as (crisis desencadenantes); y
- d) factores socioculturales que toleran y fomentan los malos tratos como una forma aceptable de interactuar y/o de resolver conflictos entre los/as adultos/as y los/as niños/as y entre los integrantes de una familia.

3.3.1. Características de los padres que ejercen malos tratos

Prácticamente la totalidad de los padres y madres que ejercen violencia sobre sus hijos/as presentan antecedentes de malos tratos, negligencia y/o abandono en sus infancias poniendo en evidencia que estas historias personales condicionan la manera en que los/as adultos/as se desempeñan como padres. Aquellos/as que no tuvieron modelos parentales adecuados o cuyas necesidades estuvieron insatisfechas, se verán muy limitados/as para ejercer funciones de protección y cuidado con sus propios/as niños/as más allá de haber aprendido, desde temprana edad, a normalizar la violencia aceptándola como una forma habitual de interacción.

En la mayoría de los casos en que no hubo una intervención, los padres acceden a la paternidad y a la maternidad sin haber puesto en cuestión -o sin siquiera permitirse poner en cuestión- la manera en que fueron criados/as. Tampoco conceden importancia a los sentimientos negativos que puedan albergar hacia sus padres - como consecuencia de los malos tratos sufridos- ya que, a veces, ni llegan a aceptar que experimentan estos sentimientos.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

IMPORTANTE:

Si bien la mayoría de los padres que maltratan han sufrido malos tratos en su infancia, esto no significa que todos/as los/as niños/as y jóvenes maltratados/as se convertirán en adultos/as violentos/as con sus hijos/as. Según las investigaciones entre un 20 y un 30% del total ejercerán malos tratos.

Como consecuencia de estos antecedentes es muy común observar en los padres y madres lo siguiente:

- Desconocimiento de las pautas evolutivas y de las necesidades emocionales de los/as niños/as: que les lleva a exigir a los/as hijo/as respuestas o conductas que son incapaces de alcanzar debido a su inmadurez.

Ejemplos:

- A. Encargar a una niña de 12 años el cuidado de sus hermanos/as menores pretendiendo que se encargue de su alimentación e higiene.
- B. Enviar a un niño de 7 años con un billete de 20 € a hacer la compra.
- C. Enviar a un hijo adolescente a que acompañe a su padre toxicómano para evitar que se meta en problemas.

Aunque algunos/as niños/as fracasarán abiertamente en lograr lo que sus padres les exigen, otros/as se adaptarán a esta sobreexigencia y aprenderán las respuestas o desempeñarán las funciones que los/as adultos/as esperan. Esta aceptación o “aprendizaje” se debe a que los/as niños/as perciben que, muchas veces, de ello depende su supervivencia física y afectiva.

Cuando los/as hijos/as no responden según lo esperado -ya sea en una oportunidad o de manera habitual- se desencadena el enojo de los/as adultos/as que pueden castigarles propinándoles palizas brutales, insultándoles, imponiendo castigos y restricciones, etc.

Esta es la razón por la cual es necesario explorar con los padres los comportamientos que ellos consideran inadecuados en sus hijos/as para

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

evaluar si se trata de algo que necesita corregirse o si esta perspectiva es el resultado de expectativas parentales inadecuadas.

- Promueven la inversión de roles o “parentalización de los/as hijos/as”: de manera tal que son los/as niños/as quienes cuidan de sus padres, satisfaciendo las necesidades de los/as adultos/as. Mientras la persona menor responda adecuadamente a lo que pretenden de ella, no se producen problemas porque estos comportamientos les confirman a los/as adultos/as que están desempeñando correctamente su función. Cuando, por los motivos que sea, el hijo/a no se comporta según lo esperado, los padres interpretan dicho comportamiento como que éste/a deja en evidencia su falta de habilidades parentales.

Un ejemplo extremo de esto ocurre en los casos de maltrato físico de bebés en los que los progenitores no toleran e intentan acallar -a los golpes- el llanto del niño/a en vez de intentar entender qué lo puede estar causando, porque lo interpretan como una señal de su fracaso para mantenerle tranquilo/a. Padres que conocen las limitaciones de sus habilidades parentales, suponen que el silencio del bebé demuestra a los demás que ellos ejercen su rol adecuadamente.

- Incapacidad para controlar racionalmente sus impulsos: este rasgo de carácter no está asociado a ningún problema específico de salud mental.
- Indefensión aprendida: es frecuente observar que estos progenitores/as se muestran pasivos/as frente a las circunstancias de la vida, no suelen prever ni evitar los contratiempos de manera activa; suelen estar aislados/as socialmente, tener baja autoestima, y desconocer o negar su propia necesidad de dependencia.
- Inmadurez emocional: que no guarda relación con su edad cronológica ni con los logros que puedan haber obtenido en su vida laboral y/o social.
- Adicciones a alcohol y/o drogas: los efectos de estas sustancias interfieren el normal funcionamiento de los padres tanto en lo que hace a su capacidad para proteger y cuidar como a la habilidad para evaluar y establecer prioridades, para emitir juicios de valor y para respetar e imponer límites. Estos adultos/as pueden no prestar atención -ni satisfacer- las necesidades de sus hijos/as; pueden utilizar el dinero para comprar las sustancias adictivas y desatender los gastos familiares e, incluso, pueden involucrarse en actividades delictivas poniendo en riesgo la salud física y emocional de los/as niños/as. Una nueva preocupación al respecto en estos últimos años,

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

es la de los efectos potencialmente negativos para el desarrollo de los bebés, del abuso de drogas por parte de las madres durante el embarazo.

- Edad: los malos tratos ocurren con mayor frecuencia en casos de madres y padres muy jóvenes o adolescentes. Es posible que este factor, a su vez, se asocie y se potencie debido a la presencia de otros que también inciden en el grado de riesgo: bajo nivel de ingreso, falta de apoyos sociales y altos niveles de estrés.
- Conflictos maritales severos y violencia doméstica: ya se ha mencionado que en alrededor del 40 al 60% de las familias en las que hay violencia doméstica, coexisten situaciones de maltrato infantil. Los/as niños/as que crecen en hogares violentos pueden ser víctimas de golpes, abusos sexuales, de malos tratos emocionales y de negligencia (por parte del progenitor que está pendiente de su compañero/a violento/a o que se muestra indiferente a consecuencia de sus propios miedos). Hay que recordar que el sólo hecho de presenciar situaciones de violencia entre los/as adultos/as produce daño emocional en las personas menores.
- Familias monoparentales: se asocia con niveles de ingresos más bajos y la falta de colaboración dentro del hogar junto con la carencia de apoyo social que contribuyen a incrementar las dificultades y el estrés.
- Familias numerosas: en las que conviven niños/as con poca diferencia de edad entre sí.
- Familias desorganizadas: en las que reina el caos en las rutinas cotidianas y en las que hay constantes cambios en la composición del grupo familiar conviviente, tanto en la cantidad de adultos/as como de niños/as. Es frecuente que este factor esté asociado a promiscuidad y a poco respeto hacia los límites individuales y hacia la intimidad.
- Actitudes negativas hacia los/as hijos/as: es habitual en estas familias la falta de reconocimiento y de refuerzo de las conductas apropiadas de los/as niños/as junto con la aplicación de métodos disciplinarios muy severos, tales como palizas, aislamiento prolongado, agresiones verbales. A pesar de sus actitudes negativas hacia los/as hijos/as, estos padres y madres están fuertemente apegados a ellos/as y los/as niños/as a ellos. Estos progenitores -en la mayoría de los casos en los que no se observan rasgos sádicos de personalidad- consideran que están criando a sus hijos/as de la mejor y única manera posible. En los casos en que el maltrato es principalmente físico o emocional, es frecuente que los/as niños/as

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

estén bien cuidados/as, alimentados/as y vestidos/as, con los planes de vacunación completos y la escolaridad preservada, ya que este tipo de atención no resulta conflictiva.

3.3.2. Características de los/as niños/as que sufren malos tratos

Si bien ningún/a niño/a es responsable por los malos tratos que sufre, hay ciertas características - reales o “proyectadas” por los padres- que les hacen vulnerables.

- Niños/as “especiales” o “difíciles”: son aquellos/as que, alguna característica propia de su edad o de su nivel de desarrollo -físico, mental, emocional o social- , hace que requieran mayor atención y/o afecto de sus padres. Esta condición de ser “especial” puede atribuirse a la presencia de problemas físicos y/o psicológicos (tales como enfermedades congénitas o crónicas, discapacidad, niños/as agresivos, con problemas de comportamiento) o a situaciones no patológicas (como ser niños/as con temperamentos difíciles, niños/as traviesos/as, curiosos/as) que exijan cuidados especiales. A algunos padres les resulta más sencillo criar a sus hijos/as en un momento evolutivo dado (por ejemplo, cuando son lactantes y se les puede dejar en la cuna) que en otros (cuando deambulan y hay que andarles detrás).
- Niños/as que han sufrido separaciones tempranas y alteraciones del vínculo madre-hijo debido a separaciones, por diversas razones, entre la madre y su bebé en los primeros meses de vida. Ejemplo de ello sería la situación de los bebés prematuros que permanecen en incubadoras por algunas semanas o aquellos casos en que enfermedades de la madre les obligan a estar ingresadas por períodos prolongados o a estar lejos de sus hijos/as. Las separaciones tempranas interfieren en el normal establecimiento de los vínculos de apego, perturbando sus características.
- Niños/as percibidos/as como “especiales” o “difíciles”: en algunos casos los padres, por causas identificables en su historia personal, proyectan en sus hijos/as aspectos temidos, odiados o rechazados de sí mismos. Se apoyan en determinadas características triviales, no patológicas del niño/a (detalles de sus características físicas, étnicas, el lugar que ocupan en el grupo familiar, el hecho de ser niños/as adoptivos/as o hijos/as de parejas anteriores de alguno de los padres) para adjudicarles atributos y/o intencionalidades que no tienen fundamento. Sería el caso de la madre que ante el llanto del bebé de meses exclama: “¡Mire qué malo que es conmigo!”

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

3.3.3. Crisis desencadenantes

Por lo general, se trata de situaciones de cambio y/o pérdida en las que queda al descubierto la falta de habilidades de los integrantes adultos de la familia para resolver conflictos o tolerar emociones intensas. Estas situaciones -también llamadas estresantes- pueden deberse a dificultades laborales, mudanzas, migraciones, problemas de salud, muertes, nacimientos; etc. Es interesante destacar que no siempre se trata de circunstancias difíciles o desfavorables. Cualquier condición que rompa el - a veces, frágil- equilibrio familiar puede ser considerado una situación de estrés.

No es posible determinar si las familias que maltratan atraviesan situaciones de este tipo con mayor frecuencia que las que no maltratan o si estas familias tienden a connotar como estresantes circunstancias que para otras no lo son.

Lo que se puede observar es que no suelen prever las consecuencias -y eventuales complicaciones- de decisiones que han tomado y que, una vez, que esas consecuencias se producen, no encuentran estrategias adecuadas para afrontarlas.

De ahí que estas situaciones críticas contribuyan a exacerbar la hostilidad, la ansiedad y la depresión de los integrantes de la familia y a incrementar los niveles de conflicto y de violencia dentro del hogar.

3.3.4. Tolerancia sociocultural

La tolerancia cultural se refiere a la aceptación por parte del colectivo social -no sólo de un grupo familiar- de que los malos tratos físicos y/ o emocionales constituyen una estrategia educativa más.

Cuanto más sensibilizada esté la sociedad acerca de los efectos de la violencia familiar en los/as niños/as y jóvenes, más precoz será la detección ya que no se la podrá minimizar, naturalizar ni justificar como excesos en atribuciones "naturales" de padres y educadores.

Si bien las intervenciones habituales no enfocan este aspecto, conviene que los/as técnicos/as no le pierdan de vista y exploren en el colectivo social en el que está inserta la familia, cuestiones tales como:

- Cuál es la actitud hacia el castigo físico y la disciplina
- Cuál es la actitud hacia la infancia, la familia y la autoridad
- Cuál es la actitud hacia la negligencia social

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

- Cuál es la representación social del maltrato infantil y de los maltratadores (por ejemplo, cómo funcionan los estereotipos habituales: si se considera que es algo infrecuente, que ocurre en ambientes marginales, que los maltratadores son “enfermos” o “psicópatas”, etc).

3.3.5. Factores asociados

Investigaciones recientes señalan otros factores que, sin ser causales, aparecen asociados a las familias maltratantes.

- Pobreza: la mayoría de las familias de bajos recursos no maltrata a sus hijos/as. Sin embargo, estadísticamente esta variable aparece asociada a los malos tratos. Una explicación posible es que se detectan más casos en este sector social porque las familias de menores recursos son receptores de ayudas y usuarios habituales de servicios sociales y esto les expone más a la supervisión de profesionales de la administración pública.
- Aislamiento social y falta de apoyos: si bien se observa esta variable asociada a los malos tratos, no es sencillo establecer si es una característica que precede -y potencia- la violencia o si es una consecuencia de la misma.
- Entornos violentos: los malos tratos hacia los/as niños/as y jóvenes es mayor en los vecindarios más peligrosos y violentos. Aunque este dato puede asociarse con la pobreza, pareciera también que se correlaciona con la aceptación y la normalización de la violencia ya que los individuos que, cotidianamente, viven y presencian comportamientos agresivos tienden a considerar la violencia como una respuesta y como un comportamiento aceptables.

3.4. FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección son aquéllos que parecen modificar, mejorar o cambiar la posibilidad de que el niño/a sea dañado/a en el futuro.

Se consideran factores protectores aquéllos que se relacionan con las fortalezas del niño/a y de la familia, tales como:

- En lo personal (características individuales de los padres y de los/as niños/as): autoestima alta, buena salud, habilidades interpersonales y/o cognitivas adecuadas, capacidad para predecir situaciones peligrosas y

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

evitar el daño o protegerse (por ejemplo: la capacidad del padre no agresor para proteger a los/as hijos/as cuando ocurren episodios de violencia doméstica)

- En lo familiar: relaciones de colaboración y apoyo entre sus integrantes; normas y rutinas coherentes y adecuadas; vínculos de apego fuerte entre el niño/a y, al menos, una de las figuras parentales; habilidad de solicitar y buscar ayuda ante circunstancias estresantes
- Redes sociales y comunitarias: familia extensa y amigos cercanos, participación en actividades y encuentros extracurriculares, posibilidad de acceder a servicios disponibles dentro de la comunidad.

Cuando se evalúa una situación de riesgo para los/as niños/as se debería incluir información que permita predecir si la capacidad de protección de los padres o responsables puede mejorar de manera significativa en un tiempo razonable. En tal sentido, resulta de gran utilidad explorar - y eventualmente, trabajar sobre- la percepción que tiene la familia de sus puntos fuertes, de sus debilidades y de la aceptación por parte de los integrantes adultos de su responsabilidad para generar cambios.

IMPORTANTE:

Hay que tener presente que los factores de riesgo y los factores de protección son dinámicos y pueden ocurrir cambios en el desempeño de las personas, en las circunstancias familiares o en la dinámica de las familias que disminuyan o aumenten los niveles de riesgo. Ejemplo de esas fluctuaciones son los cambios que pueden ocurrir en las capacidades físicas, emocionales o mentales de alguno de los integrantes; las pérdidas de relaciones con personas significativas del entorno; la fluctuación en la colaboración o en el apoyo recibido; las dificultades económicas; la interrupción o el abandono de la colaboración y los contactos con los/as profesionales intervinientes.

Conviene recordar que en todas las familias hay determinadas etapas del desarrollo de sus hijos/as y/o situaciones que les resultan particularmente difíciles o más complicadas que otras. Ya se mencionó el ejemplo de que puede resultar más sencillo cuidar a un bebé que a un niño/a que comienza a caminar.

Cuando se está interviniendo en situaciones de desprotección infantil los/as

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

técnicos/as tendrán que prestar especial atención a los cambios que puedan impactar en el estilo de vida de la familia con la que se está trabajando porque pueden incrementar los niveles de estrés, reducir sus posibilidades de afrontar situaciones y, potencialmente, aumentar el riesgo de dañar a los/as niños/as.

RECORDAR QUE:

Cuando el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos evalúa que una familia es de mediano o de alto riesgo, el concepto de "riesgo" que utiliza no responde a una variable dicotómica (del tipo sí/no). Por el contrario, representa un continuo, cuyos extremos (casos en los que el riesgo es extremadamente elevado y casos donde el riesgo es muy bajo) son identificables con facilidad.

Es importante que los/as profesionales de los PIF conozcan y tengan en cuenta estas condiciones porque les resultarán de utilidad para planificar el tipo y la intensidad de los recursos a utilizar; el tipo de actuaciones que llevarán a cabo; y los indicadores que deberán considerar al realizar el seguimiento y evaluar la evolución de la familia ante la intervención.

En los casos de maltrato físico o emocional propiamente dichos, la violencia se ejerce exclusivamente sobre uno/a de los hijos/as, a diferencia de las familias negligentes o en las que se produce abuso sexual en donde todos/as los/a niños/as están en situación de riesgo.

Aunque pueda resultar paradójico, desde el punto de vista de la persona menor, el golpe o la palabra que lastima expresa algún tipo de afecto -rabia, odio-, que siempre es preferible a la indiferencia afectiva.

Los factores que el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos toman en cuenta para llegar a una conclusión acerca del grado de riesgo se agrupan en 5 áreas:

- Características del incidente
- Factores de vulnerabilidad infantil
- Características del cuidador
- Característica del entorno familiar
- Respuesta ante la intervención

Las condiciones asociadas a Riesgo Alto son las siguientes:

- Cronicidad del maltrato y lesiones graves en el niño/a. Los casos de abuso

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

- sexual se consideran, por definición de alto riesgo.
- Cercanía temporal del último incidente.
- Presencia de lesiones en zonas vitales del cuerpo u órganos sexuales.
- Informes previos confirmados de maltrato/abandono.
- Acceso libre del agresor/a al niño/a e inexistencia de figuras adultas capaces de protegerle.
- Edad inferior a 5 años y/o escasa visibilidad del niño/a por parte de agentes externos a la familia (escuela, guardería, vecinos).
- Niños/as sin capacidad de defenderse, ya sea por su corta edad (menor de 5 años) o por la presencia de problemas físicos o psíquicos.
- Presencia de problemas severos de conducta que impiden al niño/a un funcionamiento mínimamente adecuado en sus diferentes roles (por ejemplo: escuela, amigos, familia).
- Presencia de trastornos emocionales o retrasos intelectuales que impiden al niño/a un funcionamiento mínimamente adecuado en sus diferentes roles (por ejemplo: escuela, amigos, familia).
- Existencia de limitaciones físicas, intelectuales y emocionales que impiden al progenitor o a la persona responsable hacerse cargo del niño/a aún con ayuda complementaria, no esperándose mejoría en un futuro próximo.
- Progenitor/a o responsable adolescente sin apoyos positivos en su entorno.
- Desconocimiento por parte del progenitor/a o responsable de las pautas del desarrollo evolutivo infantil, así como de las necesidades de estimulación emocional y cognitiva del niño/a. Normativa inexistente, excesivamente rígida o inconsistente.
- Uso de la fuerza y la agresión física y verbal como métodos disciplinarios y de castigo.
- Fuerte e incontrolable dependencia física y/o psicológica del cuidador hacia drogas/alcohol.
- En el progenitor/a o responsable, historia previa de agresiones de intensidad elevada hacia otros/as niños/as, el cónyuge u otras personas.
- En el progenitor/a o responsable, historia personal de maltrato/abandono; carencia de modelos positivos de vinculación en la infancia.
- Ausencia de indicadores de afecto en la interacción progenitor/a o responsable/niño. Percepción extremadamente negativa del niño/a.
- Conflictos severos de pareja y manipulación del niño/a. Violencia conyugal: ausencia de comunicación, existencia de un claro patrón de dominación-sumisión en la pareja. Reiterada inestabilidad de las relaciones de pareja.
- Identificación del padre/madre sustituto como el sujeto que ha infligido el maltrato.
- Condiciones evidentes de inseguridad y precariedad de la vivienda.
- Ausencia total de fuentes de apoyo y relaciones sociales positivas para la familia.
- Negativa total de los padres a cooperar con los Servicios de Protección Infantil.

3. FAMILIAS MALTRATADORAS: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): Manual de protección infantil - Masson, S.A. - Barcelona.

Goldman, J.; Salus, M.K.; Wolcott, D.; y Kennedy, K.Y. (2003): A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice - Administration for Children and Families - Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau- Office on Child Abuse and Neglect - EEUU.

Intebi, I. (2002): Maltrato, Abuso y Negligencia - Guías de Atención de Niños y Niñas Destinada al Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención - Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Argentina.

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): Maltrato de Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Cuadernos de Capacitación- Familias del Nuevo Siglo - Buenos Aires.

Strauss, M.A. y Gelles, R.J. (1987): "Is violence against children increasing?" citado por A. Bentovim (2000): "Sistemas organizados por traumas"- Paidós - Buenos Aires.



4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

En los/as niños/as y jóvenes víctimas de situaciones de malos tratos intrafamiliares continuados se observan comportamientos y actitudes que evidencian los efectos que tienen las experiencias traumáticas crónicas en el desarrollo de las personas.

La severidad de los trastornos dependerán de las características individuales de cada/a niño/a, de su capacidad de resiliencia y de las peculiaridades de su entorno, tanto en lo que hace a las condiciones en que se produjeron los malos tratos (tipología, severidad, frecuencia, relación con el agresor/a, etc) como a las que permitieron su protección (presencia de adultos/as no agresores/as, estrategias de protección, actitudes protectoras por parte de otros/as adultos/as, actividades favorecedoras del desarrollo y de la autoestima, etc).

4.1. QUÉ ES TRAUMA

Una manera sencilla y operativa de definir trauma es considerarlo como el dolor (físico y/o emocional) que no se puede calmar con los recursos del individuo.

Las situaciones que pueden tener consecuencias traumáticas son variadas -no se refieren exclusivamente a experiencias relacionadas con la violencia- y abarcan circunstancias que ocurren dentro de las familias, en contextos de grupos pequeños, pero incluyen también acontecimientos que ocurren como consecuencia de fuerzas naturales o de factores socioeconómicos donde los grupos pequeños tienen escasa influencia ya sea para evitar dichas situaciones o para solucionarlas.

Estos acontecimientos posibles de provocar reacciones traumáticas son:

- La victimización.
- Los desastres naturales.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

- Las situaciones de pobreza.
- Las crisis accidentales (duelos, divorcios, enfermedades).

Si bien las tres últimas son situaciones de gran importancia que requieren estrategias específicas de intervención, los/as técnicos/as de los servicios especializados de infancia se ocupan principalmente de los efectos de la victimización.

4.2. QUÉ SE ENTIENDE POR VICTIMIZACIÓN

Victimización se refiere a cualquier acontecimiento en el cual el agente responsable del daño es otro ser humano que, además, dirige su comportamiento agresivo sobre un determinado individuo. La victimización no ocurre exclusivamente en el ámbito de los malos tratos intrafamiliares aunque siempre el maltrato familiar tiene como consecuencia la victimización de las personas menores.

Para algunos investigadores (McNally, 1993) este tipo de experiencias traumáticas suele tener mayor impacto en los/as niños/as que las catástrofes.

4.3. EFECTOS LOCALIZADOS Y EVOLUTIVOS DE LA VICTIMIZACIÓN

Para evaluar las consecuencias que pueden tener las experiencias traumáticas sobre los/as niños/as y adolescentes hay que tener en cuenta dos cuestiones de gran importancia.

Por un lado, la infancia y la adolescencia son etapas de la vida en las que se producen cambios notorios a todos los niveles:

- en el tamaño corporal
- en la fuerza
- en las habilidades cognitivas
- en la diferenciación entre los géneros
- en el tipo de vínculos y relaciones que se establecen y
- en los entornos en los que transcurren las actividades cotidianas

Por otro lado, en lo que hace a las experiencias traumáticas de victimización, éstas pueden a) ocurrir de manera aislada, en una sola ocasión (por ejemplo: sufrir un secuestro, presenciar un hecho de violencia) o b) suceder de manera recurrente. Estas últimas son las que constituyen experiencias de traumatización crónica.

Las características de las situaciones que pueden considerarse traumáticas para

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

los/as niños/as se modifican según las etapas evolutivas que estén atravesando. Por ejemplo, que la madre no aporte comida será altamente traumático para los/as menores de 5 años pero menos conflictivo para un/a adolescente de 16. Por el contrario la falta de supervisión de las actividades extrafamiliares es más nociva para los/as adolescentes que para los/as lactantes.

Dados los vínculos de dependencia en que se encuentran, niños/as y adolescentes sufren formas de victimización que son privativas de esa fase del desarrollo y que no suelen ocurrirles a las personas adultas. Por ejemplo, la negligencia física y los secuestros por parte de familiares son situaciones que sólo les ocurren a las personas menores.

Se trata, entonces, de situaciones de victimización muy particulares porque no sólo vulneran las necesidades de dependencia de los/as niños/as sino que también violentan las expectativas sociales de que los/as adultos/as respetarán y cubrirán dichas necesidades.

Al momento de valorar los efectos de la traumatización crónica hay que tener en cuenta que las respuestas infantiles a la victimización están supeditadas a factores relacionados con la etapa evolutiva en que se encuentran ya que en cada etapa cuentan con habilidades y con vulnerabilidades específicas.

La infancia y la adolescencia constituyen etapas evolutivas de vital importancia y vulnerabilidad dado que se está desarrollando el proceso en el que se establecen una serie de conceptos fundantes de la personalidad y que pueden verse afectados por las experiencias traumáticas. Estos ejes de estructuración básicos son:

- los conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo externo
- las relaciones con los estados anímicos internos y
- las habilidades para defenderse, para tolerar las frustraciones y para lograr el agrupamiento y socialización

Es por ello que la traumatización crónica en este período en el que se están cimentando estos procesos lleva a dificultades en todos los ámbitos de la vida: problemas consigo mismo/a, con los demás y con los objetos del entorno; con la propia vida emocional; con la posibilidad de establecer y llevar adelante proyectos personales; y con las estrategias para afrontar imprevistos y situaciones problemáticas.

Cuando se valoran las consecuencias de las experiencias traumáticas en la infancia hay que considerar si son debidas a los efectos localizados -próximos en el tiempo a la ocurrencia de la situación traumática y en los que se pueden observar las

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

reacciones iniciales a la victimización- o si se trata de consecuencias que ocurren en una fase más tardía, cuando la situación se prolonga sin que la persona menor sea protegida. En estas condiciones se puede observar una serie de comportamientos y efectos a medio plazo relacionados con la acomodación y la adaptación a la situación de trauma crónico. También en un período más tardío -adolescencia y adultez -, será posible registrar las secuelas ligadas a la elaboración a largo plazo y a la acomodación y a la adaptación secundarias a las experiencias sufridas de manera crónica en los años anteriores. Estos dos últimos tipos de impacto son los que se conocen como efectos evolutivos.

Efectos localizados: son aquellos problemas y comportamientos que aparecen estrechamente asociados a los acontecimientos traumáticos. Representan las reacciones normales de todos los individuos -niños/as y adultos/as- ante situaciones que superan sus habilidades para tolerar lo ocurrido y/o defenderse de dicha situación. Estas conductas y trastornos tienen una duración limitada y no afectan el normal desarrollo de quien los ha sufrido.

Por ejemplo, es normal que un niño/a que ha sufrido un accidente automovilístico se muestre de manera transitoria temeroso/a, no quiera separarse de sus padres por más que anteriormente lo hiciera sin problemas, no quiera montarse en el coche, evite transitar por la zona en que ocurrió el accidente, esté sobresaltado/a, tenga problemas para dormir y pesadillas, presente alteraciones en el rendimiento escolar y dificultades para concentrarse. Es esperable también que presente alteraciones en el apetito, irritabilidad, agresividad e inestabilidad emocional. Transcurridas algunas semanas o un par de meses estos trastornos tienden a resolverse espontáneamente. Cuando persisten pueden indicar que se produjo una alteración en el proceso de resolución debido a factores que será necesario explorar, tales como reiteración y/o exposición a otra(s) experiencia(s) traumática(s); falta de respuestas adecuadas por parte del entorno familiar y/o social, etc.

Efectos evolutivos: son aquellos problemas y comportamientos que ponen de manifiesto las interferencias que las experiencias traumáticas han supuesto para la adquisición de logros evolutivos y/o expresan las distorsiones que ha sufrido el proceso de desarrollo infantil a consecuencia de experiencias traumáticas más prolongadas, reiteradas y/o de mayor gravedad.

Ejemplos de efectos evolutivos son los trastornos en la capacidad de apego; los trastornos en la autoestima; la instalación y la persistencia de vínculos

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

interpersonales altamente sexualizados o altamente agresivos; el fracaso en la adquisición de habilidades para vincularse con pares; el uso de drogas; la disociación; la autoagresión y todas las modalidades disfuncionales para tolerar altos niveles de ansiedad.

No cualquier experiencia traumática producirá efectos evolutivos.

Para que éstos ocurran, la victimización debe haber ocurrido en forma reiterada y constante modificando de un modo significativo las relaciones del niño/a o del adolescente con su sistema de contención primario (grupo familiar, adultos/as de importancia en sus vidas).

Este tipo de efectos se observa con mayor frecuencia cuando, además, se suman otras fuentes de estrés grave (duelos, divorcios, situaciones de discriminación) y cuando las experiencias traumáticas interrumpen una transición evolutiva vital (fase de dependencia en la primera infancia, ingreso al sistema escolar, comienzo de la pubertad, comienzo de la adolescencia).

Durante el proceso evolutivo, niños/as y adolescentes atraviesan ciertas fases que les hacen particularmente vulnerables. Existen investigaciones que documentan cómo las interferencias en estas etapas pueden obstaculizar algunos procesos específicos. Por ejemplo, una de las primera tareas de la infancia es el establecimiento de vínculos de apego con las figuras primarias de protección. Cuando la victimización ocurre en esta fase y, si además, la agresión proviene de los/as adultos/as significativos/as mencionados/as, se producirán trastornos severos en estos vínculos de apego que se prolongarán en etapas posteriores del desarrollo.

Otro ejemplo a señalar ocurre en la fase preescolar en la que los/as niños/as parecen tener facilitada la exploración de habilidades relacionadas con la disociación -"ejercitación" de la capacidad de fantasear, juegos con compañeros/as y amigos/as imaginarios/as y la capacidad de negar acciones concretas que han ejecutado. Cuando los/as niños/as son victimizados/as en esta etapa podrán recurrir a la disociación como mecanismo de defensa y establecer un modelo disociativo crónico en el futuro que se manifestará a través de períodos de pérdida de contacto con la realidad, olvidos de fragmentos importantes de su propia experiencia, conductas realizadas en estados semejantes a los de un trance, y alucinaciones auditivas y/o visuales. Vale aclarar que entre las causas de comportamientos de tanta severidad se encuentran los malos tratos pero también otras formas de victimización reiterada.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Un aspecto que no se puede soslayar al hacer referencia a la victimización crónica es que puede tener efectos duraderos y a largo plazo en los procesos fisiológicos -provocando alteraciones relacionadas con el estrés crónico-, ya que estos niños/as viven durante gran parte de sus existencias en estado de alerta constante.

Es importante tener en cuenta que, debido a la limitación de las habilidades cognitivas específicas de cierta fase del desarrollo, un niño/a puede ver limitada la posibilidad de apreciar la victimización que ha padecido.

Cuando los/as niños/as son muy pequeños/as, la manera en que perciben las experiencias traumáticas va a depender no tanto de las características objetivas de las mismas sino de la forma en que sus padres las hayan registrado y/o "filtrado". Con lo cual, la inmadurez evolutiva no entrañará necesariamente mayor impacto traumático. Sin embargo, hay que tener presente que un niño/a puede no comprender en detalle las situaciones traumáticas debido a la carencia de habilidades cognitivas cuando ocurren los hechos pero que, una vez que las adquiere, puede entender retrospectivamente sus consecuencias.

Para que un niño/a pueda comprender los alcances de la victimización debe contar con cierto desarrollo cognitivo que le permita conocer las normas sociales, entender conceptos tales como los derechos de las personas y sus responsabilidades, además de contar con la habilidad de establecer comparaciones sociales.

Es importante tener en cuenta que si bien los efectos evolutivos específicos pueden manifestarse en sus comienzos bajo ciertos indicadores y comportamientos específicos, éstos pueden modificarse con el transcurrir del tiempo debido a diversos motivos:

- las tareas propias y/o las vulnerabilidades de la etapa evolutiva que el niño/a o el adolescente estén atravesando cuando se produce la victimización;
- las habilidades cognitivas específicas que tiene el niño/a o adolescente y que le permiten comprender e interpretar su experiencia en diferente grado y manera; y
- la diferente posibilidad de expresión sintomática según la etapa evolutiva en que se encuentre el niño/a o adolescente.

Cuando se hace referencia a la diferente posibilidad de expresión sintomática de un niño/a o de un adolescente según la etapa evolutiva en que se encuentre se está señalando que, más allá de las características de las experiencias traumáticas y de la posibilidad que el niño/a tenga de comprenderlas, el malestar que le produzcan sólo podrá expresarse utilizando el "léxico" de conductas y síntomas con el que cuente en esa fase determinada del desarrollo.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

También que el pasaje de una fase a otra puede facilitar la sustitución de una conducta y/o síntoma por otro más adecuado a la edad.

Por ejemplo, un preescolar que expresa los efectos de situaciones traumáticas mediante conductas disruptivas, puede presentar comportamientos depresivos o sentimientos de culpa inadecuados al ingresar en la fase siguiente del desarrollo. La importancia de considerar el factor de la sustitución sintomática radica en que facilita la interpretación de distintas manifestaciones observadas a través del tiempo como partes del mismo problema.

De esa manera, invita a la prudencia de los/as técnicos/as ante aparente “mejoras” o desaparición de comportamientos preocupantes ya que podrían haber sido reemplazados por otros más acordes al momento evolutivo que atraviesa el niño/a o el joven en ese momento. Lo mismo puede decirse en relación a los “agravamientos”: habría que conducirse con cautela ya que podrían tratarse de cambios debidos a la sustitución sintomática.

4.4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

Los efectos que se han descrito hasta este punto pueden ser producto de cualquier tipo de victimización, ya sea que ocurra de manera puntual o de forma crónica. En este apartado se tratarán las consecuencias asociadas más estrechamente a las diferentes tipologías de los malos tratos aunque no se hará especial hincapié en las secuelas de los abusos sexuales que serán tratadas en otra publicación.

Una vez más se recordará que la infancia y la adolescencia constituyen fases críticas del desarrollo en las que, en simultaneidad, se producen avances en diferentes ámbitos de la personalidad, a saber:

- la construcción de conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo exterior
- el establecimiento de las conexiones con los estados anímicos internos
- la adquisición de habilidades para defenderse y tolerar las frustraciones junto con las capacidades de agrupamiento y de socialización.

Las consecuencias que se observan varían en relación con el momento en que se detectan los malos tratos y se procede a la intervención.

Cuando la detección es precoz -algo poco habitual por ahora- se perciben las reacciones iniciales a la victimización, comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas). Son equivalentes a los efectos localizados que se mencionaron en un apartado anterior.

Aunque no son los efectos que se detectan con mayor asiduidad, es de utilidad tenerlos en cuenta en interés de lograr reconstruir la cronología de los malos tratos. A través de las fuentes secundarias es posible recoger registros de comportamientos compatibles con las reacciones iniciales que orientarán en cuanto a la fecha de comienzo de la victimización.

Es más frecuente que la detección y la intervención tengan lugar bastante tiempo después de que los malos tratos han comenzado. Debido a ello lo que se observa son la acomodación y la adaptación a los malos tratos crónicos, mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos de la victimización. En gran número de casos, suelen ser mecanismos exitosos con lo cual es habitual que presenten comportamientos aceptables y adecuados -con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.

Más allá de esta seudonormalidad o sobreadaptación, los/as técnicos/as deberán tener en cuenta el esfuerzo emocional que supone mantener esa fachada y el aislamiento que conlleva pues, para mantenerla, necesitan ocultar -deliberada o inconcientemente- lo que está sucediendo.

Cuando el niño/a se ha hecho mayor o cuando ya no es víctima de malos tratos por las razones que fueran, se advierten la elaboración a largo plazo y la acomodación y la adaptación secundarias características de esta tercera fase. Estas consecuencias reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y de la acomodación y la adaptación a los malos tratos crónicos sobre el desarrollo psicológico de esa persona y, por el otro, los mecanismos que la persona sigue utilizando para afrontar -por ejemplo minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida.

Este tipo de secuelas es la que se suele observar también en los/as adultos/as que maltratan.

Si bien muchas de las manifestaciones de las reacciones iniciales pueden desaparecer con el tiempo, es bastante frecuente que esos trastornos, sumados a los de la fase de acomodación y adaptación a la situación de violencia crónica, persistan y lleguen a comprometer otros aspectos de la personalidad.

Siguiendo a uno de los más destacados expertos en el abordaje de estos problemas, John Briere (1992), clasificaremos las secuelas psicológicas del maltrato infantil de la siguiente manera:

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Consecuencias internalizadas	Efectos post traumáticos Distorsiones cognitivas Alteraciones emocionales Disociación Trastornos en la percepción de sí mismo/a
Consecuencias psicosociales o de externalización	Trastornos en los contactos de intimidad con otras personas Conductas evitativas

Las secuelas internalizadas son aquellas que afectan al individuo en mayor medida y sólo indirectamente a su entorno mientras que las secuelas psicosociales, también conocidas como de externalización, perturban las relaciones con las otras personas.

4.4.1. Consecuencias internalizadas

Efectos postraumáticos

Son aquellos que aparecen muy próximos en el tiempo a la ocurrencia del(os) hecho(s) traumático(s), constituyendo la reacción normal de todos los individuos -adultos/as y niños/as- frente a episodios de esta naturaleza.

La mayoría de los comportamientos y las emociones asociadas a los episodios traumáticos no son indicadores de patología. Sólo representan las reacciones normales de todas las personas ante episodios que superan sus recursos para protegerse.

Las manifestaciones habituales son:

- Síntomas intrusivos: (se denominan de esta manera porque se “imponen” en la vida de las personas afectadas quienes sólo ejercen un control parcial sobre ellos).
- Recuerdos tipo flashbacks: se trata de escenas de carácter visual que repiten

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

la totalidad o fragmentos de las situaciones traumáticas. Pueden confundirse con alucinaciones. Es importante recordar que no son alucinaciones y que no constituyen un indicador de patología. Sólo corresponde intervenir cuando su intensidad impide un desempeño medianamente aceptable en las actividades cotidianas.

- Pensamientos y/o recuerdos intrusivos: suelen girar alrededor de ideas relacionadas con la posibilidad de haber hecho -o dejado de hacer- algo para evitar los eventos traumáticos. Como ya se dijo, la persona afectada tiene muy pocas posibilidades de controlar su aparición y puede traerle problemas para concentrarse en sus actividades.
- Pesadillas: es frecuente que los episodios traumáticos se reiteren en sueños y pesadillas.
- Conductas evitativas: existe una tendencia activa e intencional para sustraerse de los estímulos asociados al acontecimiento traumático. Las personas suelen hacer esfuerzos deliberados para evadir los pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que pudieran hacer aflorar recuerdos. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de algún aspecto puntual del acontecimiento.
- Otra manifestación de este tipo de sintomatología es la disminución de la reactividad hacia el mundo exterior, denominada "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional" que puede aparecer poco después de ocurrido el(los) acontecimiento(s) traumático(s). Se observa una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o alienación de los demás y/o una disminución llamativa en la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad). Es posible que se asocie con sensaciones de tener por delante un futuro desolador (por ejemplo, no creer en la posibilidad de aprobar el curso, de hacer amigos o de llevar a cabo una vida normal).
- Estado de alarma constante: una persona que ha vivido situaciones traumáticas puede manifestar constantes síntomas de ansiedad e incremento en los niveles de alarma que no existían antes del mismo. Entre estos síntomas cabe citar:
 - Trastornos del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático.
 - Estado de hiperalerta: se observa un estado de tensión y de expectativa exagerado frente a los estímulos ambientales, seguido de reacciones desproporcionadas a los estímulos que las provocan.
 - Falta de concentración: irritabilidad (que puede llegar a crisis de ira)

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

y dificultades para concentrarse o para ejecutar tareas.

- Respuestas fisiológicas ante hechos que simbolicen o semejen aspectos del(os) hecho(s) traumático(s): cuando el individuo queda expuesto a estímulos desencadenantes que recuerden o simbolicen un aspecto del acontecimiento traumático (por ejemplo, situaciones de bullicio y/o griterío, situaciones de conflicto con otras personas), suele experimentar un malestar psicológico intenso llegando a producirse respuestas de tipo fisiológico como taquicardia, hiperventilación, sudoración que pueden confundirse con ataques de pánico.

Es habitual que la mayoría de estas manifestaciones desaparezcan o disminuyan su intensidad en el transcurso de 4 a 6 semanas, sin necesidad de una intervención específica. Sin embargo, a veces, se hace necesario poner en marcha algún recurso debido al malestar que experimenta la persona afectada. La intervención estará orientada a disminuir las incomodidades que puedan ocasionar en la vida normal de ese niño/a o adolescente.

En otras ocasiones, las manifestaciones pueden ser más intensas y/o pueden no resolverse de manera favorable y/o en el tiempo habitual. En tales casos cabe la posibilidad de que se haya instalado lo que se conoce como trastorno de estrés post traumático.

IMPORTANTE:

Los indicadores descritos como efectos postraumáticos corresponden a los que se han descrito como efectos localizados. Los que se describirán a continuación, hasta el final del capítulo están relacionados con los efectos evolutivos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-IV (1995) este cuadro se reconoce por la aparición de síntomas característicos ante:

- la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o suponen cualquier otro tipo de amenaza para su integridad física;
- situaciones en las que el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

- el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves .

Siguiendo al DSM-IV, para confirmar un diagnóstico de trastorno de estrés post traumático, se debe comprobar la presencia de los siguientes indicadores:

- la respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los/as niños/as, un comportamiento desestructurado o agitado)
- el cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de:
 - a) reexperimentación persistente del acontecimiento traumático,
 - b) evitación persistente de los estímulos asociados a él y
 - c) embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y
 - d) síntomas persistentes de activación,
- el cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes, y
- provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

De acuerdo con las características del inicio y la duración de los síntomas, el cuadro clínico puede clasificarse dentro de tres modalidades diferentes:

- Agudo: aparece estrechamente relacionado con las experiencias traumáticas y la duración de los síntomas es inferior a tres meses.
- Crónico: aparece estrechamente relacionado con las experiencias traumáticas pero la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses.
- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Esta descripción resulta de gran utilidad para comprender el comportamiento de niños/as y adolescentes que han sido victimizados/as. Por ejemplo, no es habitual que los/as profesionales de la salud o de la salud mental tengan en cuenta la posibilidad de malos tratos o de violencia intrafamiliar cuando un niño/a llega a la consulta con la sintomatología descrita. Por el contrario, suele ser un diagnóstico al que se llega retrospectivamente cuando se pone en evidencia la situación familiar

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

y se la asocia con la historia clínica o escolar de las personas menores.

También puede ocurrir que, una vez detectada la situación de violencia en la familia y aún estando el niño/a protegido/a y/o a cargo de otras personas o instituciones, reaparezcan todos o algunos de los indicadores descritos sin que, en apariencia, se hayan producido nuevas experiencias traumáticas. Es posible, entonces, que se trate de un trastorno por estrés post traumático en la modalidad de inicio demorado o, como ya se describió en párrafos anteriores, que la presencia de estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático detonen nuevamente la sintomatología. Estos estímulos pueden pasar desapercibidos para el observador (distribución de ciertos objetos en el entorno, interacciones muy específicas, aromas, sonidos) y tener una relación muy concreta con lo vivido por ese niño/a o adolescente.

La aparición de estos indicadores puede suceder, sin necesidad de que ocurra un nuevo episodio traumático, cuando el niño/a tiene que afrontar situaciones relacionadas con dichos episodios, por ejemplo: entrevistas con otros/as profesionales, nuevas valoraciones, declaraciones en los juzgados, etc.

Es fundamental en todos estos casos en los que la sintomatología aparece de manera intempestiva, hacer un diagnóstico diferencial adecuado con otros trastornos psicopatológicos más severos que suelen requerir indicaciones e intervenciones psiquiátricas muy diferentes de las que se utilizan en los casos de estrés postraumático.

Distorsiones cognitivas

Los conceptos acerca de uno/a mismo/a, acerca de los demás, acerca del entorno y la habilidad para proyectarse en el futuro se van construyendo en base a aprendizajes que comienzan en la infancia. Las víctimas de malos tratos han pasado por numerosas experiencias negativas, con lo cual dichos conceptos se desarrollan y se establecen en forma distorsionada.

Presentan, por un lado, una tendencia a sobreestimar la peligrosidad y/o la hostilidad del entorno y, por el otro, una propensión a desestimar sus habilidades, afectando negativamente la valoración de sí mismos/as.

Estas distorsiones cognitivas se originan en las reacciones psicológicas normales ante los hechos abusivos y en los intentos de las víctimas por dotar a estas experiencias de algún sentido, en sus intentos de contar con alguna explicación que justifique el haber sido objeto de violencia por parte de quien(es) debería(n) haberles cuidado.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Debido al momento del desarrollo evolutivo en que estos episodios ocurren, a la incapacidad de los/as niños/as para defenderse o para resistir a las agresiones, los malos tratos contribuirán a generar sentimientos de indefensión y de peligro crónicos.

Conviene recordar que los/as niños/as suelen considerarse merecedores del trato que se les dispensa, creencia que se refuerza en los casos en los que el agresor/a justifique su violencia expresando abiertamente estos argumentos.

Los/as niños/as suponen que si algo tan doloroso e injusto les está sucediendo no es porque otra persona tenga un problema sino porque ellos/as son inherentemente malos/as y deben ser castigados/as o agredidos/as, interpretando la violencia como un castigo ante transgresiones que, en el peor de los casos, desconocen.

Los efectos de vivir durante largo tiempo en hogares donde la violencia ocurre a diario y, con frecuencia, de manera impredecible, hace que estos/as niños/as vivan en un estado de alarma constante no sólo ante peligros físicos concretos, sino también ante otro tipo de amenazas tales como la traición, el abandono y la injusticia.

Pueden presentar, además, una sensibilidad y una reactividad exageradas ante situaciones que les intimiden -sea de manera real, potencial o imaginada-, lo que suele ocasionarles continuos problemas en las relaciones con otras personas.

Debido a la diferencia de tamaño, de fuerza física, o de estatus social y/o jerárquico, el niño/a tiene pocas alternativas frente a las agresiones. La resistencia le resulta imposible o poco exitosa y las posibilidades de huida son transitorias y, por lo general, se logran después de haber sido objeto de la violencia.

Esta exposición continuada a situaciones en las que es incapaz de protegerse de estímulos negativos tan contundentes, provocará la aparición de un conjunto de conductas conocido como "indefensión aprendida" acompañado por trastornos en la percepción de la propia eficacia. Los efectos de estos dos factores serán la pasividad frente a situaciones de peligro y las percepciones de ineptitud y falta de capacidad para enfrentar circunstancias negativas.

Es así que estos/as niños/as se vuelven vulnerables a victimizaciones en el futuro y proclives a aceptar y a soportar vínculos disfuncionales o abusivos.

Además, el haber experimentado violencia de manera crónica sin haberla podido predecir o sin haberse podido proteger, refuerza las tendencias de estos/as niños/as a predecir resultados negativos ante situaciones problemáticas o complejas sin

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

intentar siquiera interactuar con la situación como para modificarla a su favor.

Es importante tener presente esta explicación ante el aparente desinterés o el evidente fracaso en el rendimiento escolar de muchos/as niños/as que han sufrido malos tratos. No buscan ayuda para superar sus dificultades, o directamente la rechazan, en la creencia de que nada de lo que hagan les será de utilidad.

Una variante en la manera de responder a experiencias de ataques impredecibles es a través de comportamientos tendentes a controlar tanto al entorno como a sí mismos/as. Para estos/as niños/as, el control resulta de importancia vital para la supervivencia, observándose conductas de excesivo autocontrol, tendencia al individualismo y a la autosuficiencia extremos, llegando incluso al aislamiento y a la evitación de relaciones de proximidad e intimidad.

Otro de los aspectos que es necesario tener en cuenta para valorar las distorsiones cognitivas son los intentos que hacen las víctimas para dotar de sentido o para encontrar alguna explicación a lo que les ha sucedido. Para ello echan mano a inferencias cuasi-lógicas que les permiten comprender la intencionalidad y/o el significado de las conductas aversivas de los progenitores en etapas tempranas, utilizando los recursos cognitivos con los que cuentan en las fases de desarrollo en que ocurrieron. Como ya se dijo, la lógica de las etapas tempranas es que son merecedores/as del trato violento aunque ellos/as no comprendan los motivos. El hecho de ser tratados/as de esta manera les confirma que no son lo suficientemente valiosos/as como para recibir cariño y cuidados adecuados.

Este sistema de creencias pondrá de manifiesto los intentos de cada niño/a o adolescente para encontrar respuestas a por qué la(s) persona(s) que debería(n) haberle protegido y cuidado le han provocado daño y dolor. Las explicaciones que elaboran suelen ser poco objetivas, tienden a la culpabilización de las víctimas, a la evitación de la responsabilidad y a la justificación de los/as adultos/as, siendo estas elaboraciones muy resistentes a los cambios que pudiera intentar introducirse a partir de observaciones de terceros.

Las consecuencias de estos intentos infantiles por dotar de sentido a las experiencias traumáticas contribuyen al refuerzo de la pasividad frente a situaciones de peligro, los autorreproches, una baja autoestima, y el odio a sí mismo/a.

Alteraciones emocionales

Las más frecuentes en las víctimas de malos tratos crónicos son la depresión y la ansiedad. En las personas adultas, los cuadros depresivos se presentan con las

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

siguientes características:

- desinterés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales
- tristeza
- desesperanza
- decaimiento
- irritabilidad
- falta de energía
- sentimientos de infravaloración o de culpa
- dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas
- trastornos del apetito, del peso, del sueño y de la actividad psicomotora.

No es habitual en los casos de niños/as y jóvenes observar toda la sintomatología descrita. Por lo general sólo aparecen algunos de los componentes de este cuadro e interfieren en las actividades en grado variable.

En los casos en que se observa ansiedad, además de los componentes de angustia, inquietud y preocupación, en estos/as niños/as y jóvenes se pueden observar:

- estados de alerta exagerados ante los peligros del entorno, justificados o no;
- preocupación con temas relativos al control acompañada de la sensación de peligro o catástrofe ante su pérdida (miedo a perder el control o “volverse loco”, miedo a morir);
- interpretación incorrecta de señales neutras en las relaciones interpersonales (interpretándolas como peligrosas o amenazantes), y
- presencia de componentes somáticos (palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad).

Disociación

Consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.

La disociación se produce como consecuencia de la ruptura -defensiva- en las conexiones normales entre los sentimientos, los pensamientos, el comportamiento y los recuerdos; ruptura provocada de manera consciente o inconsciente para disminuir el sufrimiento psicológico (Braun, 1988).

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Este mecanismo defensivo no debe ser considerado patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro y es sumamente útil para evitar el sufrimiento emocional. Sin embargo, puede provocar inconvenientes, trastornos en el funcionamiento y deterioro en la personalidad cuando se instala de manera crónica y/o resulta el mecanismo defensivo de elección independientemente de las características y de la intensidad del estímulo que lo activa.

Según el DSM-IV (1995), la disociación patológica como efecto a medio y largo plazo de este mecanismo defensivo, puede presentarse como una alteración repentina o gradual, transitoria o crónica. En los casos de víctimas de malos tratos crónicos el uso del mecanismo suele haber comenzado de manera gradual para prolongarse y aplicarse forma crónica, extendiéndose a cualquier tipo de situación dolorosa.

La disociación es sumamente útil para:

- Escapar de los límites de la realidad
- Mantener recuerdos y emociones relacionados con los hechos traumáticos fuera de la conciencia
- Producir alteraciones o desconexiones con el sentimiento de sí mismo
- Producir analgesia (Putnam, 1989)

Los tres tipos de conductas disociativas observadas en víctimas de maltrato crónico son el distanciamiento, la desconexión o embotamiento, y la observación.

El **distanciamiento** implica una separación en el plano cognitivo que impide al individuo conectar con el entorno cuando ocurre el hecho traumático. Los sujetos lo suelen describir como “espacios en blanco” o “ausencias” producto del alejamiento hacia un estado de neutralidad afectiva o cognitiva, en el que los pensamientos y la conciencia acerca de los eventos del exterior son colocados “en suspenso”. Se trata de períodos relativamente breves (duran desde segundos hasta algunos minutos) y la profundidad de la disociación es baja. Lo más frecuente es que las personas afectadas no respondan a una actividad voluntaria y que tomen conciencia de lo que les ha sucedido por los comentarios de los demás.

La **desconexión o el embotamiento** es el efecto del mecanismo disociativo cuando se emplea -conviene recordar que no es un uso voluntario- para atenuar la intensidad de los afectos negativos asociados a ciertos pensamientos, recuerdos o hechos que están sucediendo. La desconexión permite que la víctima continúe con sus actividades habituales sin ser distraída ni quedar paralizada por el dolor psicológico. Cuando un individuo sufre estas consecuencias de manera crónica, suele estar distanciado de sus emociones, a las que puede dejar de registrar o, directamente, de sentir. Se suele observar con frecuencia este mecanismo cuando

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

las víctimas de situaciones de violencia crónica describen sus experiencias pasadas a otras personas, sin dar muestras de la afectividad que deberían acompañar a vivencias tan dolorosas.

La **observación** es la forma que reviste la disociación cuando las personas tienen la sensación de estar observando, como si fueran espectadoras, aquellos hechos que le están ocurriendo o que le han ocurrido. A pesar de haber estado directamente involucradas la sensación que tienen es que no participan en ellos. Es un fenómeno común en los casos de despersonalización y en las llamadas “experiencias fuera del cuerpo” que pueden acompañar al trastorno de estrés postraumático. De esta forma se puede tener la sensación de estar mirando la situación desde fuera y, por lo tanto, alejado de la amenaza del estímulo potencialmente aterrador o dañino.

La amnesia es otra expresión de los mecanismos disociativos. Permite al individuo, inconscientemente, evitar la ansiedad y el malestar asociados a los recuerdos traumáticos haciéndolos desaparecer del campo de la conciencia.

El trastorno de personalidad múltiple es otra manifestación de los trastornos disociativos. Su actual denominación en el DSM-IV es trastorno de identidad disociativo. La característica esencial es la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. Existe una incapacidad para recordar información personal importante, incapacidad demasiado acentuada como para explicarse a partir del olvido ordinario. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (por ejemplo son hostiles, dominantes y autodestructivas). En circunstancias muy concretas, el individuo puede asumir determinadas identidades que pueden diferir en edad, sexo, léxico, conocimientos generales y estados de ánimo. Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso entrar en conflicto abierto. No es un trastorno frecuente y su diagnóstico compete al especialista en salud mental.

Trastornos en la percepción de sí mismo/a

A pesar de no contar con una definición precisa del concepto de sí mismo/a, hay acuerdo en considerarlo la habilidad de los individuos para percibirse como seres únicos, diferentes e integrados en un cuerpo, con capacidad para ejecutar

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

acciones, experimentar sentimientos, tener intencionalidad, desarrollar planes y tener continuidad en el tiempo.

Los malos tratos crónicos afectan esta habilidad de tener conciencia de la propia entidad como un concepto estable en distintos contextos y situaciones, así como frente a estados emocionales diferentes.

Cuando se carece de la posibilidad de percibir estas características de uno/a mismo/a, es factible experimentar estados de confusión en la identidad, dificultades en el establecimiento y en el respeto de límites (con el consiguiente riesgo de agredir a otros/as); sentimientos de vacío interno; incapacidad para tranquilizarse (puede causar reacciones emocionales exageradas); e incapacidad para comprender o para relacionarse con los demás teniendo en cuenta necesidades y deseos ajenos.

Las causas probables de esta dificultad de percibirse a sí mismo/a se pueden rastrear en las dificultades vinculares con adultos/as significativos/as que no favorecen o no permiten la percepción de los estados anímicos internos ni la diferenciación ni separación del niño/a. Niños/as que, además, suelen aprender que prima la satisfacción o la guía de los demás sobre los criterios propios, cosa que tampoco ayuda al proceso de individuación.

4.4.2. Consecuencias psicosociales o de externalización

Trastornos en los contactos cercanos con otras personas

Los orígenes de estas dificultades se pueden encontrar en las respuestas esperables ante situaciones de victimización crónica -tales como desconfianza hacia los demás, rabia y/o temor hacia las figuras de autoridad o hacia personas que ejercen poder, temor al abandono, percepción de injusticias - y en la manera en que las víctimas se han adaptado a las experiencias de violencia crónica.

A pesar de que las causas son entendibles y justifican estos comportamientos, su presencia suele interferir en las posibilidades de adaptación y en los niveles de desempeño de niños/as y jóvenes en su día a día, generando problemas con otras fuentes de apoyo social en lo que hace a aceptación y contención.

Dentro de las dificultades que se detectan en este ámbito están los trastornos en los vínculos de intimidad, los trastornos en la sexualidad, la asociación de relaciones interpersonales con agresión, la conflictividad y la manipulación y las conductas agresivas.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Se consideran trastornos en los vínculos de intimidad al temor, la desconfianza o la ambivalencia que sienten estos/as niños/as y jóvenes ante el contacto y la cercanía emocional. Muchos/as de ellos/as suelen equiparar la vinculación con otras personas a vulnerabilidad y, por ende, a peligro. Suelen ser sumamente sensibles ante la posibilidad de abandono y a los sentimientos de soledad y aislamiento. El temor a no ser aceptados/as, con frecuencia puede llevarles a recluirse y a evitar los contactos afectivos.

Los trastornos en la sexualidad abarcan trastornos sexuales relacionados con los temores ante la vulnerabilidad, a posibles revictimizaciones y a la desconfianza generalizada hacia parejas sexuales. Aunque parezca paradójico, coexisten con una tendencia a depender o a idealizar a sus parejas. Debido a una excesiva preocupación por lo sexual tiende a sexualizar vínculos no sexualizados y a tener una historia de múltiples parejas con contacto superficial que se abandonan a medida que los vínculos comienzan a profundizarse.

Estos/as niños/as y jóvenes han crecido prácticamente en un mundo que se asemeja mucho a los campos de batalla donde, por no ser uno/a merecedor/a de nada, nada se consigue ni se da porque sí. De ahí que hayan aprendido desde muy pequeños/as a conseguir lo que necesitan -en el plano afectivo y/o material- entregando otras cosas a cambio o engañando a alguien.

Para explicar por qué recurren a la manipulación hay que tener presente que los/as niños/as y jóvenes maltratados/as, al igual que los/as que no han sufrido este problema, necesitan imperiosamente establecer vínculos interpersonales. Sin embargo, han aprendido que nada se da porque sí o, al menos, que ellos no conseguirán las cosas con facilidad. Así es que reproducen habilidades aprendidas en etapas anteriores para obtener los recursos que necesitan en un medio ambiente que les resulta sumamente hostil.

Entre las conductas manipuladoras podemos mencionar las amenazas de suicidio o de autoagresión (ambas proferidas con la intención de conseguir algo que les interese). Es importante destacar que el hecho de lograr sus objetivos puede tranquilizarles transitoriamente. Sin embargo, la persona que se ha sentido presionada o manipulada suele reaccionar con enojo, rechazo y tender a alejarse, con lo cual se reinicia el círculo vicioso de nuevas manipulaciones ante el malestar y la sensación de vacío que provoca en estos/as niños/as y jóvenes.

Conductas evitativas

Son comportamientos cuyo objetivo es reducir la tensión, el malestar y la angustia

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

que los mecanismos disociativos no consiguen controlar. Entre ellos, encontramos las adicciones a drogas y/o alcohol, las tendencias suicidas y otras conductas dirigidas a disminuir la tensión (por ejemplo: cualquier comportamiento impulsivo y/o de riesgo, las automutilaciones, las conductas sexuales compulsivas, los trastornos compulsivos de la alimentación, el gasto y/o el juego compulsivo).

Con estos comportamientos se consigue:

- atenuar transitoriamente los estados emocionales negativos
- ciertos niveles de euforia
- desconectar de los recuerdos traumáticos y dolorosos
- posibilidad de expresar emociones tales como la rabia, la tristeza que no se podrían expresar en otro contexto
- cierta autonomía de la necesidad de contar con un grupo de pares para recibir apoyo y contención

Bibliografía

Barudy, J. (1999): "Maltrato Infantil Ecología social: Prevención y reparación", Galdoc, Santiago de Chile.

Briere, J. (1992): Child abuse trauma- Sage - EEUU.

Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jeny, C. y Reid, T. (1996): The APSAC Handbook on Child Maltreatment - Sage- EEUU.

Braun, B.G. (1988): The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation, *Dissociation*, 1, págs. 4-23.

de Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): Manual de protección infantil - Masson, S.A. - Barcelona.

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (versión electrónica) (1995) -Masson, S.A. - Barcelona.

Finkelhor, D. (1995): The victimization of children: A developmental perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), págs. 177-193.

Finkelhor, D. (1996): Introduction en Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jeny, C. y Reid, T. (1996): The APSAC Handbook on Child Maltreatment - Sage- EEUU.

4. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Intebi, I. (1997): Maltrato Infantojuvenil, en EDISA (Educación a Distancia en Salud del Adolescente) - Módulo N° 11 - Buenos Aires.

Intebi, I. (2002): Maltrato, Abuso y Negligencia - Guías de Atención de Niños y Niñas Destinada al Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención - Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Argentina.

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): Maltrato de Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Cuadernos de Capacitación- Familias del Nuevo Siglo - Buenos Aires.

McNally, R.J. (1993): Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. En Davidson, J.R.T. y Foa, E.B. (editores): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond (págs. 207-221)- American Psychiatric Press - EEUU.

Putnam, F.W. (1989): Diagnosis and treatment of multiple personality disorder - Guilford - EEUU.

Temas de Maltrato Infantil (1997-2002), publicación de Familias del Nuevo Siglo - Buenos Aires - Argentina.



5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

Resulta pertinente hacer un breve repaso de las recomendaciones establecidas en el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008).

El objetivo final de la intervención protectora es **garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes**, objetivo que se logra al cubrir las necesidades básicas -físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas- de los/as usuarios/as menores. Para ello, los PIF desarrollarán acciones y ofrecerán recursos y servicios tanto a las familias como a las personas menores.

Para lograr el objetivo final, la intervención apunta a **disminuir los factores de riesgo y a reforzar los factores de protección**, trabajando con los distintos niveles -protagonistas- de las situaciones de desprotección, lo que constituye el componente multimodal de la misma. La implicación y el peso que se pondrá en cada uno de estos niveles serán diferentes en función de las características y las necesidades de cada caso. Los niveles de intervención son:

1. Las figuras parentales
2. Los/as niños/as y adolescentes
3. La red de apoyo

El foco de la intervención de los PIF se situará en establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente, y **no exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección**.

En todos los casos es muy importante desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

ya que las dificultades de las familias, dada su complejidad, tardan un tiempo -imposible de predecir- para resolverse y las personas menores no pueden quedar a la espera de que estos cambios se produzcan. Además, ciertas dificultades de niños/as y adolescentes pueden llegar a convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la desprotección.

A su vez, muchos/as niños/as presentan problemas importantes en su desarrollo o situación emocional -por ejemplo, retrasos cognitivos, trastornos psicopatológicos, problemas comportamentales severos- que requieren un abordaje y tratamiento específicos. De hecho, la intervención a este nivel permite que, aún cuando las circunstancias familiares no cambien con el plan propuesto, sea posible mejorar de forma significativa la situación de las personas menores.

El tratamiento se dirigirá a reforzar al máximo las capacidades y aspectos positivos (factores de protección) de los padres o responsables legales para cuidar y proteger a sus hijos/as.

Salvo en situaciones de extrema gravedad que supongan un alto riesgo para los/as niños/as y adolescentes o en las intervenciones con finalidad de complemento familiar, **los/as profesionales de PIF no sustituirán** a los padres en sus funciones o responsabilidades respecto a la atención de sus hijos/as.

La intervención en las situaciones de desprotección infantil se enmarcan en un contexto de autoridad y control ejercidas por los Servicios de Protección Infantil, con lo cual los/as profesionales de los PIF deben representar simultáneamente ante la familia un **rol de apoyo personal junto con un rol normativo**.

Las familias atendidas por los Servicios de Protección Infantil suelen presentar múltiples dificultades en áreas diversas tales como salud mental, relaciones sociales, área laboral y económica, área escolar, etc. que no son abordadas directamente por los/as profesionales del PIF sino que deben ser atendidas por otros servicios o recursos comunitarios. Esta colaboración entre instituciones, programas y profesionales constituye el componente **multisectorial e interinstitucional/interdepartamental** de la intervención que supone la puesta en marcha de todos los recursos propios y ajenos al programa que sean necesarios para dar cobertura a los problemas detectados, condición que requerirá de una coordinación estrecha y continuada con dichos recursos/servicios para compartir información y mantener una línea de actuación común.

La intervención también se dirige a promover, a través del trabajo en coordinación con los servicios comunitarios normalizados, la creación de una **red externa de apoyo** a la familia -componente interinstitucional/interdepartamental de la

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

intervención enfocada sobre la Red de Apoyo- con el objetivo de que, en un futuro, esta red le permita a la familia funcionar de forma autónoma o, de ser necesario, que prevenga o dé cobertura a las necesidades de sus integrantes ante posibles crisis o problemas.

Durante el desarrollo de la intervención, los/as profesionales de los PIF deberán tomar decisiones de manera constante. Se recomienda que las decisiones se orienten en función de los siguientes principios básicos:

- La finalidad de la protección es transformar a las familias que dejan a sus niños/as en situación de riesgo en **familias adecuadas**.
- Perseguir el **interés superior del niño/a o adolescente**.
- La estrategia de intervención como una **alternativa mejor** a la ausencia de protección.
- La intervención como una **alternativa definitiva** que garantice la continuidad de la atención y la estabilidad de la vida familiar de las personas menores.
- Escoger las **intervenciones mínimas** que produzcan la menor intromisión posible en la vida de los/as niños/as o adolescentes y en las de su familias.
- Las decisiones que se adopten serán evaluadas y se controlarán los riesgos y los beneficios que puedan generar.

Es importante recordar que un alto porcentaje de familias que son atendidas en los Servicios de Protección Infantil **no acude voluntariamente** a solicitar apoyos para la resolución de sus dificultades con sus hijos/as pues, en su mayoría, los/as padres/madres o responsables legales no poseen una conciencia clara de problema y, por lo tanto, carecen de la motivación necesaria para implicarse en un proceso de cambio. Salvo en casos excepcionales en los que la propia familia solicita ayuda (por ejemplo: casos de graves conflictos entre las figuras parentales y los/as adolescentes), son los Servicios de Protección los que toman la iniciativa de “entrar” en la vida de las familias.

Esto hace que, con frecuencia y desde los comienzos de la intervención, los Servicios de Protección encuentren una **fuerte resistencia** -explícita o no- por parte de ellas ya que suele ser percibida como una **amenaza** y una “**intromisión**” de los/as profesionales en sus vidas.

Esta resistencia reconoce **distintos orígenes**: la ausencia de conciencia de

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

problema, el temor a perder a sus hijos/as, el cuestionamiento a su persona, el temor al distanciamiento o pérdida de personas de su entorno más cercano ante el descubrimiento de su situación.

Los/as profesionales de los PIF, previendo estas resistencias, deberán elaborar y poner en marcha estrategias para minimizarlas y favorecer la implicación de la familia en el tratamiento. A los/as lectores interesados/as en estas estrategias se les recomienda consultar el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008; págs. 22 y 23).

Entre estas estrategias se recomiendan las intervenciones en el entorno de la familia, haciendo el máximo uso de su red natural de apoyo para fomentar la percepción de sus propias capacidades de cambio y favorecer una mayor eficacia en la resolución de los problemas al abordarse en el contexto en el que aparecen.

5.2. DISEÑO DEL PLAN DE CASO

Después de confirmar una situación de desprotección infantil moderada o grave en las fases de investigación y de evaluación es necesario plantear cuáles son los recursos más adecuados -que, además, estén disponibles- para:

- Controlar y disminuir los factores de riesgo;
- Favorecer y estimular los factores de protección; y
- Reparar los efectos que la desprotección pudiera haber provocado en niños/as y adolescentes.

En esta etapa, si bien están más implicados/as los/as profesionales de los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos -que han explorado los aspectos mencionados y han llegado a determinadas conclusiones-, es aconsejable que quienes se desempeñen en el PIF participen en el diseño del plan de caso y/o en la elección de los recursos a utilizar. Esta coordinación entre equipos es muy importante a fines de identificar y compartir los criterios para trabajar con la familia y/o con los/as niños/as y adolescentes.

La estrecha coordinación y colaboración entre los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos y el PIF también se pone en marcha en aquellos casos en los que se procede a la evaluación en intervención. Si bien este punto se tratará en detalle en otro capítulo, conviene señalar que este proceso se llevará a cabo en los siguientes casos:

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección grave;
- cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección moderada, y no se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de la desprotección, siendo necesarios profesionales especializados/as y en contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información;
- cuando los/as adultos/as comienzan a ejercer el rol parental bien (1) porque inician su convivencia con el niño/a o adolescente; o (2) porque la reinician tras un largo período de tiempo sin contacto con éste/a, y hay sospechas fundadas de que pueden tener dificultades importantes para ejercer adecuadamente las funciones parentales;
- cuando hay desprotección grave y la evaluación concluye con un pronóstico incierto o negativo en relación a las posibilidades de capacitación parental y se considera necesario clarificar, verificar o refutar dicho pronóstico para proceder a diseñar un plan de caso de carácter estable.

5.3. PLAN DE CASO E INTERVENCIÓN

IMPORTANTE:

La primera y principal regla a tener en cuenta cuando se diseña un plan de caso ante situaciones de desprotección de niños/as y adolescentes, a fines de obtener resultados positivos, es que **los comportamientos violentos contra las personas menores deben haberse interrumpido.**

Cuando se establece el plan de la intervención conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir.
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán.
- El orden y la prioridad en que se abordarán.
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos.
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:
 - a) si se están consiguiendo los objetivos;
 - b) si hay que realizar cambios; y
 - c) si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.

Los plazos deberán ser razonables: nunca tan extensos, amplios y/o flexibles que terminen perjudicando el desarrollo de las personas menores.

- La estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

En casi todas las situaciones de desprotección infantil, la intervención será multimodal, es decir que se identificarán y se harán propuestas para los distintos niveles implicados en la situación de violencia: el/la niño/a o adolescente, la familia y la de red de apoyo, además de lo cual es preciso considerar el contexto sociocultural del que proviene y en el que interactúa la familia.

Las intervenciones más eficaces en los casos de desprotección son aquellas que tienen en cuenta tanto los factores individuales de niños/as y adultos/as como las cuestiones de dinámica familiar subyacentes.

De lo antedicho se desprende que las intervenciones tienen mayor posibilidad de éxito en la medida en que puedan abarcar una amplia gama de problemas (factores de riesgo) y puedan ofrecer una amplia gama de recursos (factores de protección) a los/as usuarios/as. Este tipo de intervenciones requieren de la participación simultánea de técnicos/as de distintas disciplinas con un enfoque **interdisciplinar**.

La necesidad de encontrar soluciones y recursos para trabajar la variedad de problemas mencionados lleva a que, además de involucrar a profesionales de distintas disciplinas, sea necesario aplicar recursos y programas ofrecidos por diversas instituciones (de los Servicios de Protección Infantil, de Servicios Sociales, del sector salud, del sector educación, de la Justicia, entre otros/as).

De ahí que, además de multimodal e interdisciplinar, la intervención tenga que ser **intersectorial e interinstitucional/interdepartamental**. Este es un punto de

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

gran relevancia ya que suele plantear dificultades a los/as técnicos/as quienes, tradicionalmente y por efecto de la formación de cada carrera, tenderán a moverse en el ámbito de su propia institución y de su propia disciplina.

Por ello no se puede dejar de enfatizar **la necesidad de coordinar los recursos provistos, de agilizar y de facilitar la comunicación y la colaboración entre ellos**, destacando los beneficios que se obtienen cuando se establecen redes formales e informales entre instituciones y profesionales.

Para llevar a cabo funciones de tanta complejidad, los profesionales intervinientes necesitan recibir formación específica y contar con supervisión adecuada.

5.4. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL

El foco de la intervención son los comportamientos abusivos y negligentes de los/as adultos/as, debiéndose ofrecer alternativas inmediatas para interrumpirlos.

Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones.

Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (satisfacción de necesidades básicas).

En los casos en los que se interviene con los/as agresores/as, la misma puede no ser voluntaria y revestir el carácter de obligatorio.

Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar.

Suele abordar problemas relativos a situaciones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contratransferenciales³ en los/as técnicos/as.

Requiere que los/as técnicos/as intervinientes posean conocimientos adecuados e información actualizada acerca de los recursos comunitarios.

Presenta características específicas en cuanto a la confidencialidad⁴, las prácticas

³ Contratransferencia: (concepto proveniente del psicoanálisis) Conjunto de reacciones afectivas conscientes o inconscientes del técnico/a hacia ciertos sentimientos del usuario/a.

⁴ El mantenimiento de la confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente de la práctica clínica habitual no siempre va a poder ser mantenida en este contexto de intervención, donde las condiciones de seguridad de las personas menores es prioritaria y en el cual cada episodio de sospecha de desprotección debe ser informado a los técnicos/as intervinientes y al Coordinador/a de Caso.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

de información compartida y el respeto a las normas de la comunicación.

5.4.1. Por qué intervenir a distintos niveles

Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando éstas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde que las situaciones dolorosas sucedieron y el momento en que comienza la intervención. De acuerdo con ello se podrán observar:

- Reacciones iniciales a la victimización: comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas).
- Acomodación y adaptación a la desprotección crónica: mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos. En gran número de casos estos mecanismos suelen ser exitosos y son responsables de que las víctimas presenten comportamientos aceptables y adecuados -con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.
- Elaboración a largo plazo y acomodación y adaptación secundarias: consecuencias que reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y los efectos de la acomodación y la adaptación a la desprotección crónica sobre el desarrollo psicológico de esa persona y, por el otro, da cuenta de de los mecanismos que ella sigue utilizando para afrontar -por ejemplo, minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida.

Se ha mencionado en capítulos anteriores que una característica común en todas las familias que ejercen malos tratos, es el hecho de que los padres han sufrido alguna forma de desprotección en la niñez; circunstancias que, sin duda, han dejado sus huellas. Es por ello que prácticamente la totalidad de los efectos descritos como efectos de las experiencias de trauma crónico (Capítulo 4) puedan observarse también en los/as adultos/as maltratadores/as.

Esta posibilidad de ejercer violencia sobre los/as hijos después de haber sido un/a niño/a maltratado/a - algo que, por cierto ocurre en el 20 al 30% de los casos y no en la mayoría -pone en tela de juicio una creencia firmemente arraigada en la sabiduría popular: que se aprende de lo vivido. Si así fuera, ¿cómo es posible que adultos/as que han sufrido severos malos tratos en su infancia, traten a sus hijos/as con violencia o les descuiden cuando les llega el momento de ser padres? El sentido común supone que quien ha sufrido estas experiencias en carne propia,

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

comprende mejor que nadie el sufrimiento que provocan.

Las intervenciones con las familias que ponen a sus hijos/as en riesgo demuestran que, en muchos casos, esta premisa del sentido común es errónea. ¿Qué sucede? ¿Qué es lo que hace que alguien que ha pasado por experiencias tan penosas las repita con sus niños/as? ¿Cuál es el principal fallo que permite que esto suceda?

En los últimos años, numerosas investigaciones (Pérez-Albéniz y de Paul, 2003, 2004; de Paul y cols., 2008; de Paul y Guibert, 2008 entre los españoles; y LeTourneau, 1981; Wiehe, 1986, 2003) señalan que la incapacidad para empatizar con los demás -familiares y no familiares- es un factor que se observa con frecuencia en padres con alto riesgo de ejercer malos tratos.

Estos trabajos asocian las siguientes habilidades parentales con comportamientos empáticos:

- ser comprensivo/a
- tener habilidad para arropar
- tener habilidades para ayudar y para cooperar
- poder valorar el bienestar y las necesidades ajenas
- ser sensible ante las necesidades de los demás
- ser capaz de sentimientos de calidez, compasión y preocupación por los demás
- tener flexibilidad

La empatía consta de dos componentes: un componente cognitivo que le permite al observador/a de un situación comprender el punto de vista de otra persona y un componente afectivo relacionado con la reacción emocional de esa persona ante lo que observa.

Por ejemplo, los padres con alteraciones en su capacidad de empatía, muestran indicadores de malestar personal ante las señales que sus hijos/as “emiten” cuando están en dificultades. En vez de experimentar sentimientos de calidez y preocupación, manifiestan un rechazo que puede expresarse como ansiedad o preocupación no congruente con lo que le sucede al otro/a. Muestran reacciones y sentimientos más alineados con su propia reacción personal que con las necesidades de los/as niños/as. Esta actitud suele influir la manera en que “procesan” la información, dificultando la posibilidad de considerar la situación desde la perspectiva de la otra persona.

Si bien son muchos los factores relacionados con la falta de empatía en las situaciones de desprotección, cuando se busca dilucidar cuáles son los mecanismos que actúan para producir la transmisión intergeneracional de los malos tratos y por qué

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

algunos/as niños/as persisten en el círculo de violencia, las investigaciones (Singh Narang y Contreras, 2000, 2005; Egeland and Susman-Stillman, 1996) muestran una asociación entre este déficit en la empatía y los mecanismos disociativos.

Como se señaló en el Capítulo 4, la disociación es un mecanismo de defensa altamente efectivo ante situaciones que provocan intenso sufrimiento. Es “un proceso que produce una alteración perceptible en los pensamientos, sentimientos o acciones de un individuo de manera tal que, durante un período de tiempo, una información determinada no se asocia ni se integra con otra información de la manera normal o lógicamente esperable.” (West, 1967).

A diferencia de la represión de los recuerdos, los efectos de la disociación no se limitan a que éstos sean inaccesibles o a que se encuentren disponibles en forma muy acotada. Los efectos de la disociación provocan una integración débil entre los recuerdos, los comportamientos, las emociones y la identidad. Por ejemplo: una persona que disocia puede tener sentimientos de enojo y recordar los episodios que lo provocaron sin llegar a comprender que la situación que recuerda es la que provocó su enojo, pudiendo incluso hablar sobre dicho acontecimiento sin experimentarlo.

La bibliografía internacional especializada (Ludwig, 1983; Putnam, 1991) señala que este mecanismo de defensa permite a los/as niños/as “compartimentalizar” (aislar) las experiencias traumáticas y les facilita un buen funcionamiento en el resto de las áreas. No obstante, a pesar de su utilidad para afrontar las situaciones dolorosas, a la larga altos niveles de disociación se asocian con una amplia gama de alteraciones en la edad adulta.

El predominio de los mecanismos disociativos contribuye a la transmisión intergeneracional de la violencia hacia los/as hijos/as no sólo porque obstaculizan el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno en los/as adultos/as. También permiten que altos niveles de enojo generalizado -con la concomitante desconexión entre las emociones y los comportamientos- se manifiesten a través de golpes hacia los/as niños/as sin que los/as agresores/as experimenten el malestar emocional y la vergüenza que sienten otros padres.

Además, hay estudios (Draijer & Langeland, 1999) que señalan que en entornos familiares disfuncionales los/as niños/as tienden a presentar más indicadores de disociación. Dentro de dichas disfunciones cabe mencionar:

- Enfermedades físicas a repetición
- Estado de nerviosismo crónico
- Depresión crónica

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- Abuso de alcohol
- Uso de tranquilizantes

Por ejemplo las situaciones de malos tratos moderados (se excluyen aquellas situaciones en las que hay quemaduras, fracturas y luxaciones) no conducen a una notoria disociación si el entorno familiar es unido, expresa y permite la expresión de emociones y no es conflictivo. Es decir que las consecuencias de los comportamientos violentos pueden ser “amortiguadas” por los vínculos que se establecen en estos tipos de familias.

Lo expuesto en los párrafos anteriores permite comprender por qué, para que una intervención sea eficaz, se tendrán que abordar diferentes niveles del contexto individual y familiar.

El trabajo individual o grupal -tanto socioeducativo como psicoterapéutico- con las víctimas permite:

- tratar las dificultades personales que podrían estar desencadenando las situaciones de violencia (niños/as con problemas y/o comportamientos que requieren más atención, más cuidados, más paciencia);
- reparar las consecuencias que la situación de desprotección crónica ha provocado, prestando especial atención a los mecanismos disociativos;
- promover la resiliencia (mayormente a través de actividades normalizadas).

Esta tarea -individual o grupal- que los PIF desarrollan directamente con los/as niños/as y con los/as adolescentes se corresponde a las intervenciones que el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Apoyo específico al menor (págs. 101-105) y Apoyo a la vida independiente y apoyo a la emancipación (págs. 106- 111).

El trabajo con el grupo familiar -socioeducativo y psicoterapéutico- brinda la oportunidad de abordar:

- la toma de conciencia del problema que representa la desprotección infantil para la familia
- los aspectos del funcionamiento familiar que deben modificarse para disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección hacia los/as hijos/as
- la búsqueda de recursos y la solución de situaciones críticas que hayan desencadenado o sostenido en el tiempo la desprotección
- el reconocimiento por parte de los/as adultos/as de las necesidades básicas

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

de niños/as y adolescentes infantiles y del papel que ellos/as tienen en satisfacerlas

- las dinámicas vinculares disfuncionales
- los sentimientos y las reacciones emocionales de los padres ante sus hijos/as
- la reparación de las consecuencias que la desprotección sufrida en la infancia ha dejado en los padres, fundamentalmente la disociación y los déficit en la empatía
- la participación de las familias en actividades normalizadas que fomenten resiliencia.

IMPORTANTE:

Por lo que se ha comentado en este apartado es muy frecuente que una intervención socioeducativa no pueda abarcar todos los aspectos mencionados con la familia. Incluso algunos como la disociación y la falta de empatía podrían necesitar de intervenciones específicas -psicoterapéuticas- en sesiones individuales. Los PIF determinarán, de acuerdo con su capacidad operativa, si asumirán este aspecto de la intervención o si la derivarán a profesionales de otros equipos o de otras instituciones.

Esta tarea -individual, grupal o familiar- que los PIF desarrollan con las familias se corresponde a las intervenciones que el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres (págs. 69-76) y las distintas modalidades de Preservación familiar: intervención en crisis (págs. 77-82), Capacitación parental y reunificación familiar (págs. 83- 95) y Complemento familiar (págs. 96-100).

IMPORTANTE:

Recordar que las intervenciones más eficaces ante casos de desprotección infantil son las intervenciones interdisciplinarias, multimodales e interinstitucionales/ interdepartamentales e intersectoriales.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

5.5. GUÍA BÁSICA PARA LA INTERVENCIÓN

En base a lo expuesto, es aconsejable que cualquier tipo de intervención - socioeducativa, terapéutica o de seguimiento del caso- se haga respetando el siguiente encuadre:

- Cuando se trabaje con víctimas - sin importar la edad- es importante confirmarles las experiencias vividas y brindarles contención, con el objetivo de dar un sentido a las experiencias traumáticas vividas en el pasado.
- No “patologizar” a las víctimas: las conductas que presentan al momento de la intervención -por lo general disfuncionales y que, eventualmente, pueden causarles sufrimiento o malestar- reflejan los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización crónica. Por lo tanto, no constituyen indicadores de trastornos de la salud mental sino “cicatrices”, huellas, que señalan el montante de sufrimiento que debió tolerar esa persona.
- Los síntomas y defensas constituyen respuestas funcionales, adaptativas, que tienen -o tuvieron- el propósito de mantener cierto grado de bienestar psicológico. Poseen, además, el “valor agregado” de brindar información sobre las interacciones verdaderas de las víctimas con el mundo exterior en el pasado y en el presente.
- Estas conductas disfuncionales protegen a los individuos de un mal que ellos perciben como mayor; por lo que no se recomienda una propuesta de “eliminación” inmediata e indiscriminada de las mismas, sin tener en cuenta la función “protectora” que desempeñan o desempeñaron.
- La base de las intervenciones será el respeto, la connotación positiva y la creencia en la posibilidad de crecimiento.
- El norte de las acciones terapéuticas serán las experiencias y percepciones personales de las víctimas.
- El tratamiento es para la víctima y sus familiares y NO para “lucimiento” del/la técnico/a.
- Más allá del marco teórico y de las técnicas de intervención que se elijan, el principal instrumento será la empatía.
- Los objetivos de la intervención serán la toma de conciencia y la integración de los aspectos disociados.
- Se alentará la colaboración de las víctimas y sus familias con el equipo de intervención interfiriendo lo menos posible con su autodeterminación.

Conviene que la estructura de la intervención:

1. NO se desarrolle en -ni reproduzca- un contexto que guarde semejanzas

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

con las situaciones de malos tratos, desprotección ni con el peligro de las circunstancias abusivas originales.

2. Tenga bien definidos y claros los límites externos de la relación con los/as técnicos/as para que las víctimas y sus familiares sepan qué pueden esperar y qué NO. Este aspecto resulta de gran importancia cuando las actividades de la intervención se desarrollen en el domicilio de las familias, en los centros de acogida o en los centros escolares.
3. Ofrezca contención, dentro de un ambiente confiable y predecible para la interacción de todos/as los/as usuarios/as con el(los) profesional(es) interviniente(s), ofreciendo un modelo diferente del que originó la intervención.

5.6. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EFICACES

Como se ha señalado repetidamente en el presente capítulo, las modalidades recomendables de intervención son aquellas que permiten trabajar con los distintos “protagonistas” de la situación de desprotección (intervención multimodal) en distintos niveles de abordajes (intervención interdisciplinaria, interinstitucional/interdepartamental e intersectoral).

En lo que hace al trabajo directo con niños/as y adolescentes maltratados/as y con los/as adultos/as maltratadores/as resulta muy efectiva la combinación de abordajes grupales separados -aunque en paralelo- para los/as usuarios/as menores y para los/as adultos/as, a los que pueden agregarse algún tipo de intervención en la que participe todo el grupo familiar (por ejemplo: psicoterapias familiares) y propuestas individuales (por ejemplo: psicoterapia individual) para algún integrante de la familia.

En caso de elegir las intervenciones grupales, se recomienda agrupar a los/as participantes según la tipología de los malos tratos identificados ya que, al aplicar este tipo de recurso, la homogeneidad potencia la eficacia.

5.6.1. Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes

Las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes, sean individuales o grupales, permiten trabajar:

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- Problemas de límites.
- Habilidades sociales.
- Comportamientos en los que la persona menor resulta víctima o agresor/a en las relaciones interpersonales.
- La desconfianza hacia los demás.
- La reparación de vínculos intrafamiliares.
- Las dificultades afectivas: angustia, problemas de sueño, regresiones.
- La adquisición de habilidades y conductas para calmarse a sí mismos/as (para autoapaciguarse, autorrelajarse).
- Síntomas somáticos.
- Problemas escolares de la atención, la concentración, hiperactividad.
- El desarrollo de habilidades relacionadas con el control de sí mismos/as.
- La recuperación de una percepción adecuada de sí mismos/as.
- Las dificultades para identificar las emociones y/o para hablar de cómo se sienten consigo mismos/as.

Las modalidades grupales de intervención con niños/as y adolescentes resultan efectivas en un plazo corto -además de recomendables desde el punto de vista de optimización del recurso profesional- porque:

- contribuyen a disminuir los intensos sentimientos de aislamiento y de anormalidad;
- permiten trabajar sobre las habilidades de socialización;
- evitan la “intensidad” de las terapias individuales enfocadas sólo en una persona;
- permiten tratar los problemas de otros/as integrantes del grupo;
- evitan la “amenaza” de tener que hablar de uno/a mismo/a;
- a los/as adolescentes les despierta mayor confianza depender de un grupo de pares que de un/a adulto/a.

5.6.2. Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con los padres

El abordaje grupal de adultos/as, agrupando a los/as participantes de acuerdo a la tipología de los malos tratos sufridos por sus hijos/as, presenta ventajas similares a las descritas en el apartado anterior. También:

- facilita el trabajo con malos tratos sufridos en la propia infancia
- permite la reflexión acerca de diferentes estilos de crianza
- favorece la puesta en marcha de modos distintos de manejo de la ira y la agresión
- permite la creación de oportunidades predecibles de interacción familiar y

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- fomenta el aprendizaje de técnicas de cuidados parentales coherentes.

5.6.3. Aspectos a considerar en las intervenciones terapéuticas familiares

En los casos en que las intervenciones individuales y/o grupales con niños/as y/o adultos/as se combinen con intervenciones familiares, se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad.
- Cuando el nivel de riesgo lo determine, los servicios de protección infantil deben ser notificados (aclaración: esta recomendación resulta pertinente cuando el que detecta o sospecha la situación de desprotección es, por ejemplo, un terapeuta o un educador familiar ajeno a dichos servicios).
- Una vez confirmado el diagnóstico de sospecha, se le debe creer a la(s) víctima(s) y desestimar las negaciones del/a agresor/a.
- Cuando sea posible, conviene excluir al/a agresor/a del hogar y no a la(s) víctima(s).
- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen.
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los/as hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar.
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los/as hijos/as.
- Contribuir a que los padres comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos/as a comportarse de una manera determinada.
- Enseñar a los padres a guiar, enseñar y a poner límites.
- Enseñar a los padres a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as.
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés.
- Enseñar a los padres cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites.
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales.
- Tener en cuenta que, si bien el objetivo de la intervención suele ser la reunificación familiar, existen probabilidades de que no se pueda lograr y prever soluciones alternativas.
- Alentar la revisión del contexto social que permite y/o alienta ciertos comportamientos violentos como una manera adecuada para resolver conflictos y para educar a los/as niños/as.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar - Gobierno de Cantabria de Paul, J. y Guibert, M. (2008): Empathy and child neglect: A theoretical model. *Child Abuse & Neglect*, 32, págs. 1063-1071.

de Paul, J.; Pérez-Albéniz, A.; Guibert, M.; Asla, N. y Ormaechea, A. (2008): Dispositional empathy in neglectful mothers and mothers at high risk for child physical abuse - *Journal of Interpersonal Violence*, Volumen 23, Número 5, May 2008, págs. 670-684.

Draijer, N. y Langeland, W. (1999): Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, págs. 379-385.

Egeland, B. y Susman-Stillman, A. (1996): Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect*, 20, págs. 1123-1132.

Gil, E. (1997): Tratamiento sistémico de la familia que abusa- Ediciones Granica- Buenos Aires- Argentina.

LeTourneau, C. (1981): Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work*, 26, págs. 383-389.

Ludwig, A. M. (1983): The psychobiological functions of dissociation- *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, págs. 93-99.

Myers, J.; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, J.T.; Jenny, C. y Reid, T.A. (2002): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment- 2nd Edition* - Editorial Sage- EEUU- 2002 - Capítulos 8 (Friedrich, W.: An Integrated Model of Psychotherapy for Abused Children) y 25 (Chadwick, D.L.: Community organization of services to deal with and end child abuse).

Pérez-Albéniz, A. y de Paul, J. (2003): Dispositional empathy in high- and low-risk parents for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, págs. 769-780.

Pérez-Albéniz, A. y de Paul, J. (2004): Gender differences in empathy in parents at high- and low-risk of child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 28, págs. 289-300

Putnam, F. W. (1991): Dissociative phenomena en A. Tasman y S. M. Goldfinger (compiladores): *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, págs. 145-160) - American Psychiatric Press- EEUU.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2000): Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potencial - Child Abuse & Neglect - Vol. 24, No. 5, págs. 653-665.

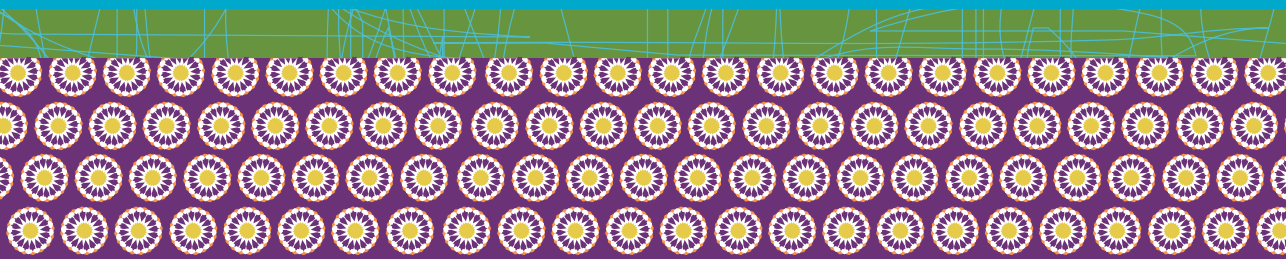
Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2005): The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse. Child Abuse & Neglect, 29, págs. 683-699.

West, L. J. (1967): Dissociative reaction en A. M. Freedman y H. I. Kaplan (compiladores): Comprehensive textbook of psychiatry (2nd ed.), págs. 885-899-Williams & Wilkins, EEUU.

Wiehe, V. R. (1986): Empathy and locus of control in child abusers. Journal of Social Service Research, 9, págs.17-30.

Wiehe, V. R. (2003): Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. Child Abuse & Neglect, 27, págs. 541-555.

II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN



El MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008) señala que la intervención en las situaciones de desprotección infantil se enmarca en un contexto de autoridad y control ejercida por los Servicios de Protección Infantil. Advierte que, “si bien la función básica de los programas de intervención familiar es la de apoyar a las familias, no debe olvidarse el contexto de control desde el que parten. Por ello, los profesionales de los PIF deben representar simultáneamente ante la familia un rol de apoyo personal y a la vez un rol normativo.”

Este es un concepto de suma importancia para caracterizar las intervenciones en casos de desprotección. Es lo que las diferencia de cualquier otro tipo de intervención: el doble rol -simultáneo y complementario- de apoyo y de control. Duplicidad de roles que implica ciertas dificultades específicas en las acciones concretas, a saber:

- a. el riesgo de que los/as técnicos/as tengan problemas a la hora de identificar, valorar en su real magnitud y poner límites a comportamientos inadecuados de los padres hacia sus hijos/as debido a una excesiva implicación por el hecho de realizar su trabajo mayormente en contacto directo con las familias y en su entorno cotidiano (los/as educadores/as familiares, en particular);
y
- b. en este tipo de intervenciones, la confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente de las prácticas clínicas habituales no siempre va a poder ser mantenida dado que el objetivo principal es garantizar el bienestar y la seguridad de las personas menores y que cada episodio de sospecha de desprotección debe ser informado a los técnicos/as intervinientes y al Coordinador/a de Caso, aún en procesos en que la evolución familiar y/o individual sea favorable.

Hay que tener presente que el objetivo de la intervención siempre es garantizar el bienestar de niños/as y adolescentes.

Se ha dicho en capítulos anteriores que las intervenciones reparadoras más eficaces son las interdisciplinarias, multimodales e intersectoriales/interdepartamentales que combinan actuaciones socioeducativas y psicoterapéuticas dirigidas no sólo a las víctimas de los malos tratos sino también a la familia y a los/as agresores/as. La afirmación anterior se basa en criterios que consideran que el mejor lugar para la crianza de los/as niños/as es la propia familia. El hecho de que las familias tengan comportamientos inadecuados o peligrosos no determina que la única solución posible sea la separación definitiva de los/as hijos/as. Por el contrario, aún en situaciones de gravedad donde se haya producido dicha separación, los/as técnicos/

as de los PIF trabajarán con el objetivo específico de producir modificaciones en los/as adultos/as y en el grupo familiar de manera que desaparezcan o disminuyan sustancialmente las condiciones de desprotección.

Este suele ser un arduo trabajo, signado con avances y retrocesos, dirigido a la “recuperación” (rehabilitación) de ese grupo familiar y de los/as adultos/as protectores. En el camino de la recuperación/rehabilitación lo que se busca es la integración de aspectos personales disociados de los distintos integrantes de la familia para permitir, a través de la empatía y el reconocimiento de la vulnerabilidad y de las necesidades -propias y ajenas-, relacionarse y resolver conflictos sin apelar a modalidades violentas de interacción.

A los fines prácticos podemos clasificar las intervenciones reparadoras de la siguiente manera:

- Evaluación en intervención
- Intervención en crisis
- Intervención socioeducativa
- Intervención psicoterapéutica propiamente dicha

Las diferencias entre las distintas modalidades de intervención no se basan exclusivamente en los aspectos técnicos o en los recursos que se ofrecen, sino en el contexto (los motivos) por el que se propone un plan -y no otro- y en los objetivos que el equipo espera conseguir con las actuaciones.

Las intervenciones psicoterapéuticas propiamente dichas y las intervenciones socioeducativas son los principales componentes de las actuaciones tendientes al logro de:

- Generar conciencia de problema y motivación de cambio en los padres
- Optimizar la capacitación parental
- La reunificación familiar
- El complemento familiar
- El apoyo específico al menor
- El apoyo a la vida independiente y el apoyo a la emancipación

En los capítulos siguientes se tratarán por separado dos modalidades específicas de intervención -la intervención en crisis y la evaluación en intervención-, y las otras intervenciones en el contexto de cada tipología de desprotección utilizando la presentación de casos clínicos.

Los casos presentados no corresponden a ningún expediente del SAIAF del Gobierno de Cantabria ni a ningún caso clínico real. Han sido elaborados por la autora a los

finde de esta publicación en base a su experiencia de trabajo en el ámbito de la protección infantil.

Seguramente, el lector/a encontrará que la información suministrada para contextualizar cada caso no se corresponde con la que suele constar en los informes de los Equipos de Evaluación y de Coordinación de Caso.

Se ha procedido de esta forma porque se trata de información necesaria para plantear de manera adecuada un plan de caso y la estrategia de intervención: seleccionando y priorizando objetivos, por un lado, y definiendo indicadores específicos que señalen los logros -o su ausencia- en el cumplimiento de los objetivos, por el otro.

En lo que hace a la minuciosidad y a la claridad de los registros, sería aconsejable que dicha información quedara plasmada en los informes. Si, por los motivos que sea, esto no ocurre, los/as técnicos/as de los Equipos de Evaluación y de Coordinación de Caso deberán comunicarla verbalmente a sus compañeros/as del Programa de Intervención Familiar en las reuniones de coordinación ya que ésta será la base de su labor.

En los siguientes capítulos se describirán las estrategias de la intervención partiendo de la identificación y del planteamiento de objetivos concretos. Estas estrategias asientan en los planteamientos del Plan de Caso. Sin embargo, será documentos que elaborarán los Programas de Intervención Familiar como guía orientadora de su tarea con cada familia. Será como un mapa que señale los "sitios" por los que se desplazarán los/as técnicos/as.

La recomendación de la autora es que estas guías orientadoras del trabajo con las familias se reflejen por escrito en todos los casos para facilitar la tarea de los/as distintos/as profesionales involucrados/as en la intervención y para asegurar la continuidad en la línea de trabajo ante eventuales cambios de técnicos/as.

Finalmente, cuando se plantea un plan de caso incluyendo medidas de protección y estrategias de intervención se tiene en cuenta que el principal objetivo de la primera fase de la intervención es garantizar la integridad psicofísica de los/as niños/as y adolescentes.

Por lo general, la única -o la mejor- manera que se tiene a mano en esas fases de la intervención con familias donde la situación de desprotección es grave, es la separación. Si bien esta decisión es refrendada por la mayoría de los sistemas de protección infantil en distintos países, la polémica y la duda surgen cuando el sistema funciona retirando a la persona menor del hogar, trasladándole a centros

de acogida. La polémica y la duda subyacentes se relacionan con las características del recurso provisto: ¿es mejor el acogimiento y la eventual protección que se puede proponer desde la Administración que la probable situación de violencia crónica -que habría que controlar e impedir- permaneciendo dentro de su familia? Las recomendaciones de separación transitoria en los casos que se plantearán a continuación se basan en priorizar el cuidado y la protección de los/as niños/as y adolescentes y en asegurarles la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para evitar reiterar la misma información en los restantes capítulos, a continuación se describirán las características de las familias que permiten conjeturar un pronóstico favorable con la intervención, de aquellas que suponen un pronóstico desfavorable y de las que tienen un pronóstico incierto.

Características de las familias con buen pronóstico

- Los padres aceptan su responsabilidad por el rechazo hacia el niño/a o por la falta de cuidado.
- Los padres aceptan la intervención y, eventualmente, la separación.
- Los padres reconocen su necesidad de cambio.
- La pareja acepta la responsabilidad compartida ante la situación de desprotección sin que uno culpabilice al otro.
- Las necesidades de los/as hijos/as son tenidas en cuenta.
- Los padres no culpabilizan al niño/a o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.
- Los otros miembros del grupo familiar tampoco culpabilizan al niño/a o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.
- El vínculo entre los padres y su hijo/a es vital, positivo, con potencial de cambio.
- El estilo de funcionamiento familiar demuestra flexibilidad.

Características de las familias con mal pronóstico

- Los padres niegan totalmente o en gran medida su responsabilidad en la situación de desprotección y por el estado en que se encuentra su hijo/a.
- Los padres rechazan o boicotean la intervención.
- Los/as adultos/as no reconocen problemas conyugales y familiares de larga data, como alcoholismo, toxicomanías, promiscuidad o trastornos psicológicos severos.
- Las necesidades de los/as hijos/as no son tenidas en cuenta ya que los padres anteponen la satisfacción de sus propias necesidades.
- Los padres rechazan abiertamente a su hijo/a y le culpabilizan por la situación de desprotección y por la intervención.

- El vínculo entre padres e hijos/as es inadecuado y muestra una rigidez muy marcada que obstaculizará la posibilidad de cambio.
- El funcionamiento familiar es claramente disfuncional con estilos fijos y estereotipados de comunicación e intercambio.

La experiencia clínica en la intervención con familias maltratadoras indica que hay un porcentaje de ellas -afortunadamente una minoría - que no responden a la intervención. Los motivos de esta falta de respuesta son variados y pueden resumirse en los siguientes (Jones, 1987):

1. Familias que simplemente no desean cambiar: no tienen intenciones ni se interesan por los cambios.
2. Padres que persisten en la negación de los comportamientos abusivos aún cuando existen pruebas contundentes de que son ellos los responsables.
3. Familias que no pueden cambiar aún cuando deseen hacerlo, en algunos casos la causa sería la ausencia de recursos adecuados para ayudarles con sus problemas específicos.
4. Padres que pueden cambiar pero no “a tiempo” para satisfacer las necesidades de sus hijos/as. Por ejemplo, la madre maltratadora de un bebé de 6 meses podrá controlar su comportamiento impulsivo de alto riesgo en dos años. En ese lapso su hijo/a habrá desarrollado un vínculo de apego con la persona que se haya encargado de los cuidados del bebé.
5. Padres que podrán cambiar para criar adecuadamente al próximo/a hijo/a pero no para cuidar del que ha sido detectado como víctima de desprotección.
6. Padres que no responden a la estrategia de intervención de los servicios de protección infantil pero que sí responden a otros enfoques terapéuticos. Un ejemplo de esta situación son aquellas personas que obtienen buenos resultados en los tratamientos que abordan sus problemas individuales pero que no muestran ninguna mejoría cuando el tratamiento se centra en el ámbito interpersonal.

Esto significa que las medidas de protección que se han tomado para resguardar la integridad psicofísica de un niño/a o adolescente no deben modificarse en función de los cambios y/o logros obtenidos en la intervención con los/as adultos/as en enfoques individuales. Por el contrario, se tendrá que evaluar cómo inciden estos cambios en las habilidades parentales y en la interacción con los/as hijos/as.

Características de las familias con pronóstico dudoso

- Los padres tienen una actitud ambivalente. No queda claro el nivel de responsabilidad que aceptan ante la situación de desprotección y la intervención.
- Los padres se oponen a algunas de las medidas de protección (por ejemplo: la separación).
- Los padres no reconocen la necesidad de realizar cambios personales.
- Los padres no aceptan la responsabilidad compartida ante la situación de desprotección y la intervención.
- Los padres culpabilizan y acusan al hijo/a por la intervención.
- Las necesidades de los/as hijos/as son aceptadas y aparentemente reconocidas. Sin embargo prima la satisfacción de las necesidades de los padres.
- Los padres y la familia tienden a buscar chivos expiatorios.
- El potencial de cambio de los adultos y de la familia en lo que hace a comunicación, estados emocionales, límites, alianzas y habilidades es limitado.
- Los vínculos entre los padres y los hijos/as es inseguro, ambivalente, ansioso: oscila entre el pegoteo y el rechazo.
- En el funcionamiento familiar se observa rigidez y falta de flexibilidad.

Intervenciones con niños/as y adolescentes

Sea que se trate del aspecto socioeducativo como del terapéutico, el abordaje de las experiencias traumáticas crónicas con niños/as y adolescentes debe seguir los siguientes pasos:

Primera fase:

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones con los/as técnicos/as (por ejemplo: claridad en los roles de profesional/ usuario/a y en los límites de las funciones, respeto, etc).

Segunda fase:

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el usuario/a que hará posible el trabajo con él/ella.

Tercera fase:

Búsqueda de un "lenguaje" -código- para abordar y poner de manifiesto los componentes emocionales asociados a los episodios traumáticos.

En esta fase -de exploración y manejo de las emociones- es crucial no exponer al niño/a o adolescente a sentimientos dolorosos si no se han desarrollado previamente mecanismos para afrontar dichos sentimientos.

Uno de las “herramientas” de gran importancia en las intervenciones que abordan las experiencias traumáticas es la posibilidad compartir dichas experiencias y los sentimientos de dolor con las personas que les cuidan.

Cuarta fase:

Posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

Quinta fase:

Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

IMPORTANTE:

El objetivo de la intervención para reparar los efectos de la situación de trauma crónico NO es la eliminación de los síntomas/comportamientos, sino la eliminación de los factores externos que han generado las experiencias traumáticas y la integración de los aspectos personales disociados.

BIBLIOGRAFÍA

Bentovim, A.; Elton, A.; y Tranter, M. (1987): Prognosis for rehabilitation after abuse - Adoption and Fostering 1987 Volumen 11 N° 1, págs 26-31.

Bentovim, A. (2007): The impact of Trauma on Attachment -Trauma Organised Systems and Traumatic Attachments Promoting the recovery of children exposed to a climate of family violence and adversity - A life span trauma narrative approach. Presentación en Turín, Italia.

Jones, D. (1987): The Untreatable Family - Child Abuse and Neglect, Volumen 11, págs. 409-420.

Policy and procedure for re-unification of a looked after child to parental care, and regulations for placement of children on a care order with parents (2005). Bracknell Forest Borough Council- Inglaterra.



6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Las crisis en las familias que ejercen alguna forma de desprotección sobre los/as niños/as son bastante frecuentes ya que se trata de familias que afrontan un sinnúmero de problemas, alguno de ellos de gran complejidad y/o de marcada cronicidad.

Si bien las crisis tienen un tiempo limitado de duración -entre 4 a 6 semanas-, se trata de un período de alta vulnerabilidad y de gran desequilibrio que requiere una respuesta cuidadosamente planificada.

En lo que hace a situaciones de desprotección infantil el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrena y Alday, 2008, página 77) establece que se considerarán familias afectadas por una situación de crisis a aquellas en las que:

- (a) se encuentren limitadas de manera significativa la capacidad de los adultos de ejercer de forma adecuada las funciones parentales; y
- (b) implica un riesgo grave e inminente de salida del niño/a o adolescente del domicilio familiar.

6.1. QUÉ SE ENTIENDE POR “CRISIS”

Según la definición de Crisis Intervention Book 2: The Practitioner’s Sourcebook for Brief Therapy, una crisis “es una alteración del estado habitual, una encrucijada que puede llevar a la mejoría o al empeoramiento, a una disrupción o a un corte en el estilo de funcionamiento habitual de una persona o de una familia. La alteración

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

o el desequilibrio generalmente es agudo y de origen reciente.”

Una crisis es una circunstancia que no puede ser resuelta con los recursos que se utilizan habitualmente para resolver problemas. Constituye una situación diferente a un problema y a una urgencia.

Un problema es el resultado de una situación que puede generar estrés debido a las dificultades para resolverlo pero, para el cual, la familia o el individuo son capaces de encontrar soluciones. Por lo tanto, un problema que puede ser resuelto por el individuo o la familia no constituye una crisis.

Una urgencia ocurre cuando surge una necesidad grave e inminente que requiere atención inmediata por parte de las fuerzas públicas, los servicios de protección infantil o de otros/as profesionales formados/as para tratar situaciones que implican amenazas a la vida.

Si la situación puede esperar entre 24 y 72 horas para ser atendida sin que se incurra en peligro para un individuo o para una familia, estaremos frente a una situación de crisis y no ante una urgencia.

Constituyen situaciones de urgencia (Arruabarrena y Alday, 2008):

- Casos en los que los padres o responsables legales de la persona menor expresan que no están dispuestos a cuidarle o en los que el niño/a o adolescente se niega a permanecer en el domicilio.
- Casos en los que el niño/a o adolescente se niega a permanecer o a regresar al domicilio.
- Casos en los que la persona menor informa que ha sido agredida físicamente y de forma severa por sus padres o responsables legales y existen indicios de veracidad de dicha información o existen indicadores físicos evidentes de la agresión. Los adultos implicados minimizan, justifican o intentan ocultar los hechos. El menor puede requerir asistencia médica y sus padres o responsables legales se niegan a otorgársela.
- Casos en los que el niño/a o adolescente informa que ha sido agredido sexualmente por uno de sus padres o responsables legales.
- Casos en los que el niño/a o adolescente informa que ha sido agredido sexualmente por un pariente o persona cercana a la familia y sus padres o responsables legales no hacen nada para protegerle.

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Casos en que un niño/a de corta edad se encuentra solo/a en el domicilio, se desconoce dónde se encuentran los padres o responsables legales y, a pesar de los intentos realizados, es imposible localizarles.
- Casos en los que el niño/a o adolescente indica que se va a hacer daño a sí mismo/a o va a provocar un daño serio a terceros/as, y sus padres o responsables legales no adoptan ninguna medida para prevenirlo o evitarlo.
- Casos en los que los padres o responsables legales se encuentran bajo los efectos del consumo de alcohol o alguna sustancia tóxica teniendo muy limitada su capacidad de atender a la persona menor (especialmente en el caso de bebés o niños/as de corta edad).
- Casos en los que los padres o responsables legales han suministrado al niño/a alcohol y/o drogas.
- Casos en los que los padres o responsables legales o las personas menores demandan apoyo urgente de los profesionales y se conoce que el nivel de malestar emocional en esos momentos en la familia es elevado.
- Otras situaciones en las que se constatan circunstancias que ponen en riesgo grave e inminente la integridad y seguridad de la persona menor y que la propia familia no puede controlar.

MUY IMPORTANTE:

Ante la duda de si se trata de una situación que requiere una intervención de urgencia o no, se debe actuar como si lo fuera. Es preferible cometer el error de intervenir cuando no era necesario que no hacerlo cuando sí se requería.

Para valorar con cuánta premura deberá desarrollarse la intervención es preciso tener en cuenta:

- El grado de amenaza que la situación supone para el niño/a o adolescente y la inmediatez del posible daño;
- La capacidad en ese momento de la propia familia para afrontar y controlar la situación; y
- La capacidad de la familia para buscar ayuda en su propia red familiar y/o social, así como la capacidad de dicha red para ofrecer el apoyo necesario a la familia

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para los Servicios de Protección Infantil, una crisis es aquella situación que afecta la capacidad de los/as adultos/as para ejercer de forma adecuada las funciones parentales e implica un riesgo grave e inminente de salida del niño/a o adolescente del domicilio familiar.

Las condiciones para considerar que se trata de una situación de crisis son las siguientes:

- Se ha descartado que se trata de una situación de urgencia.
- Existe una relación afectiva positiva entre el niño/a o adolescente y sus padres o responsables legales.
- Los padres o responsables legales -y los/as adolescentes, en su caso- aceptan la intervención del PIF.
- Los padres o responsables legales y el niño/a o adolescente quieren evitar la salida de éste/a del domicilio.
- Se ha valorado que no es adecuado ni beneficioso para el niño/a o adolescente la separación de su familia.
- Continuar sin ayuda deterioraría la situación gravemente para el niño/a o adolescente y tendrían que adoptarse medidas de protección.

EJEMPLOS DE SITUACIONES DE CRISIS

- Niño/a con expediente abierto e intervención debido a trato negligente por parte de su madre. En el transcurso de la intervención se detecta depresión materna provocada por las amenazas de su ex pareja de quitarle la tenencia y la custodia de su hijo/a. Debido a los sentimientos de indefensión y vulnerabilidad que experimenta la madre frente a la instancia judicial, comienza a culpabilizar y a ejercer violencia física sobre el niño/a.
- Familia multiproblemática atendida por Servicios Sociales de Atención Primaria que decide notificar al SAIAF sobre la situación de los/as niños/as y éste, a su vez, abre expediente.
- Familia multiproblemática atendida por Servicios Sociales de Atención Primaria por desatención de los/as hijos/as, sobre los que se inicia investigación judicial por actividades relacionadas con el tráfico de drogas.
- Niños/as de una familia con dificultades en la que el padre pierde el empleo

SIGUE >>

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

y como reacción ante la pérdida de autoestima y los sentimientos de vulnerabilidad, comienza a agredir físicamente a los/as niños/as.

- Familia donde uno de los padres es toxicómano y comienza a presentar cambios en su personalidad debidos a la adicción, tornándose violento y gastando los recursos familiares en drogas.

6.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Por lo general, las familias que han sabido resolver sus problemas adecuadamente en el pasado, suelen responder muy bien a las intervenciones en crisis: el aliento, el apoyo y la posibilidad de enfocarse en el proceso de resolución de problemas les ayuda a recuperar sus mecanismos de elaboración de las dificultades y las estabiliza.

Sin embargo, la complicación con muchas familias que ejercen malos tratos es que no suelen tener experiencia para resolver adecuadamente sus problemas. Más bien, suelen presentar un historial de estrategias que impiden o demoran indefinidamente la resolución o que directamente contribuyen a incrementarlos. Suelen presentar, además, dificultades importantes en diversas áreas de la vida.

Los/as profesionales que intervienen en las crisis no están allí para “curar” todos los trastornos ni para solucionar todos los problemas que presentan las familias que padecen “crisis crónicas”. Lo más adecuado es plantearse objetivos generales y objetivos específicos limitados para trabajar en la situación que motivó la intervención.

Objetivos generales

- Evitar la separación del niño/a o adolescente asegurando su protección.
- Contener la situación de crisis y estabilizar el funcionamiento familiar.
- Proporcionar a la familia los recursos necesarios para aliviar y/o superar la crisis.

Objetivos específicos

- Mantener un seguimiento y control constantes del estado del niño/a o adolescente.
- Identificar indicadores de posibles situaciones que puedan ocurrir y poner

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

- en grave riesgo al niño/a o adolescente.
- Establecer una vinculación positiva entre la familia y los profesionales del PIF.
- Aumentar la visibilidad de los/as niños/as de menor edad.
- Identificar los factores precipitantes de la crisis.
- Ayudar a la familia a identificar sus dificultades.
- Identificar y movilizar los recursos y las habilidades de los miembros de la familia que pueden favorecer la resolución de la crisis.
- Identificar y movilizar los recursos del entorno inmediato de la familia que favorezcan la resolución de la crisis.
- Promover en la familia nuevas formas de resolución de problemas que sean útiles para evitar futuras crisis.
- Fomentar en los padres o responsables legales la percepción positiva de sus propias capacidades de cambio.
- Capacitar a la familia en la búsqueda de ayuda.
- Proporcionar a los padres o responsables legales momentos de respiro mediante la atención directa de las personas menores.
- Una vez finalizada la intervención, elaborar una propuesta de Plan de Caso.

La estrategia de enfocar sobre un número limitado de objetivos específicos no sólo facilita la tarea de los/as profesionales.

Cuando las familias consiguen aprender a enfocar un número limitado de problemas - probablemente los que han desencadenado la situación de crisis- y a encontrarles soluciones, sus integrantes realizan también un aprendizaje sobre cómo resolver problemas en general y comienzan a sentir que controlan mejor sus historias de vida.

Los/as profesionales que intervienen en las crisis deben enfocar su trabajo en restablecer la estabilidad y en enseñar a las familias cómo resolver sus problemas. No deben resolverlos en su lugar.

6.3. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

- La intervención en crisis estará enfocada en un número limitado de objetivos específicos.
- Se trata de una intervención intensiva, principalmente en los momentos iniciales, que supone una amplia disponibilidad por parte de los/as profesionales (pueden requerirse entre 10-25 horas semanales de intervención directa con la familia incluyendo sábados a la mañana, fines de semana o festivos).

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Podrán utilizarse contactos telefónicos con la familia para la realización de seguimientos o provisión de apoyo/orientación.

- Si bien la estrategia dependerá de la situación concreta de crisis y de la edad de los/as niños/as y adolescentes, cuanto menor sea la edad de los/as niños/as se necesitará mayor intensidad en la intervención.
- La intervención deberá iniciarse lo antes posible tras la aparición de la crisis o de sus síntomas agudos. En el caso de los PIF, entre la propuesta de derivación al programa y el primer contacto con la familia no deberían transcurrir más de 72 horas.
- La intervención directa con la familia será desarrollada fundamentalmente por el psicólogo/a y el educador/a familiar, con apoyo del trabajador/a social en las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias cuando así sea propuesto por el Coordinador/a de caso.
- Los/as profesionales del PIF han de focalizar su intervención en controlar o neutralizar las necesidades o dificultades familiares que hacen que los/as niños/as o adolescentes se encuentren en riesgo grave e inminente de separación con el objetivo de reducir ese riesgo y evitar la separación. Si se detectan otras necesidades o dificultades, podrán ser abordadas en momentos posteriores de la intervención.
- Supone reuniones semanales o quincenales del equipo para supervisión y coordinación y reuniones de seguimiento/revisión con la familia.
- Las familias deberán tener acceso permanente a los/as profesionales del PIF (a través del teléfono ordinario del servicio y del teléfono móvil del técnico/a cuando el teléfono ordinario no esté disponible o se trate de días festivos o fuera del horario habitual de trabajo). Los/as profesionales deberán atender siempre estas demandas, valorarlas y proporcionar la respuesta pertinente a cada caso.

6.4. FASES

IMPORTANTE:

La crisis es un estado temporal de trastorno o desorganización caracterizado por la incapacidad de un individuo o una familia para afrontar situaciones o eventos inusuales, inesperados o traumáticos utilizando sus medios habituales de resolución de problemas.

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

El mayor desafío que supone una situación de crisis para las familias atendidas por los servicios de protección infantil es que ésta o sus consecuencias pueden provocar un daño significativo en las personas menores, generando incluso la posibilidad de que los/as niños/as se encuentren en riesgo grave e inminente de salir el domicilio familiar.

Las crisis se desarrollan en un período limitado de tiempo -entre 4 a 6 semanas- en el que es posible identificar momentos o fases diferenciadas. Cabe aclarar que la clasificación y la separación de las mismas se hace a fines didácticos ya que, por lo general, las fases se solapan y sus límites son difusos.

Resulta de gran ayuda contar con la descripción de estas fases pues permite a los/as profesionales intervenir de la forma más eficaz en cada momento.

El hecho de atravesar una situación de crisis- por más compleja o desorganizada que sea- no supone de por sí un retroceso. Por el contrario, puede tener efectos positivos sobre el desempeño familiar y/o individual porque puede representar una oportunidad decisiva para el cambio a través del aprendizaje de nuevos modos de funcionamiento y nuevas estrategias de solución de problemas.

Por otra parte, debido a los intensos sentimientos de vulnerabilidad e indefensión, una persona o familia en crisis tiene mayor predisposición para recibir apoyos, lo cual puede ser especialmente importante, por ejemplo, para posibilitar la intervención con familias resistentes.

Si, por el contrario, una familia no encuentra ayuda cuando está abierta a intentar nuevas formas de afrontar los problemas, sus integrantes pueden hundirse más en estilos de resolución poco adaptativos.

Fases que atraviesan las familias y los individuos ante una crisis:

Fase I: Episodio precipitante

Ocurre algún acontecimiento inusual, no previsto, estresante o traumático que produce altos niveles de ansiedad. El individuo y la familia responden utilizando sus mecanismos habituales para resolver problemas.

Fase II: Percepción de la amenaza

Al individuo o a la familia este acontecimiento les resulta significativo y lo perciben como una amenaza a sus objetivos, a su seguridad y/o a sus vínculos.

Fase III: Respuesta desorganizada

Aumentan los sentimientos de vulnerabilidad e indefensión a medida que

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

los comportamientos, las habilidades o los recursos utilizados para resolver problemas en ocasiones anteriores comienzan a fracasar. La ansiedad familiar se incrementa, los individuos buscan soluciones inmediatas y originales para el estrés psicológico y, con frecuencia, la respuesta familiar se vuelve cada vez más desorganizada.

Fase IV: Búsqueda de recursos novedosos y poco frecuentes

Con el objetivo de disminuir la tensión y resolver el sufrimiento emocional, los individuos comienzan a involucrar a otras personas. Las personas serán elegidas según la manera en que cada uno percibe las amenazas; según los criterios para evaluar quién(es) está(n) en condiciones de brindar ayuda, quién(es) respaldará(n) sus puntos de vista dentro y fuera de la familia, etc. En esta fase vecinos, parientes y amigos/as suelen ofrecer tanto ayuda directa (vivienda, transporte, comida, dinero, etc.) como consejos. Lo que la familia necesita es un técnico/a que no le juzgue y que esté formado/a para afrontar la crisis. Hay que evitar la coexistencia de “consejeros” que propongan soluciones conflictivas.

Fase V: Encadenamiento de acontecimientos

La mayoría de las crisis desencadenan una serie de acontecimientos que pueden generar una nueva crisis en la familia.

Fase VI: Asociación con crisis anteriores

Las crisis suelen evocar recuerdos de otros acontecimientos traumáticos o de crisis pasadas que implicaron pérdida de control sobre la situación o sobre la propia vida.

Fase VII: Movilización de nuevos recursos, adaptación

En este punto se produce la situación bisagra donde la tensión y el conflicto evolucionan hacia la movilización de nuevos recursos o hacia nuevas formas adaptativas.

IMPORTANTE:

Durante la resolución de una crisis, mínimos esfuerzos de intervención pueden producir máximos efectos y el logro de cambios de mayor profundidad que en etapas de menor accesibilidad emocional.

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

6.5. REACCIONES EMOCIONALES ANTE SITUACIONES DE CRISIS

Las situaciones de crisis suelen provocar problemas en casi todos los aspectos de la vida familiar y personal: producen trastornos en el apetito, trastornos en el sueño, en la vida afectivosexual, en los aspectos cognitivos, en la vida emocional.

Qué sienten las personas durante las crisis

(Fuente: Howard y Libbie Parad y Benjamin Rush Center for Problems of Living)

- Desconcierto ante sentimientos nuevos e inusuales
- Sensación de peligro acompañada de tensión, temor e indefensión ante las vicisitudes de la vida
- Confusión: los procesos mentales están bloqueados
- Parálisis: sensación de estancamiento, de que nada sirve
- Desesperación: saben que necesitan hacer algo pero no saben qué
- Apatía: sentimientos de que no vale la pena intentar nada
- Indefensión, impotencia: necesidad de recibir ayuda
- Urgencia: necesidad de que esa ayuda llegue en forma inmediata
- Malestar: sentimientos de impotencia e inquietud

6.6. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

Las crisis suelen afectar de manera similar a la mayoría de las personas. Es importante que los/as técnicos/as que van a trabajar con familias en las que hay o hubo desprotección infantil conozcan y puedan prever estas consecuencias para plantear estrategias de intervención más efectivas.

IMPORTANTE:

Los efectos que se detallan a continuación son transitorios y no constituyen indicadores de trastornos mentales.

Desorganización del pensamiento

Se suelen olvidar o pasar por alto detalles importantes de ciertos acontecimientos y pueden aparecer dificultades para asociar ideas, hechos y acciones de manera

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

lógica. Puede resultar arduo comunicarse u obtener información dado que hay tendencias a saltar de una idea a otra. Pueden detectarse confusiones donde temores y deseos se entremezclan con la realidad. Algunas personas tienden a repetir palabras, ideas y comportamientos que fueron de utilidad en otras ocasiones pero que son inadecuadas para la situación actual bloqueando de esta manera las “innovaciones” necesarias para solucionar la crisis.

Preocupación por actividades insignificantes

En un intento por superar estos procesos desorganizados de pensamientos se observa una tendencia a enfocarse en actividades que no son significativas para resolver la situación con lo cual se necesita mucha ayuda externa para centrarse en las actividades importantes.

Hostilidad y alejamiento emocional

Algunas personas que experimentan sentimientos de pérdida de control o de vulnerabilidad suelen responder con actitudes y sentimientos hostiles hacia aquellos/as que intervienen. También se pueden detectar actitudes de excesiva pasividad, distanciamiento o despreocupación por la resolución de los problemas.

Impulsividad

Mientras algunas personas se paralizan frente a una situación de crisis, otras se comportan de manera impulsiva, respondiendo de modo inmediato sin medir las consecuencias de sus actos; generando así nuevas crisis que hacen que la situación original se vuelva más difícil de resolver.

Dependencia

En el transcurso de la situación crítica es esperable un nivel importante de dependencia de los/usuarios/as hacia los/as técnicos/as intervinientes, dependencia que podrá observarse hasta en cuestiones muy simples y prácticas de la vida diaria.

La percepción del poder y de la autoridad que ejercen los/as profesionales suele tener un impacto estabilizador en las familias ya que agradecen tener una figura de autoridad objetiva, eficaz y comprensiva que sepa “cómo hacer las cosas”.

La mayoría de las familias vuelven a sus niveles habituales de autonomía después de un breve período de dependencia. En los casos en que éste se prolonga, aumenta la vulnerabilidad de la familia pues no se encuentra en condiciones de distinguir qué le

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

conviene y que le resulta peligroso sin la presencia y/o los consejos del técnico/a.
Amenazas a la identidad

Las situaciones de crisis suelen provocar sentimientos de incapacidad e inadecuación acompañados de baja autoestima. Ante ello, algunas personas reaccionan con arrogancia y actitudes de autosuficiencia, negándose incluso a recibir ayuda. Otros se alejan de los recursos que se les ofrecen. Es importante conocer este efecto porque se recomienda abordar a estas familias resistentes o no motivadas apoyándose en las fortalezas del grupo familiar, trabajando los aspectos que contribuyan a restablecer la sensación de eficacia y de valor individual SIN CONVALIDAR los episodios de violencia.

6.7. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ante una situación de crisis, es importante considerar los siguientes factores:

- ¿Qué situaciones o hechos específicos están generando el mayor estrés al individuo y a la familia?
- ¿Cuáles son las dificultades más evidentes para afrontar la situación?
- ¿En qué fase del proceso se inicia la intervención?

Conviene recordar en este punto que sentimientos y comportamientos impropios y, en apariencia, extravagantes pueden representar reacciones características de cierta fase de la crisis. Es necesario hacer una correcta interpretación de las fases de la crisis para plantear una intervención adecuada.

A diferencia de otras intervenciones más tradicionales, estas intervenciones son breves, enfocadas principalmente en el “aquí y ahora”, con el objetivo de apoyar a los miembros de la familia hacia cambios que resuelvan la situación que provocó la desestabilización familiar, garantizando, además, la seguridad y la integridad de los/as niños/as.

Se implicará a la familia en el proceso de resolución de los problemas ayudándole a:

- Analizar la situación de crisis (elementos que la favorecieron, estrategias utilizadas...);
- Formular objetivos que ella misma identifique como prioritarios; y
- Formular un plan concreto de acción (búsqueda de soluciones)

Los objetivos iniciales de la intervención deben ser simples y de fácil consecución

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

para permitir que la familia recupere sus sentimientos de autoeficacia y un mayor control de su situación.

La intervención tenderá a restablecer la estabilidad familiar, enseñándole a sus integrantes a resolver problemas SIN llegar a resolverlos por ellos.

Se utilizarán abordajes que tengan en cuenta las fortalezas de las familias en mayor medida que sus debilidades; abordajes que reconozcan en las familias la existencia de conocimientos y habilidades para solucionar sus propios problemas.

Es fundamental identificar y enfocar con la familia un número limitado de objetivos prioritarios - entre 1 y 4- para evitar la confusión y la tendencia a enfocar situaciones no significativas.

Otro aspecto importante de la intervención es colaborar con las familias en la exploración de los mecanismos que emplean para afrontar la situación y para identificar opciones alternativas con el fin de reducir la impulsividad y los sentimientos de vulnerabilidad y de impotencia.

Se aconseja fomentar el uso adecuado por parte de la familia de los recursos comunitarios que, además de favorecer la resolución de la situación de crisis actual, constituirá una red de apoyo sólida para situaciones futuras.

Una respuesta útil y planificada debería incluir:

- Contacto inmediato, dentro de las primeras 48 horas.
- Acompañamiento de la familia por el tiempo que haga falta para estabilizar la crisis actual.
- Disponibilidad profesional y/o de recursos -no exclusivamente PIF- 24 horas diarias, 7 días a la semana.
- Provisión de evaluación y servicios, al menos en forma parcial, en el domicilio.
- Contactos diarios con la familia al comienzo que se irán espaciando gradualmente.
- Establecimiento de un tiempo limitado de provisión de los servicios (entre 4 a 12 semanas).
- Períodos prolongados de intercambio activo, enfocando en 1 a 4 problemas u objetivos centrales.
- Ofrecimiento de psicoterapias, servicios concretos y recursos comunitarios
- Marco teórico que considere que las crisis flexibilizan a las personas para que produzcan cambios para mejor.
- Aliento a las familias para que establezcan sus propios objetivos con una

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

guía muy limitada por parte de los/as profesionales.

- Mantenimiento de una intervención de tiempo limitado.
- Focalización en el sistema familiar, manteniendo la flexibilidad de trabajar con los/as integrantes que estuvieran disponibles.

Como condición de autocuidado y para poder brindar una calidad adecuada de servicios, los/as técnicos/as limitarán la cantidad de casos en situación de crisis a su cargo (lo ideal es llevar no más de 2 casos si, además, se están llevando otras intervenciones).

IMPORTANTE:

Si una familia no encuentra ayuda cuando está abierta a intentar nuevas formas de afrontar los problemas, sus integrantes pueden hundirse más en estilos de resolución poco adaptativos.

Durante la resolución de una crisis, mínimos esfuerzos de intervención pueden producir máximos efectos, de mayor profundidad que en etapas de menos accesibilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar - Gobierno de Cantabria.

DePanfilis, D. y Salus, M.K. (1992): Child Protective Services: A Guide for Caseworkers - U.S. Department of Health and Human Services- Washington (EEUU), 19.

Jenkins, J.L.; Salus, M. K.; y Schultze, G.L. (1979): Child Protective Services: A Guide for Workers. U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Center on Child Abuse and Neglect (Washington,EEUU), 7.

Parad, H.J. y Parad, L.G. (compiladores) (1990): Crisis Intervention Book 2: The Practitioner's Sourcebook for Brief Therapy - Milwaukee: Family Service America-EEUU.

U.S. Department of Health and Human Services: Crisis Intervention in Child Abuse and Neglect: User Manual Series - 1994. Material facilitado por National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.



7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

La evaluación en intervención es una modalidad de intervención en la cual se establece un plan con objetivos a conseguir en el corto plazo, aún cuando no se ha podido recoger la información suficiente para confirmar que una situación de desprotección moderada o grave está ocurriendo o para plantear un plan de caso a medio o a largo plazo.

Constituye una de las modalidades en las que resulta de fundamental importancia la coordinación y la complementación entre los/as profesionales de los equipos de Recepción y Valoración, los/as de Evaluación y los/as del Programa de Intervención Familiar.

Es importante destacar que la evaluación en intervención no es una actuación alternativa ante el exceso de casos o ante la falta de tiempo de los/as profesionales de los equipos de Recepción y Valoración o de los de Evaluación y Coordinación de Casos.

Por el contrario, se procede a la elección de este tipo de intervención ante situaciones muy específicas a fin de cumplir objetivos muy precisos.

El MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008, pág. 63) señala que esta modalidad se aplicará:

- Cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección grave;
- Cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección moderada, y no se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de la desprotección, siendo necesarios profesionales especializados y en contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información;

- Casos de desprotección grave en que la evaluación del SAIAF concluye con un pronóstico incierto o negativo en relación a las posibilidades de capacitación parental y se considera necesario clarificar, verificar o refutar dicho pronóstico para proceder a diseñar un Plan de Caso de carácter estable;
- Casos de adultos que comienzan a ejercer el rol parental bien porque:
 - (a) inician su convivencia con el niño, niña o adolescente; o
 - (b) la reinician tras un largo período de tiempo sin contacto con éste, y hay sospechas fundadas de que pueden tener dificultades importantes para ejercer adecuadamente las funciones parentales.

De lo antedicho se desprende que, al derivar a una familia al programa de intervención familiar para llevar a cabo la evaluación en intervención, los/as técnicos/as que han trabajado hasta ese momento deben fundamentar adecuadamente la decisión, estableciendo a cuál de las situaciones descriptas en los párrafos precedentes corresponde.

Resulta de gran importancia que los padres o responsables legales accedan a participar y se comprometan a colaborar con los/as profesionales del PIF en las actividades propuestas: visitas a domicilio del educador/a familiar, entrevistas y sesiones con el psicólogo/a, entrevistas con el trabajador/a social, etc.

En caso de negarse a participar, es suficiente con informarles que el SAIAF procederá a la evaluación en intervención.

Esta modalidad de trabajo tiene **plazos muy precisos**. Se extenderá por un **máximo de 6 meses** si el motivo por el que se la ha recomendado es la persistencia de la sospecha de una situación de desprotección moderada o grave que no ha podido ser confirmada en la investigación. Mientras que el plazo **máximo será de 10 meses** cuando se lleva a cabo para clarificar, verificar o refutar un pronóstico negativo o incierto realizado por el Equipo de Evaluación ante una situación de desprotección grave o para trabajar con aquellos/as adultos/as que comienzan a ejercer el rol parental.

Esta modalidad de intervención está dirigida a:

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

- Completar la investigación o la evaluación .
- Evaluar capacidades parentales.

EJEMPLO 1

Familia derivada por los SSAP ante la situación que presentan una niña de 12 años y su hermano de 9. Hace unos 5 meses los SSAP han intervenido a pedido de la escuela ya que ambos niños, con frecuencia, faltaban o llegaban tarde a clase en forma injustificada. Además, se observaban condiciones de higiene deficientes que causaban retraimiento y aislamiento de la niña en el ámbito escolar y conductas agresivas por parte del niño para defenderse de las bromas de sus compañeros.

A pesar del tiempo transcurrido y de múltiples intentos de los SSAP para trabajar con la familia, esto no se ha logrado y, desde la fecha de derivación hasta la actualidad, la situación general ha empeorado: haciéndose el absentismo cada vez más frecuente y los problemas observados en los niños casi constantes y de difícil manejo por las maestras.

La familia proviene de otra comunidad autónoma y reside en la zona desde hace aproximadamente 4 años, habiendo cambiado la vivienda en cinco oportunidades, la última hace 7 meses ante la separación de la pareja parental.

Ambos padres, de 42 años, tienen empleo estable como operarios no calificados en distintas actividades. Desde la separación, el padre frecuenta poco a sus hijos. No hay un régimen de visitas establecido. Él avisa a los niños por teléfono cuando va a pasar.

Se sospechan episodios de violencia doméstica durante la convivencia y alcoholismo moderado del padre.

En los últimos meses, la madre pasa más tiempo fuera de casa: en parte porque, afirma, haber conseguido otro trabajo para complementar sus ingresos y, en parte, porque "necesita salir a despejarse de sus problemas". Los niños quedan a veces al cuidado de una vecina o de una tía materna con la que los SSAP están en contacto por sospechas de malos tratos físicos a sus hijos. También se les suele ver solos por la calle cuando faltan a la escuela o por las tardes.

Los SSAP han podido recoger información de la escuela pero sólo han logrado tener una entrevista con la madre (después de haber concertado 6 citas) y ninguna con el padre (no coge el móvil y se desconoce si tiene teléfono fijo).

SIGUE >>

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

En la entrevista mantenida con la madre, ésta admite los problemas de conducta del niño pero naturaliza los comportamientos retraídos de la niña ya que “ha sido siempre muy tímida”. Supone que los comportamientos de su hijo son una reacción a la separación pues “así lo ha escuchado en la tele: que cuando los padres se separan, los hijos tienen reacciones parecidas”.

Manifiesta que no rechazará ninguna ayuda o apoyo que se le proponga en relación al niño aunque su participación será limitada debido a sus horarios.

Los informes escolares de ambos niños destacan dificultades en el rendimiento académico que se han hecho más notorias a finales del curso anterior y en el presente curso. Comentan que a la niña se le nota triste, no interactúa con sus compañeros y establece un contacto muy superficial con su maestra. El niño, si bien juega con sus compañeros y se le ve más animado, presenta una agresividad llamativa. Al principio sólo reaccionaba con violencia ante las bromas de sus compañeros pero en las últimas semanas es él quien provoca las agresiones. A pesar de su edad, se le ve trabando amistad e interactuando con niños mayores que ya presentan problemas de conducta preocupantes.

¿Por qué se indica evaluación en intervención?

Como ya se ha dicho anteriormente, al tomar una decisión de este tipo hay que centrarse, por un lado, en el equilibrio entre la protección y el riesgo en el que se encuentran los/as niños/as y, por el otro, en los objetivos de completar la investigación/evaluación y de valorar las capacidades parentales.

El Ejemplo 1 constituye una situación de negligencia y de absentismo escolar prolongado y crónico que se está agravando con el transcurrir del tiempo, que no ha respondido de manera positiva a la intervención de los SSAP, que partieron de la hipótesis de que el riesgo en que se encontraban estos niños era bajo a moderado. Sin embargo, la evolución hace sospechar que la hipótesis era errónea y que el riesgo es mayor, ya sea porque lo era desde el comienzo de la intervención o porque las circunstancias externas (la separación de la pareja parental) han agravado el contexto.

Siguiendo el Anexo 1 (Necesidades Infantiles) del MANUAL CANTABRIA (2007) se observan las siguientes necesidades no satisfechas:

- Físicas: higiene
- Seguridad: Si bien no se han producido accidentes aún, existe falta

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

de supervisión por parte de los progenitores que podría ocasionarlos. Además, el niño está comenzando a establecer relaciones de riesgo con niños mayores y a comportarse de manera problemática, situación que los adultos minimizan y desatienden.

- Emocionales: hay ausencia y falta de disponibilidad de tiempo por parte de ambos padres. Falta información para afirmar que los adultos no se muestran accesibles a sus hijos o que no perciben, no interpretan o no responden a sus pedidos de interacción. Se ha detectado cierto descuido en el control de los hijos que deberá explorarse en profundidad.
- Sociales: los adultos establecen escasos límites a la conducta del niño y el nivel de implicación y supervisión de ambos hijos es bajo. Queda pendiente de confirmación el haberles expuesto a modelos comportamentales violentos (violencia doméstica) o inadecuados (alcoholismo paterno).

Por otra parte, analizando los factores de riesgo descritos por Arruabarrena y colaboradores (1993).

- De alto riesgo:
 - Los niños están en el hogar familiar que es donde se sospecha que ocurre la situación de desprotección.
 - Ambos padres parecen centrados en sus propias necesidades y problemas.
 - Severas dificultades de los/as técnicos/as del SSAP para establecer contacto con el padre.
- De riesgo moderado:
 - Hay historia anterior de situaciones de negligencia y absentismo escolar.
 - Existencia de informes de negligencia por parte de los SSAP (que no han podido confirmarse debido a la actitud de los adultos).
 - La edad del niño, 9 años, le hace disponer de una capacidad limitada para protegerse o cuidar de sí mismo.
 - El niño tiene conductas disruptivas y, a veces, incontrolables; estas pautas de comportamiento afectan la interacción con los demás.
 - Con marcada asiduidad los niños no acuden a clase.
 - Ambos presentan síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional que afectan de manera negativa el cumplimiento de sus roles normales. Es probable que se deterioren aún más sin tratamiento.
 - La madre vive sola con los hijos y carece de apoyos positivos.

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

- Ambos padres tienen dificultades para reconocer la importancia de la estimulación, el aprendizaje y el apoyo emocional de los hijos.
- Las necesidades de los niños son cubiertas con frecuencia por vecinos o parientes porque ni la madre ni el padre pueden hacerse cargo de ellos.
- Los padres muestran limitada vinculación afectiva, afecto y aceptación en su interacción con los niños.
- Se sospechan episodios de violencia física entre los progenitores.
- Los recursos de la familia y de los sistemas de apoyo no son suficientes para cubrir algunas de las necesidades básicas de los niños.
- La madre acepta los servicios verbalmente pero se resiste a cooperar, implicándose mínimamente con ellos. El padre no se ha implicado del todo.

En el Ejemplo 1 se indica evaluación en intervención

- Porque ambos niños muestran indicadores conductuales compatibles con situación de desprotección crónica.
- Porque los SSAP han intentado explorar los factores de riesgo y de protección con escaso éxito dada la actitud de ambos padres.
- Porque se ha intentado una intervención desde los SSAP y, a pesar del tiempo transcurrido, la situación de los niños ha empeorado.
- Existe la sospecha de que la desprotección es moderada o grave aún cuando la investigación no ha llegado a confirmar o refutar esta hipótesis.
- No se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de la desprotección, siendo necesarios profesionales especializados y en contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información.
- Mientras se exploran los factores de riesgo y las condiciones que condujeron a la situación de desprotección y se valoran los factores de protección del contexto familiar, es imprescindible ofrecer a los niños los apoyos necesarios para reparar los efectos conductuales observados.

Objetivos del Plan de Caso

A. Entrevistas a los padres para recoger información sobre:

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

- Factores de riesgo y factores de protección en relación:
 - a sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales;
 - expectativas hacia los hijos;
 - métodos de disciplina y castigo;
 - abuso de drogas y/o alcohol;
 - historia de conducta violenta, antisocial o delictiva;
 - historia personal de maltrato/abandono en la infancia;
 - estilo de interacción progenitor(a)/hijo(a);
 - relación de la pareja (aún separados);
 - fuentes de apoyo social y a su respuesta ante la intervención
- Capacidad parental

B. Apoyo a los niños con el fin de reparar los efectos de la desprotección: después de mantener entrevistas los/as técnicos/as de los programas de intervención familiar decidirán si la intervención se limita a un recurso socioeducativo (con el que se recomienda comenzar) o si será necesario brindar tratamiento psicoterapéutico individual.

Se recomienda que la duración de esta evaluación en intervención sea de aproximadamente 4-6 semanas, transcurridas las cuales se podrá continuar con los recursos de apoyo y reparación ofrecidos a las personas menores y se modificará el Plan de Caso para considerar la necesidad de:

- a) Tomar medidas de protección más drásticas;
- b) Ofrecer recursos específicos a los padres;
- c) Incluirles en los recursos que se estén utilizando con los hijos.

Recordar que el plazo máximo de este tipo de intervención en estos casos es de 6 meses.

EJEMPLO 2

Una familia monoparental compuesta por la madre de 29 años, una niña de 12 y un niño de 26 meses son derivados por los SSAP a quienes una usuaria consulta para realizar los trámites de guarda del niño menor que, en la práctica, ya vive cotidianamente en su domicilio. La Sra. S informa que es vecina de la familia y que decidió encargarse del cuidado del niño ya que solía verle cuidado por la hermana. La madre se ha mostrado encantada y no se opone a que le cuide la Sra. S. aunque no desea darle en adopción.

SIGUE >>

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

El grupo familiar está compuesto por:

Madre: María R., inmigrante, sin ocupación confirmada aunque se sospecha ejercicio de la prostitución. También se sospecha alcoholismo pero se ignora la intensidad de la adicción. Carece de ingresos fijos.

Hija: Jennifer R., 12 años, inmigrante, hija de la madre con una pareja anterior. Lleva sólo el apellido materno. Reside en España desde hace 3 años. Escolarizada, ha repetido el curso, según su madre por problemas de aprendizaje porque no hablaba bien castellano. De acuerdo con el informe escolar las dificultades están relacionadas con el absentismo de la niña desde el nacimiento del hermano, ya que, con frecuencia, quedaba encargada de su cuidado. Desde que la vecina cuida del niño -hace aproximadamente 4 meses-, Jennifer queda sin supervisión desde que vuelve de la escuela hasta altas horas de la noche. Se sospecha que, a veces, la madre no pernocta en la casa, permaneciendo la niña sola en la vivienda.

Hijo: Rafael G.R., 26 meses, se carece de otros datos.

María R. se encuentra separada del padre de Rafael desde el último trimestre de su embarazo. Habían convivido durante 2 años y el motivo de la ruptura fue cierta situación de desgaste de la pareja asociada al embarazo no deseado por el padre, Ernesto G. Desde el nacimiento del niño no ha habido contacto entre ellos pues Ernesto reside en otra comunidad autónoma. Sin embargo, ingresa una cantidad mensual para colaborar en la manutención del bebé.

El Equipo de Recepción y Valoración ha considerado que se trata de un caso grave de desprotección y ha decidido que los niños salgan en acogimiento familiar de urgencia mientras se realiza la evaluación y se decide un plan de caso.

El Equipo de Evaluación y Coordinación de Caso ha conseguido entrevistar a la madre en 2 oportunidades después de haber establecido 4 citas. Las entrevistas se realizaron en el domicilio familiar ante la inasistencia de María R. a las citas en el SAIAF. Ambas entrevistas, sin embargo, fueron bastante limitadas, por un lado, por la aparente dificultad de la madre para comunicarse en castellano y, por otro, porque la última vez, manifestó que tendría que salir para una entrevista laboral que había concertado a último momento. Estaba muy ilusionada con esta oportunidad.

La escuela de Jennifer ha informado que la niña tuvo una adaptación muy satisfactoria en la época en que su madre la trajo desde su país de origen, aproximadamente al año de iniciar la convivencia con el padre de Rafael. El comentario fue que se le veía contenta, muy bien cuidada y en poco tiempo estuvo a la par de sus compañeros en lo relacionado con el aprendizaje. La escuela sitúa las dificultades

SIGUE >>

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

de Jennifer y la desorganización de la vida familiar a partir del nacimiento del niño y de la separación de la pareja. Sospechan que, para mantenerse, María ejerce la prostitución y es posible que se alcoholice, comportamientos que no se habían observado con anterioridad ya que concurría a las citas con las maestras y se la veía pendiente del progreso de su hija.

Después del acogimiento de urgencia, se tuvieron 2 entrevistas con Jennifer. Se ha adaptado sin problemas al centro. Es una niña muy despierta, con desarrollo acorde a su edad con algunos rasgos de sobreadaptación. Manifiesta que está triste, que a veces llora pensando en su madre y que quisiera volver a la casa familiar junto con su hermano. No se muestra demasiado comunicativa cuando se le solicita información sobre las condiciones de vida en el hogar familiar. A pesar de tener a su disposición folios y lápices, Jennifer no mostró interés en dibujar y se comportó en la entrevista como una adulta. Se observó entusiasmo cuando se trataron temas relativos a las dificultades escolares. Se mostró muy receptiva a recibir ayuda en ese sentido. No se llegó a explorar otros efectos de la situación de desprotección.

Se tuvo contacto y se observó el comportamiento de Rafael en dos ocasiones diferentes. El personal del centro destacó la falta de reacción del niño ante el cambio brusco de domicilio. Si bien no cuenta con un vocabulario demasiado amplio, no ha preguntado por su madre aunque sí ha balbuceado los nombres de la Sra. S (vecina que le cuidaba últimamente) y de Jennifer. Es un niño sumamente inquieto que sólo permanece pocos minutos enfocado en algún juego. Prefiere deambular de un sitio al otro del centro. Hay que estar muy pendiente de él pues se coloca en situaciones de riesgo de caídas y accidentes. Tiene buen apetito y muchas dificultades para conciliar el sueño. Se muestra encantado y sigue a todos los adultos que ve en el centro. Si bien todo lo observado podría tener relación con la separación de su domicilio, habrá que realizar el seguimiento para descartar de que se trate de efectos de la situación de desprotección.

Con esta información el Equipo de Evaluación y Plan de Caso decide mantener las medidas de protección de los niños y derivar el caso para evaluación en intervención basándose en el hecho de que se trata de una desprotección grave de ambos hijos, con antecedentes que no permiten establecer un pronóstico concluyente acerca de las habilidades parentales de la madre.

¿Por qué se indica evaluación en intervención?

- Porque la situación de negligencia que sufren ambos niños es grave;
- Porque no queda claro cuál es el pronóstico en relación a las posibilidades

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

de capacitación parental

Conviene señalar que el proceso de exploración y diagnóstico que permitirán esclarecer las posibilidades de capacitación parental de María forma parte de un procedimiento dinámico. No se trata de una situación fija ni de un diagnóstico inamovible. Para realizar un pronóstico adecuado habrá que tener muy en cuenta, por un lado, las modificaciones conductuales espontáneas y, por el otro, aquellas provocadas por la intervención que contribuirán -o no- a satisfacer las necesidades de los hijos.

Lo que justifica esta modalidad de intervención es precisamente esta característica dinámica del proceso porque, de atenerse a los hechos observados, los/as técnicos/as tendrían que considerar que, al momento de la detección, dos niños se encuentran en situación de desprotección grave porque la madre no puede cumplir sus funciones de protección.

Sin embargo, la información sobre el desempeño de María R. en su rol maternal antes del nacimiento de Rafael, lleva a considerar que tiene potencial de volver a ejercer esta función de manera adecuada si se le apoya para resolver la situación de exigencia y de crisis que se encuentra atravesando.

El pronóstico sobre la evolución de la madre no dependerá sólo de los factores que motivaron su comportamiento sino que resultará de fundamental importancia observar la flexibilidad de María para responder a los requerimientos diferentes de sus hijos y su habilidad para reorganizar la vida familiar -y su vida personal- de manera que satisfaga las necesidades de dos niños de edades dispares sin obstaculizar ni interferir en el desarrollo de ninguno de ellos.

Objetivos del Plan de Caso

- Entrevistas con la madre para:
 - Determinar si el comportamiento materno observado en el último tiempo es producto de su historia familiar, del abuso del alcohol, de los efectos a largo plazo del alcoholismo, de una situación de crisis, de precariedad de recursos propios, de trastornos psiquiátricos, etc.
 - Explorar la posibilidad de la madre de brindar cuidados adecuados a los niños, en esta primera etapa con la ayuda de los recursos ofrecidos por el PIF.
- Trabajo con la madre, en principio socioeducativo aunque se valorará la

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

conveniencia de la intervención psicoterapéutica individual y/o familiar/vincular según lo observado en las entrevistas, para proceder a:

- Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en ella.
- Capacitación parental.

IMPORTANTE:

Dado que la madre está desempleada y carece de recursos económicos propios, uno de los aspectos a trabajar con ella será precisamente la búsqueda y el mantenimiento de un empleo y los beneficios de contar con ingresos estables. Sin embargo, teniendo en cuenta también la tendencia de María a delegar sus responsabilidades parentales, este objetivo NO será prioritario ya que tendrá que adaptar la búsqueda y las características de empleo a la cantidad de horas que tendrá que dedicarle a sus hijos además de adecuar el funcionamiento familiar a las obligaciones laborales.

No hay que perder de vista que María ha utilizado cuestiones relacionadas con la búsqueda laboral para limitar el contacto que los/as técnicos/as intentaban establecer con ella.

Enfatizar los logros laborales en una madre negligente es una equivocación bastante frecuente en las intervenciones. Los/as profesionales pierden de vista que estar muchas horas fuera de casa con mayores obligaciones puede ser contraproducente para el cuidado de los/as niños/as cuando la madre -o el padre- ya ha manifestado dificultades para hacerlo. Por otra parte, mantener la estabilidad laboral requiere de una organización de la vida familiar de la que suelen carecer algunos/as usuarios/as de los SAIAF.

Por lo tanto, cuando el Programa de Intervención Familiar decida trabajar este objetivo tendrá que evaluar, por un lado, la conveniencia de que la persona adulta se ausente de su hogar por el tiempo que requiera su empleo y, por el otro, habrá que trabajar los aspectos organizativos familiares para que los/as niños/as estén bien cuidados/as y atendidos/as en el horario laboral de los progenitores.

- Trabajo fundamentalmente socioeducativo con ambos hijos, que podrá complementarse con intervención terapéutica para:
 - Reparar los efectos de la situación de desprotección grave y crónica.

7. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

- Fomentar resiliencia a través de actividades normalizadas.

IMPORTANTE:

Este trabajo con los niños puede realizarse de distintas maneras (cada uno por separado; Jennifer en un grupo de niñas/os con problemas parecidos; sesiones vinculares o familiares, etc.) y se podrá variar la modalidad con el transcurso del tiempo.

Lo que será fundamental para orientar estos cambios -o la eventual continuidad- del recurso serán los objetivos planteados en el Plan de Caso.

Más allá de los encuentros que se produzcan en función de la intervención, la madre y los niños deberán contar con espacios de visitas -supervisadas al comienzo de la intervención- que garanticen la continuidad del vínculo y permitan observar e intervenir en caso de disfunciones.

Recordar que el plazo máximo de este tipo de intervención en estos casos es de 10 meses lo que no quita que se revise periódicamente la recomendación de evaluación en intervención en un lapso menor (cada 2 ó 3 meses).

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1993): Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil - Proyecto SASI - Dirección General de Protección Jurídica al Menor - Ministerio de Asuntos Sociales.

Arruabarrena, I. (2007): MANUAL CANTABRIA. Principios generales - Gobierno de Cantabria.

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar - Gobierno de Cantabria.



8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

“Casi la mitad de los/as adolescentes víctimas de malos tratos son jóvenes que se han sacado el ‘graduado’ en maltrato infantil”.

J. Garbarino y A. Garbarino: “Maltreatment of Adolescents”

EJEMPLO 3

Gorka C.R.: Los SSAP derivan a la familia C.R. con la que han tomado contacto en diferentes momentos en los últimos 10 años y con la que han intervenido directamente en los últimos 3.

La familia está compuesta por:

Padre: Salvador, 39 años, trabajador autónomo en el gremio de la construcción, tiene ingresos estables que cubren adecuadamente los gastos de la familia. En estos últimos meses ha estado preocupado por la disminución de los mismos.

Madre: Gemma, 36 años, en la actualidad ama de casa. Hace 2 años sufre problemas neurológicos que están en etapa de rehabilitación a consecuencia de haber sufrido un accidente cerebrovascular.

Hijos: Gorka, 16 años, estudiante. Es por quien los SSAP solicitan la intervención del SAIAF.

Elena, 4 años, escolarizada.

SIGUE >>

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

La familia vive en un piso de su propiedad. Cuenta con 2 habitaciones (los hermanos comparten una habitación), sala, cocina y baño con distribución aceptable y condiciones de higiene adecuadas.

Motivo de consulta: Desde comienzos del último curso escolar y, a pesar de la intervención que estaban llevando a cabo los SSAP desde hace más de 2 años, tanto los padres como la escuela informan que Gorka tiene comportamientos muy agresivos y se sospecha que ha incurrido en pequeños robos, de dinero en casa y de objetos de valor de sus compañeros, sospechas que no están confirmadas.

Debido a ello y a roturas de materiales, se le prohíbe acudir a las actividades de los grupos de tiempo libre durante un mes.

El desencadenante de esta derivación ha sido una comunicación de la Policía Municipal que informa que Gorka participa en un grupo que extorsiona a otros menores. Según parece, no ha llevado la iniciativa pero ha secundado al resto del grupo.

Antecedentes familiares: Hace 10 años, la madre se presenta a los SSAP para informarse de cómo tiene que hacer para iniciar los trámites de separación. La pareja se había casado seis años antes y su primer hijo -Gorka- nació al año de casados.

Cuatro años más tarde, la madre se plantea de nuevo la separación a raíz de un conflicto de pareja en el que manifiesta la existencia de malos tratos físicos y problemas conyugales. La pareja no sólo no se separa sino que, hace 4 años, tuvo a la hija menor. La madre, en este período sufre dos abortos. A partir del nacimiento de la niña, Gemma recibe tratamiento en Salud Mental debido a una depresión postparto. Toma medicación pero la deja voluntariamente 24 meses después.

Aproximadamente en esa fecha, Gemma sufre un accidente cerebrovascular que le ha dejado secuelas neurológicas y solicita el reconocimiento de minusvalía física, el cual le reconocen en un 67%.

Al momento de esa solicitud, los SSAP toman contacto con Gorka por la sospecha de la existencia de problemas de convivencia y relación dentro del entorno familiar (malos tratos físicos y psicológicos de los padres hacia sus hijos).

A los pocos meses, el padre comienza tratamiento en Salud Mental por depresión. Se le indica medicación, que abandona unos meses después. Se sospecha posible consumo de alcohol por parte de Salvador y de cocaína por ambos padres hasta entonces. En la actualidad, persiste la sospecha de consumo continuado de alcohol

SIGUE >>

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

por Salvador y de “porros” por parte de los padres y de Gorka.

En la época en que la madre hace la solicitud de reconocimiento de minusvalía física, los SSAP acuerdan con los padres la intervención con Gorka para, por un lado, apoyarle a través de una educadora y trabajar hábitos escolares, relaciones con sus padres y responsabilidades y, por el otro, orientar a la madre en la aplicación de pautas educativas adecuadas. Todo ello en coordinación con el centro escolar.

La intervención se extiende desde entonces hasta la fecha. A los pocos meses de iniciada la intervención, en dos ocasiones, se producen amenazas de la madre hacia Gorka con un cuchillo. Los episodios ocurren con pocas semanas de diferencia. Los desencadenantes son cuestiones banales aunque se sospecha que pueden haber motivos que la familia no expresa.

Promediando el primer año de la intervención de los SSAP, los profesionales del Centro de Salud Mental al cual acuden los padres proponen la conveniencia de orientarles hacia una terapia de pareja que no llega a realizarse.

Hacia fin de ese primer año, Gorka interpone una denuncia a los padres por malos tratos que se archiva unos meses después.

Así y todo, a las semanas de que se archiva la denuncia de Gorka, la Policía Municipal acude al domicilio porque la madre ha llamado diciendo que él le está agarrando del cuello y golpeándole. Dos meses después, los SSAP reciben un parte de la policía informando que han tenido que acudir al domicilio nuevamente porque Gemma llamó diciendo que su hijo le estaba pegando. Esta vez, la madre pone una denuncia contra Gorka.

Los SSAP prosiguen la intervención con Gorka y con su madre manteniendo los objetivos propuestos.

Cuando se le informa a la madre de la derivación a los SAIAF, una vez más manifiesta su intención de iniciar la separación y de que está decidida a consultar con una abogada. La intención de la madre es quedarse con la niña y que Gorka se vaya con su padre. El padre dice no estar de acuerdo con la separación y que, de ocurrir, pedirá la custodia de los dos hijos.

En este momento, la familia sigue viviendo conjuntamente en el domicilio, a la espera de que Gemma presente los papeles de la separación.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

Entrevistas e información acerca de la familia:

Padre:

Salvador es un hombre de inteligencia normal que no presenta alteraciones en la percepción de la realidad y se expresa de manera coherente. Es el mayor de 5 hermanos criados en medio rural por su propia familia en la que había alcoholismo por parte del padre y violencia en la pareja. Las prácticas educativas que describe son compatibles con malos tratos físicos y emocionales.

Manifiesta estar en tratamiento con profesionales de Salud Mental. Facilita los días en que tiene cita aunque se sabe que no suele cumplirlas.

En las entrevistas con el equipo de evaluación se muestra calmo y controla la situación cuando se tocan temas no relacionados con el motivo de la intervención (por ejemplo, su situación laboral o su familia de origen).

Sin embargo, cuando intenta explicar las razones que motivaron la presente intervención se ponen de manifiesto los mecanismos defensivos que utiliza con el fin de ofrecer una buena imagen de sí mismo:

- Minimiza los comportamientos de Gorka
- Manifiesta que ha sido su mujer quien le ha consentido siempre
- responsabiliza a los demás por las dificultades (el Ayuntamiento, la Policía Municipal)
- Evita aportar detalles que comprometan la imagen que él quiere dar y
- Trata, a través de la racionalización, de justificar las situaciones de violencia que se han vivido en su familia: acusaciones que no llegaron a denuncias formales de violencia contra su mujer; sospechas de malos tratos hacia los hijos aunque más acentuado hacia Gorka; denuncias mutuas por agresiones entre Gorka y su madre; consumos de alcohol y drogas.

Cuando se le pregunta cómo son las relaciones en casa, dejando entrever que se están explorando episodios de violencia, responde: "Pues, normal, como en cualquier casa. Ahora, con todo esto que sale en el telediario, le intentan cargar todo a la violencia de género. Yo no soy violento. En mi casa sólo reaccionamos cuando nos buscan, cuando vemos una cosa injusta".

Cuando se le pregunta por posibles episodios de violencia física contra Gorka responde: "Si digo que le pegué, miento y si digo que no le pegué, miento". Se le pide que aclare qué quiso decir y manifiesta: "No recuerdo de manera especial

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

el haberle maltratado... Podría haber habido un cachetazo, tal vez una cosa del momento”.

Si se prosigue con la exploración admite su responsabilidad en algunos episodios aunque rápidamente agrega algún comentario donde aparece revalorizada su persona o minimizado el problema. Por ejemplo: “Si le he pegado a Gorka, en ningún momento tuve intenciones de dañarle.”

Lo mismo sucede en relación a su descontrol impulsivo y a algunos episodios de violencia doméstica: admite que, en situaciones muy puntuales -una temporada en que no le iba bien en su trabajo- hubo “discusiones violentas, agravios y empujones” pero que “nunca se llegó a lastimar a la otra persona”.

Niega el consumo excesivo de alcohol porque de ser cierto “tendría problemas con los compañeros, con los vecinos, en el trabajo... De ser alcohólico no podría estar un segundo sin una gota de alcohol.”

Cuando se le pregunta por las situación de la pareja insiste en lo desagradecida que es Gemma ya que él siempre le ayudó con los problemas de su familia (“desde que está conmigo, no trabajó nunca”; “yo afronté todos los gastos de la operación de su padre”).

En general se puede decir que no ha mantenido una actitud hostil en las entrevistas ni de oposición a la intervención sino que, adoptando el papel de la víctima, minimiza o no admite su implicación en lo que sucede en su familia.

Madre:

Gemma, si bien parece una persona de inteligencia normal, surgen dudas acerca de la existencia de alteraciones en su percepción de la realidad. La información que brinda en relación a temas generales es adecuada y coherente. Sin embargo, cuando se abordan las dificultades con Gorka, se expresa de manera confusa, desordenada, no se centra en lo que se le está preguntando y termina diciendo que tanto ella como su familia son víctimas del sistema y de las instituciones.

Se observan secuelas neurológicas que le impiden movilizarse en forma normal y parálisis facial. Manifiesta estar en tratamiento de rehabilitación.

Comenta que está en tratamiento con profesionales de Salud Mental, información que ha sido desmentida por los profesionales del centro que ella menciona. Estuvo en tratamiento allí hace algunos años.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

En todas las entrevistas no deja de expresar el fastidio que le produce asistir a las mismas, preguntando de manera reiterada cuánto tiempo más llevará todo este proceso porque tanto ella como su esposo tienen “responsabilidades que no podemos descuidar”. Ante estos reclamos, se le planteó la posibilidad de poner citas en otros horarios sin que ninguno de los propuestos le resultara conveniente. Gemma afirma que siempre ha sido una persona impulsiva, de “revolear cosas cuando me pongo nerviosa”; que “un día corrí a mi hijo con un cuchillo”; que “hago cosas y después me arrepiento”. Ella supone que esta impulsividad podría ser consecuencia de la muerte de su madre cuando ella era una adolescente (tenía 13 años) y de que con su padre “nunca tuve una buena relación”.

Cuando su madre falleció, ella y sus 3 hermanos menores quedaban al cuidado de la abuela materna con frecuentes idas y vueltas al domicilio paterno y al de una tía materna que vivía en el mismo pueblo. Explícitamente manifiesta no querer “entrar en detalles sobre esa etapa de mi vida porque no ha sido muy feliz que digamos”.

Se le nota abiertamente irritada cuando se intenta explorar los motivos de las dificultades sufridas durante esos años y se cierra por completo.

En relación a los comportamientos de Gorka se percibe marcada falta de conciencia ante la posibilidad de que constituyan un problema o que involucren situaciones de riesgo. Gemma minimiza las actividades predelictivas de su hijo, las cataloga como travesuras y le resta importancia al rendimiento académico (“igual no es un chaval que vaya a ir a la universidad; suficiente que consiga un trabajo”).

Para ella lo más grave es que, con ella, su hijo actúa cada día más parecido a Salvador. Le insulta, la desvaloriza y ella teme a la violencia que él pueda ejercer sobre ella aunque no le ha visto agredir a su hermana menor.

Cuando se explora el contexto en que ocurre el accidente cerebrovascular hace 2 años, manifiesta que coincidió con una etapa oscura de su vida, de la que prefiere no acordarse, en la que hubo excesos de todo tipo (deja entrever posibilidad de consumo de cocaína). Afirma haber tomado conciencia de la importancia de cuidar de su salud, que ella no está para disgustos y es por eso que está pensando en separarse de Salvador y dejar que Gorka vaya a vivir con su padre.

Comenta que la intervención de los SSAP ha sido de mínima utilidad y que, lamentablemente, ha fracasado porque no consiguió que Gorka mejorara en nada. No considera que ya pueda hacerse nada por él ni por reparar los vínculos familiares y que lo único que resta es que “cada uno siga su camino como pueda”.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

Cuando se le pregunta cómo imagina su separación, su vida y la de sus hijos en el futuro, adopta una actitud diferente, bastante forzada, exagerando las posibilidades de mejorar y de ser felices sin producir ningún cambio ni hacer ningún esfuerzo.

Hijo:

Información recogida de entrevistas con Gorka y de fuentes secundarias (centro escolar, educadores de tiempo libre, profesionales de programa de intervención): Es un chaval que se muestra desinhibido, conversador y colaborador en las entrevistas. Su cociente intelectual es normal, se expresa de manera lógica y coherente pero evidencia importantes mecanismos de negación de la realidad. Reiteradamente minimiza las experiencias vividas en la familia, incluso los últimos incidentes de denuncias y agresiones entre él y su madre. El modo que emplea para encubrir lo sucedido es de tal nivel de coherencia que podría engañar fácilmente a quien no estuviera al tanto de los hechos descritos en el expediente.

Esto podría indicar la identificación y el aprendizaje de un estilo de comunicación e intercambio donde la realidad se distorsiona cotidianamente para encubrir las trasgresiones, posiblemente originado en su grupo familiar. Además de la minimización de los episodios de violencia se detecta una falsa creencia - compartida por los adultos de su grupo familiar- de que cualquier persona ajena a la familia puede ser peligrosa y dañina.

Justifica y adhiere sin cuestionamientos a los métodos violentos para imponer normas en la convivencia familiar y para obtener lo que desea en otros ámbitos.

Los informes de fuentes secundarias dejan en evidencia importantes trastornos en la impulsividad acompañados de tendencias antisociales que se han puesto de manifiesto en la comisión de delitos menores y extorsiones.

Se observan dificultades para mantener relaciones estables basadas en vínculos de afecto y confianza. Sólo parece confiar en los miembros de su grupo familiar. Con sus pares establece relaciones superficiales, de ocultamiento o se rodea de otros jóvenes impulsivos con quienes comete las trasgresiones mencionadas.

Si bien es un adolescente de buen nivel intelectual, su rendimiento escolar ha sido malo debido a la baja tolerancia a la frustración, sus tendencias impulsivas y a la carencia de un modelo parental coherente que valore el aprendizaje y el esfuerzo personal para el logro de objetivos (que se manifiesta en el desinterés concreto de sus padres ante llamadas de atención y citas propuestas por el centro escolar).

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

Los/as técnicos/as que han intervenido consideran que estos trastornos son consecuencias directas de las pautas de crianza impuestas por la pareja parental. A pesar de la buena disposición de Gorka y de lo que expresa de manera espontánea, el pronóstico de recuperabilidad es reservado debido al estilo disfuncional del grupo familiar, sumado a la fuerte sospecha de que ha padecido malos tratos físicos y emocionales de manera crónica, que podrían haber tenido como consecuencias los trastornos de la impulsividad y de conducta que se han observado (que él niega o minimiza en las entrevistas).

Si bien tiene cierto grado de conciencia del daño que pudo haber sufrido, utiliza mecanismos mentales para encubrir este conocimiento. Es posible que la búsqueda de aceptación en el grupo de adolescentes mayores conflictivos se relacione con la búsqueda de un entorno equivocadamente protector que no encuentra en su familia.

Con frecuencia preguntó en las entrevistas si él era un chico normal, insistiendo en que “a mí nadie me dañó”. Sin embargo, en una ocasión manifestó: “Tengo miedo de mí mismo” (parecía referirse a la posibilidad de dañar a otros más que a sí mismo).

Cuando se exploraron sus expectativas con respecto a una intervención que incluyera la salida del hogar expresó: “Tengo esperanza de que alguien me ayude. Si alguien se interesa por mí, no siento que estoy tan solo.”

Hija:

Se solicitaron informes escolares y médicos (pediatra) que no ponen de manifiesto nada que llame la atención. No se observó a la niña de manera directa.

Conceptos guía de la intervención

- Garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas.
- Disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección presentes tanto en los padres, como en los/as niños/as y en la red de apoyo social (enfoque multimodal).
- Establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente sin limitarse simplemente a corregir o a contrarrestar la situación de

SIGUE >>

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

desprotección.

- Desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección además de ofrecer recursos para resolver las dificultades familiares.
- Enmarcar la intervención en las situaciones de desprotección infantil en un contexto de autoridad y control ejercidas por los Servicios de Protección Infantil (duplicidad de roles: apoyo personal y normativo).
- Abordaje multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de los múltiples problemas familiares
- Trabajo en red y en coordinación con los servicios comunitarios normalizados.

Preguntas a responder antes de evaluar los casos

1. *¿Se trata de una situación de desprotección infantil?*

Se puede afirmar que Gorka se encuentra en una situación de desprotección infantil de larga data, en la que han predominado los malos tratos físicos y emocionales. No fue valorada la situación de Elena, la hermana menor, aunque -dadas las características familiares- es probable que también esté sufriendo algún grado de desprotección.

2. *Si la respuesta es afirmativa, ¿el grado de riesgo es bajo, moderado o alto?*

La situación actual para Gorka es grave, por un lado, debido a los efectos que ya ha tenido en el desarrollo y en los comportamientos del joven y, por el otro, por el tiempo que ha persistido dicha situación sin que haya podido mejorarse con los recursos puestos en marcha por los SSAP.

3. *¿Es necesario tomar alguna medida de protección?*

Desde el punto de vista de asegurar el bienestar psicofísico del adolescente y de satisfacer sus necesidades básicas, en esta fase se recomienda la salida del hogar familiar como medida de protección. Lo deseable sería que fuera una medida temporaria hasta poder valorar la posibilidad de convivencia con adultos protectores de su familia (hace falta tiempo para que se puedan identificar otros familiares y evaluarles), así como para evaluar la evolución de su grupo familiar con los recursos ofrecidos. En el corto plazo, no se vislumbran características del padre o de la madre que indiquen buen pronóstico. Es aconsejable mantener el contacto y los vínculos familiares a través de visitas supervisadas tanto con sus padres como con su hermana. El material recogido y las observaciones realizadas en estos encuentros serán evaluados por el Programa de Intervención Familiar para decidir la conveniencia de incorporar sesiones familiares al Plan de Caso.

IMPORTANTE:

Estas tres preguntas deberán haber sido planteadas, exploradas y respondidas por los/as técnicos/as que intervienen antes que los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar.

Actuaciones de protección hacia los/as adolescentes

Antes de analizar los factores que es preciso identificar para plantear el Plan de Caso, un breve comentario acerca de las características particulares que reviste la protección de los/as adolescentes:

- El maltrato hacia los/as adolescentes y los factores de protección no son tan sencillos de identificar y son más difíciles de abordar que los de desprotección de niños/as más pequeños/as.
- El proceso de evolución de la situación de riesgo de los/as adolescentes suele ser difícil, emocionalmente exigente para los/as técnicos/as y puede necesitar cierto nivel de formación específico.
- La efectividad de los servicios de protección infantil con los/as adolescentes depende de la flexibilidad y de la capacidad de estos servicios de acercarse a los/as usuarios/as.
- En los/as usuarios/as adolescentes se combinan vulnerabilidad y necesidad de autonomía, lo que representa un desafío muy especial para los/as profesionales intervinientes que lo hacen desde un contexto de "autoridad" del sistema de protección.

Más allá de la complejidad que implican estas cuestiones, los/as técnicos/as deben tener presente:

- la necesidad de los/as adolescentes de sentirse seguros/as y protegidos/as de situaciones nocivas; y
- la necesidad evolutiva de marchar hacia la autonomía y de adquirir habilidades sociales y cognitivas de personas adultas.

Componentes a identificar al plantear el Plan de Caso

En base a toda la información recogida, tanto en las entrevistas con Gorka como

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

con los integrantes del grupo familiar y a través de los informes de las fuentes secundarias, se procederá a identificar:

1. Factores de riesgo.
2. Factores de protección.
3. Efectos de la situación de violencia crónica en los niños/as.

Para identificar los factores de riesgo y los de protección se utilizará el documento Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil (Arruabarrena y colaboradores, 1993).

Para establecer los efectos de la situación de violencia crónica en los/as niños/as se seguirán los contenidos del Capítulo 4.

1. Factores de riesgo:

- Situación de desprotección crónica, con historia de castigos, agresiones físicas y amenazas, además de falta de supervisión que ocurre, como mínimo, desde hace 4 años.
- Los incidentes ocurren a diario.
- Existencia de informes múltiples e intervenciones previas en relación a situaciones de desprotección de gravedad moderada y alta.
- El adolescente está en el hogar familiar que es donde ocurren los malos tratos sin la supervisión de otros adultos.
- Si bien por la edad que tiene estaría en condiciones de protegerse, ciertas agresiones que ocurrieron en el hogar (episodio en el que la madre le amenaza con un cuchillo, otras situaciones por las que Gorka pone una denuncia contra sus padres) revisten tal gravedad que hacen imposible y/o sumamente riesgoso el autocuidado.
- Por los efectos que la desprotección crónica ha tenido en su desarrollo, el joven tiene conductas violentas, disruptivas y desafiantes que podrían generar situaciones de descontrol impulsivo por parte de sus padres.
- Uso ocasional de drogas por parte de Gorka y existencia de informes de conductas transgresoras.
- Los problemas conductuales no han mejorado a pesar de la intervención y el seguimiento por parte de los SSAP en los últimos 2 años.
- Gorka presenta síntomas observables de trastorno emocional que afectan el cumplimiento de sus roles (ver Efectos en el niño/a)
- Si bien ninguno de los padres tiene diagnosticada una enfermedad/perturbación mental, cada uno de ellos se encuentra centrado en sus propias necesidades y problemas y no puede esperarse que se encarguen del cuidado de Gorka (habrá que evaluar qué sucede con Elena).

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- Por lo que se sabe, la familia carece en este momento de apoyos positivos quitando los que puedan ofrecer los SSAP.
- Después de 2 años de una intervención que tuvo entre sus objetivos mejorar las habilidades parentales y fomentar la aplicación de pautas educativas adecuadas, con los resultados visibles a la fecha de la derivación al SAIAF, habrá que concluir que los cuidadores carecen de las habilidades parentales y poseen conocimientos sobre crianza y desarrollo evolutivo pobres para ejercer adecuadamente un mínimo nivel de cuidado de Gorka sumado a que rechazan los intentos de modificar sus criterios. Ambos muestran serias dificultades para reconocer la importancia de la estimulación, el aprendizaje y el apoyo emocional para Gorka e implicarse activamente.
- Las normas familiares son escasas y se imponen de manera inconsistente y autoritaria.
- El castigo físico es una reacción bastante habitual ante las conductas inadecuadas de Gorka y es el método disciplinario que los padres utilizan como primer recurso, habiéndose producido en los últimos años una escalada de intensidad alarmante. Aunque manifiestan no haber tenido intención de dañar a Gorka, últimamente la escalada de violencia entre los padres y él está generando situaciones de alto riesgo para su integridad. Tienden a gritarle y a amenazarle sin redirigir su conducta o enseñarle. Ésta ha sido una pauta habitual de la crianza.
- Hay consumos de alcohol por parte del padre y marihuana por parte de ambos progenitores que si bien no interfieren en su capacidad de cuidar de los hijos, contribuyen a la situación de desorganización grave observada. Persiste la duda de si el accidente cerebrovascular sufrido por la madre tiene alguna relación con consumos (por ejemplo de cocaína).
- No se ha explorado en detalle pero hay historias de malos tratos y abandonos/pérdidas de relaciones significativas e inestabilidad familiar en ambos padres. La madre en particular rechaza hablar de su niñez y no se han podido recoger datos de otras fuentes.
- Los indicadores de afecto o aceptación hacia el joven son mínimos. Se podría decir que no hay un rechazo constante pero se suelen destacar los comportamientos inadecuados de Gorka, se lo califica como el problema de la familia y se le desaprueba y critica con frecuencia. La madre identifica a Gorka con su padre de quien se quiere separar y manifiesta la intención de que vaya a vivir con él.
- La pareja parental es conflictiva y actualmente está atravesando una posible separación. Ha habido episodios de violencia física y la agresión y descalificación verbal y emocional son constantes.
- El espacio de vivienda es pequeño, con lo cual se intensifican los contactos y las interacciones. Falta intimidad tanto para la pareja (sobre todo cuando hay discusiones) como para los hijos que comparten habitación siendo de

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

sexos y edades diferentes.

- El sistema de apoyo de la familia es prácticamente inexistente y la atención y los cuidados de los hijos dependen por completo de lo que puedan brindar Gemma y Salvador.
- Gemma ha aceptado los recursos de intervención de los SSAP pero no se ha implicado en producir cambios en el vínculo con su hijo. Por el contrario, las cosas han ido a peor. Salvador se ha implicado mínimamente. Ninguno de los dos ha mostrado hostilidad hacia los/as técnicos/as.

2. Factores de protección:

- Es un chaval mayor de 12 años que está en contacto con otros adultos (profesores, educadores) y puede ser visto por ellos/as
- Las condiciones de habitabilidad y aseo de la vivienda son aceptables. Hay rutinas de alimentación y hábitos que se cumplen.

3. Efectos en el niño/a

En el Capítulo 4 se señalaba que las situaciones traumáticas en la infancia y la adolescencia tienen efectos en los tres ejes fundantes de la personalidad que están en plena formación y desarrollo en esa fase de la vida. Estos ejes de estructuración básicos son:

- los conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo externo
- las relaciones con los estados anímicos internos y
- las habilidades para defenderse, para tolerar las frustraciones y para lograr el agrupamiento y socialización.

También se describían los efectos localizados -consecuencias de una situación traumática reciente y/o única- y los efectos evolutivos que indicaban cómo las experiencias traumáticas crónicas habían interferido el proceso evolutivo normal.

En el caso de Gorka, la situación de desprotección es crónica y lleva, al menos, 4 años de duración. Por lo tanto los indicadores conductuales observados mostrarán los efectos evolutivos de la misma y las consecuencias relacionadas con la acomodación y la adaptación a la situación de trauma crónico. Por la edad que tiene, también se puede inferir que algunas secuelas corresponden ya a la elaboración a largo plazo y a la acomodación y a la adaptación secundarias a las experiencias sufridas.

De lo recogido en las entrevistas y de la información proveniente de las fuentes secundarias se puede afirmar que Gorka presenta los siguientes efectos de traumatización crónica:

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- Distorsiones cognitivas que son las responsables de las tendencias a:
 - Sobreestimar la peligrosidad y/o la hostilidad del entorno.
 - A menospreciar las habilidades propias y a afectar negativamente la valoración de sí mismo (baja autoestima).
 - Experimentar sentimientos de indefensión y de peligro crónicos (marcada agresividad, hostilidad injustificada).
 - Considerar que merece el (mal)trato que se le dispensa.
 - Creer que es una persona inherentemente mala que necesita de ser castigada o agredida (comportamientos desafiantes o abiertamente agresivos que superan lo esperable para su edad).
 - Experimentar una sensibilidad y una reactividad exageradas ante situaciones que le intimidan (agresividad excesiva).
 - Ser vulnerable ante victimizaciones futuras dentro y fuera del grupo familiar (nuevas amistades con jóvenes mayores que él con quienes incurre en comportamientos trasgresores).
 - Ser proclive a aceptar y a soportar vínculos disfuncionales o abusivos (en el hogar y en su grupo de pares, tolera estas situaciones intentando ser él quien desempeñe el rol del agresor).
 - Predecir resultados negativos ante situaciones problemáticas o complejas sin intentar siquiera algún tipo de interacción para modificarla a su favor (ausencia de proyectos escolar, recreativo o laboral).
 - Evidenciar un aparente desinterés y fracaso evidente en el rendimiento escolar.
 - Desinteresarse por buscar ayuda -o rechazarla - para superar sus dificultades pues considera que nada de lo que hagan le será de utilidad (en este sentido, Gorka evidencia cierto grado de ambivalencia y parece, al menos parcialmente, dispuesto a aceptar ayuda, principalmente cuando dice al final de la entrevista: "Tengo esperanza de que alguien me ayude. Si alguien se interesa por mí, no siento que estoy tan solo.")
 - Controlar tanto al entorno como a sí mismo
 - Conducirse de manera individualista y autosuficiente (no parece sentir el efecto de la puesta de límites de, por ejemplo, los educadores que le impiden compartir actividades debido a sus comportamientos destructivos)
 - Aislarse y a evitar las relaciones de proximidad e intimidad (superficialidad en los contactos con pares y con adultos significativos).
- Alteraciones emocionales: hay algunos indicadores compatibles con depresión.
- Disociación:
 - Los recuerdos de los episodios de violencia se expresan de manera

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

desafectivizada y minimizada.

- La capacidad de empatía es baja y no registra la gravedad y/o el peligro que revisten para sí y para terceros sus comportamientos agresivos y destructivos.
- Trastornos en la percepción de sí mismo: dificultades en el establecimiento y en el respeto de límites:
 - Trasgresiones graves reiteradas.
 - Agresiones a terceros.
 - Partes policiales.
 - Incapacidad para comprender o para relacionarse con los demás teniendo en cuenta necesidades y deseos ajenos (baja capacidad de empatía; habilidades sociales limitadas).
- Trastornos en los contactos de intimidad con otras personas:
 - Desconfianza hacia los demás.
 - Rabia y/o temor hacia las figuras de autoridad y hacia las personas que ejercen poder.
 - Temor al abandono (habría que valorar cómo incide la posible separación conyugal y la asignación de la guarda y custodia de los hijos en este aspecto).
 - Problemas con las fuentes de apoyo social en lo que hace a aceptación y contención (escuela, grupo de pares, actividades de tiempo libre).
 - Asociación de relaciones interpersonales con agresión, conflictividad y manipulación (aprendizaje de que nada se da porque sí; él no ha conseguido afecto por ser como es sino a cambio de satisfacer necesidades de los adultos).
 - Conductas agresivas.
 - Temor, desconfianza y ambivalencia ante el contacto y la cercanía emocional.
 - Sensibilidad ante la posibilidad de abandono y sentimientos de soledad y aislamiento (“Si alguien se interesa por mí, no siento que estoy tan solo”).
 - Temor a no ser aceptado que le lleva a marginarse, buscando un grupo de pares de apariencia fuerte, que se impone, a la vez que consigue evitar los contactos afectivos.
- Conductas evitativas:
 - Consumo de porros.
 - Comportamientos impulsivos y/o de riesgo con el objetivo de reducir

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

la tensión, el malestar y la angustia que los mecanismos disociativos no consiguen controlar y conseguir.

RESUMEN:

Plantearse cuáles son los factores de riesgo, cuáles los factores de protección y cuáles han sido los efectos de la desprotección en los/as niños/as y adolescentes permite:

- Identificar el modo de funcionamiento del grupo familiar y los temas que necesitan ser abordados.
- Identificar la naturaleza y la magnitud de los problemas conductuales del niño/a o adolescente.
- Seleccionar los problemas conductuales que podrán abordarse mejor en una familia en particular.
- Enfocar la familia hacia los cambios positivos.
- Registrar los cambios a través del tiempo.
- Identificar a niños/as y adolescentes con comportamientos seudomaduros (seudoadaptación).
- Identificar problemas escolares .
- Identificar a las familias con mal pronóstico.
- Establecer objetivos terapéuticos seleccionando 5-6 objetivos con 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos).

Estrategia de intervención

En el Capítulo 5 se recomienda que, al momento de establecer la estrategia de intervención, conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir.
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán.
- El orden y la prioridad en que se abordarán .
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos.
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos.
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:
 - a) si se están consiguiendo los objetivos;
 - b) si hay que realizar cambios; y
 - c) si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.
- Contar con una estrategia de intervención lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

Además, entre otras características de la intervención, se señalan las siguientes:

- El foco de la intervención son los comportamientos abusivos y negligentes de los/as adultos/as, debiéndose ofrecer alternativas inmediatas para interrumpirlos.
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones.
- Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (satisfacción de necesidades básicas).
- Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar.
- Suele abordar problemas relativos a situaciones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contratransferenciales en los/as técnicos/as.

Objetivos generales y finales a conseguir:

- Garantizar la integridad psicofísica de Gorka y de su hermana Elena y la satisfacción de las necesidades básicas de ambos.
- Reparar los efectos de la situación de desprotección crónica de Gorka.
- Favorecer y resguardar el desarrollo adecuado del potencial de Gorka, fomentando vínculos sociales y familiares significativos.
- Dotarle de recursos para iniciar, en el futuro, una vida independiente.
- Ofrecer recursos a sus padres para resolver sus problemas personales (problemas mentales, de posible consumo, problemas de salud crónicos) y de pareja.
- Fomentar la vinculación positiva de los padres con sus hijos.

Seguramente llevará un tiempo prolongado alcanzar -si se logra- estos objetivos. Por lo tanto, en todos los casos conviene establecer objetivos menos ambiciosos para ir alcanzando en las diferentes etapas de este trabajo.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

Así, para una primera fase de la intervención, se proponen los siguientes:

- Garantizar la integridad psicofísica de Gorka y la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Aceptación de la medida de separación por parte de Gorka.
- Aceptación de la medida de separación por parte de los padres.
- Cumplimiento de las visitas supervisadas.
- Evaluar si Elena se encuentra en situación de desprotección.
- Explorar la disposición de Gorka para involucrarse con los recursos que contribuyan a reparar los efectos de la situación de desprotección crónica.
- Mejorar la autoestima y la capacidad de empatía de Gorka.
- Trabajar con los padres sus problemas de pareja.

Problemas individuales, familiares y/o sociales a abordar:

- **Gorka:** conductas transgresoras que le excluyen del grupo de pares.

Aprendizaje de habilidades que le permitan incluirse en grupo de pares no marginal.

Rendimiento académico.

Uso del tiempo libre.

- **Elena:** evaluación de su estado general en cuanto a desarrollo y satisfacción de necesidades básicas.

- **Gemma (madre):** toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos físicos y psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Gorka.

Situación de pareja actual.

Decisiones en relación al futuro.

- **Salvador (padre):** toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos físicos y psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Gorka.

Situación de pareja actual.

Decisiones en relación al futuro.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

Orden y prioridad en que se abordarán:

En los comienzos de la primera fase de la intervención es imprescindible abordar de manera simultánea:

- Medida de protección hacia Gorka y los acuerdos en cuanto a las características de los futuros contactos (visitas supervisadas).
- Consecuencias emocionales de dicha medida tanto en el adolescente como en sus padres.
- Afianzar en Gorka la participación activa en relación a la medida de protección teniendo como objetivo que la propuesta se genere de manera conjunta con los/as profesionales.
- Evaluación de la situación de hermana menor. Habrá que decidir si será evaluada por el Equipo de Evaluación y Coordinación de Caso o si se hará una evaluación en intervención. La decisión dependerá de la actitud de los padres con respecto a involucrarse en la intervención.

Una vez que se han abordado estos temas, se recomienda:

- Trabajo focalizado con Gorka para elaborar las consecuencias emocionales de la salida del hogar, los temas de autoestima y de empatía poniendo el acento en actividades normalizadas que fomenten la resiliencia y que se desarrollen en paralelo con la intervención enfocada en las consecuencias de la desprotección.

- Con los padres:

trabajar la toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos físicos y psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Gorka; y

ofrecimiento de orientación y recursos para facilitar el abordaje de violencia entre la pareja y la toma de decisiones en relación al futuro.

Recursos/programas/intervenciones a utilizar:

Recursos a utilizar con Gorka:

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- Centro de acogimiento residencial.
- Técnico de PIF (educador/a).
- Talleres/actividades normalizadas.
- Profesionales de punto de encuentro.

Recursos a utilizar con Elena:

- Profesionales Equipo de Evaluación o profesional de PIF que evalúe situación de desprotección y eventuales efectos.

Recursos a utilizar con los padres:

- Técnico/a de PIF (trabajador/a social o psicólogo/a).
- Programa de atención de violencia doméstica.
- Técnicos/as de SSAP.

Evaluación:

Se seguirá lo señalado en este mismo capítulo en el sentido de plantearse 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los objetivos terapéuticos seleccionados.

- **Garantizar la integridad psicofísica de Gorka y la satisfacción de sus necesidades básicas.**
 - **Estado actual:** adolescente en situación de desprotección grave conviviendo con los adultos responsables de los malos tratos.
 - **Resultados aceptables:** Gorka con medida de protección en acogimiento transitorio con intervención y visitas supervisadas.
 - **Resultados óptimos:** Gorka con medida de protección en acogimiento transitorio con visitas supervisadas e intervención para él y para los integrantes del grupo familiar.
- **Aceptación de la medida de separación por parte de Gorka.**
 - **Estado actual:** Gorka no se ha planteado la posibilidad de salir de su familia ni cambiar de domicilio.
 - **Resultados aceptables:** aceptación pasiva de medida de protección dispuesta por el SAIAF (aún bajo protesta).

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- **Resultados óptimos:** participación activa en la medida de protección, generando la propuesta de manera conjunta con los/as profesionales. Parece factible trabajar este resultado a partir de lo que se ha recogido en la entrevista individual: "Tengo esperanza de que alguien me ayude. Si alguien se interesa por mí, no siento que estoy tan solo."

• Aceptación de la medida de separación por parte de los padres.

- **Estado actual:** los padres no sólo no se han planteado la posibilidad de que Gorka salga de casa sino que tampoco consideran que tienen alguna responsabilidad en el origen de sus comportamientos ni en participar activamente en la reparación de los efectos que la desprotección crónica ha provocado.

- **Resultados aceptables:** aceptación pasiva de la medida de protección dispuesta por el SAIAF (aún bajo protesta y estando en desacuerdo). No participan de la intervención pero tampoco la boicotean.

- **Resultados óptimos:** participación activa en la medida de protección, generando la propuesta de manera conjunta con los profesionales.

• Cumplimiento de las visitas supervisadas.

- **Estado actual:** la familia no tiene conocimiento de la medida de protección ni del plan de visitas.

- **Resultados aceptables:** la familia asiste a las visitas con puntualidad aunque se retira antes de lo permitido. En muchas visitas los padres no encuentran la manera adecuada de comunicarse con Gorka.

- **Resultados óptimos:** la familia cumple adecuadamente con las pautas propuestas por los/as técnicos/as y se pueden comenzar a trabajar ciertos aspectos vinculares en base a los informes de punto de encuentro.

• Evaluación de situación de desprotección de Elena.

- **Estado actual:** no se ha informado a los padres de que se evaluará la situación de la niña

- **Resultados aceptables:** los padres no comprenden por qué se llevará a cabo la exploración pero la autorizan y traen a la niña a las citas según lo acordado.

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

- **Resultados óptimos:** los padres colaboran en la evaluación y tienen al menos un mínimo grado de conciencia de por qué los/as técnicos/as realizarán esta exploración.
- **Explorar la disposición de Gorka para involucrarse con los recursos que contribuyan a reparar los efectos de la situación de desprotección crónica.**
 - **Estado actual:** el adolescente presenta múltiples comportamientos que reflejan los efectos de la desprotección crónica por los que se le aísla y se le castiga tanto en el ámbito familiar como en el socioeducativo. Está buscando integrarse a un grupo de pares que le acepte, le valore y no le censure por sus conductas trasgresoras.
 - **Resultados aceptables:** acepta la intervención del educador (preferentemente de género masculino) para trabajar cuestiones muy específicas y no rechaza de plano la posibilidad de iniciar una psicoterapia.
 - **Resultados óptimos:** Gorka acepta la intervención de un educador y de un/a psicoterapeuta (no tiene importancia género). Trabaja con el educador de manera regular y comienza a acudir a las citas de psicoterapia.
- **Mejorar la autoestima y la capacidad de empatía de Gorka.**
 - **Estado actual:** muy baja autoestima que le lleva a refugiarse en un grupo de pares trasgresores, con problemas más graves que los suyos y a involucrarse en comportamientos delictivos. No tiene modelos ni registro de las necesidades y de los sentimientos de los demás. Prima la satisfacción de sus necesidades.
 - **Resultados aceptables:** Gorka tiene continuidad en el trabajo con el educador pero algunas veces (10% del total de las citas) llega tarde o se "confunde" sus horarios, con lo cual pierde esa sesión de trabajo. Ha mantenido 2-3 contactos con el grupo de jóvenes trasgresores al comienzo de la intervención. Adaptación aceptable en el centro de acogida. No empeora rendimiento académico. Se preocupa más y cumple con un 75% de sus responsabilidades escolares.
 - **Resultados óptimos:** establece un vínculo fuerte con el educador a quien pone a prueba constantemente. No intenta contactar al grupo de jóvenes trasgresores. Se muestra interesado en explorar qué sienten las otras personas frente a sus comportamientos. Buena

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

adaptación en el centro de acogida. Hace esfuerzos mínimos por mejorar el rendimiento académico.

- Trabajar con los padres sus problemas de pareja.
 - **Estado actual:** los padres están atravesando una etapa de conflicto grave que podría terminar en la separación. La madre se ha puesto en contacto con un abogado y ha solicitado asesoramiento de los SSAP. Ha habido episodios de violencia física y emocional entre Salvador y Gemma que podrían reiterarse y/o agravarse ante la posibilidad de terminar la convivencia. Actualmente Gemma no tiene empleo ni vivienda.
 - **Resultados aceptables:** uno de los integrantes de la pareja acepta la derivación a un programa que se ocupe de la violencia doméstica, comienza a asistir a las citas. Ninguno minimiza los episodios de violencia que ya han ocurrido y se ponen un plazo de 30-45 días para tomar una decisión. Uno de los padres comienza a buscar en firme un sitio donde vivir aunque sea de manera transitoria. No se llevan bien pero no hay hostigamiento ni escalada de violencia entre ellos.
 - **Resultados óptimos:** ambos aceptan la derivación a un programa que se ocupe de la violencia doméstica y comienzan a asistir a las citas, cumpliendo con las indicaciones iniciales de los/as técnicos/as de dicho programa quienes confirman esta información por escrito. Uno de los padres ha conseguido un sitio para vivir durante una temporada y se está mudando.

Consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse los objetivos propuestos.

Una vez logrados los objetivos de la primera fase, se plantearán otros nuevos (con los que también se plantearán resultados óptimos y resultados aceptables), teniendo siempre presente que lo prioritario será la reparación de los efectos de la situación de desprotección en los hijos.

El planteamiento de la reunificación familiar no ocurrirá antes de los 6 meses y se concretará -aunque sea de manera parcial- únicamente en caso de que se acredite la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección.

No se procederá a la reunificación por el sólo hecho del tiempo transcurrido. Para proceder en ese sentido, es crucial tener presente el grado de compromiso

8. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO FÍSICO

y la buena evolución de los padres -no necesariamente de ambos si se produjera la separación conyugal- ante la intervención.

Consecuencias que podrán ocurrir en caso de NO alcanzarse los objetivos propuestos.

En ese caso se tendrá en cuenta cuáles fueron los objetivos no alcanzados y si es posible ofrecer recursos diferentes para alcanzarlos.

Nuevamente la guía que orientará la intervención será la de reparar los efectos de la desprotección en los hijos y, en el caso de Gorka, dotarle de recursos para comenzar una vida independiente en el mediano plazo, si fuera necesario; mientras se brinda la protección adecuada a Elena.

Plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación:

Entre 60-90 días.

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1993): Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil - Proyecto SASI -Dirección General de Protección Jurídica al Menor - Ministerio de Asuntos Sociales.

Friedrich, W. (2001): Psychological assessment of sexually abused children and their families. Sage. EEUU.

Garbarino, J. y Garbarino, A. (1982): Maltreatment of Adolescents. National Committee for Prevention of Child Abuse. EEUU.

Risk Assessment: A Review of the Literature for Protective Services Practitioners (1990). Protective Services for Children and Young People Health and Community Services - Australia.



9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

“... con frecuencia se cree que las consecuencias del maltrato emocional no son tan graves como las de las otras tipologías del maltrato. A pesar de que el maltrato emocional no deja signos físicos, es una forma de maltrato que tiene efectos devastadores sobre el funcionamiento y el desarrollo infantil en sus variados aspectos.”

Byron Egeland: “Taking stock: Childhood emocional maltreatment and developmental psychopathology”

EJEMPLO 4

Elena C.R.: Los SSAP derivan a la familia C.R. con la que han tomado contacto en diferentes momentos en los últimos 10 años y con la que han intervenido directamente en los últimos 3 debido al comportamiento de su hijo mayor Gorka. Después de realizada la evaluación y el Plan de Caso en el que se determina que el joven está en una situación de desprotección grave por sufrir malos tratos físicos y emocionales de manera crónica, se recomendó que Gorka saliera de casa y que se evaluara la situación en que se encontraba la niña (ver Capítulo 8).

La familia está compuesta por:

Padre: Salvador, 39 años, trabajador autónomo en el gremio de la construcción, tiene ingresos estables que cubren adecuadamente las necesidades de la familia. En estos últimos meses ha estado preocupado por la disminución de los mismos.

SIGUE >>

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

Madre: Gemma, 36 años, en la actualidad ama de casa. Hace 2 años sufre problemas neurológicos que están en etapa de rehabilitación a consecuencia de haber sufrido un accidente cerebrovascular.

Hijos: Gorka, 16 años, estudiante. Es por quien los SSAP solicitan la intervención del SAIAF. Hace 2 semanas que está en acogimiento temporal.

Elena, 4 años, escolarizada

La familia vive en un piso de su propiedad. Cuenta con 2 habitaciones (los hermanos compartían habitación), sala, cocina y baño con distribución aceptable y condiciones de higiene adecuadas.

Motivo de consulta: Derivación por Equipo de Evaluación y Coordinación de Caso del SAIAF.

Antecedentes familiares: Hace 10 años, la madre se presenta a los SSAP para informarse de cómo tiene que hacer para iniciar los trámites de separación. La pareja se había casado seis años antes y su primer hijo -Gorka- nació al año de casados.

Cuatro años más tarde, la madre se plantea de nuevo la separación a raíz de un conflicto de pareja en el que manifiesta la existencia de malos tratos físicos y problemas conyugales. La pareja no sólo no se separa sino que, hace 4 años, nace Elena, la hija menor. En este período la madre sufre dos abortos. A partir del nacimiento de la niña, Gemma recibe tratamiento en Salud Mental debido a una depresión postparto. Toma medicación pero la deja voluntariamente 24 meses después.

Aproximadamente en esa fecha, Gemma sufre un accidente cerebrovascular que le ha dejado secuelas neurológicas y solicita el reconocimiento de minusvalía física, el cual le reconocen en un 67%.

Al momento de esa solicitud, los SSAP toman contacto con Gorka por la sospecha de la existencia de problemas de convivencia y relación dentro del entorno familiar (malos tratos físicos y psicológicos de los padres hacia sus hijos).

A los pocos meses, el padre comienza tratamiento en Salud Mental por depresión. Se le indica medicación, que abandona unos meses después. Se sospecha posible consumo de alcohol por parte de Salvador y de cocaína por ambos padres hasta entonces. En la actualidad, persiste la sospecha de consumo continuado de alcohol por Salvador y de "porros" por parte de los padres y de Gorka.

SIGUE >>

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

En la época en que la madre hace la solicitud de reconocimiento de minusvalía física, los SSAP acuerdan con los padres la intervención con Gorka para, por un lado, apoyarle a través de una educadora y trabajar hábitos escolares, relaciones con sus padres y responsabilidades y, por el otro, orientar a la madre en la aplicación de pautas educativas adecuadas. Todo ello en coordinación con el centro escolar. La intervención se extiende desde entonces hasta este año sin que se hayan producido grandes cambios. Ha habido episodios graves de violencia aún con la intervención: en dos ocasiones la madre amenaza al hijo con un cuchillo; el hijo interpone una denuncia a los padres por malos tratos que se archiva unos meses después; la Policía Municipal acude varias veces al domicilio a pedido de la madre que llama diciendo que Gorka le está agarrando del cuello y golpeándole. La última vez, Gemma pone una denuncia contra Gorka.

La madre ignora cuán enterada está Elena de estos episodios aunque estaba en el domicilio familiar cuando ocurrieron. Afirma que es una niña “muy distraída”, que se encierra en su mundo y en sus juegos y parece no enterarse de nada, que “a veces, de tan callada que es, ya parece una chica tonta”, que es “medio rarilla y ya habrá que espabilarla”. La niña nunca preguntó ni comentó nada sobre estos incidentes.

Tampoco ha notado que haya tenido dificultades para dormir o temores cuando se produjeron estos episodios aunque, desde hace aproximadamente un año, ha vuelto a orinarse en la cama unas 2 ó 3 veces por semana. Cabe aclarar que esto no sucede todas la semanas. Elena había logrado el control de esfínteres a los 22 meses.

Promediando el primer año de la intervención de los SSAP, los profesionales del Centro de Salud Mental al cual acuden los padres proponen la conveniencia de orientarles hacia una terapia de pareja que no llega a realizarse.

Recientemente, cuando se le informa a la madre de la derivación a los SAIAF, una vez más manifiesta su intención de iniciar la separación y de que está decidida a consultar con una abogada. La intención de la madre es quedarse con la niña y que Gorka se vaya con su padre. El padre dice no estar de acuerdo con la separación y que, de ocurrir, va a pedir la custodia de los dos hijos.

En las entrevistas con los padres se recoge que las discusiones por el “reparto” de los hijos son diarias, a los gritos y en presencia de Gorka (cuando aún estaba en el domicilio) y de Elena.

En este momento, en el domicilio viven Gemma, Salvador y Elena, a la espera de que Gemma presente los papeles de la separación. Gorka está en un centro de

SIGUE >>

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

acogida al que ingresó voluntariamente y se prevé que pase como mínimo 6 meses fuera, aunque este período puede ser más prolongado.

Elena le echa mucho de menos según informan desde el colegio. Los padres afirman que no ha preguntado nada, que lo ha tomado con mucha naturalidad y que, como la niña no ha hecho preguntas, no le han ofrecido ninguna explicación acerca de por qué Gorka no está en casa. No han percibido cambios en Elena. Si se les insiste, reconocen que está más “cariñosa”, siempre pegada con ellos y con pocos deseos de salir a la calle o de ir a la escuela.

Entrevistas e información acerca de la familia:

Padre:

Salvador es un hombre de inteligencia normal que no presenta alteraciones en la percepción de la realidad y se expresa de manera coherente. Es el mayor de 5 hermanos criados en medio rural por su propia familia en la que había alcoholismo por parte del padre y violencia en la pareja. Las prácticas educativas que describe son compatibles con malos tratos físicos y emocionales.

Manifiesta estar en tratamiento con profesionales de Salud Mental. Facilita los días en que tiene cita aunque se sabe que no suele cumplirlas.

En las entrevistas con el equipo de evaluación se muestra calmo y controla la situación cuando se tocan temas no relacionados con el motivo de la intervención (por ejemplo, su situación laboral o su familia de origen).

Ya fue entrevistado para la evaluación del hijo mayor. Esta vez parece más preocupado ante la posibilidad de que Elena también salga de casa. Así y todo, se le ve controlado y en repetidas ocasiones manifiesta estar dispuesto a hacerse cargo de los cuidados de Elena en caso de que la pareja se separe.

Afirma que su hija no tiene ningún problema, que es una niña muy diferente a Gorka: muy dulce, muy sumisa y tranquila, “prácticamente como que no hubiera una niña en casa”. No consigue centrarse en informar detalles específicos de la crianza y la vida de Elena pues siempre termina comparándola con o hablando exclusivamente del hijo adolescente.

Brinda escasa información sobre Elena, no porque no desee colaborar sino porque

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

parece no estar al corriente de los detalles de la vida de su hija. Para justificar su desconocimiento y mantener la buena imagen de sí mismo como hacía en las entrevistas anteriores, manifiesta que, en “esa casa, gracias a mí, no falta nada. Trabajo como un burro todo el día. No puedo estar al corriente de lo que sucede con la niña. Cuando llego a casa la veo bien, jugando con sus cositas. Ni se la escucha. Está muy bien educada.”

Cuando se le pregunta cómo reacciona Elena frente a las discusiones de la pareja y a las broncas y peleas con Gorka parece sorprenderse y dice: “¡Pero, no, que ella no participa! A ella le mantenemos fuera de esos problemas. Nunca se le ha tocado un pelo a esta chavala.” El “mantenerle fuera” significa que no se la toman con ella. Sin embargo, la niña ha estado siempre presente en estas situaciones aunque resulta creíble que no haya recibido malos tratos físicos, más que nada debido a su docilidad.

De la información que se ha recogido en la intervención con Gorka surge que Gemma involucra a la niña en las serias dificultades de la pareja: le machaca a diario - a veces, durante horas- hablándole mal del padre diciéndole, por ejemplo, que un día Salvador va a terminar matando a Gemma o que va a matar a todos en la casa, que él pasa de sus hijos, que sólo se importa él. En varias ocasiones, simuló que preparaba las maletas para que ella y Elena se fueran de casa. Gorka comentó que, cuando él estaba en el piso y veía que su madre empezaba con estas historias, él se iba para la calle. Lamentaba no poder llevar a su hermana aunque, a veces, con la excusa de hacer una compra, lo hacía, situación que solía exacerbar los malos modos de Gemma.

En la entrevista, Salvador dice ignorar si lo que su hijo ha manifestado es verdadero pues no sucedía en su presencia.

En la evaluación de Gorka se detectó descontrol impulsivo por parte de Salvador hacia Gorka y hacia Gemma. Él reconoció algunos episodios de violencia doméstica en situaciones muy puntuales -una temporada en que no le iba bien en su trabajo- hubo “discusiones violentas, agravios y empujones” pero que “nunca se llegó a lastimar a la otra persona”.

Actualmente tampoco le va demasiado bien en el trabajo y, además, está pendiente la posibilidad de separación de la pareja. Acepta que todo ello le tiene un poco alterado y que las discusiones -“de palabra”, aclara- con Gemma han ido a más, que él intenta ni aparecerse por el domicilio para evitarlas.

Nuevamente niega el consumo excesivo de alcohol con el mismo argumento que usó en la evaluación de su hijo: de ser cierto “tendría problemas con los compañeros,

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

con los vecinos, en el trabajo... De ser alcohólico no podría estar un segundo sin una gota de alcohol.”

En general su actitud en las entrevistas es de colaboración, algo que el profesional que realizó las entrevistas no esperaba dada la salida de Gorka del domicilio familiar hace unos pocos días. Podría ser un indicador de una mínima conciencia de problema en relación a los hijos.

Madre:

Gemma, se presenta a las entrevistas mejor arreglada que para las anteriores. Comenta que ese día tiene una entrevista por un posible trabajo. Como en la evaluación de Gorka, se le nota muy verborrágica y cuesta centrarle para que responda lo que se le está preguntando. Aunque no lo expresa abiertamente se le ve ansiosa, con mayores dificultades motoras en relación a las secuelas neurológicas y con mayor rigidez de la parálisis facial.

Continúa con su actitud hostil hacia los/as profesionales y considera que la evaluación de la situación de Elena es un indicador más de que ella y su niña - excluye a Gorka y a su marido- son víctimas del sistema y de las instituciones que tienen previsto separarles y, quién sabe, tal vez dar a su niña en adopción a cambio de dinero.

Cuando se le evaluó por Gorka manifestó estar en tratamiento con profesionales de Salud Mental, información que ha sido desmentida por los profesionales del centro que ella menciona. Estuvo en tratamiento allí hace algunos años.

En las dos entrevistas que se llevaron a cabo siguió expresando fastidio por tener que asistir pero no faltó ni llegó tarde a ninguna cita.

Con respecto a Elena, comenta que no es una niña que de problemas; que es muy tranquila, que “le basta con tener sus juguetitos a mano” y que “sabe arreglarse sola”. Desde su punto de vista, no es una niña muy despierta. Reconoce que hubo situaciones que ella como madre no podía controlar pero que ha resuelto en los últimos 4-5 meses. Elena suele hacer berrinches por tonterías y llora sin parar. La solución que la madre ha encontrado para que no alborote a los vecinos es llevarle al baño y dejarla encerrada hasta que para de llorar. La madre cree que es un método adecuado para que Elena se calme porque, habitualmente, “no pasan más de 20 minutos y ya está jugando solita otra vez. No es para nada rencorosa.”

No es una niña que reclame atención. Según Gemma puede deberse a que se da cuenta cuánto sufrimiento pasa su madre en su relación de pareja y con Gorka, que

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

Gemma habla mucho de estas cosas con Elena “para que vea cómo son las cosas en la casa y cómo se comporta cada uno, para que valore lo que se hace por ella y quién lo hace”.

Se observa una actitud despectiva y resentida cuando dice que “Salvador pasa de sus hijos; de Elena no se ha preocupado nunca.” Destaca que últimamente en las discusiones de la pareja, Salvador se lo pasa diciendo que él se va a quedar con la niña, “que me la va a quitar.”

Considera que es apropiado comentar estas cosas con Elena porque “ya tiene edad de entender y tiene que espabilar lo antes posible”. Además, “es la única que me escucha en esa casa.”

Cuando se le pregunta por la reacción de Elena ante las peleas y discusiones, manifiesta que reacciona normalmente: “se va a su habitación o se queda en el salón pero le sube el volumen a la tele si no le dejamos oír.” Comenta no haber notado ningún comportamiento que le llame la atención.

Dice que Elena sacó el carácter de una hermana suya a la que casi no afectó la muerte de su madre cuando Gemma tenía 13 años y su hermana, 7. Gracias a ese carácter fue quien mejor lo pasó en los años en que los 4 hermanos (Gemma es la mayor) quedaban al cuidado de la abuela materna y cuando iban y venían al domicilio paterno y al de una tía materna del mismo pueblo.

Si bien no muestra interés en recordar esta etapa, relata que su hermana “se lo pasaba jugando sola, lo más tranquila” y que parecía que nada le afectaba. En la adolescencia siguió así, introvertida, y desde hace unos 8 años no sabe más de ella. Cree que está viviendo en otra comunidad autónoma e ignora si ha formado una familia o si tiene un trabajo.

Se muestra muy en desacuerdo con esta evaluación porque considera que Elena no presenta ningún problema, que es una niña tranquila e insiste en que sus únicos problemas en este momento pasan por lograr la separación; que hasta Gorka ha dejado de preocuparle. No considera que ya pueda hacerse nada por él ni por reparar los vínculos familiares y que lo único que resta es que “cada uno siga su camino como pueda”.

Sugiere que el Equipo de Evaluación se ponga en contacto con los SSAP y contraste si hay alguna queja en relación a la niña.

Cuando se le pregunta qué pasos ha realizado para separarse, responde que antes que ocuparse de lleno de ese tema, quiere encontrar un empleo porque, de lo

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

contrario, son “todos castillos en el aire”. Suele andar por las tiendas del barrio viendo si hay pedidos de empleo y una vez cada 15 días compra el periódico de los domingos para ver los anuncios. Ya ha tenido dos entrevistas en las que cree que le ha ido bien pero que aún no le han llamado, que supone que de un momento a otro le llamarán pues “han quedado encantados” con ella. Si bien no se trata de empleos que requieran alta calificación, se considera que Gemma tiene expectativas desmedidas y no percibe adecuadamente sus dificultades.

En relación a sus expectativas en caso de separarse, se detecta una descripción muy idealizada de su futuro, donde todo le sale bien sin que exista la posibilidad de tener contratiempos. Cuando se le plantea si ha considerado otras alternativas de vivienda o de ingresos -aunque sea de manera temporal- para poder separarse por si no se concretara en forma inmediata lo que ella espera, manifiesta que ella “es optimista, no pierde el tiempo en pensar en esas cosas”.

En la evaluación de Gorka se había explorado el contexto en que había ocurrido el accidente cerebrovascular hace 2 años y Gemma había manifestado que coincidió con una etapa oscura de su vida, de la que prefiere no acordarse, en la que hubo excesos de todo tipo (deja entrever posibilidad de consumo de cocaína). Afirma haber tomado conciencia de la importancia de cuidar de su salud, que ella no está para disgustos.

Esta vez se explora la posibilidad de consumos actuales y reconoce que a veces fuma alguna “cosita” pero muy de vez en cuando. Es fumadora de tabaco (unos 15- 20 cigarrillos al día).

Hija:

Información recogida de entrevistas con Elena y fuentes secundarias (centro escolar y pediatra):

Se solicitaron informes escolares y médicos (pediatra) que no ponen de manifiesto nada que llame la atención. Sin embargo, en entrevistas con el personal de la escuela surgió que tenía cierta preocupación por Elena debido a su introversión y al poco interés que manifestaba para interactuar con otros/as niños/as. Comentaron que no lo habían informado porque estaban trabajando estos temas desde la escuela y confiaban en que se producirían cambios rápidamente.

Por lo demás, Elena era una niña muy obediente y tranquila, “casi ni se le escucha ni alborota en clase”. También reconocen que suele pasar desapercibida y que, si tuvieran que comentar sus gustos y aficiones, les resultaría muy difícil.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

A la escuela la llevaban indistintamente la madre, el padre (con menor frecuencia) o Gorka y que su estado de higiene y vestimenta fue siempre adecuado.

Se llevaron a cabo dos entrevistas para la observación directa de Elena en el despacho del Equipo de Evaluación. Se le ofreció material de juego acorde a su nivel evolutivo, folios y fibras. Elena no se mostró particularmente interesada en ellos, los miraba desde su silla pero no intentó utilizarlos a pesar de que se le indicó que podía hacerlo. Se mantuvo sentada en su silla, sin establecer contacto visual con la entrevistadora. Sólo la miraba cuando creía que no se le estaba prestando atención.

Se mostró colaboradora y muy interesada en interactuar con la técnico, respondiendo a lo que se le preguntaba pero no tomó la iniciativa en ningún momento. Se expresa adecuadamente y utiliza un vocabulario más propio de una persona adulta que de una niña de 4 años.

Durante las entrevistas se observó que reiteradamente procedía a rascarse con ensañamiento los antebrazos y el dorso de las manos donde se veían pequeñas lesiones, posiblemente por rascado, en diferentes etapas de cicatrización. Cuando se le preguntó cómo se había hecho esas lastimaduras, manifestó que a ella “se le da por rascarse, que tiene picor”. Frente a la entrevistadora llegó a lastimarse y a hacerse sangrar. No se veía irritación ni enrojecimiento que pudieran provocar el escozor.

Elena es una niña lúcida, con buena orientación témporo-espacial y nivel de inteligencia acorde al período evolutivo. Se muestra desenvuelta, aunque muy formal y establece un vínculo de confianza con la entrevistadora en pocos minutos. Cuando se le pregunta si sabe por qué ha venido, responde que por las peleas entre sus padres, que porque su madre se quiere separar y que con estas citas se decidirá con quién va a ir ella. Se procede a esclarecer esta situación, enmarcando la evaluación en un contexto de ayudarle en caso de que se detecte que ella tiene problemas, que los adultos ya tendrán un ámbito propio para decidir qué es lo que harán y que, de ninguna manera, esta exploración tiene el objetivo de determinar si vivirá con su padre o con su madre.

Elena escucha lo que se le dice con atención pero no parece muy convencida. Posteriormente, a lo largo de la evaluación, se interesa de manera tangencial sobre cómo “ayudan acá a los niños” y “cómo les puedes ayudar tú (se refiere a la técnico)”.

Cuando se le preguntó con quién vivía, lo primero que respondió fue: “en casa, con nadie, sola”. Cuando se exploró qué quiso decir, Elena explicó que Gorka ya

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

no estaba más en casa, que ella ha quedado sola. Únicamente ante la insistencia de la técnico es que describe de manera adecuada a los integrantes de la familia. Comenta que la casa tiene dos habitaciones y que ella dormía con su hermano en la misma habitación, que ahora su cama está vacía y que no hay que hacerla más. Hace este comentario con cierta tristeza.

Se indaga si ella ha ido a las visitas con Gorka y dice que desde que él se fue no le ha vuelto a ver, que no sabe si “va a venir de visita” (interpreta mal la pregunta).

Cuando se le pregunta qué le gusta hacer en casa, comenta que lo que más le gusta es mirar la tele y que jugar, juega “poquito porque mis juguetes están un poco rotos” y hace bastante que no se compran nuevos porque “como pronto nos vamos a ir de casa” es mejor no tener demasiadas cosas para cargar. Comenta que tiene un muñeco bebé que es su favorito, al que cuida mucho.

Cuando se le pregunta qué quiso decir con eso de que “pronto nos vamos a ir de casa”, Elena interroga a la técnico: “¿Cómo, tú no sabes que mi madre y mi padre se van a separar?” Explica que es porque “los dos chillan mucho”, tanto que, a veces a ella le hacen doler la cabeza y no le dejan escuchar la tele, que un poco le asustaban “antes, cuando era pequeña” pero que ya no.

Al explorar qué cosas se dicen los padres, manifiesta que no se pueden repetir, que son cosas muy feas. Describe -de a ratos hasta con dramatizaciones- fragmentos de peleas entre los padres (algunos movimientos sugieren agresiones físicas) y la actitud de Gorka ante éstas. También dramatiza cómo los padres recriminan al adolescente que se interponga. Llama la atención los comentarios que Elena atribuye a la madre, cuando le dice a Gorka: “Cállate que tú eres como tu padre.” Durante la escenificación espontánea del conflicto parental, Elena observa con seriedad la actitud de la técnico y, a continuación, como si cambiara de tema, pregunta: “¿Es verdad que ayudáis a los niños acá? ¿Dónde están los niños a los que ayudáis? ¿Viven acá?”

Se explora los temas que le preocupan y responde que echa de menos a Gorka, que si los padres se separan ella quiere marcharse con él. Respecto a si necesita ayuda, manifiesta que no, que su madre no quiere que converse con los técnicos del SAIAF y sugiere que le preguntemos a Gemma si Elena necesita ayuda pues ella no lo sabe. Manifiesta que, tal vez, se le pueda ayudar en el “cole”, que le gusta mucho pero que no tiene amigas.

IMPORTANTE:

Mucha de la información de utilidad para la toma de decisiones y para el planteamiento de objetivos de trabajo por parte del Programa de Intervención Familiar, se obtuvo de la observación directa de la niña. De ahí que en **TODOS** los casos en los que se sospecha desprotección es **IMPRESCINDIBLE** proceder a la **observación directa** de los/as niños/as posiblemente victimizadas/as, aún de los/as muy pequeños/as.

Hijo:

Información sobre Gorka (ver Capítulo 8)

Conceptos guía de la intervención

- Garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas.
- Disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección presentes tanto en los padres, como en los/as niños/as y en la red de apoyo social (enfoque multimodal).
- Establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente sin limitarse simplemente a corregir o a contrarrestar la situación de desprotección.
- Desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección además de ofrecer recursos para resolver las dificultades familiares.
- Enmarcar la intervención en las situaciones de desprotección infantil en un contexto de autoridad y control ejercidas por los Servicios de Protección Infantil (duplicidad de roles: apoyo personal y normativo).
- Abordaje multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de los múltiples problemas familiares.
- Trabajo en red y en coordinación con los servicios comunitarios normalizados.

Preguntas a responder antes de evaluar los casos

1. *¿Se trata de una situación de desprotección infantil?*

Se puede afirmar que Elena se encuentra en una situación de desprotección infantil cónica en la que predominan los malos tratos emocionales.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

2. Si la respuesta es afirmativa, ¿el grado de riesgo es bajo, moderado o alto?

La situación actual para la niña es grave ya que viene ocurriendo desde mucho tiempo atrás, caracteriza los vínculos tanto con su madre como con su padre y, por el comienzo temprano, es la modalidad de maltrato emocional que suele provocar consecuencias más graves y duraderas.

3. ¿Es necesario tomar alguna medida de protección?

En este momento todavía es posible trabajar para que sus necesidades básicas sean reconocidas y satisfechas y que se encuentre protegida sin interrumpir la convivencia con sus padres. Sin embargo, la evaluación de los cambios y el logro -o no -de los objetivos propuestos deberá hacerse en un plazo muy corto (máximo 2 meses). De cualquier manera, en el corto plazo, no se vislumbran características del padre o de la madre que indiquen buen pronóstico (ver Características de las familias con mal pronóstico).

IMPORTANTE:

Estas tres preguntas deberán haber sido planteadas, exploradas y respondidas por los/as técnicos/as que intervienen antes que los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar.

Características de los malos tratos emocionales

Antes de analizar los factores para plantear el Plan de Caso, se hará un breve comentario acerca de las características particulares que reviste la detección y la intervención ante situaciones de malos tratos emocionales:

- El maltrato emocional implica la ausencia de una relación vincular evolutivamente adecuada, capaz de brindar apoyo así como la ausencia de una figura de apego primario que le permita al niño/a desarrollar habilidades emocionales y sociales estables y complejas en las que se ponga de manifiesto el potencial propio de ese niño/a dentro del contexto social en el que vive.
- Comprende interacciones que tienen alta probabilidad de causar daños a la salud del niño/a (o a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social) debido a que son evolutivamente inadecuadas, insuficientes o incoherentes respecto de la persona menor.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Dichas interacciones no requieren del contacto físico entre el adulto/a significativo/a y el niño/a. Abarca actos tanto de acción como de omisión, por lo cual la denominación completa sería maltrato y negligencia emocional.
- A diferencia de otras formas de maltrato, como por ejemplo el abuso sexual, esta tipología de maltrato ocurre a la vista de los demás.
- Es una de las formas de maltrato infantil más difíciles de diagnosticar, ya que los indicadores que presenta el niño/a no se diferencian de las manifestaciones que acompañan a diversos trastornos psicológicos-conductuales.
- Si bien el maltrato y la negligencia emocional afectan todas las facetas del funcionamiento del niño/a, lo hacen de un modo tan impreciso y difuso que no facilita el diagnóstico.
- Por lo general, se detecta cuando se asocia a otros cuadros severos de maltrato. Aún confirmada la sospecha, las intervenciones de los/as profesionales y/o del sistema de protección infantil se hacen con más titubeos.
- La gravedad de sus consecuencias es mayor cuando el maltrato emocional ha comenzado en las etapas tempranas de la vida del niño/a.
- Las consecuencias del maltrato y de la negligencia emocional sin tratamiento persisten en la adultez.
- No es necesario que exista la motivación del adulto/a significativo/a de dañar al niño/a. Éste/a puede no darse cuenta de las consecuencias que tiene su estilo de interacción. El maltrato y la negligencia emocional se definen por las consecuencias que provocan en el niño/a.
- La responsabilidad de garantizar una relación padre/madre-hijo/a con características de buen trato y sin negligencia corresponde a los padres.

¿Por qué ocurren el maltrato y la negligencia emocional?

- Debido a la falta de disponibilidad emocional o falta de respuestas emocionales (negligencia emocional) por parte de los/as adultos/as significativos/as.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Debido a que los/as adultos/as significativos/as atribuyen características negativas o distorsionan las características del niño/a.
- Debido a interacciones inadecuadas o incoherentes con el niño/a.
- Debido al fracaso de los/as adultos/as significativos/as en reconocer o en aceptar la individualidad del niño/a y en respetar sus límites psicológicos.
- Debido a que los/as adultos/as significativos/as fracasan en alentar la adaptación social del niño/a.

Componentes a identificar al plantear el Plan de Caso

En base a toda la información recogida, tanto en las entrevistas con Elena como con los integrantes del grupo familiar y a través de los informes de las fuentes secundarias, se procederá a identificar:

1. Factores de riesgo.
2. Factores de protección.
3. Efectos de la situación de violencia crónica en los niños/as.

Para identificar los factores de riesgo y los de protección se utilizará el documento Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil (Arruabarrena y colaboradores, 1993).

Para establecer los efectos de la situación de violencia crónica en los/as niños/as se seguirán los contenidos del Capítulo 4.

1. Factores de riesgo:

- Los incidentes confirmados en los que Elena es víctima de esta forma de maltrato forman parte de un patrón crónico de acciones y omisiones por parte de ambos progenitores.
- Los incidentes ocurren a diario y los padres no tienen conciencia de que están interactuando de manera perjudicial con Elena. Además, los conflictos conyugales y la amenaza de separación sumada a la salida del hijo mayor del domicilio familiar, han exacerbado esta dinámica de vínculo entre ambos adultos y la niña.
- La existencia de informes múltiples e intervenciones previas en relación a situaciones de desprotección de gravedad moderada y alta de su hermano mayor.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Elena convive con los adultos agresores en el hogar familiar sin que exista supervisión por parte de otros adultos.
- La edad -4 años- constituye un factor de riesgo aún cuando la niña acude a la escuela de manera regular.
- Por la edad que tiene, Elena es incapaz de cuidarse o protegerse sin la ayuda/supervisión constante de adultos/as.
- Si bien no tiene conductas violentas, peligrosas o disruptivas, la sumisión y la aparente docilidad observadas podrían corresponderse con los efectos de una situación de desprotección grave y crónica. Por lo demás, las veces en que Elena expresa sus necesidades y/o sentimientos suele terminar encerrada en el baño, llorando hasta que se le pasa “el berrinche” (interpretación de la madre).
- Elena presenta síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional que afectan de manera negativa al cumplimiento de sus roles normales, situación que probablemente se deteriorará si no existe tratamiento. (ver Efectos en el niño/a) Por otra parte, no se han detectado inconvenientes en el aprendizaje ni en el rendimiento escolar debido a la corta edad de la niña. Sin embargo, frente a las dificultades emocionales que se observan, es muy probable que, sin tratamiento, estas dificultades académicas se pongan de manifiesto.
- Si bien ninguno de los padres tiene diagnosticada una enfermedad/perturbación mental, cada uno de ellos se encuentra centrado en sus propias necesidades y problemas y no pueden reconocer y satisfacer las necesidades emocionales y de estimulación de Elena. En ambos padres se observa inmadurez psico-socio-emocional, en Gemma marcada rigidez y una actitud paranoide que interfieren con la capacidad de relacionarse con los demás, teniendo en cuenta las necesidades y deseos ajenos (capacidad de empatizar con los demás).
- Por lo que se sabe, la familia carece en este momento de apoyos positivos quitando los que puedan ofrecer los SSAP.
- Ambos progenitores poseen conocimientos muy pobres acerca de las conductas apropiadas para la edad de Elena. Son frecuentes las muestras de expectativas irreales y que realicen demandas que la niña no puede alcanzar (por ejemplo: ser la “confidente” de la madre, quien escucha sus problemas). También tienen serias dificultades para reconocer la importancia de la estimulación y el apoyo emocional para Elena y de implicarse activamente en ello. Con frecuencia parecen indiferentes en relación al desarrollo y al crecimiento emocional de su hija. Elena informa no poseer materiales apropiados para su edad en el hogar.
- Hay ausencia crónica de actividades familiares y los padres -fundamentalmente Gemma- esperan que la niña cubra las necesidades parentales.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Los padres no parecen permeables a modificar los criterios de interacción con Elena de manera espontánea, sin una intervención. Aún cuando ésta se produzca, las expectativas de cambio son bastante limitadas debido a los escasos efectos que han tenido intervenciones anteriores motivadas por los comportamientos de Gorka.
- Si bien no se emplea el castigo físico con frecuencia para educar a Elena, el encerrarle en el baño a solas cuando está llorando y dejar que se calme sola, es un método disciplinario con efectos dañinos sobre cualquier niño/a. Ambos padres realizan comentarios negativos acerca de Elena.
- Hay consumos de alcohol por parte del padre y de marihuana por parte de ambos progenitores que si bien no interfieren en su capacidad de cuidar de los hijos, contribuye a la situación de desorganización grave observada en la dinámica familiar. Persiste la duda de si el accidente cerebrovascular sufrido por la madre tiene alguna relación con consumos (por ejemplo de cocaína).
- No se ha explorado en detalle pero hay historias de malos tratos y abandonos/pérdidas de relaciones significativas e inestabilidad familiar en ambos padres. La madre en particular rechaza hablar de su niñez y no se han podido recoger datos de otras fuentes.
- Los indicadores de afecto o de aceptación son mínimos. Se podría decir que la aceptación depende de la sumisión de Elena y de que se mantenga la modalidad vincular que plantea Gemma (hija "confidente"). El padre la valora cuando se transforma en parte del "botín" que puede llegar a quitarle a su esposa. Ambos instrumentalizan a la hija de manera diferente en los conflictos de la pareja.
- La pareja parental es conflictiva y actualmente está atravesando una posible separación. Ha habido episodios de violencia física y la agresión y descalificación verbal y emocional son constantes. Elena ha presenciado estos episodios desde siempre y nadie pone cuidado en que ella no escuche o en explicarle qué está sucediendo. También presenció los episodios de violencia hacia Gorka.
- El espacio de la vivienda familiar es pequeño, con lo cual se intensifican los contactos y las interacciones. Falta intimidad tanto para la pareja (sobre todo cuando hay discusiones) como para los hijos que compartían habitación siendo de sexos y edades diferentes.
- El sistema de apoyo de la familia es prácticamente inexistente y la atención y los cuidados de los hijos dependen por completo de lo que puedan brindar Gemma y Salvador.
- Ambos padres han aceptado los recursos de intervención de los servicios especializados después de la evaluación de Gorka. Sin embargo, están cumpliendo a medias las pocas indicaciones que se les ha realizado (por ejemplo: explicar a Elena qué sucedió con Gorka, dónde está y llevarle

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

a las visitas supervisadas). Hay que destacar que ninguno de los dos ha mostrado hostilidad hacia los/as técnicos/as.

2. Factores de protección

- El comportamiento de Elena es sumiso y dócil y no irrita a sus padres. Sólo le atribuyen de manera distorsionada que características de “rarilla” y consideran que necesita “espabilar”.
- Las condiciones de habitabilidad y aseo de la vivienda son aceptables. Hay rutinas de alimentación y hábitos que se cumplen.

3. Efectos en el niño/a

En el Capítulo 4 se describieron los efectos localizados ante episodios traumáticos -consecuencias de una situación traumática reciente y/o única- y los efectos evolutivos que representan las huellas de cómo las experiencias traumáticas crónicas han interferido el proceso evolutivo normal.

Se señalaba, también, que las situaciones traumáticas en la infancia y la adolescencia tienen efectos en los tres ejes fundantes de la personalidad que están en plena formación y desarrollo en esa fase de la vida. Estos ejes de estructuración básicos son:

- Los conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo externo
- Las relaciones con los estados anímicos internos y
- Las habilidades para defenderse, para tolerar las frustraciones y para lograr el agrupamiento y socialización.

En el caso de Elena, la situación de desprotección es crónica y lleva años de duración pero la niña es muy pequeña aún como para que los indicadores conductuales reflejen exclusivamente los efectos evolutivos y las consecuencias relacionadas con la acomodación y la adaptación a la situación de trauma crónico.

Además, debido a la escalada en el conflicto parental durante las últimas semanas y a la salida de Gorka del hogar, algunos de los indicadores que se observan están asociados a efectos localizados de sufrimiento.

A través de la información recogida en las entrevistas y de las fuentes secundarias se llega a la conclusión de que Elena presenta los siguientes indicadores de efectos localizados:

- Temores.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Comportamientos evitativos.
- Enuresis que no se soluciona desde hace un año posiblemente debido a estar presenciando episodios reiterados de agresiones verbales y de violencia.
- Estado permanente de alerta bajo una fachada de desinterés o desconexión ante lo que sucede en la familia.

La persistencia de estos indicadores señalan que, por un lado, se ha producido la reiteración y/o exposición a nueva(s) experiencia(s) traumática(s) a la vez que reflejan la falta de respuestas adecuadas por parte del entorno familiar.

En lo que se refiere a la traumatización crónica, la niña presenta los siguientes indicadores:

- Trastornos en la capacidad de apego: los padres han descrito comportamientos compatibles con apego evitativo que ellos interpretan de manera errónea como docilidad, “pasar de lo que está sucediendo en la casa”, “jugar solita tranquila”. Tal vez los “berrinches” por los que se le deja llorar sola encerrada en el baño se correspondan con situaciones en donde Elena procura el contacto con sus padres y no obtiene una respuesta satisfactoria;
- Trastornos en la autoestima (introversión, dificultad y fracaso en la relación con sus pares);
- El fracaso en la adquisición de habilidades para vincularse con pares;
- Autoagresión (las lesiones de rascado).
- Modalidades disfuncionales para tolerar altos niveles de ansiedad: aparente “desconexión” del entorno aún en medio de las discusiones y peleas; retraimiento; excesiva sumisión al aceptar el rol de “confidente” de la madre y escuchar las recriminaciones y las quejas constantes de Gemma en las que denigra al padre y a su hermano; enuresis.
- Pseudomadurez, pseudoadaptación.
- Distorsiones cognitivas son las responsables de las tendencias a:
 - sobreestimar la peligrosidad y/o la hostilidad del entorno (sumisión y docilidad extremas para no desatar la violencia de los adultos)
 - a menospreciar las habilidades propias afectando negativamente la valoración de sí misma (baja autoestima, introversión)
 - sentimientos de indefensión y de peligro crónicos (sumisión y

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- docilidad extremas)
- considerar que merece el (mal)trato que se le dispensa (normalización de la dinámica vincular y de interacción con sus padres)
- predicción de resultados negativos ante situaciones problemáticas o complejas sin intentar siquiera interacciones para modificarla a su favor (introversión en la escuela y falta de intentos por interactuar con sus pares; aislamiento).

- Alteraciones emocionales: hay algunos indicadores de angustia y de tristeza sin llegar a la depresión.

- Trastornos en los contactos de intimidad con otras personas:
 - desconfianza hacia los demás (parece más bien una transmisión de los temores de Gemma antes que un sentimiento auténtico de Elena)
 - sensibilidad ante la posibilidad de abandono y sentimientos de soledad y aislamiento (la respuesta que da cuando se le pregunta con quién vive: “Con nadie, sola” o la imposibilidad de tener juguetes nuevos “porque pronto nos vamos a ir de casa”).

- Conductas evitativas:
 - aislamiento
 - desconexión ante situaciones conflictivas (continúa mirando la tele o jugando como si no hubiera pasado nada después del encierro en el baño sola cuando necesitaría la presencia de los padres).

RESUMEN:

La posibilidad de plantearse cuáles son los factores de riesgo, cuáles los factores de protección y cuáles han sido los efectos de la desprotección en los/as niños/as y adolescentes permite:

- Identificar el modo de funcionamiento del grupo familiar y los temas que necesitan ser abordados.
- Identificar la naturaleza y la magnitud de los problemas conductuales del niño/a o adolescente.
- Seleccionar los problemas conductuales que podrán abordarse mejor en una familia en particular.
- Enfocar la familia hacia los cambios positivos.
- Registrar los cambios a través del tiempo.

SIGUE >>

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Identificar a niños/as y adolescentes con comportamientos seudomaduros (seudoadaptación).
- Identificar problemas escolares.
- Identificar a las familias con mal pronóstico.
- Establecer objetivos terapéuticos seleccionando 5-6 objetivos con 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos).

Estrategia de intervención

En el Capítulo 5 se recomienda que al establecer la estrategia de intervención conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir.
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán.
- El orden y la prioridad en que se abordarán.
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos.
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos.
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos.
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:
 - a) si se están consiguiendo los objetivos;
 - b) si hay que realizar cambios; y
 - c) si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.
- Contar con una estrategia de intervención lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

Además, entre otras características de la intervención, se señalan las siguientes:

- El foco de la intervención son los comportamientos abusivos y negligentes de los/as adultos/as, debiéndose ofrecer alternativas inmediatas para interrumpirlos.
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones.
- Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (satisfacción de necesidades básicas).

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar.
- Suele abordar problemas relativos a situaciones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contrartransferenciales en los/as técnicos/as.

Objetivos generales y finales a conseguir:

- Impedir los comportamientos emocionalmente abusivos hacia Elena por parte de los padres.
- Garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales de Elena.
- Reparar los efectos de la situación de desprotección crónica en la niña.
- Favorecer y resguardar el desarrollo adecuado de Elena fomentando vínculos sociales y familiares significativos.
- Ofrecer recursos a sus padres para resolver sus problemas personales (problemas mentales, de posible consumo, problemas de salud crónicos) y de pareja.
- Fomentar la vinculación positiva de los padres con sus hijos.

Al igual que en la estrategia de intervención con su hermano (ver Capítulo 8) llevará un tiempo prolongado alcanzar algunos -si no la mayoría- de estos objetivos. Por lo tanto, se establecerán objetivos menos ambiciosos para ir alcanzando en las diferentes etapas del trabajo con Elena y su familia.

Así, para una primera fase de la intervención, se proponen los siguientes objetivos:

- Impedir los comportamientos emocionalmente abusivos hacia Elena.
- Garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales de la niña.
- Fomentar el establecimiento de vínculos con pares y reforzar su autoestima.
- Preservación del vínculo con Gorka mediante el cumplimiento de las visitas supervisadas.
- Trabajar con los padres sus problemas de pareja.

Problemas individuales, familiares y/o sociales a abordar:

- **Elena:** introversión y aislamiento
realizar actividades propias de su edad y desengancharle de aquellas que son inadecuadas.
propuesta de actividades y aprendizaje de habilidades que le permitan
Incluirse en su grupo de iguales.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

Fomentar comportamientos propios de una niña de 4 años.

- **Gemma (madre):** toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Elena.
Situación actual de la pareja.
Decisiones en relación al futuro.
- **Salvador (padre):** toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Elena.
Situación actual de la pareja.
Decisiones en relación al futuro.

Orden y prioridad en que se abordarán:

En los comienzos de la primera fase de la intervención es imprescindible abordar de manera simultánea:

- La incorporación de Elena a actividades extraescolares normalizadas que le faciliten pasar más horas fuera de su casa en contacto con otros/as niños/as y con adultos/as que le brinden atención adecuada.
- Estimulación especializada para que Elena pueda:
 - Realizar actividades propias de una niña de 4 años y comportarse de manera acorde;
 - Desarrollar habilidades de socialización que le permitan superar su introversión y su aislamiento y
 - Abandonar los comportamientos seudomaduros y sobreadaptados.
- Trabajo específico con ambos padres, pero fundamentalmente con la madre, para que cuenten con habilidades y estrategias adecuadas para interactuar con Elena cuando ésta se comporte de manera acorde a una niña de 4 años.
- Preservación del vínculo con Gorka y explicación de la intervención de los servicios especializados con ambos hermanos.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

Una vez que se han abordado estos temas, en coincidencia con la estrategia de intervención planteada para Gorka, se recomienda:

- Trabajar con los padres:

La toma de conciencia de disfunción familiar (patrones de educación inadecuados en los padres: falta de autocontrol, modelos de comunicación inapropiados, malos tratos físicos y psicológicos) y de su influencia en los comportamientos de Elena; y

Ofrecimiento de orientación y recursos para facilitar abordaje de violencia en la pareja y la toma de decisiones en relación al futuro.

Recursos/programas/intervenciones a utilizar:

Recursos a utilizar con Elena:

- Ludotecas y/o talleres del ayuntamiento .
- Técnico de PIF (educador/a familiar).
- Profesionales de punto de encuentro.

Recursos a utilizar con los padres:

- Técnico/a de PIF (trabajador/a social o psicólogo/a).
- Programa de atención de violencia doméstica.
- Técnicos/as de SSAP.

Evaluación:

Se seguirá lo señalado en este mismo capítulo en el sentido de plantearse 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los 5-6 objetivos terapéuticos seleccionados.

- Impedir los comportamientos emocionalmente abusivos hacia Elena.
 - **Estado actual:** niña menor de 5 años que, exceptuando el tiempo que pasa en la escuela, está al cuidado exclusivo de adultos/as que desconocen sus necesidades y están centrados/as en sus problemas personales y de pareja, sometiéndola a un maltrato emocional constante.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

- **Resultados aceptables:** dos (2) veces a la semana acude a la ludoteca y/o realiza actividades extraescolares con niñas/os de su edad y una (1) vez a la semana acude al domicilio familiar el educador/a familiar del PIF con quien realiza actividades acordes a su edad y en las que alguno de sus padres participa activamente.
 - **Resultados óptimos:** tres (3) veces a la semana acude a la ludoteca y/o realiza actividades extraescolares con niñas/os de su edad y dos (2) veces a la semana acude al domicilio familiar el educador/a familiar del PIF con quien realiza actividades acordes a su edad. Al menos una vez por semana uno de los padres participa activamente en las actividades que se llevan a cabo en el domicilio.
- **Garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales de la niña.**
 - **Estado actual:** Elena convive con unos padres que anteponen sus propios problemas y necesidades a las necesidades emocionales de la niña. Así, se convierte en testigo de la violencia entre los miembros de la pareja; en “confidente” y testigo de los reclamos y de las quejas de su madre hacia su padre, sin que ninguno de los adultos convivientes preste atención y/o se preocupe de responder de manera adecuada a sus necesidades infantiles.
 - **Resultados aceptables:** uno de los padres acepta participar activamente en el trabajo con el educador/a familiar con el fin de adquirir y mejorar sus habilidades parentales en relación a Elena. El progenitor participante en la intervención pone en marcha un dispositivo de cuidado para evitar que Elena presencie o participe en las discusiones de la pareja.
 - **Resultados óptimos:** ambos padres aceptan participar activamente en el trabajo con el educador/a familiar con el fin de adquirir y mejorar sus habilidades parentales en relación a Elena. Además, la pareja parental acuerda y pone en marcha un dispositivo de cuidado para evitar que Elena presencie o participe en sus discusiones.
 - **Fomentar el establecimiento de vínculos con pares y reforzar su autoestima.**
 - **Estado actual:** Elena es una niña retraída que presenta dificultades observables para interactuar con sus pares. Sus padres, además, consideran que su hija es “rarilla”, “tonta” y no es lo suficientemente “espabilada” y se comportan con ella en consecuencia.
 - **Resultados aceptables:** Elena participa en las actividades escolares y ha conseguido hacerse de un grupo de 2-3 amigos/as de su edad

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

con quienes interactúa a gusto, siendo aceptada por el grupo. Uno de los padres acepta participar activamente en el trabajo con el educador/a familiar con el fin de adquirir y mejorar sus habilidades parentales en relación a Elena.

- **Resultados óptimos:** Elena participa regularmente en actividades escolares y extraescolares, ha conseguido hacerse de un grupo de 3-4 amigos/as de su edad con quienes interactúa a gusto, siendo aceptada por el grupo. Los padres aceptan participar activamente en el trabajo con el educador/a familiar con el fin de adquirir y mejorar sus habilidades parentales en relación a Elena.

- **Preservación del vínculo con Gorka mediante el cumplimiento de las visitas supervisadas.**
 - **Estado actual:** Elena no ha visitado a su hermano en el tiempo que él ha estado viviendo fuera del hogar y nadie le ha explicado claramente los motivos por los cuáles él no está en casa.
 - **Resultados aceptables:** explicación por parte de los/as profesionales del PIF de las razones por las que Gorka ha salido de casa y descripción del recurso en el que se encuentra. Visitas quincenales con el padre o con la madre en el punto de encuentro.
 - **Resultados óptimos:** explicación por parte de los padres (preferentemente) o de los/as profesionales del PIF de las razones por las que Gorka ha salido de casa y descripción del recurso en el que se encuentra. Visitas semanales junto con sus padres al punto de encuentro. Posibilidad de abordar el tema de la ausencia de Gorka en su grupo familiar.

- **Trabajar con los padres sus problemas de pareja.**
 - **Estado actual:** los padres están atravesando una etapa de conflicto grave que podría terminar en la separación. La madre se ha puesto en contacto con un abogado y ha solicitado asesoramiento de SSAP. Ha habido episodios de violencia física y emocional entre Salvador y Gemma que podrían reiterarse y/o agravarse ante la posibilidad de terminar la convivencia. Actualmente Gemma no tiene empleo ni vivienda.
 - **Resultados aceptables:** uno de los integrantes de la pareja acepta la derivación a un programa que se ocupe de la violencia doméstica, comienza a asistir a las citas. Ninguno minimiza los episodios de violencia que ya han ocurrido y se ponen un plazo de 30-45 días para tomar una decisión. Uno de los padres comienza a buscar en firme

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

un sitio donde vivir aunque sea de manera transitoria. No se llevan bien pero no hay hostigamiento ni escalada de violencia entre ellos.

- **Resultados óptimos:** ambos aceptan la derivación a un programa que se ocupe de la violencia doméstica y comienzan a asistir a las citas, cumpliendo con las indicaciones iniciales de los/as técnicos/as de dicho programa quienes confirman esta información por escrito. Uno de los padres ha conseguido un sitio para vivir durante una temporada y se está mudando.

Consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse los objetivos propuestos.

Una vez logrados los objetivos de la primera fase, se plantearán otros nuevos (con los que también se plantearán resultados óptimos y resultados aceptables), teniendo siempre presente que lo prioritario será la reparación de los efectos de la situación de desprotección en la niña sea a través del trabajo directo con Elena como a través de la intervención con ambos padres de manera conjunta o separada. Es conveniente tener presente la necesidad de incluir a Gorka, el hermano mayor, en las intervenciones con el fin de preservar el vínculo entre los niños.

Consecuencias que podrán ocurrir en caso de NO alcanzarse los objetivos propuestos.

En ese caso se tendrá en cuenta cuáles fueron los objetivos no alcanzados y si es posible intensificar y/o modificar la oferta de recursos para alcanzarlos.

Si la pareja parental -de manera conjunta o por separado- no protege a Elena y evita que ésta presencie y/o participe de los episodios de violencia verbal y/o física entre ellos, habrá que evaluar la necesidad de tomar una medida protectora desde la administración. Dicha medida -la separación temporaria del hogar- se extenderá hasta que el hogar familiar se transforme en un sitio donde el bienestar psicofísico de la niña esté preservado.

Plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación:

Máximo 60 días.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1993): Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil - Proyecto SASI -Dirección General de Protección Jurídica al Menor - Ministerio de Asuntos Sociales.

Egeland, B. (2009): Taking stock: Childhood emocional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 33, págs. 22-26.

Friedrich, W. (2001): Psychological assessment of sexually abused children and their familias. Sage. EEUU.

Glaser, D. (2002): Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework- *Child Abuse & Neglect*, 26, 6/7, págs. 697-714.

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): Cuaderno de capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Familias del Nuevo Siglo- Buenos Aires.

Risk Assessment: A Review of the Literature for Protective Services Practitioners (1990). Protective Services for Children and Young People Health and Community Services - Australia.

9. INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO EMOCIONAL



10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

“Las estadísticas nacionales [de EEUU] recientes indican que la negligencia no sólo es la tipología de maltrato que se notifica con mayor frecuencia a los servicios de protección infantil, sino la que se confirma con mayor frecuencia y la que se asocia más estrechamente con el acogimiento de niños/as. (...) Además, la derivación de casos de negligencia no ha dejado de aumentar en las últimas décadas.”

Diana J. English y cols.: “Toward a definition of neglect in young children”

EJEMPLO 5

Teresa N.L.: Los SSAP derivan este caso de una niña de 10 años por petición del pediatra del Centro de Salud debido a la preocupación del médico ante la falta de continuidad de la familia N.L. con los estudios y la valoración del estado de salud de Teresa quien, desde hace unos 2 meses aproximadamente, sufre un estado de cansancio permanente asociado a desmayos reiterados. Hasta la fecha se le ha diagnosticado arritmia cardíaca, cuya severidad no ha sido determinada y está pendiente de estudios que la familia no ha realizado aún.

La familia está compuesta por:

Madre: Elizabeth, 44 años, satisface necesidades básicas del grupo familiar trabajando de forma independiente. Desde hace 6 meses padece un trastorno depresivo que ha repercutido desfavorablemente en su actividad laboral. Dicha

SIGUE >>

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

situación mantiene a este grupo familiar en situación socio-económica inestable. Hijos: Paula, 23 años, cajera de supermercado, vive en forma independiente desde hace 4 años.

Ricardo, 3 años.

Padre: Vicente, 45 años, empleado en hostelería, no vive en la misma ciudad que Elizabeth y sus hijos. La pareja se encuentra separada desde hace aproximadamente un año. Han tenido anteriores etapas de vivir separados y se han reconciliado. Lo habitual es que en estas fases de separación, Vicente se desentienda de los niños y ni siquiera les visite.

Teresa, su madre y su hermano residen en una vivienda propia en buenas condiciones, pequeña (2 habitaciones; una compartida por los niños) desde hace unos 8 años.

Motivo de derivación al SAIAF: Además de la situación que preocupa al pediatra, existe otra anterior -también en relación a la salud de Teresa- que lleva ocurriendo ya varios años. Debido a un problema neurológico de mediana gravedad, la niña debe tomar una medicación específica a diario sin que la administración de estos fármacos sea interrumpida ya que podría provocar la reaparición y/o la exacerbación de los síntomas. Dicha enfermedad fue diagnosticada a los 5 años y tiene una evolución muy favorable con la medicación. Sin embargo, el suministro cotidiano de la misma ha sido muy difícil en todos estos años. Tanto que, a pedido del médico tratante, intervinieron los SSAP y se solicitó a la directora y a la tutora de cada curso de la escuela que se ocuparan de que Teresa recibiera la dosis diaria. Las dificultades se plantean en el período de vacaciones, en el que la familia debe ocuparse de los medicamentos y prácticamente no lo hace.

Antecedentes familiares: La familia es conocida de los SSAP desde hace aproximadamente 4 años. Fue contactada a pedido de médico neurólogo que atendía a Teresa debido a las dificultades para administrarle la medicación indicada. Durante el primer año de tratamiento, ante la discontinuidad en el mismo, se produjeron episodios de recaída y exacerbación de los síntomas.

Para esa época Paula, la hija mayor, se fue de casa a vivir con unas compañeras en un piso de alquiler compartido. La pareja parental, además, se encontraba separada, habiéndose reconciliado unos meses después. Cuando se reconciliaron, Elizabeth quedó embarazada de Ricardo.

Coincidiendo con la separación de aproximadamente un año, Elizabeth presentó un cuadro depresivo por el que recibió tratamiento psiquiátrico en Salud Mental y

SIGUE >>

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

atención psicológica con psicóloga propuesta por los SSAP. La madre recibía ayudas para solventar la psicoterapia.

La propuesta de intervención de los SSAP en ese momento consistió en asegurar que Teresa recibiera la medicación en la escuela, encargándole la tarea a la tutora de cada curso y en proponer el tratamiento psiquiátrico y psicológico para la madre enfocado en el cuadro depresivo posiblemente reactivo a la separación de la pareja.

Se esperaba que Elizabeth tuviera una evolución favorable y pudiera encargarse de la atención de su hija en pocos meses.

Sin embargo, y a pesar de la reconciliación con Vicente, la atención de Teresa siguió siendo deficiente y comenzaron a llegar informes de la escuela manifestando que la niña llegaba habitualmente tarde a clases, que concurría con ropas inapropiadas para la estación y que no se habían observado cambios a pesar de haberlo conversado con la madre.

En ese momento se atribuyeron las dificultades al nacimiento de Ricardo y a posibles síntomas de depresión post parto que le impedían a la madre ocuparse de la niña.

Durante casi un año, los SSAP enviaron a una asistente al domicilio de la familia dos veces por semana para colaborar en la limpieza y en la organización de la vivienda y a un educador familiar para trabajar con Elizabeth las habilidades de cuidado hacia la niña. Los resultados no fueron del todo satisfactorios ya que mejoró lo de las llegadas tarde a clase y lo de la ropa inadecuada pero persistió la dificultad de suministrar la medicación.

Elizabeth interrumpió el tratamiento psicológico aproximadamente un año después de haberlo iniciado. Manifestó que le hacía bien pero que ya se sentía bastante mejor y prefería utilizar la parte de los honorarios que ella pagaba para los gastos de los niños.

Desde la intervención de los SSAP, Teresa se ha convertido en una niña tímida, introvertida, con algunas dificultades en el aprendizaje que podrían provocar que no aprobara el actual curso escolar.

Es en este contexto que se observaron los episodios de salud que motivan la presente intervención. Hace unos 3 meses, Teresa perdió el conocimiento en clase sin que, aparentemente, hubiera ninguna causa que provocara dicha descompensación. Se llamó a urgencias y se avisó a la madre que no concurrió de inmediato sino que

SIGUE >>

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

comentó que lo mismo ya le había ocurrido otras veces, que Teresa se recuperaría sola y que la pasaría a retirar por la escuela aproximadamente una hora más tarde, apenas terminara la cita que se encontraba realizando.

Efectivamente, Teresa se recuperó antes de que llegara el médico sin que se observaran secuelas del episodio. En la revisión física el médico detectó una arritmia cardíaca aunque no pudo determinar si era la causa o una consecuencia del desmayo. Aconsejó reposo inmediato y controles al día siguiente en el centro de salud. Frente a esta indicación, la tutora decidió, con el consentimiento de Teresa, ponerse en contacto con la hermana mayor, Paula, quien accedió a salir de su trabajo antes de hora y retiró a la niña de la escuela.

Paula confirmó a la tutora que no era la primera vez que le sucedía esto, que ella tenía conocimiento de que habían ocurrido al menos 3 episodios más y que su madre no había llevado a la niña al pediatra para determinar las causas de los desmayos ni su gravedad, que desde hacía bastante tiempo Teresa se quejaba de sentirse muy cansada y sin fuerzas. Sin ningún tipo de fundamento, la madre atribuía el cansancio y las pérdidas de conocimiento a la medicación. La hermana mayor comentó que ella estaba muy preocupada ante la falta de un diagnóstico y que haría todo lo posible para que llevaran a Teresa al médico.

A la trabajadora social del SSAP le comentó que su madre, si bien es muy trabajadora, siempre ha tenido dificultades para ocuparse de la salud de sus hijos, que cuando ella era pequeña eran su abuela o su tía quienes se ocupaban. Aunque se intentó recoger más información, Paula se mostró reacia a suministrar más información y sólo agregó que toda su vida su madre estuvo más pendiente de sus asuntos con Vicente que de los de sus hijos, que ella decidió marcharse de casa porque no estaba de acuerdo con cómo se llevaban las cosas en su familia.

Diez días después del episodio en la escuela, Teresa no había ido aún a la consulta y ante un llamado telefónico desde los SSAP, su madre se justificó diciendo que ella tenía cita desde hace algún tiempo en el ambulatorio por síntomas compatibles con un prolapso uterino⁴ cuya solución posiblemente fuera quirúrgica. Manifestó que cuando terminara con sus consultas y sus analíticas, se ocuparía de Teresa ya que no podía con todo.

SIGUE >>

4. Caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica dentro de la vagina. Es más común en las mujeres que han tenido uno o más partos vaginales. El envejecimiento normal y la falta de estrógenos después de la menopausia pueden causarlo. El tratamiento no es necesario, a menos que los síntomas sean molestos. La cirugía se debe postergar hasta que los síntomas sean peores que los riesgos de someterse al procedimiento. (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001508.htm)

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Por otra parte solicitó que los SSAP dejaran de “acosarle” porque esta situación le ha generado problemas familiares de importancia. Unos días atrás tuvo una discusión muy fuerte con su hija mayor que no para de machacarle con la necesidad de llevar a Teresa a la cita con el médico. Desde ese día Paula ha dejado de visitarle y no le coge el teléfono.

En este contexto es que los SSAP solicitan la intervención del SAIAF.

Entrevistas e información acerca de la familia:

Padre:

Vicente, sólo se le ha podido entrevistar personalmente una vez porque vive en otra ciudad. Las opciones que propuso para acordar una cita con la técnico del Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos eran en los límites del horario laboral, con lo cual la entrevista tampoco pudo ser muy extensa.

Es un hombre de inteligencia normal que se presentó a la entrevista en el horario convenido. Tenía conocimiento adecuado del motivo de la cita. Sin embargo, consideró que en este caso “los servicios sociales [*se refiere al SAIAF*] están exagerando, se les está yendo la mano”.

Adujo que, a pesar de sus diferencias con Elizabeth, siempre la ha considerado una muy buena madre para sus hijos, que el problema con Teresa es que es una niña demasiado mimada y caprichosa, que quiere acaparar la atención de la familia, características que se han exacerbado desde el nacimiento del hijo menor.

Al respecto dijo que Elizabeth ha tenido que estar muy pendiente de la salud del niño pues ha sufrido catarros y resfríos a repetición y que, probablemente, sea esta falta de atención transitoria lo que haya provocado las “actuaciones” de su hija. Aclaró que él las considera “actuaciones” porque la niña se recupera de los episodios sin que se le observe ninguna consecuencia por lo cual, a su entender, no se trata de episodios para preocuparse; que si tuvieran una causa física, Teresa quedaría con algún malestar posterior.

Describió muy superficialmente su vínculo con Teresa caracterizándolo como “bueno, normal, como toda relación de una hija con su padre”. Afirmó que, habitualmente, él no es una persona de hablar mucho; que, cuando aún vivía con su familia, le gustaba llegar y que todo estuviera tranquilo para poder mirar la

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

televisión, que no le gustan las discusiones y que por eso se ha separado de su esposa ya que Elizabeth suele estar de muy mal humor y lo descarga machacándole a él. Por ello antes de separarse, volvía lo más tarde que le era posible a su casa para evitar las discusiones y que, aún así, Elizabeth le seguía machando.

Con respecto a sus otros hijos, manifestó que hace unos meses que no ve a Paula pero que la ha llamado para su cumpleaños, que siempre ha sido una chavala muy independiente y un poco desapegada de la familia, bastante parecida a él. Cuando era más pequeña, aproximadamente a partir de los 10-11 años, Paula solía ir a comer y a pasar las tardes con una cuñada suya (esposa de su hermano) y con sus primas. A pesar de que no había una buena relación entre los adultos, ni su madre ni él le impedían visitar a la tía.

Comentó que con Ricardo no ha podido aún establecer un vínculo debido a que cuando él se separó de Elizabeth, el niño era muy pequeño y como en el último año Vicente ha estado viviendo en otra ciudad, se ven poco. Cuando se le preguntó cuándo había sido la última vez que estuvo con el niño, respondió que esa misma tarde. Se le preguntó por visita anterior y no recordaba la fecha exacta, aunque creía que había sido hace unas 3 ó 4 semanas atrás.

Con Elizabeth dijo haber tenido una relación muy difícil desde el comienzo, que se conocieron en la adolescencia y empezaron la relación porque los dos tenían pocos amigos y poca vida social; que al principio hubo algún entendimiento y se casaron porque Elizabeth quedó embarazada de Paula. Con la convivencia la relación se fue deteriorando, según él, debido al carácter de su mujer. Ni el embarazo de Teresa ni el de Ricardo fueron deseados.

Vicente es el menor de 3 hermanos y fue criado por distintas personas de su familia extensa (abuela y tías) porque su madre falleció pocos meses después de su nacimiento a causa de una enfermedad - que él supone- cardíaca. Este detalle podría ser de importancia dada la sintomatología actual de Teresa pero el padre no lo relaciona con este posible antecedente. Es una hipótesis de la entrevistadora.

Prácticamente no convivió con sus hermanos ya que cada uno fue a vivir con un familiar diferente. Si bien él no lo describió con estas palabras, los niños parece que eran cambiados de casa a voluntad -o capricho- de los adultos. Comentó que sólo les anunciaban el cambio de vivienda con uno o dos días de anticipación. Nadie parecía preocuparse demasiado por empacar las pertenencias de los niños quienes, según Vicente, dejaban gran parte de sus cosas en la casa en la que habían estado viviendo. "Tampoco importaba demasiado porque, por lo general, recibíamos ropa y algunos juguetes de nuestros primos mayores. Entonces lo que se nos olvidaba, iba para ellos."

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

No tiene registro de que esta forma de vida haya podido dejarle alguna secuela. Por el contrario, cree que le ayudó mucho a valerse por sí mismo y a no depender de nadie.

Durante su infancia y su adolescencia vio poco a su padre que se volvió a casar y se marchó a otro pueblo. Ni sus tías ni su abuela materna le llevaban de visita y su padre iba muy poco a verle. Retomó el contacto con cierta regularidad al poco tiempo de haberse casado. En la actualidad está viviendo en casa de su padre y comparten la vivienda.

Madre:

Elizabeth, se realizaron 2 entrevistas con ella y resultó muy difícil acordar las citas y los horarios. Tiene un trabajo autónomo por el cual visita clientes en sus empresas o a domicilio. En dos ocasiones anuló la cita a último momento.

Conocía el motivo de la intervención pero intentó restarle importancia al problema de salud de Teresa. Sostenía que los “servicios sociales [*se refería al SAIAF*] harían bien en ocuparse de los niños que realmente lo necesitan” aportando ejemplos de supuestas situaciones de desprotección entre los hijos de sus vecinos de las que ella tiene conocimiento.

Comparó la vida que lleva Teresa con la que le tocó a ella diciendo que “esta niña no tiene de qué quejarse”. Elizabeth es la hija mayor de 2 hermanos. Su padre ejercía violencia física y emocional sobre su madre y, a su vez, tanto la madre como el padre maltrataban física y emocionalmente a los hijos. Dejó entrever que su madre podría haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia, perpetrados por su abuelo (padre de la madre) sin que su abuela hubiera intervenido dado que era una persona sumisa que tendía a normalizar y a minimizar dichos comportamientos. La entrevistadora no puede descartar que este comentario estuviera orientado a plantear la sospecha de que Elizabeth también hubiera sido víctima de abusos sexuales por parte de dicho abuelo. No se exploró esta hipótesis.

Los malos tratos persistieron en la adolescencia. Tanto por su carácter (introvertida y tímida) como por las restricciones que le imponían sus padres, su vida social era prácticamente inexistente. Por casualidad conoció a Vicente y comenzaron una relación en la que se veían muy poco. Al poco tiempo de conocerse, Elizabeth quedó embarazada y él le propuso casarse y tener al bebé. Ella aceptó pensando que era una excelente oportunidad para alejarse del domicilio familiar y construir su propia familia.

Aproximadamente 3 meses después de nacer Paula, Elizabeth tomó cursos de

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

peluquería y consiguió un empleo, llegando a tener su propio negocio unos años más tarde. En esa época su madre cuidaba de la niña mientras Elizabeth trabajaba. Cuando la abuela cayó enferma y Elizabeth preveía que no iba a poder continuar cuidando de Paula, tomó cursos de computación y de diseño por ordenador y se dedicó al diseño de tarjetas, folletos y publicidad, tarea que actualmente realiza. Este trabajo autónomo le permite manejar sus horarios y concertar las citas con sus clientes de manera flexible.

Su relación con Vicente, mientras tanto, se deterioró, según ella, porque a él no le gusta trabajar y prefiere pasarse el tiempo con sus conocidos mayormente en los bares, mientras ella trabajaba y atendía la casa y los niños. Afirmó que ella sabía que él justificaba las separaciones diciendo que ella le machacaba y le reñía pero que él se cuidaba muy bien de explicar el por qué.

En las ocasiones en las que no han convivido, Elizabeth lo ha pasado anímicamente muy mal aunque nunca consiguió identificar los motivos de su reacción. Echaba mucho de menos a Vicente pero, cuando han vuelto a convivir, le saca de quicio el ritmo de vida que él lleva y lo poco que se ocupa de ella y de sus hijos.

Comentó que ha estado un tiempo “largo” -unos 15 meses- en tratamiento tanto en Salud Mental como con una psicóloga, que le ha ayudado pero que, en su momento, no notó grandes avances.

Afirmó que últimamente no anduvo muy bien de salud, que hace unos 6 meses comenzó con pequeñas pérdidas de orina por las que consultó al médico, habiéndosele diagnosticado un prolapso uterino por el que seguramente tendrán que operarle. También comentó que ha estado bastante decaída, que le cuesta despertarse y visitar a sus clientes, que no está atendiendo a su clientela como en otros años y que, sumado a la crisis, se refleja en una disminución importante de su trabajo. Circunstancia que le preocupa mucho pues Vicente no le pasa nada de dinero.

Transcurrida la mayor parte de la primera entrevista se abordaron por primera vez los temas relacionados con la salud de Teresa. La madre enfocó en el problema después de haberse explayado largo tiempo sobre sus propias dolencias y sólo ante las preguntas directas de la técnico.

Comentó que Teresa es una niña muy sana a la que le gusta mucho llamar la atención. A diferencia de Paula a quien solía cuidar la abuela cuando era pequeña o una tía política de la rama paterna -su cuñada- cuando fue un poco más mayor hasta la adolescencia, Teresa estuvo muy apegada a Paula.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Cuando Paula, ya adolescente, comenzó a salir y a pasar más tiempo fuera de casa, fue que Teresa comenzó con los síntomas neurológicos. Los médicos del hospital nunca tuvieron en cuenta estos detalles que Elizabeth les comentaba y “sin más” le empezaron a medicar. Elizabeth nunca estuvo de acuerdo con darle esa medicación porque ella notaba que era demasiado fuerte y le provocaba embotamiento [*la técnico consultó esta posibilidad con la pediatra que negó por completo que la medicación indicada tuviera el efecto descrito por la madre*]. A su entender “así empezó este follón”.

Por la manera en que Elizabeth describió el estado de Teresa se infiere su tendencia a normalizar y minimizar situaciones de desprotección, mientras que ella se coloca en el lugar de víctima de la incomprensión por parte de los médicos, de los servicios sociales y “ahora de vosotras”. Hay una priorización de sus necesidades - principalmente afectivas- por sobre las de su hija. Constantemente señaló que ella no puede con todo, que nadie le ayuda, que está cargando una mochila demasiado pesada, que todo el mundo le exige y pretende que ella sea la “super nanny”.

Cuando se le preguntó cómo tenía organizada la atención de Ricardo cuando trabajaba, intentó desviar el tema, diciendo que el niño iba al colegio y que su familia extensa le echaba una mano. Aunque la madre de Elizabeth tiene una enfermedad crónica que le impide movilizarse, manifestó que, cuando ella tiene alguna cita que no puede acomodar a los horarios del niño, lo deja al cuidado de esta abuela o, en contadas ocasiones, a cargo de Paula o de su cuñada, la que cuidaba de Teresa. Si bien es probable que se organice de esta manera, a la entrevistadora le ha quedado la duda de si no deja a Teresa al cuidado de Ricardo y a los dos niños solos en casa (ver entrevistas con Teresa).

Estos contactos familiares constituyen su limitada red de apoyo social. Refirió contar con sólo una amiga que vive lejos porque, entre el trabajo y el cuidado de los hijos, no le queda casi tiempo libre.

Hija:

La información sobre Teresa ha sido obtenida de entrevistas con la niña y de fuentes secundarias (centro escolar y médicos):

Los informes médicos confirman que los síntomas neurológicos observados a los 5 años constituyen un problema orgánico sin ninguna relación con una causa emocional y que Elizabeth y Vicente han tenido dificultades crónicas para suministrar la medicación indicada por el médico neurólogo. A pesar de ello, básicamente debido a la dedicación del personal de la escuela, Teresa recibió los remedios de manera regular y ha tenido una evolución favorable. Ante la consulta de la técnico

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

acerca de si los comportamientos y las características de la niña podrían estar relacionadas con la enfermedad y/o con los efectos de la medicación, la médico tratante rechazó dicha posibilidad de manera tajante.

Hasta la fecha en que la familia es derivada al SAIAF, no había asistido a la consulta por la arritmia detectada en el episodio de desmayo en la escuela.

La escuela confirma los indicadores de negligencia observados hace unos 3 años cuando nació Ricardo y manifiesta que, salvo el problema con suministrarle a Teresa los medicamentos, la situación parecía resuelta. Por lo demás, si bien Elizabeth no cumplía con la indicación médica -o lo hacía de manera eventual- nunca le hizo faltar los fármacos y siempre reponía las cajas cuando se le avisaba que se estaban por acabar. Consideran que la actitud de rechazo de la medicación podría estar relacionada con ignorancia o desconocimiento por parte de Elizabeth.

También comentan que, en el último año, no se había mostrado demasiado colaboradora con las dificultades académicas que presentaba Teresa. Se desentendía de los pedidos de hacer ejercitaciones de apoyo en casa e insistía con que ella ya tenía suficiente con todo lo que venía haciendo, que la escuela tenía que asumir la responsabilidad que le cabía.

Se realizaron dos entrevistas a solas con Teresa. En las dos oportunidades la acompañó Paula porque, debido a que las citas coinciden con el horario escolar de Ricardo, la madre se encontraba trabajando. Paula comentó que tuvo que pedir permiso en su trabajo los dos días.

Teresa se mostró muy atenta a las conversaciones entre su hermana y la entrevistadora. Se observaron indicadores de ansiedad ante la situación de entrevista a solas. Por su apariencia física parece que fuera una niña de menos edad. Es retraída y tímida con dificultades para expresarse verbalmente. Hablaba en voz muy baja, pronunciaba mal algunas palabras, utilizaba un lenguaje infantil, empleaba muchos diminutivos como si fuera más pequeña. Todo ello dificultó la comunicación, fundamentalmente en la primera entrevista. A medida que fue ganando confianza y sintiéndose más a gusto, fue expresándose de forma más acorde a su etapa evolutiva.

Cuando se le preguntó si sabía por qué había tenido que venir ese día con su hermana a ver a la entrevistadora, malinterpreta la pregunta: creyó que se le estaba preguntando por qué había venido con su hermana (y no con su madre). A la defensiva, explicó a la técnico que su madre tenía que trabajar mucho "con lo de las tarjetas y los folletos" y que no podía cumplir con algunos horarios, que tal vez si la cita hubiera sido a otra hora, su madre hubiera podido venir.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Se le aclaró que la pregunta tenía que ver con si sabía para qué la entrevistadora había querido verle y respondió con timidez que no. Inmediatamente interrumpió el contacto visual, miró el suelo y pareció ensimismarse por algunos minutos.

Espontáneamente preguntó: “¿Es porque me desmayo? ¿Querías verme por eso? Mira que sólo fue esa vez en el cole. Después no me pasó más.”

Se le confirmó que, en parte, la entrevista se debía a eso, fundamentalmente a que los médicos tenían que investigar por qué le pasaban esas cosas y que, para ello, su madre o algún adulto tenía que llevarle al hospital.

Ante esta aclaración, Teresa volvió a justificar a su madre diciendo que “mi madre tiene que trabajar muy duro. Gracias a que ella tiene trabajo, tenemos comida. No nos hace faltar nada. Mi padre no le ayuda, sabes. La semana pasada le han salido muchos folletos para hacer y está feliz. Yo estoy feliz cuando le veo contenta. Es muy feo ver a tu madre triste. Yo le he visto muy pero muy triste.”

Describió con bastante precisión los indicadores de depresión de su madre dejando en evidencia que es una niña muy observadora, capaz de analizar adecuadamente sus percepciones y de sacar conclusiones de manera adecuada.

A pesar de que tenía material de juego y de dibujo a su disposición, no los utilizó espontáneamente. Tampoco inició una conversación sino que esperó a que se le hicieran preguntas.

Cuando se le preguntó con quién vivía, respondió “con mi mamá y Ricardito; mi padre vive en otro sitio, en [*brinda el nombre de la ciudad*] ...Es que están separados. Mi padre también trabaja mucho y casi ni le veo. Antes, hace mucho, sí le veía y, a veces, me llevaba cuando salía con sus amigos.”

Pareció sorprendida ante la pregunta de si le echaba de menos. Respondió que sí, que le gustaría verle más. Esta fue una de las pocas veces que sacó espontáneamente un tema: “Tal vez cuando mi madre se opere nos vayamos con él, a su casa, por un tiempo”.

Se le preguntó quién le ha dicho eso y respondió que había sido su madre porque la abuela estaba ya muy mayor, -“por eso ya no puede cuidar de Ricardito cuando ella se va a trabajar”- y que desde hacía unas semanas Paula no se hablaba con su madre, que sólo había pasado por su casa para buscarle para la entrevista.

Se exploró la posibilidad de que la tía que cuidó de Paula cuidara de ella y de su hermano a lo que respondió: “¡Qué va! Si no le vemos desde Navidades”. Ante estas

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

respuestas a la entrevistadora se le plantearon dudas acerca de quién cuidaba de Ricardo cuando Elizabeth estaba trabajando.

Teresa comentó que, cuando tenía una cita por la tarde, su madre acostaba a Ricardo a dormir una siesta y salía "sólo por un ratito; yo sólo tengo que asomarme a mirarle si sigue dormido. A veces se despierta pero no llora, jugamos."

Afirmó que se sentía más a gusto cuando estaba en la casa con Ricardo -dando a entender que, a veces, podría quedarse sola-, porque ella es muy miedosa, que le daba miedo todo y que también sentía miedo cuando su madre se retrasaba porque temía que le hubiera pasado algo malo en la calle y que últimamente tenía miedo de que le pasara algo malo a su madre en la operación, que ella sabía lo que podría pasarle pues lo había visto en la tele.

Se le preguntó si sabía por qué su hermana no hablaba con su madre y respondió que se habían enojado "por culpa mía. Paula dice que no me llevan al hospital; no entiende que primero se tiene que curar mi madre, que voy a ir después de la operación." Se le preguntó cuál era la enfermedad que tenía su madre y no supo explicarlo, sólo dijo que era "enfermedades de las mujeres". Tampoco supo si era algo grave ni cuánto podía llevarle recuperarse. Se angustió e intentó desconectar cuando se tocó este tema.

La entrevistadora le señaló la evidente expresión de agobio que se le observaba al hablar de este tema pero Teresa negó que le produjera tristeza. Cuando se intentó explorar sus problemas de salud -la necesidad de recibir medicación a diario y los desmayos- lo evitó diciendo que sólo le pasó una vez en la escuela, que ya estaba mejor, y que eran desmayos de "mentiritas".

En la segunda entrevista se la observó más relajada. Desde el comienzo anunció que quería dibujar. Preparó un folio y los lápices pero quedaba a la espera de que la entrevistadora le diera indicaciones sobre qué tenía que hacer. Cuando se le dijo que podía hacer lo que le gustara a ella, se quedó pensando y dijo: "Entonces, mejor no, hablamos como la otra vez que vine y ya."

Ante la falta de propuesta de un tema concreto por parte de la entrevistadora, Teresa comenzó a contar que su madre ya tenía la fecha para la operación pero que estaba preocupada porque, desde que Paula no llamaba ni pasaba por la vivienda de la familia, no sabían quién atendería a los clientes de su madre. El plan inicial, antes del enojo, había sido que Paula hiciera el horario más temprano posible en su trabajo y visitara a los clientes de su madre por la tarde.

Igual manifestó que ella creía que podrían reconciliarse, que Paula -que la había

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

traído a la entrevista- le había contado que ya le había sacado a Teresa una cita con el médico especializado y que ella la iba a llevar si la madre no podía. La niña pensaba que eso solucionaría el problema entre ambas. Comentó que le parecía que Paula ya no estaba tan enfadada porque cuando hablaron de Elizabeth, su hermana había dicho “nuestra madre” mientras que antes decía “tu madre” y también que, cuando la había pasado a buscar para traerle ese día, su madre estaba en casa y le pareció que Paula le había saludado desde el portal.

Se le preguntó por qué pensaba que a Paula le resultaba tan importante que Teresa fuera a ver al médico, como para llegar a enojarse con su madre. La niña respondió que debía ser porque una de las veces que se desmayó, Paula estaba en casa y que se había asustado mucho. Paula le había contado que, cuando Teresa estaba inconciente, le apoyó la mano en el corazón y que le latía muy rápido.

Insistió en que no era para asustarse, que cuando se despertaba no se acordaba de nada pero que se sentía bien. Volvió a tratar el tema del trabajo de su madre y de lo bien que vendría que Paula le ayudara después de la operación. Una vez más dijo: “Es que con el trabajo mi madre nos compra la comida, no nos ha faltado nada, ella trabaja muy duro. Ahora, cuando salíamos para acá, le llamaron unos clientes y estaba radiante”.

Se le preguntó cómo le iban las cosas en el cole y respondió que no muy bien, que creía que iba a suspender. Eso le tenía más preocupada que los desmayos porque no quería repetir el curso, porque sus compañeros le machacarían. Se le preguntó si tenía amigos/as en el curso y dijo que no, que las chicas no jugaban mucho con ella y que siempre se andaban diciendo secretos. Ella piensa que se burlan de ella pero no podría afirmarlo con seguridad. Las veces que había tratado interactuar con sus compañeras sin que le llamaran, terminaron haciéndole el vacío o preguntándole quién le había invitado a jugar. Dijo que la tutora y su maestra habían organizado actividades grupales en las que se le incluía pero que, si ellas no hacían la propuesta, sus compañeras no le solían pedir que trabajaran juntas. Creía que esto se debía a que ella no era muy lista y a que no hay ninguna asignatura que le saliera bien, que hay otra niña parecida a ella pero que dibujaba “muy guay”, entonces a esa otra niña las compañeras le tenían en cuenta.

Se le preguntó si hacía alguna actividad extraescolar y dijo que no, que se iba para su casa cuando salía del colegio; pero que había un taller que había empezado la semana pasada que le gustaría hacer, que se lo diría a su madre para después de la operación pero que creía que Elizabeth no le permitiría ir porque le suele decir que con la poca capacidad que tiene Teresa para aprender es una pérdida de tiempo.

Se exploró el tema de los medicamentos que le administra la tutora ya que Teresa

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

no lo había mencionado. Dijo que a partir de este verano ella se haría responsable de tomarlos, que se los tenía que dar la tutora porque ella se olvidaba de tomarlos, que no le gusta tomarlos porque su madre le vacila diciendo que la ponen tonta, que le hacen olvidar las cosas. Teresa dijo que, a veces, le pasaba eso, que tal vez los desmayos fueran por los remedios que tenía que tomar.

Cuando llegó la hora de irse, comentó que se le había pasado el tiempo muy rápido y que le gustaba conversar con la entrevistadora. Preguntó si le volverían a citar.

IMPORTANTE:

Mucha de la información de utilidad para la toma de decisiones y para el planteamiento de objetivos de trabajo por parte del Programa de Intervención Familiar, se obtuvo de la observación directa de la niña. De ahí que en **TODOS** los casos en los que se sospecha desprotección es **IMPRESINDIBLE** proceder a la **observación directa de los/as niños/as** posiblemente victimizadas/as, aún de los/as muy pequeños/as.

Hijo:

Ricardo, los informes escolares y médicos no reflejan ninguna situación de riesgo. Persiste la duda de si, en algunas ocasiones, Ricardo queda al cuidado de Teresa sin la supervisión de ningún adulto.

Conceptos guía de la intervención.

- Garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas.
- Disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección presentes tanto en los padres, como en los/as niños/as y en la red de apoyo social (enfoque multimodal).
- Establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente sin limitarse simplemente a corregir o a contrarrestar la situación de desprotección.
- Desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección además de ofrecer recursos para resolver las dificultades familiares.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- Enmarcar la intervención en las situaciones de desprotección infantil en un contexto de autoridad y control ejercidas por los Servicios de Protección Infantil (duplicidad de roles: apoyo personal y normativo).
- Abordaje multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de los problemas familiares.
- Trabajo en red y en coordinación con los servicios comunitarios normalizados.

Preguntas a responder antes de evaluar los casos.

1. *¿Se trata de una situación de desprotección infantil?*

Se puede afirmar que Teresa sufre una situación de desprotección infantil que viene ocurriendo como mínimo desde hace 5 años, donde el indicador de desprotección más importante -la falta de cuidados en relación a sus problemas de salud- revela negligencia por parte de ambos progenitores. No se valoró la situación de Ricardo quien también podría estar sufriendo una situación de desprotección junto con Teresa si se les está dejando solos en el piso mientras Elizabeth sale a visitar a sus clientes.

2. *Si la respuesta es afirmativa, ¿el grado de riesgo es bajo, moderado o alto?*

Si bien en apariencia la mayor parte de las necesidades de Teresa están satisfechas, la negligencia que padece puede ser calificada de grave en relación a las serias consecuencias que puede tener en su desarrollo el descuido de los trastornos neurológicos en primer lugar y, para su vida, el peligro que implica la falta de control de este posible problema cardiaco. Por otro lado, de confirmarse el hecho de que queda sola en el domicilio familiar -a veces hasta al cuidado de su hermano- refuerza la gravedad de la desprotección.

3. *¿Es necesario tomar alguna medida de protección?*

El aspecto principal a considerar en el caso de Teresa es la necesidad urgente de explorar el problema médico que le aqueja. No es posible esperar a que la madre termine sus tratamientos para que pueda empezar a ocuparse de la niña debido a que las dolencias de Teresa podrían tener graves consecuencias sobre su salud y, eventualmente, sobre su vida y que podría necesitar atención y cuidados inmediatos que no está recibiendo. Además, es muy probable que los episodios se estuvieran repitiendo y la familia, para evitar problemas, los estuviera ocultando.

Si bien la preocupación de la hermana mayor y la atención que le está brindado a Teresa contribuyen a disminuir el nivel de riesgo, Paula representa un recurso bastante precario ya que hacerle responsable de los cuidados de la niña podría

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

exacerbar el conflicto que tiene con su madre por un lado y, por el otro, tampoco ella tiene condiciones de vida totalmente autónomas como para poder afrontar el acogimiento de su hermana.

Por lo tanto, sería aconsejable, dadas las circunstancias, que Teresa saliera de casa en forma temporaria para recibir atención médica. Ante la inminencia de la operación de la madre habría que evaluar la manera en que tiene previsto organizarse para el cuidado de Teresa y de Ricardo durante los días que esté ingresada y en el postoperatorio inmediato.

Durante este período de separación temporal es aconsejable que Teresa mantenga el contacto con todos los integrantes de su familia con la mayor frecuencia posible.

Una vez que la niña tenga un diagnóstico y un tratamiento establecidos se valorará la conveniencia de que vuelva a casa. No sólo se tendrá que considerar si Elizabeth ha sido operada y cómo ha evolucionado para proceder al cambio de medidas. También habrá que tener en cuenta cómo ha respondido a la intervención.

Será en esa etapa que se evaluará con más detalle la posibilidad de que Teresa quede al cuidado de Paula.

IMPORTANTE:

Estas tres preguntas deberán haber sido planteadas, exploradas y respondidas por los/as técnicos/as que intervienen antes que los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar.

Negligencia

Antes de analizar en detalles los factores para plantear el Plan de Caso, se hará un breve comentario acerca de las características particulares que reviste la detección y la intervención ante situaciones de negligencia:

- Se considera negligencia a la omisión, por parte de los/as adultos/as responsables de los cuidados, de proveer aquello que el niño/a necesita para su desarrollo en cualquiera de las áreas: salud, educación, desarrollo

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- emocional, alimentación, vivienda y condiciones seguras de vida.
- Esta omisión se puede encuadrar como negligencia cuando tiene una alta probabilidad de producir daños en la salud o el desarrollo psicofísico, mental, espiritual, moral o social del niño/a, siempre que los recursos para satisfacer las necesidades infantiles se encuentren dentro del contexto de recursos disponibles para la familia.
 - La negligencia incluye la falta de supervisión y de protección adecuadas ante las posibilidades de que el niño/a padezca algún daño.
 - Un niño/a que atraviesa situaciones de negligencia y no recibe adecuada protección y estimulación emocional, cognitiva o física, ni cuidados médicos o alimentación apropiada, puede sufrir retrasos irreversibles en su desarrollo y su vida puede correr peligro. Estas consecuencias son semejantes para las distintas tipologías de negligencia, sin que importe las razones que las motivan.
 - Las consecuencias de la negligencia crónica en los/as niños/as se suelen minimizar. Sus indicadores y efectos no producen en el observador los mismos sentimientos de rechazo y de horror que se asocian a otras tipologías de la desprotección.
 - No se suele tener presente que la intervención resulta tan necesaria y reparadora como en las formas más “visibles” de desprotección.
 - El elemento fundamental que define la negligencia es la falta de satisfacción crónica de las necesidades del niño/a, más allá de las intenciones y/o de los comportamientos de los padres.
 - La negligencia abarca un conjunto heterogéneo de manifestaciones que varían en cuanto a la forma, la gravedad y la cronicidad. Ocupa la “zona gris” que se extiende entre los cuidados óptimos y los cuidados innegablemente inadecuados.
 - La tipología más frecuente de negligencia es la negligencia física.
 - A diferencia de las otras formas de maltrato infantil, la negligencia no se produce en un momento específico ni se pueden detectar episodios claramente identificables como en el caso de los malos tratos físicos o de los abusos sexuales.
 - La negligencia es más bien una situación crónica en las condiciones de vida del niño/a que suele comenzar en fases muy tempranas y tiene efectos acumulativos limitantes sobre su potencial de desarrollo normal, tanto en los aspectos relacionados con la salud física como en los aspectos emocionales.
 - Para poder detectar las familias que tratan a sus hijos/as de manera negligente, resulta operativo considerar que los/as niños/as tienen el derecho a recibir y los padres la obligación razonable y prudente de brindar:

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- Alimentación.
 - Vestimenta.
 - Vivienda.
 - Supervisión.
 - Atención médica.
 - Contención.
 - Escolaridad.
- Los conceptos centrales en que se basa la definición de negligencia son:
- Falta de cuidados parentales.
 - Falta de aportes materiales y/o afectivos por parte de los padres.
- Los padres negligentes no sólo se comportan de manera diferente a otros padres en lo que hace al cuidado de sus hijos/as: perciben la realidad de manera diferente, interpretan su significado de manera diferente, seleccionan respuestas diferentes entre repertorios diferentes de respuestas posibles y llevan a la práctica dichas respuestas bajo condiciones diferentes.
- Por lo tanto, no se obtienen resultados efectivos si solamente se les enseña cómo comportarse de manera adecuada o se les sanciona por sus conductas inadecuadas. El objetivo de la intervención debe ofrecerles oportunidades de producir cambios en los mecanismos que les llevan a conducirse con negligencia.
- Por lo general, la negligencia ocurre desde las primeras etapas de la vida y tiene efectos acumulativos en el desarrollo y en las limitaciones posteriores.
- Lo que determina la gravedad de las consecuencias no es tanto el tipo de negligencia sufrida sino la cronicidad de la misma.

Componentes a identificar al plantear el Plan de Caso

En base a toda la información recogida, tanto en las entrevistas con Teresa como con los integrantes del grupo familiar y a través de los informes de las fuentes secundarias, se procederá a identificar:

1. Factores de riesgo.
2. Factores de protección.
3. Efectos de la situación de violencia crónica en los niños/as.

Para identificar los factores de riesgo y los de protección se utilizará el documento Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil (Arruabarrena y colaboradores, 1993).

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Para establecer los efectos de la situación de violencia crónica en los/as niños/as se seguirán los contenidos del Capítulo 4.

1. Factores de riesgo:

- Situación de negligencia crónica: se detecta en esta familia un patrón de incapacidad parental para cubrir necesidades médicas de la niña (suministrar dosis diaria de medicamentos) durante los últimos 5 años al que ahora se agrega un problema de salud que requiere diagnóstico y tratamiento médico inmediatos.
- Los episodios de negligencia ocurren a diario y aún no hay un diagnóstico que expliquen el decaimiento y los desmayos de Teresa.
- Existencia de informes e intervenciones previas en relación a situaciones de negligencia referidos a problemas de salud de la niña.
- La niña depende de sus padres para recibir atención médica por este problema. Ninguno de los dos se ha involucrado activamente en la búsqueda de soluciones.
- En los aspectos médicos que determinaron la derivación del caso al SAIAF, la niña no está en condiciones de protegerse. Ambos padres minimizan la gravedad de los síntomas.
- Teresa presenta en estos últimos meses una disminución en su capacidad de aprendizaje que daña el desempeño de sus roles normales, básicamente en la escuela. Puede continuar realizándolos con cierto esfuerzo.
- En la actualidad la madre padece una enfermedad que, si bien no produce limitaciones en la capacidad para cuidar de sus hijos/as, es utilizada como justificación para desatender las necesidades de Teresa. Ambos padres se encuentran centrados en sus propias necesidades y problemas y, en el corto plazo y sin intervención, no puede esperarse que sean capaces de cuidar de otra persona aparte de ellos.
- Además, Elizabeth ha sufrido episodios depresivos en relación a la separación de la pareja y al nacimiento de Ricardo. Actualmente manifiesta un recrudecimiento de la sintomatología que está repercutiendo en el ámbito laboral.
- En lo que hace al aspecto médico, ambos rechazan modificar sus criterios acerca de los problemas de salud que presenta Teresa.
- Elizabeth tiene pendiente una operación en las próximas semanas que le impedirán ocuparse adecuadamente de los dos hijos.
- Ambos padres poseen conocimientos muy pobres acerca de las conductas apropiadas para la edad de Teresa; muestran hacia ella expectativas irreales y realizan demandas que ella no puede alcanzar (por ejemplo: ocuparse de su propia medicación, controlar los desmayos).
- Hay indiferencia por parte de ambos padres en relación al desarrollo y al

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

crecimiento de Teresa y se observan expectativas de que la niña cubra necesidades parentales.

- La madre tiende a ridiculizar a la niña y a hacer comentarios negativos sobre ella.
- Ambos padres presentan historias de violencia, malos tratos y abandonos y de pérdidas de relaciones significativas e inestabilidad familiar.
- Si bien no hay un rechazo constante y manifiesto, tanto la madre como el padre muestran escasos indicadores de afecto, de aceptación o de empatía hacia Teresa.
- La pareja parental es conflictiva y, aunque actualmente están separados, el padre no visita a sus hijos ni les pasa una cuota alimentaria. La madre tampoco le reclama.
- Los sistemas de apoyo ayudan ocasionalmente a la familia pero no de manera consistente. En la actualidad hay un conflicto importante entre la madre y la hermana, persona adulta más significativa y eficaz en la red de apoyo familiar.
- Ni la madre ni el padre se muestran interesados en la intervención y de manera pasiva se han resistido a cooperar (dificultades para establecer las citas y para concretarlas, demorar las consultas por Teresa hasta resolver problemas de menor gravedad de la madre). Su implicación ha sido mínima y su participación se mantiene por la insistencia y la presión de los distintos profesionales implicados (pediatra, tutora, SSAP).

2. Factores de protección

- Es una niña de 10 años que está siendo observada por las profesionales de las escuelas, de los SSAP y del ámbito sanitario.
- Es una niña tranquila y sumisa. El aspecto negativo de estas características es la fuerte tendencia a la sobreadaptación y a satisfacer las necesidades de otras personas.
- No hay registros de episodios de violencia física y/o de castigos inapropiados.
- Ninguno de los padres consume drogas. Vicente podría abusar ocasionalmente del alcohol (por lo que describe Elizabeth de sus hábitos) aunque no hay información de que dicho hábito interfiera en su vida personal y/o laboral.
- Ninguno de los padres tiene historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.
- Si bien no convive con el grupo familiar, la presencia de Paula es un valioso factor de protección y de supervisión de los cuidados de la niña. El problema es que los reclamos de Paula acerca de mejorar la atención de Teresa generan conflictos con su madre.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- Las condiciones de habitabilidad y aseo de la vivienda son aceptables. Hay rutinas de alimentación y hábitos que se cumplen.

3. Efectos en el niño/a

En el Capítulo 4 se señalaba que las situaciones traumáticas en la infancia y la adolescencia tienen efectos en los tres ejes fundantes de la personalidad que están en plena formación y desarrollo en esa fase de la vida. Estos ejes de estructuración básicos son:

- los conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo externo
- las relaciones con los estados anímicos internos y
- las habilidades para defenderse, para tolerar las frustraciones y para lograr el agrupamiento y socialización

También se describían los efectos localizados -consecuencias de una situación traumática reciente y/o única- y los efectos evolutivos que indicaban cómo las experiencias traumáticas crónicas habían interferido el proceso evolutivo normal. En el caso de Teresa, la situación de desprotección es crónica y lleva, al menos, 5 años de duración. Hay que destacar que, a diferencia de las otras tipologías de desprotección, en el caso de la negligencia no se suelen producir situaciones de descontrol impulsivo fácilmente identificables. Lo habitual es una apariencia de seudonormalidad, de desidia y/o de falta de estímulos. En esta familia, además, la negligencia parece circunscripta a los aspectos médicos de Teresa y a la supervisión de ambos hijos cuando la madre trabaja.

Por lo tanto los indicadores conductuales que se observan en Teresa muestran los efectos evolutivos de la desprotección y las consecuencias relacionadas con la acomodación y la adaptación a la misma.

De lo recogido en las entrevistas y de las fuentes secundarias se puede afirmar que Teresa presenta los siguientes efectos de traumatización crónica:

- Distorsiones cognitivas son las responsables de las tendencias a:
 - sobreestimar la peligrosidad y/o la hostilidad del entorno (timidez, dificultad para integrarse a su grupo de compañeras)
 - a menospreciar las habilidades propias afectando negativamente la valoración de sí mismo (baja autoestima, inseguridad, timidez)
 - sentimientos de indefensión y de peligro crónicos (temores exagerados; ante llegadas tarde, miedo a que le haya ocurrido algo malo a su madre; percepción de que sus compañeras se burlan o hablan en secreto sobre ella)

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- adhiere a las explicaciones que brinda la familia acerca de sus síntomas
 - minimiza o directamente niega el malestar físico de su problema de salud. No se puede determinar si se trata de las consecuencias del mecanismo de negación o si lo que ocurre es un bloqueo de las sensaciones corporales
 - creencia de no ser merecedora de cuidados, pasividad ante la falta de atención
 - sensibilidad y reactividad exageradas ante situaciones que le intimidan (sospecha de que sus compañeras se dicen secretos y se burlan de ella)
 - predicción de resultados negativos ante situaciones problemáticas o complejas sin intentar siquiera interacciones para modificarla a su favor (pasividad para integrarse a grupo de pares, creencia de que no vale la pena insistir para que la matriculen en las actividades extraescolares que le atraen)
 - seudomadurez, sobreadaptación.
- Alteraciones emocionales: hay algunos indicadores de angustia y de ansiedad.
 - Disociación: si bien el médico tendrá que confirmar la hipótesis, resulta llamativa la ausencia de molestias físicas que Teresa manifiesta. Como se planteó en un apartado anterior, podría ser consecuencia del mecanismo de negación o un indicador del bloqueo de las señales y sensaciones corporales producto de la disociación
 - Trastornos en la percepción de sí misma:
 - sentimiento de no ser querida ni valorada por los demás
 - poca confianza en provocar el interés de las otras personas
 - excesiva complacencia y sometimiento a las necesidades y deseos ajenos como una manera para conseguir afecto y atención
 - baja autoestima
 - Trastornos en los contactos de intimidad con otras personas:
 - desconfianza hacia los demás
 - temor a las pérdidas (angustia y temores ante tardanzas de las personas significativas)
 - retraimiento, timidez
 - Conductas evitativas: aislamiento en el ámbito escolar.

RESUMEN:

La posibilidad de plantearse cuáles son los factores de riesgo, cuáles los factores de protección y cuáles han sido los efectos de la desprotección en los/as niños/as y adolescentes permite:

- Identificar el modo de funcionamiento del grupo familiar y los temas que necesitan ser abordados.
- Identificar la naturaleza y la magnitud de los problemas conductuales del niño/a o adolescente.
- Seleccionar los problemas conductuales que podrán abordarse mejor en una familia en particular.
- Enfocar la familia hacia los cambios positivos.
- Registrar los cambios a través del tiempo.
- Identificar a niños/as y adolescentes con comportamientos seudomaduros (seudoadaptación).
- Identificar problemas escolares.
- Identificar a las familias con mal pronóstico.
- Establecer objetivos terapéuticos seleccionando 5-6 objetivos con 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos).

Estrategia de intervención

En el Capítulo 5 se recomienda que al establecer la estrategia de intervención se debe tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán
- El orden y la prioridad en que se abordarán
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:

a) Si se están consiguiendo los objetivos;

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- b) Si hay que realizar cambios; y
- c) Si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.

- Contar con una estrategia de intervención lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

Además, entre otras características de la intervención, se señalan las siguientes:

- El foco de la intervención son los comportamientos abusivos y negligentes de los/as adultos/as, debiéndose ofrecer alternativas inmediatas para interrumpirlos.
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones.
- Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (satisfacción de necesidades básicas).
- Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar.
- Suele abordar problemas relativos a situaciones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contratransferenciales en los/as técnicos/as.

Objetivos generales y finales a conseguir:

Antes de plantear los objetivos generales y finales y la estrategia de intervención, es conveniente destacar algunos conceptos sobre esta tipología de negligencia -la negligencia médica- que fundamentan la propuesta.

- Para considerar una situación como negligencia médica claramente las necesidades de atención médica del niño/a o adolescente deben estar insatisfechas.
- La principal característica para definir a la negligencia médica es la necesidad infantil insatisfecha, no la omisión de cuidados en que pudieran haber incurrido los padres o responsables.
- Se considera que existe "necesidad de atención médica" en aquellas circunstancias en que una persona común estima y reconoce de manera razonable que requiere atención médica por parte de un profesional y decide procurársela.
- Desde el punto de vista de un niño/a o adolescente, el hecho de no recibir los cuidados necesarios constituye una situación de negligencia sin importar las razones por las cuales no se le brindan dichos cuidados. Las únicas razones que exceptuarían la responsabilidad de la familia serían la

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

falta de recursos en la comunidad y la pobreza. Sin embargo, el efecto sobre la persona menor seguiría siendo la negligencia en la satisfacción de sus necesidades.

- Para considerar que existe una situación de negligencia no es necesario que haya ocurrido el daño. Es suficiente con que haya riesgo de que el daño se produzca.
- En la práctica, sin embargo, los servicios de protección infantil suelen intervenir en los casos más graves, cuando el daño ya ha ocurrido. Con lo cual, en la práctica, se otorga más importancia al daño real que al daño potencial.
- Muchos problemas médicos que no se tratan puede parecer que no tienen consecuencias inmediatas porque el daño físico o psicológico se manifiesta después de un tiempo.
- Cuanto mayor sea la gravedad del daño potencial, mayor será la gravedad de la negligencia.
- Las investigaciones muestran que las características del niño/a o del adolescente no desempeñan un papel importante en la dinámica de las situaciones de negligencia.
- Los problemas en la relación progenitor-hijo/a -tales como trastornos vinculares, interacciones negativas con los/as hijos/as, exigencias desmedidas por parte de los padres junto con limitada sensibilidad hacia los/as niños/as- juegan un papel de importancia en las familias donde se produce la negligencia.
- Otros factores asociados a la negligencia son: limitada habilidad por parte de los progenitores para resolver problemas, habilidades parentales deficientes y falta de conocimientos acerca de las necesidades infantiles.
- Las condiciones que hacen necesaria la intervención de los servicios especializados ante casos de negligencia médica son los siguientes:
 - El tratamiento que los padres rechazan o no brindan ofrece resultados definitivos y más beneficiosos que cualquier otra alternativa.
 - No recibir dicho tratamiento puede provocar daño grave.
 - El niño/a puede gozar de "alta calidad" de vida o llevar una vida normal si recibe el tratamiento.

Objetivos generales en la intervención.

- Garantizar la salud psicofísica de Teresa y la satisfacción de las necesidades básicas de Teresa y Ricardo.
- Reparar los efectos de la situación de desprotección crónica de Teresa.
- Favorecer y resguardar el desarrollo adecuado de Teresa a través de actividades que promuevan la resiliencia.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- Dotar a sus padres de recursos que les permitan conectar con las necesidades de sus hijos y brindar respuestas que tiendan a satisfacerlas.
- Fomentar la vinculación positiva de los padres con sus hijos.

La mayoría de estos objetivos sólo podrán lograrse después de cierto tiempo de intervención. Entre los objetivos menos ambiciosos para ir alcanzando en una primera fase de la intervención, se destacan los siguientes:

- Separación temporaria de Teresa de su hogar.
- Garantizar la atención médica inmediata de Teresa.
- Garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Aceptación de la medida de separación por parte de los padres.
- Establecer visitas de todo el grupo familiar (Elizabeth, Paula, Ricardo y Vicente), no necesariamente de manera conjunta.
- Evaluar si Ricardo se encuentra en situación de desprotección.
- Trabajar la resiliencia y la autoestima de Teresa.

Problemas individuales, familiares y/o sociales a abordar:

- **Teresa:** estudio exhaustivo de los problemas médicos que le aquejan y control de trastornos por los que ha sido medicada desde los 5 años.
Trabajar resiliencia
Trabajar autoestima (timidez, retraimiento, estilo comunicacional).
Aprendizaje de habilidades que le permitan incluirse en grupo de pares.
Apoyarle para mejorar el rendimiento académico.
- **Ricardo:** evaluación de situación de negligencia previa (quedar al cuidado de Teresa) y prevención de futuras situaciones (planes de la madre/familia para cuando le operen y para cuando se retome el ritmo de funcionamiento habitual).
- **Elizabeth (madre):** toma de conciencia de la importancia de los problemas de salud que aquejan a Teresa.
Tratar cuadro depresivo.
Solucionar/paliar la falta de conocimientos acerca de las necesidades de ambos hijos.
Trabajar las exigencias desmedidas que recaen en Teresa.
Mejorar el estilo de interacción en el vínculo con Teresa (y con Ricardo, en caso de que se detecten dificultades).
Fomentar las interacciones de juego con la niña con el objetivo de incrementar la sensibilidad de la madre hacia ella.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Colaborar en la organización familiar ante lo inmediato de la intervención quirúrgica de Elizabeth y a largo plazo una vez que retome sus tareas.

- **Vicente (padre):** toma de conciencia de la importancia de los problemas de salud que aquejan a Teresa.
Establecer un régimen de visitas con actividades acordes a los intereses de Teresa.
solucionar/paliar la falta de conocimientos acerca de las necesidades de los hijos (Paula, Teresa y Ricardo).
Mejorar el estilo de interacción en el vínculo con Teresa .
Fomentar las visitas y los momentos de juego con la niña con el objetivo de conectarle ella.
Colaborar en la organización familiar ante lo inmediato de la intervención quirúrgica de Elizabeth.
- **Paula (hermana):** establecer condiciones para su participación en el cuidado inmediato de Teresa (básicamente para que los padres no deleguen en ella su responsabilidad y se desentiendan de sus obligaciones).
Mejorar vínculos con sus padres.
Colaborar en la organización familiar ante lo inmediato de la intervención quirúrgica de Elizabeth.

Orden y la prioridad en que se abordarán:

En los comienzos de la primera fase de la intervención es necesario:

- Asegurar la atención médica adecuada de Teresa y el cumplimiento de los tratamientos indicados.
- Contar con un plan de atención y cuidado de los niños para cuando la madre esté ingresada y durante el post operatorio en el domicilio.
- Contar con un plan de atención y cuidado de los niños para cuando la madre esté trabajando (antes y después de la operación). Tanto este componente como el anterior contribuirán a la evaluación en intervención de la situación de Ricardo.
- Establecer funciones y límites claros en la responsabilidad que le compete a cada uno de los integrantes adultos de la familia (padre, madre, hermana mayor).

Una vez que se han abordado estos temas, se recomienda:

- **Con Teresa:**

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

Trabajo focalizado para abordar cuestiones relacionadas con la autoestima, sus habilidades para integrarse al grupo de pares y apoyo para mejorar el rendimiento escolar.

Fomento de su participación en talleres y actividades normalizadas de tiempo libre con el objetivo de favorecer la resiliencia.

Se evaluará la necesidad de recurso psicoterapéutico según cómo reaccione a la intervención y a la operación de Elizabeth y a las limitaciones y/o tratamiento que se le recomienden ante su actual problema de salud

- **Con los padres** (los/as técnicos/as evaluarán si es mejor trabajar con ambos padres juntos o por separado):

Trabajar la toma de conciencia de la importancia de los problemas de salud que aquejan a Teresa.

Trabajar habilidades parentales: conocimientos acerca de las necesidades de los hijos (Paula, Teresa y Ricardo); las exigencias desmedidas que recaen en Teresa; fomentar las interacciones de juego con la niña.

- Con la madre:

Tratar cuadro depresivo.

Recursos/programas/intervenciones a utilizar:

Recursos a utilizar con Teresa:

- Centro de acogida (a confirmar, según se acuerde con la familia).
- Técnico de PIF (educador/a).
- Talleres/actividades normalizadas.
- Apoyo escolar.

Recursos a utilizar con los padres:

- Técnico/a de PIF (trabajador/a social y educador/a).
- Psiquiatra de Salud Mental y eventualmente psicoterapeuta para Elizabeth.

Evaluación:

Se seguirá lo señalado en el Capítulo 8 en el sentido de plantearse 3 niveles

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los 5-6 objetivos terapéuticos seleccionados.

- **Asegurar la atención médica adecuada de Teresa y el cumplimiento de los tratamientos indicados.**
 - **Estado actual:** desde hace aproximadamente 2 meses se está intentando establecer las causas del decaimiento y de los desmayos de Teresa (si bien en la escuela se registró un episodio, ha habido episodios anteriores y posteriores en el domicilio). Durante el proceso de evaluación, su hermana mayor ha cogido cita con el médico y se ha comprometido a llevarle. Madre y padre minimizan la gravedad e intentan ocultar episodios ocurridos en el hogar. Antecedente de mal pronóstico: la familia no ha colaborado en el tratamiento de un problema de salud crónico de mucha menor envergadura diagnosticado hace 5 años a pesar de la intervención de los SSAP.
 - **Resultados aceptables:** Paula lleva a Teresa a la consulta médica y se responsabiliza por llevarle para todos los estudios que sean necesarios y en cumplir con los tratamientos indicados. Paula y la escuela se encargan de que Teresa tome la dosis diaria de medicación para tratar su problema neurológico.
 - **Resultados óptimos:** Elizabeth lleva a Teresa a cita que Paula concertó, cumple con los estudios y con los tratamientos que se le indiquen. El padre también se involucra y colabora. Se encargan de que Teresa tome la dosis diaria de medicación para tratar su problema neurológico.
- **Contar con un plan de atención y cuidado de los niños para cuando la madre esté trabajando (antes y después de la operación).**
 - **Estado actual:** Elizabeth adapta su horario laboral a los horarios de Ricardo. En ocasiones ha dejado solos a los niños en su domicilio. Se ignora si es algo que sucede con frecuencia o si han sido episodios aislados.
 - **Resultados aceptables:** la madre cuenta con una persona fija (un familiar o una amiga) para cuidar de los niños en su ausencia. Esta persona podría cuidarles en el domicilio familiar o en su propio domicilio. El técnico (educador/a o trabajador/a social) del PIF trabajará con Elizabeth en la selección de la persona y evaluará si es adecuada para responsabilizarse de los cuidados. En caso de no contar con quien le reemplace, Elizabeth no pondrá citas fuera del horario escolar de Ricardo.
 - **Resultados óptimos:** la madre cuenta con dos personas fijas (siempre las mismas dos, por ejemplo: la hermana mayor y su cuñada) dispuestas a

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

alternarse en cuidar de los niños en su ausencia. Estas personas podrían cuidarles en el domicilio familiar o en sus propios domicilios. El técnico (educador/a o trabajador/a social) del PIF trabajará con Elizabeth en la selección de dichas personas y evaluará si son adecuadas para responsabilizarse de los cuidados. Si, por los motivos que fuera, en algún momento ninguna estuviera disponible, Elizabeth procederá a cancelar la cita de trabajo.

- **Contar con un plan de atención y cuidado de los niños para cuando la madre esté ingresada y durante el post operatorio en el domicilio.**
 - **Estado actual:** sin haberlo consultado con su hija, la madre contaba con que Paula le echara una mano tanto en el cuidado de los niños y de la casa, como en la atención de sus clientes. Pero, debido a una fuerte discusión entre ambas por la desatención de la madre ante los problemas de Teresa, hace unas semanas que no se hablan y ese plan ha quedado anulado.
 - **Resultados aceptables:** la Administración se encarga de cuidar de los niños de manera transitoria (centro de acogida) durante el tiempo de la operación y la convalecencia de Elizabeth. Sería preferible no separar a los hermanos y favorecer la flexibilidad en las visitas de Paula.
 - **Resultados óptimos:** Vicente, el padre, pide una baja en su trabajo y se encarga del cuidado de los niños. Según el acuerdo al que lleguen los padres, podría quedarse en el domicilio familiar durante algunos días o trasladarse a otro domicilio en la misma ciudad durante el tiempo de la operación y la convalecencia.
- **Establecer funciones y límites claros en la responsabilidad que le compete a cada uno de los integrantes adultos de la familia (padre, madre, hermana mayor).**
 - **Estado actual:** toda la responsabilidad del cuidado de los hijos recae en Elizabeth sin que haya acuerdos ni colaboración por parte del padre. Paula colabora en la medida de sus posibilidades, con el riesgo de asumir o de que le deleguen compromisos sin contar con los recursos ni con las posibilidades necesarias. Por ejemplo: para traer a Teresa a las entrevistas ha debido pedir permiso en su trabajo; la madre suponía que Paula podría cambiar su horario de trabajo para adaptarse a sus necesidades cuando estuviera operada.
 - **Resultados aceptables:** a través del trabajo con el educador/a, Vicente y Elizabeth acuerdan una manera organizada y claramente

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

pautada para compartir el cuidado de los hijos durante los próximos 30-45 días, compatibilizando y adaptando los horarios laborales al tiempo que cada cual dedicará a los niños. Vicente tendrá que prever visitas más seguidas y viajes desde la ciudad en la que se encuentra trabajando. Podrán solicitar la colaboración de Paula para reemplazarles como máximo 4 veces al mes, adaptándose siempre a las posibilidades de la hija mayor. Durante estas semanas pondrán a prueba el plan y, en caso de que les resultara conveniente, quedará establecido durante la época de clases. En caso de encontrar problemas, trabajarán con el educador una nueva propuesta.

- **Resultados óptimos:** a través del trabajo con el educador/a, Vicente y Elizabeth acuerdan una manera organizada y claramente pautada para compartir el cuidado de los hijos durante esta etapa de separación conyugal, compatibilizando y adaptando los horarios laborales al tiempo que cada cual dedicará a los niños. En el caso de Vicente, tendrá que prever visitas más seguidas y viajes desde la ciudad en la que se encuentra trabajando. Podrán solicitar la colaboración de Paula para reemplazarles como máximo 2 veces al mes, adaptándose siempre a las posibilidades de la hija mayor.

- Consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse los objetivos propuestos.

Una vez logrados los objetivos de la primera fase, se procederá a trabajar los objetivos planteados para la fase siguiente:

Con Teresa: se abordarán las cuestiones relacionadas con la autoestima, sus habilidades para integrarse al grupo de pares y apoyo para mejorar el rendimiento escolar; y se fomentará su participación en talleres y actividades normalizadas de tiempo libre con el objetivo de favorecer la resiliencia.

Con los padres (juntos o por separado): se trabajará la toma de conciencia de la importancia de los problemas de salud que aquejan a Teresa; las habilidades parentales y las maneras de mejorar el vínculo con sus hijos (Paula, Teresa y Ricardo); además de indicar la necesidad de tratar el cuadro depresivo de Elizabeth.

En caso de que Teresa hubiera estado al cuidado de la Administración durante algunas semanas, se podría plantear la posibilidad de la vuelta de la niña al domicilio familiar según la evolución de los padres en el trabajo de estos nuevos objetivos, probando primero

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

cómo van las cosas los fines de semana antes de proceder a la reunificación definitiva.

IMPORTANTE:

Recordar que, al plantearse nuevos objetivos habrá que plantearse cuáles serán los resultados considerados ideales y aceptables y en cuánto tiempo se evaluará la evolución.)

- **Consecuencias que podrán ocurrir en caso de NO alcanzarse los objetivos propuestos.**

Dado que el plazo para evaluar los resultados en el caso de la familia N.L. es muy breve (hay dos situaciones que la familia debe afrontar y resolver en el corto plazo: el problema de salud de Teresa y la operación de su madre) y que los resultados aceptables implican cambios importantes, es muy probable que no se alcancen los objetivos o se alcancen parcialmente.

Ante esta posibilidad habría que continuar trabajando los objetivos que no se hubieran cumplido, anteponiendo el logro de éstos al comienzo del trabajo con los de la segunda fase.

Si los objetivos que no se llegan a lograr son los relacionados con la atención adecuada del problema de salud de Teresa y el cumplimiento de las propuestas organizadas para el cuidado de los niños, habrá que plantearse: a) la continuidad del acogimiento de Teresa si ya se hubiera producido; b) el acogimiento de Teresa; o c) el acogimiento de ambos niños si la desatención fuera moderada o grave (sobre todo porque Ricardo es muy pequeño).

Cualquiera sea la alternativa que se decida, el trabajo con Teresa será el mismo que si se hubieran cumplido los objetivos: se abordarán las cuestiones relacionadas con la autoestima, sus habilidades para integrarse al grupo de pares y apoyo para mejorar el rendimiento escolar; y se fomentará su participación en talleres y actividades normalizadas de tiempo libre con el objetivo de favorecer la resiliencia a la vez que se atienden sus problemas de salud.

10. INTERVENCIÓN EN CASOS DE NEGLIGENCIA

- Plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación:

Entre 10-15 días (recordar que este plazo se refiera a los objetivos planteados para la 1ª fase de la intervención).

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1993): Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infantil - Proyecto SASI -Dirección General de Protección Jurídica al Menor - Ministerio de Asuntos Sociales.

Dubowitz, H. y Black, M. (1996): Medical neglect (Capítulo 13) en Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jenny, C.; y Reid, T.: The APSAC handbook on child maltreatment - Sage - EEUU.

English, D.J.; Thompson, R.; Graham, J.C.; y Briggs, E.C. (2005): "Toward a definition of neglect in young children". Child Maltreatment, Vol. 10, No. 2, Mayo 2005- págs. 190-206.

Friedrich, W. (2001): Psychological assessment of sexually abused children and their familias. Sage. EEUU.

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): Cuaderno de capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Familias del Nuevo Siglo- Buenos Aires.

Risk Assessment: A Review of the Literature for Protective Services Practitioners (1990). Protective Services for Children and Young People Health and Community Services - Australia.


D. Legal:

Noviembre 2009

350 ejemplares /15,80 €/ejemplar)

Edita: Dirección General de Políticas Sociales

www.serviciosocialescantabria.org - dgpolicassociales@gobcantabria.es

Diseño y maquetación:  **Tanaalta** www.tanaalta.com





CONSEJERÍA DE EMPLEO
Y BIENESTAR SOCIAL

Dirección General de Políticas Sociales

